

**“ME *DES-CUIDARON* EL PARTO”: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL CUIDADO
RECIBIDO POR EL PERSONAL DE LA SALUD A MUJERES DURANTE SU
PROCESO DE PARTO**

ANDRÉS RESTREPO SÁNCHEZ

DANIELA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

NATALIA MARCELA TORRES CASTRO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ

2016

**“ME DES-CUIDARON EL PARTO”: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL CUIDADO
RECIBIDO POR EL PERSONAL DE LA SALUD A MUJERES DURANTE SU PROCESO
DE PARTO**

ANDRÉS RESTREPO SÁNCHEZ

DANIELA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

NATALIA MARECELA TORRES CASTRO

Trabajo presentado como requisito parcial
Para obtener el título de Enfermeros

Asesora:

HERLY RUTH ALVARADO ROMERO

Magíster en Política Social

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ

2016

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velará porque no se publique nada contrario el dogma y la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

Pontificia Universidad Javeriana

DEDICATORIA

A todas las mujeres que a través de la historia han sufrido a causa de la Violencia Obstétrica y sus consecuencias han perdurado como una marca en su recuerdo y en su cuerpo. Su capacidad de resiliencia y el amor que tienen por sus hijos será siempre para nosotros motivo de admiración y respeto. Como enfermeros nos sentimos responsables de evidenciar las prácticas que en la atención en salud se alejan de los ideales de cuidado. La presente investigación es muestra de este compromiso.

Andrés Restrepo

Daniela Rodríguez

Natalia Marcela Torres

AGRADECIMIENTOS

Andrés Restrepo

En primer lugar quisiera agradecer a Dios, Padre y Amigo, por acompañarme en este sueño de servir a los demás a través del arte del cuidado en la Enfermería. A mi mamá, por ser mi motor de vida, la persona que conoció mis desvelos y quien encendió tantas veces una luz en tiempos de arduo estudio, confiándole a la Santísima Trinidad mis capacidades y aptitudes. A mi tío por regalarme un hogar y un sentimiento de familia durante mis años en la Javeriana. A mi compañera de tesis Daniela, por tan esmerado y responsable trabajo de investigación. También agradezco a mis amigos por sus palabras de aliento, especialmente a Vicky y la familia de Curso Taller, a David Castillo y a mis amigos de Medellín. A Natalia Torres por alcanzar mi alma y regalarme su amor sincero a través de tantas enseñanzas que recordaré toda la vida.

Quiero nombrar a los docentes que hicieron parte de mi historia de formación en la Universidad, excelentes seres humanos y grandes enfermeros que me han generado siempre un sentimiento de admiración y respeto. Especialmente quiero dedicar este trabajo a María Claudia, por enseñarme que la Enfermería y las Ciencias Sociales tienen tanto en común. A Edilma por hacerme conocer el feminismo que ahora defiendo. A Luisa por mostrarme la importancia del detalle cuando de cuidar personas se trata. A Diana Achury por inspirarme excelencia académica, vocación de servicio y creer en mi futuro. A Fanny por transmitirme su pasión y amor maternal. A Alexander por llevarme al límite de mis capacidades y mostrarme de lo que puedo hacer.

Además quisiera dedicar esta tesis a Valeria Vallana, de quien conocí y aprendí sobre el tema de la Violencia Obstétrica y cuyo trabajo de vida en favor de las mujeres resulta tan importante en el contexto en el que nos encontramos. Por otra parte, agradezco a Herly Alvarado, quien asesoró este trabajo de investigación y que más allá de una docente, la considero una amiga. Gracias por tus palabras de aliento en momentos difíciles y por creer en nuestro trabajo y capacidades.

Por último, agradezco a todas las mujeres que hicieron parte de este sueño de dar a conocer el fenómeno de la Violencia Obstétrica. Sus testimonios lograron marcar mi vida y mi práctica profesional y añoro sirvan para que poco a poco el personal de la salud centre todas sus energías en cuidar de las personas y erradicar este tipo de fenómeno de la atención en salud. Todas ustedes son guerreras admirables y sus hijos testimonio de su amor infinito.

Daniela Rodríguez

Con gran esfuerzo y dedicación hoy puedo decir que hemos culminado con el principio de un gran trabajo, el cual no se quedará en papel, sino que dará excelentes frutos en tiempos futuros.

Gracias a ti Dios por ser el centro de mi vida y darme la oportunidad de ser parte de esta gran carrera y este momento, en donde los sueños se empiezan a hacer realidad y las esperanzas crecen en torno a un gran futuro, contigo todo lo puedo, todo lo alcanzo, no me queda duda alguna de que sin ti pierdo mi rumbo. Gracias por sorprenderme cada día de mi vida y brindarme todo tu amor por medio de mi familia, mi novio y mis amigos.

A ti Idaly Martínez gracias por ser ese ángel terrenal presente en mi vida, además de ser mi mejor amiga y gran compañera de vida, en los tiempos más difíciles me has dado la calma que necesito y me has reconfortado para seguir adelante, no me voy a cansar nunca de darle gracias a Dios por mandarme a la mujer más esforzada y hermosa, tus palabras son mi tranquilidad y nadie más que tú se merece toda mi admiración y mi cariño, te amo con todo mi ser y mi corazón. Gracias a mi padre por apoyarme en este gran recorrido y por estar firme en el que falta.

Agradezco a mis compañeros Andrés Restrepo y Natalia Torres por su gran perseverancia y arraigo para la culminación de este trabajo. A la docente Herly Ruth Alvarado por estar siempre guiándonos con grandes conocimientos, además de apoyarnos moralmente para no desfallecer en los obstáculos que pudimos tener respecto a la elaboración de este documento.

Gracias a la docente Valeria Vallana por darnos una luz de lo que era la violencia Obstétrica y apoyarnos en esta investigación con sus grandes conocimientos en el tema.

Finalmente gracias por los testimonios de todas esas mujeres que sufrieron en algún momento de su vida la violencia obstétrica y que amablemente estuvieron de acuerdo en colaborarnos, pues son la base de esta investigación y sin su gran aporte este trabajo no hubiera sido posible.

Natalia Marcela Torres

Agradezco a Dios, por orientar mi vida y mis caminos al ejercicio de tan bella profesión, por haber cumplido su promesa y permitirme hoy, cosechar los frutos de todos y cada uno de mis esfuerzos; por no consentir que el desánimo me abatiera y las tormentas obstruyeran mi propósito.

A mis padres y hermanos por constituirse diariamente en la piedra angular que sostuvo mi marcha, por ser actores fundamentales en mi proceso, por haber creído en mí desde el principio y hasta hoy, sin permitirme un solo paso atrás, por apoyarme incondicionalmente a cada instante.

A ti, más que compañero y amigo, Andrés Restrepo, por ser mi cómplice y mi refugio a lo largo de esta constructiva aventura.

A mi docente y asesora de tesis, Herly Alvarado, por siempre ofrecer soporte, sabiduría y experticia; por acompañarnos con dedicación y esmero en cada sesión, y especialmente por el voto de confianza que deposito en nosotros, por creer en esta propuesta, que hoy se cristaliza.

A la antropóloga más inspiradora que he conocido hasta el día de hoy, Valeria Vallana, pues sus mensajes crudos y reveladores motivaron en mí el deseo de investigar el tema que hoy nos ocupa, haciéndome comprender la importancia de la mujer como miembro y pilar de esta sociedad, reconociendo su valor y la imperante necesidad que tiene de ser respetada y reconocida en cualquier entorno.

Finalmente quiero agradecer a las mujeres que participaron en esta investigación, por depositar en nuestras manos su historia por dolorosa que fuera, por permitirnos indagar en lo más profundo de sus vidas, por ser inspiradoras y por permitirnos, basados en sus narraciones el

pretender generar cambios desde nuestra profesión, conducentes a la erradicación definitiva de este fenómeno que hoy hemos denominado violencia obstétrica.

Tabla de contenido

Introducción	15
1. Antecedentes y planteamiento del problema	18
2. Justificación	27
3. Definición operativa de términos.....	30
4. Propósitos.....	33
5. Objetivos.....	34
5.1. Objetivo general.....	34
6. Marco teórico.....	35
6.1. De la maternidad primitiva a la ginec obstetricia contemporánea: historia de medicalización y desarraigo	35
6.2. Una mirada <i>foucaultiana</i> de la violencia obstétrica	56
6.3. La violencia <i>obs-tétrica</i>	63
6.4. <i>Me cuidaron el parto</i> : respuesta y resistencia desde las teorías de enfermería.....	75
7. Diseño metodológico	84
7.1. Tipo de estudio	84
7.2. Participantes.....	85
7.3. Instrumentos para la recolección de la información	86
7.4. Procedimiento de recolección de información	87
7.5. Organización, sistematización y análisis de la información.....	90
7.6. Consideraciones éticas.....	92

8. Análisis de resultados	93
8.1 Caracterización de las participantes.....	93
8.2 Resultados obtenidos en los diarios de campo.....	96
8.3 Descripción exhaustiva del fenómeno: análisis de categorías y subcategorías	98
8.3.1 Categoría 1: violencia institucional	101
8.3.2 Categoría 2: violencia física.....	110
8.3.3 Categoría 3: violencia psico-social	118
8.3.4 Categoría 4: violencia simbólica.....	124
8.3.5 Categoría 5: violencia comunicativa.....	132
8.3.6 Categoría 6: resistencia	135
8.3.7 Categoría 7: historicidad	140
8.4 Validación de la información a través de la técnica del grupo focal	143
9. Conclusiones.....	147
10. Recomendaciones	150
Bibliografía	153
Anexos	164

Lista de cuadros y gráficas

Cuadro 1. Caracterización de las Participantes	95
Cuadro 2. Violencia Institucional	102
Cuadro 3. Violencia Física	111
Cuadro 4. Violencia Psico-Social	119
Cuadro 5. Violencia Simbólica.....	125
Cuadro 6. Violencia Comunicativa	132
Cuadro 7. Resistencia	137
Cuadro 8. Historicidad.....	141
Gráfica 1. Resumen de Categorías y Subcategorías	100

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Formato de entrevista semiestructurada a profundidad: “Violencia Obstétrica en mujeres durante su proceso de parto”	164
Anexo2. Consentimiento Informado	165
Anexo 3. Presupuesto	168
Anexo 4. Cronograma de actividades 2015-2016.....	169

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica hace referencia a aquellas prácticas ejecutadas por el personal de la salud, que van en contra de la dignidad, los derechos y la integridad a la mujer en proceso de parto. Así mismo, en este tipo de violencia es posible describir procesos en los que la medicalización y los procedimientos se ejercen sobre un cuerpo que es sometido bajo el poder disciplinario, producto del saber científico que ostenta el personal de la salud, en este esquema, la mujer pierde toda clase de libertad y poder sobre su corporalidad, quedando en un nivel de subordinación y obediencia frente a las decisiones del contexto hospitalario.

Éste fenómeno puede ser entendido a partir de un recorrido histórico del desarrollo de la ginecoobstetricia y la forma como es concebido el parir en las diferentes civilizaciones y culturas. Los modelos de salud de corte biológico como el Modelo Médico Hegemónico (MMH) descrito por Eduardo Menéndez, genera relaciones asimétricas entre el personal de la salud y las mujeres, como bien lo menciona Michel Foucault en sus estudios sobre el poder. Desde enfermería es importante resaltar los planteamientos del cuidado humanizado de Jean Watson y la Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger como modelos orientadores para ofrecer una atención del parto centrada en el cuidado de las mujeres.

La relevancia de este trabajo radica en que la violencia obstétrica es un fenómeno al cual se le ha dado poca o ninguna importancia en Colombia desde el aspecto académico, social, legislativo y jurídico, a diferencia de otros países de Latinoamérica como Venezuela, Argentina, Chile, México y Cuba. Por otra parte, aunque existen diversos estudios sobre el tema, la mayoría se centran en la percepción que tiene el personal de la salud, abordando aspectos como la

precariedad del sistema o el síndrome de desgaste profesional, sin tener en cuenta la experiencia de quienes vivieron en primera persona las consecuencias de estas prácticas.

Por lo anterior, esta investigación tiene como propósito visibilizar la violencia obstétrica desde las voces de las mujeres que lo vivieron, interpretando estos testimonios a la luz de la literatura para lograr una descripción exhaustiva de la violencia obstétrica con nuevos elementos que las mujeres de este estudio caracterizaron a través de sus narraciones. De esta manera, se busca sensibilizar al personal de la salud sobre las prácticas inadecuadas que pueden tener una consecuencia directa en la salud y el bienestar de las mujeres en el momento de su parto y a través de los años, persistiendo como una experiencia negativa en su memoria.

El objetivo de esta investigación es determinar cuál es la experiencia vivida de la mujer con relación a la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud durante su proceso de parto. Éste es un estudio cualitativo fenomenológico de tipo interpretativo que para dar cumplimiento al objetivo, realizó registros en diarios de campo y 21 entrevistas a profundidad a mujeres con características socio-culturales diversas cuyo parto fue atendido en una institución de salud, con capacidad de verbalizar su experiencia y que sintieron que vivieron violencia obstétrica. Además, se llevó a cabo un grupo focal con el fin de lograr la triangulación y aumentar de esta manera la calidad de los datos.

El análisis y la sistematización de la información se realizaron de acuerdo al método Colaizzi, que permite la validación de los datos con las participantes del estudio, dando como resultado una descripción del fenómeno a partir de 7 categorías y 20 subcategorías. Las categorías resultantes fueron: Violencia institucional, violencia física, violencia psico-social, violencia simbólica, violencia comunicativa, resistencia e historicidad.

Los resultados de esta investigación pueden contribuir a informar y generar un impacto significativo en el personal de la salud, especialmente en los profesionales de enfermería, a través de una reflexión sobre las prácticas de violencia obstétrica que han sido normalizadas en el ámbito hospitalario. Además de ello, la experiencia narrativa de las mujeres que participaron en el estudio, les ayudó a empoderarse de su historia y generar una mayor conciencia de lo vivido para reconciliarse con sus experiencias negativas, sirviéndoles de ejemplo a otras mujeres que pudieron haber experimentado procesos de parto similares.

1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la historia de la humanidad, las diferentes civilizaciones y culturas han buscado dar una respuesta al manejo de los procesos de salud-enfermedad en las personas y comunidades. Desde el ancestral modelo mágico donde se consideraba que la enfermedad era producto de espíritus malignos hasta pasar por las comprensiones griegas de los humores. Posteriormente, gracias al desarrollo de la epidemiología, la triada ecológica, entre muchos otros.

En el siglo XVIII, el mundo occidental estuvo influenciado por el sistema biomédico que comprende, analiza y resuelve desde el método científico estos procesos. “El sistema biomédico moderno ha logrado un lugar de poder, por encima de otras alternativas de atención como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones” (Belli, 2013, p.27). El profesor antropólogo Eduardo Menéndez conceptualiza este sistema como MMH, en el cual el énfasis está puesto en la práctica curativa del síntoma, el biologismo, individualismo y la eficacia pragmática, entre otros (E. L. Menéndez, 1988, p.2). Lo anterior, da como resultado una relación asimétrica médico-paciente donde este último es un consumidor pasivo, es decir, excluido del saber y discurso médico. Además, el modelo suprime otro tipo de saberes “no científicos” y genera dinámicas de legitimación y *normatización* implícita de reglas en la conducta de las personas.

Las prácticas sistemáticas explicadas anteriormente se fundamentan desde el ejercicio del poder en el ámbito simbólico, en el cual es el personal médico (y en general otro personal de la salud que se adhiere a este mismo discurso), son quienes tienen el conocimiento y a partir de él, ejercen dominio sobre los “cuerpos dóciles” al cual se refiere el filósofo y psicólogo francés

Michel Foucault (1926-1984) en su libro *Vigilar y Castigar* (Foucault, 2002). Bajo este raciocinio, la atención humanizada o el cuidado integral de la persona tienen poca relevancia y al contrario, pueden llevarse a cabo diferentes formas de violencia dentro de las que se pueden enunciar la física, simbólica, psicológica, cultural, las cuales que son *invisibilizadas*, normalizadas y en muchos casos ignoradas por quienes las cometen y las sufren.

La Violencia Obstétrica, término originado en la literatura antropológica, es propia del saber-poder del modelo médico hegemónico presente en los servicios de ginecoobstetricia de las instituciones. Autores como Monroy y García han reunido bajo el concepto de *Violencia Obstétrica* todas aquellas prácticas médicas que se realizan de manera rutinaria, sistemática e irrespetuosa respecto a la mujer durante la atención del parto en las diferentes instituciones hospitalarias (Belli, 2013, p.28). Considerando que el parto y el puerperio (tiempo de recuperación física para la madre después del parto), son momentos críticos de vulnerabilidad de las mujeres donde se puede incluso llegar a sobrepasar la dignidad de la persona. Pozzio (2016) la define como

Un tipo de violencia que afecta la salud reproductiva y que está “frecuentemente presente en la atención convencional de los servicios institucionales y privados” (...) “que es producto del patriarcado, que se manifiesta en la legitimación de procedimientos como la apropiación del cuerpo de la mujer y un trato deshumanizador y una patologización de sus procesos naturales” (Pozzio, 2016, p.105).

En adelante, se utilizará este concepto para referirse a todas las formas de violencia que durante el parto generan en la mujer una experiencia negativa, capaz de trascender en el tiempo y asociarse a sentimientos como el temor, la ira y la ansiedad. El acto de narrar este complejo de experiencias desfavorables vividas, derivadas de las prácticas de atención durante el parto y el

posparto, ejecutadas por parte del personal de la salud, será el objetivo de la presente investigación.

A nivel mundial, grandes instituciones y organizaciones sanitarias como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se han pronunciado respecto al tema de la violencia obstétrica. En donde ponen de manifiesto las diferentes prácticas médicas que se aplican a las mujeres en su proceso de parto, denunciando aquellas que ponen en riesgo la salud de la madre y el recién nacido (OMS, 2014) (Informe UNICEF, 2012).

A nivel latinoamericano se puede evidenciar que países como México, Chile, Argentina y Venezuela han sentido la necesidad de visibilizar este problema y por esta razón, lo han hecho parte de sus legislaciones. En consecuencia, buscan llevar este concepto a un nivel más global en el que prime el respeto y la dignidad de la vida de la mujer y sus derechos.

En América Latina luego del Congreso “Humanización del Parto y el Nacimiento”, realizado en Ceará, Brasil en Noviembre del año 2000, se formó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAUPAN) que agrupa y pone en contacto a redes nacionales, agrupaciones y personas, y “que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer”. Esta red es la que ha motorizado que en Mayo se organice, en todos los países de la región, la “Semana Mundial por un Parto Digno y Respetado” (Pozzio, 2016, p.102).

Venezuela promulgó la “Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (19 de Marzo de 2007), por otra parte, Argentina tiene la Ley de Protección Integral de las Mujeres – Ley 26485 (11 de Marzo de 2009) y diseñó el “Test de Violencia Obstétrica” que identifica estas prácticas rutinarias sobre las mujeres en este país. Posteriormente, México a través del liderazgo de la organización *El Parto es Nuestro*, se involucra al tema desde el 30 de

Abril del 2014. Finalmente, Chile elaboró un proyecto de Ley que penaliza la violencia obstétrica a partir de las investigaciones realizadas por el Observatorio de Violencia Obstétrica.

En Colombia la violencia obstétrica sigue siendo un tema desconocido e ignorado, no solamente por las mujeres, sino también por el cuerpo médico y de enfermería. Respecto a la bibliografía consultada, a nivel de Colombia únicamente se han encontrado dos trabajos de grado, uno de la Universidad Javeriana de la antropóloga Valeria Vallana (Vallana, 2016) y otro de la Universidad Nacional de Colombia (Monroy, 2012). Además, se encuentra la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia), que pese a no mencionar literalmente el término de violencia obstétrica, busca eliminar toda forma de violencia durante el parto a través de la ejecución de un cuidado humanizado (UNICEF, 2005).

Las diferentes causas que originan la violencia obstétrica están basadas en el desequilibrio entre el conocimiento científico y el ejercicio del poder que existe entre el personal médico o de la salud y las mujeres en el momento del parto, como se mencionaba anteriormente. Según (Casas, Penagos, & Pintado, 2015):

Son diferentes las razones que llevan a los médicos que atienden embarazos y partos a ejercer la violencia obstétrica, por ejemplo: falta de formación, de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, el propio trauma no resuelto o el síndrome de Burnout (p.174-175).

De esta manera, se pueden ver reflejadas las características del MMH y los conceptos utilizados por Foucault, que otorgan la capacidad al médico y a los profesionales de la salud, al momento de diferenciar en el proceso de parto qué se considera como fisiológico o normal de lo patológico (referente no solo a las enfermedades sino a las complicaciones) y para intervenirlo ejerciendo de esta forma control sobre el cuerpo de las mujeres. Este tipo prácticas se pueden

evidenciar en acciones violentas como: procedimientos innecesarios, maltrato, maniobras que lesionen el cuerpo de la mujer, entre ellas el tacto vaginal en numerosas e injustificadas ocasiones. Desconocer los atributos de la persona partiendo de la omisión de su nombre al sustituirlo por apelativos que llevan a la infantilización a como lo son *mamita, mamacita, niña*. Situaciones de estrés, intimidación, temor de preguntar al personal de salud por su condición, insultos, discurso de la culpa, ridiculización, juzgamiento de su condición de salud, entre otras. A todas estas situaciones se suma el aislamiento de la familia durante el parto por institucionalización obligatoria, invalidando las creencias y valores culturales sobre formas alternativas de parir, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

Autores como Mercedes Campiglia, psicoanalista mexicana, mencionan la necesidad de visibilizar este tipo de violencias desde distintos ámbitos como el legislativo o el enfoque de derechos. La autora en 2015 informa: “Inscribir la violencia obstétrica en el ámbito legislativo representa, sin duda, un avance pues permite visibilizar un fenómeno que ha sido históricamente silenciado” (Campiglia, 2015, p.81), además, desde el enfoque de derechos Feltri, Arakaki, Justo, et. al (Como se citó en Belli, 2013) afirman:

Las acciones sanitarias, las intervenciones médicas, especialmente, no son neutras. En ellas se reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera (...) La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (p.27).

Ahora bien, con fines de relacionar los derechos que están ligados a la llamada violencia obstétrica, es preciso afirmar que desde la Carta Magna de Colombia de 1991 en su artículo 43 se afirma: “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser

sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado...” (Constituyente, 1991). Por ende, se podría considerar que la Constitución Política no es específica frente un cuidado humanizado del proceso del parto, pero tiene en cuenta la relevancia de la protección, asistencia y la no discriminación.

En la Ley 266 de 1996 en la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones, se enumeran los principios de la práctica profesional dentro de los cuales están la integralidad, individualidad, calidad, continuidad y dialogicidad, este último término se refiere a que:

Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado”. (Colombia, 1996)

Además, la misma ley afirma:

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona” (Colombia, 1996).

Lo anterior, resulta importante, dada la caracterización de la violencia obstétrica, practicada por el personal de la salud (incluidos los profesionales y técnicos de enfermería), y que va en contra de estos principios y propósitos de la profesión como lo menciona Arguedas G. (2014) en su estudio sobre la experiencia de la Violencia Obstétrica en Costa Rica, resultando

contradictorio que en la cotidianidad de los servicios de salud, la misión y quehacer del profesional de enfermería, a veces se desvían de lo establecido en la normatividad.

La ley 911 de 2004 dicta para la profesión de Enfermería en Colombia, las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica o ética. En el artículo primero, se declara que el respeto a la vida, la dignidad humana y los derechos, sin importar las características culturales o sociales de las personas, hacen parte de los principios y valores que deben guiar el ejercicio profesional. Además, menciona que el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia de la profesión, requiriendo de una relación interpersonal humanizada con el sujeto de cuidado.

Dentro de las responsabilidades contempladas en la ley se encuentra “Respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica” (Art. 9). Llama la atención que las prácticas de violencia obstétrica pasan por alto los lineamientos descritos en este marco legal de la profesión, constituyéndose como una falta grave del artículo mencionado.

La doctora en sociología Kathleen Fahy en su publicación de 2002, titulada *Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using foucault's concepts*, plantea la importancia de hacer un análisis profundo de la violencia obstétrica desde la filosofía *Foucaultiana*, donde se analiza la relación de los conceptos: cuerpo, sexualidad, castigo, saber y poder, y el papel de las instituciones (Hospital) sobre el comportamiento de los sujetos (Fahy, 2002, p.6-8). Foucault describe pues el cuerpo como un elemento sumergido en el campo político, controlado a partir de la estructura hospitalaria (*Panoptismo*¹) y donde se logran ejercer relaciones de poder.

¹ Michael Foucault retoma el concepto del Panóptico de Bentham que era una figura arquitectónica utilizada en las cárceles donde en la periferia se encontraba una construcción en forma de anillo con celdas y en centro una torre con anchas ventanas que permitían observar a cada uno de los presos sin que estos supieran en qué momento

Desde el desarrollo teórico de enfermería es importante mencionar que la doctora Jean Watson en su *Teoría del Cuidado Humanizado*, otorga elementos de vital importancia, que si bien no son específicos para el proceso de parto, pueden aplicarse para brindar un cuidado libre de violencias y centrado en la persona. Además, la teórica realiza una reflexión sobre el papel de las enfermeras en desligarse del modelo biomédico que antes en este documento se había contextualizado como una de las causas de las diferencias en el ejercicio del poder.

Enfermería debe entender que ha seguido más a la ciencia médica y, por ende, a la enfermedad y al curar. Aunque seguiremos conviviendo con ellas, las enfermeras/os deben empezar a valorar los cuidados como algo mucho más apreciado que la complementariedad a la medicina, al otorgarle representación y visibilización en la práctica, siendo así sus mismas practicantes y sus usuarios los beneficiados (Urra, Jana, & García, 2011, p.20).

Por otra parte, la teórica y profesora de enfermería Madeleine Leininger, menciona la importancia de incorporar las prácticas culturales de las personas y comunidades al proceso salud-enfermedad y por tanto a los planes de cuidado. Su teoría del Cuidado Cultural y el modelo del *Sol Naciente* pretenden involucrar los múltiples factores que rodean a la persona haciendo de la enfermería una ciencia transcultural. Esta comprensión holística es fundamental en cuanto a que el Modelo Médico Hegemónico antes expuesto excluye otro tipo de saberes que podrían complementar una atención cercana a los contextos individuales de cada mujer durante su proceso de parto.

Podría pensarse desde el análisis anterior que el tema de la violencia obstétrica constituye una problemática más de tipo académica que social y de salud. Sin embargo, testimonios de

estaban siendo observados. El efecto de la constante vigilancia generaba en los encarcelados un comportamiento obediente a las normas de la prisión. Este concepto se ha aplicado a otras instituciones que se basan en la vigilancia continua como la escuela y el hospital, permitiendo el ejercicio constante del poder de forma indirecta.

mujeres afectadas por este evento en salas de partos y durante todo el proceso de la gestación ponen en evidencia que los afectados directos de este tipo de prácticas son la mujer y su bebé. (Valdez, Hidalgo, Mojarro, & Arenas, 2013) narran en un estudio transversal (que realiza seguimiento a una muestra a través del tiempo) la violencia obstétrica de esta manera:

29 de cada cien mujeres refirieron algún tipo de abuso durante la atención al parto, 19 de cada 100 refirieron algún tipo de abuso verbal, con frases intimidatorias y que limitan el derecho de las mujeres a expresar sus emociones y proceso natural de dolor que conlleva el proceso de parto; pero sobre todo cuando analizamos el contexto en el cual se expresan dichos comentarios, se configura claramente el escenario de abuso al cual someten a las mujeres en la atención del parto. El siguiente testimonio fue recuperado con técnicas cualitativas: "... Decían [el personal de salud] no lloren, aguántense, acuérdense como lo estaban haciendo, ahí sí lo gozaban, ahora están que chillan, ahora aguántense" (p.19).

Otra de las historias al referirse al tacto vaginal (maniobra que se realiza para determinar los cambios del cuello uterino), narra: "*Me metieron mano, más o menos 13 estudiantes.... Me tapaba la cara con la sabana para que no me miraran*" (Belli, 2013, p.31). Este tipo de relatos se repiten con frecuencia en instituciones públicas y privadas de salud. Más allá de lo que estas palabras pueden expresar, se evidencia en el trasfondo la percepción de cuidado que han tenido en su proceso de parto frente a quienes les atendieron y develan la marca que a través de la historia acompaña la memoria de estas mujeres.

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo claridad sobre la relevancia internacional, regional y local, el desarrollo conceptual que ha experimentado el tema desde diferentes enfoques y autores, así mismo, la importancia que representa la violencia obstétrica en la atención de las mujeres durante el proceso de parto. Se planteó el presente trabajo de grado con el objetivo de visibilizar las experiencias que vivieron las mujeres y describir el fenómeno de la violencia obstétrica desde las voces de quienes la experimentaron. En esta investigación participaron mujeres que en su experiencia del proceso de parto sintieron que vivieron violencia obstétrica, en cualquier institución hospitalaria o de salud y que fueron atendidas por profesionales o técnicos del sector salud.

A partir de lo anterior, se estructuró la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la experiencia vivida de la mujer con relación a la Violencia Obstétrica durante su proceso de parto frente al cuidado recibido por el personal de la salud?** En esta pregunta hemos resumido los criterios PICO (Población, Intervención, Comparativo, *Outcome* o Resultado) sobre diseño de preguntas de investigación. La Población objeto son las mujeres que han vivido Violencia Obstétrica en su proceso de parto, la intervención a analizar son los testimonios de las acciones de cuidado recibidas por el personal de la salud, no existe en la pregunta un comparativo y finalmente, el resultado es la descripción de las experiencias de violencia obstétrica de estas mujeres, narradas desde su subjetividad. Con esta pregunta investigamos cómo el fenómeno descrito por las mujeres puede ampliar o modificar la conceptualización existente en la literatura acerca de la Violencia Obstétrica.

Los resultados de esta investigación benefician a las participantes del estudio, posteriormente, al personal de la salud y finalmente, a la profesión de enfermería. Las mujeres que vivieron violencia obstétrica durante su proceso de parto tendrán un espacio para comentar libremente sus emociones, con la confianza de ser escuchadas, sin emitir juicios de valor y donde podrán expresar sentimientos retenidos acerca de situaciones difíciles asociadas a las acciones caracterizadas como violentas. La Fenomenología interpretativa fue propuesta por Martín Heidegger en 1927 como una metodología filosófica que busca la construcción de la realidad a través del lenguaje y ayudará a estas mujeres a empoderarse de su historia y del fenómeno que experimentaron, generando una mayor conciencia de lo vivido para reconciliarse con su historia y decidir sobre sus futuros posibles partos.

La identificación de problemáticas como la presencia de acciones o actitudes caracterizadas como formas de violencia, puede conducir a procesos de reflexión y mejoramiento de la atención, con un beneficio directo a las mujeres y a la calidad de los servicios ofrecidos desde la institucionalidad, en la cual intervienen las diferentes profesiones de la salud. También, se busca una mayor visibilización de este fenómeno desde la profesión de enfermería para generar un creciente interés por crear nuevo conocimiento y posiblemente, concebir una línea de cuidado a partir de la responsabilidad y compromiso del cuidado humanizado en este ámbito concreto.

El tema de la violencia obstétrica durante el parto resulta significativo para los investigadores como futuros profesionales de enfermería pues consideramos importante resaltar la responsabilidad de propagar cambios en algunas prácticas inadecuadas que pueden repercutir de manera significativa en la vida y salud de las personas. Por tanto, esta investigación surgió a partir de una pregunta de tipo académico que ha sido estudiado en diferentes momentos de la

carrera y de una motivación personal de conocer la percepción de cuidado de las mujeres en proceso de parto, para finalmente, empoderarlas desde este suceso trascendental en sus vidas.

3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

3.1 EXPERIENCIA VIVIDA

La experiencia vivida es y constituye una de nuestras realidades básicas y debe organizarse a través del lenguaje. “Cada experiencia que narramos o que nos narran es un episodio de una historia posible; es una forma de resaltar nuestra hondura y singularidad a través de medios intersubjetivos y, paradójicamente, muchas veces típicos”. (Díaz, 1997, p.12) Para esta investigación la experiencia vivida hace referencia a las narraciones de las mujeres acerca de su proceso de parto y el cuidado recibido por el personal de la salud.

3.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Según la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” de Venezuela (2007):

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (p.30)

Para la presente investigación, se considera Violencia Obstétrica a las diferentes formas de violencia físicas, psicológicas, simbólicas y culturales; ejercidas por el personal de salud en el proceso de parto y que son expresadas por las mujeres.

3.3 MUJER

Se refiere a la “persona del sexo femenino. Que tiene cualidades consideradas femeninas por excelencia” (Real Academia de la Lengua Española, 2016). Esa acepción permite interpretar al

signo mujer como mascara que representa un actor anatómicamente femenino aunque todavía no se hace ninguna alusión a la maternidad. En ese sentido, “sexo femenino” quizás pueda aclarar en alguna forma la alusión implícita a la maternidad en dicha definición (Collazo, 2005, p.6). Por ende, para esta investigación la Mujer es la persona quien experimentó violencia obstétrica durante su proceso de parto.

3.4 PROCESO DE PARTO

El proceso de parto comprende, la admisión de la mujer a la institución, el trabajo de parto y el posparto inmediato hasta el egreso. La primera etapa comprende actividades como recepción de documentos, postura de la bata hospitalaria, lista de chequeo, consentimiento informado, canalización, entre otras. El Trabajo de parto se define como la presencia de contracciones que producen *borramiento* y dilatación demostrables del cuello uterino (Naveiro, 2010, p.1), posterior a esto, se evidencian las fases de expulsión y alumbramiento.

Finalmente, las actividades previas al egreso comprenden, hospitalización para recuperación física, educación en lactancia materna y puericultura (crianza y cuidado de los niños), exámenes complementarios y epicrisis (resumen clínico de la enfermedad de un paciente para el cierre de la historia clínica). Para esta investigación, el proceso de parto es el período comprendido entre el ingreso a la institución hospitalaria, la atención del trabajo de parto y postparto inmediato hasta el egreso, que cursaron las mujeres que han sido entrevistadas y de donde surgen las experiencias que han manifestado.

3.5 CUIDADO

Según Madeleine Leininger el cuidado hace referencia a:

Aquellos actos o decisiones que se basan de una manera relativa al conocimiento en la ayuda, la facilidad de apoyo o actos permisivos o de decisión que generalmente se diseñan para que

coincidan con los valores culturales, las creencias y los estilos de vida de un individuo o un grupo o una institución, con el fin de proporcionar un cuidado significativo, beneficioso y satisfactorio que lleve a la salud y el bienestar (Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007, p.4).

Desde la perspectiva de cuidado cultural, la autora Leininger (citada en Rohrbach, 1998) afirma que:

Los cuidados culturales de la diversidad se refieren a la variabilidad y/o a las diferencias en significados, modelos, valores, medios de vida, o símbolos de cuidados dentro o entre las colectividades que están relacionadas con expresiones de asistencia, de apoyo, o de habilitación de los cuidados (p.43).

Por otra parte, Jean Watson reconoce que el cuidado solo puede ser demostrado y practicado en una relación interpersonal, debe promover la salud y el crecimiento personal y familiar favoreciendo el potencial de cada persona para que tome las mejores decisiones sobre sí mismo. El cuidado para que sea efectivo debe estar centrado en la persona (Urra, Jana, & García, 2011, p.14).

El término *cuidado* será entendido como las acciones sanitarias impartidas por parte del personal de salud, orientadas a satisfacer las necesidades de las mujeres que se encuentran en proceso de parto teniendo en cuenta su humanidad y contexto cultural.

3.6 PERSONAL DE LA SALUD

La (OMS, 2006) lo define como “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud”. Para los fines de nuestro trabajo, el personal de la salud se entiende como el grupo humano que realiza acciones de cuidado y atención durante el proceso de parto a las mujeres. Dentro de este término se encuentran auxiliares de enfermería, profesionales de enfermería, médicos y especialistas.

4. PROPÓSITOS

- Visibilizar desde la academia el fenómeno de la Violencia Obstétrica a nivel local y nacional, a partir de la experiencia de las mujeres que la vivieron.
- Socializar las vivencias de las mujeres que experimentaron violencia obstétrica para generar reflexiones de cambio sobre las prácticas inadecuadas existentes al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia durante en el proceso de atención del parto.
- Dar a conocer los resultados de esta investigación a los profesionales de enfermería que son el pilar fundamental del cuidado humanizado a las mujeres durante su proceso de parto.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es la experiencia vivida de la mujer con relación a la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud durante su proceso de parto.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 DE LA MATERNIDAD PRIMITIVA A LA GINECOBSTETRICIA CONTEMPORÁNEA: HISTORIA DE MEDICALIZACIÓN Y DESARRAIGO

María Jesús Montes, doctora en Antropología social y cultural, expone en su tesis *Las culturas del Nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* la importancia del análisis histórico en la comprensión del nacimiento y el parto.

Conocer los antecedentes de cómo ha tenido lugar el nacimiento y su evolución, considerar los aspectos socioculturales y de valores en que se dieron, es un ejercicio de aproximación que nos permite entenderlo y articularlo con las formas actuales (Montes, 2007, p.15)

De esta manera, se genera la posibilidad de crecimiento hacia el futuro, se pueden reconocer aquellas fortalezas que han permitido que las prácticas se perpetúen a lo largo de la historia. Así mismo, permite identificar los puntos frágiles que han generado algún tipo de perjuicio a los receptores de la atención y tener una mirada más clara para ofrecer a las comunidades opciones de intervención adecuadas.

En primer lugar, resulta importante para el lector comprender el concepto de parto desde el ámbito de la salud y la medicina, para luego centrarse en los aspectos antropológicos y culturales del mismo. La “Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio” de Colombia, en el año 2013 define parto normal como: “La finalización espontánea del embarazo a término, es decir, entre la semana 37 y la 40 de gestación, la cual no requiere intervenciones adicionales y concluye con el nacimiento del bebé y la expulsión (alumbramiento) de la placenta” (p.8) El trabajo de parto consta de tres etapas: 1. Dilatación, 2. Expulsivo y 3. Alumbramiento, que se dan de manera consecutiva y una

requiere de la otra para que la mujer tenga un óptimo desarrollo del parto hasta que nazca su bebé.

La primera fase *Dilatación*, se subdivide en otras fases; *latente y activa*. En la Fase Latente, las contracciones aparecen, progresivamente, al final del embarazo, estas suelen ser indoloras y van preparando el útero para el trabajo de parto. Una de las primeras señales del inicio del trabajo de parto es el aumento progresivo de la frecuencia y la intensidad de las contracciones, las cuales son rítmicas. Se considera que ha iniciado el trabajo de parto cuando las contracciones uterinas son frecuentes (3 en 10 minutos) e intensas (el útero se tensiona con más fuerza), duran aproximadamente un minuto y producen cambios en el cuello uterino. Generalmente, la mujer en trabajo de parto se hospitaliza cuando alcanza una dilatación de alrededor de 3 a 4 centímetros. Esta fase puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas (mujeres que hasta ahora viven su primer parto) y 14 en múltiparas.

La Fase Activa, transcurre desde el momento en que se alcanza la dilatación de 4 cm hasta la dilatación completa (10 cm). Suele durar entre 5 y 8 horas de acuerdo con el número de partos anteriores, la frecuencia e intensidad de las contracciones, la posición adoptada durante el parto y la utilización de analgesia.

La segunda etapa del trabajo de parto se denomina *Expulsivo*, y es el período que transcurre desde la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del bebé (nacimiento). El expulsivo también se divide en dos fases: La *Fase Pasiva*, en la cual hay dilatación completa del cuello, pero no hay deseo inminente de pujar. La *Fase Activa*, en la cual existen contracciones con deseo de pujar y la cabeza del bebé es visible. La duración normal de estas fases puede ser de dos horas cada una.

Luego del nacimiento, y una vez cese de latir el cordón umbilical, se pinza y se realiza el corte separando el recién nacido de la placenta.

La tercera etapa se denomina *alumbramiento*. Es la etapa en la que se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta con presencia de sangrado. Esta etapa dura generalmente menos de 30 minutos, para la disminución del sangrado se usan intervenciones tales como; aplicación de oxitocina, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino.

Teniendo en cuenta las generalidades del parto, es necesario decir que el hecho de nacer como proceso fisiológico se enmarca siempre en un contexto que es socio-histórico y cultural, influenciado por múltiples sucesos biológicos y físicos. Así, el nacimiento y el parto se inscriben en la cultura y son determinados por la interrelación de procesos sociales, discursos y ejercicios de poder de los diferentes agentes.

Lo anterior, hace parte de una comprensión antropológica del nacimiento que debe incluir la descripción de la mujer como receptora de la atención sanitaria y portadora de los discursos médicos y culturales. Además, resulta prioritario analizar cuál ha sido el papel del acompañante o figura de autoridad que dirige el proceso del parto, en un principio abanderado por las comadronas, luego, por el médico y el obstetra en compañía del equipo de salud.

A continuación, se hace un recorrido histórico donde se incluyen sucesos importantes de la historia de la ginecología y obstetricia como ciencia y se cita en algunas ocasiones al investigador mexicano Armando Arredondo. Éste importante médico cirujano ha realizado estudios postdoctorales en políticas de salud y economía internacional en la Universidad de Montreal, es importante señalar que ha hecho una caracterización de los modelos que a través de la historia han guiado las comprensiones de la salud y la enfermedad, por tanto, han condicionado las

prácticas de atención: “El hombre ha elaborado diferentes modelos conceptuales sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Dichos modelos han sido acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura” (Arredondo, 1992, p.255).

Finalmente, se busca introducir algunas alternativas de atención del parto que en la época actual cuestionan de alguna manera el statu quo y proponen otra forma de parir y de nacer. Estas nuevas perspectivas fueron lideradas por organizaciones de mujeres, que bajo ideales feministas, buscaron reapropiarse de su cuerpo y procesos vitales.

En un primer momento, partiremos de que la Ginecología es reconocida como la disciplina o actividad relacionada con los procesos normales y patológicos de los órganos reproductivos de la mujer (Sánchez, 1992, p.6). Por otro lado, (Pozzio, 2016, p.104) citando a Rohden la define como “una ciencia de los atributos esenciales de la mujer y de su naturaleza específica”. “Se dice que el primer obstetra fue el dios judeocristiano, pues mediante una cesárea sacó a Eva de la costilla de Adán” (Alvarez et al., 2007, p.1).

Varios datos históricos revelan que el “arte de los partos” se consideraba anteriormente una rama de la cirugía y como se verá a continuación ha tenido grandes cambios respecto al desarrollo de sus prácticas. La época pre-obstétrica, hace referencia al período en el cual la mujer primitiva cursaba por sí sola el proceso de su parto:

La mujer primitiva en trance de parto se alejaba de los suyos para aislarse y dar a luz sin nadie en el frente, sola, en las orillas de los ríos o de las lagunas, o, según las circunstancias, en la soledad del bosque o en la oscuridad de la caverna, padeciendo los dolores sin gritar, la posición instintiva que adoptaba tenía que ser en cuclillas, pues así era más fácil y productivo pujar. Ella sabía igualmente de manera instintiva, como lo saben las hembras de otras especies animales, que había

que separar a su hijo de la placenta; lo hacía trozando el cordón umbilical por manchamiento o con el filo de una piedra. (Sanchez, 1992, p.6-7)

La mujer ejercía su autonomía en el proceso fisiológico que estaba cursando, preservaba para sí misma rituales que fueran soporte en su condición de parturienta, sin embargo, cuando el dolor era más fuerte que su convicción por vivir esta experiencia apartada de su núcleo social, era otra mujer quien venía en su auxilio, a modo de asistencia, solidaridad o compañía, ejerciendo las labores de lo que después se llamaría “partera o comadrona”, mujer que procuraba prácticas para otras desde sus conocimientos empíricos, facilitando el proceso de parto y transmitiendo dicho conocimiento entre sus generaciones.

Al parecer las prácticas adoptadas por las matronas en relación al ciclo reproductivo de la mujer se asocian con creencias místicas, mágicas o religiosas, que en búsqueda de mantener el equilibrio entre la salud y la enfermedad, se manifiestan a través de rituales o métodos caseros donde emplean las propiedades de las plantas y los elementos ofrecidos por la madre tierra como el agua. La forma singular de especializarse como matrona era heredar el conocimiento y preservarlo de generación en generación, lo cual no ameritaba recibir una remuneración por el trabajo realizado.

En las zonas rurales cualquier mujer con cierta experiencia ayudaba al nacimiento. Estas mujeres eran miembros de la misma comunidad y participes de las mismas formas de socialización que las mujeres a las que atendían y, por tanto, compartían con ellas preocupaciones y problemas (Montes, 2007, p.22).

La Biblia ofrece un espacio para nombrar las prácticas y la presencia de la comadrona especialmente en el Antiguo Testamento, donde se encontraba delante de la mujer para apoyarla. En el texto del Génesis 38,27-30 se narra: “Cuando Tamara fue a dar a luz, el primer gemelo

exteriorizó su mano y la comadrona le pasó un lazo rojo alrededor de su muñeca, pero entonces retrocedió y su hermano salió al exterior” (Gn. 38,27-30). Además, en el Éxodo las matronas brindaron ayuda a los niños judíos en Egipto y a sus madres durante el período de esclavitud.

Por otra parte, para entender los orígenes de la ginec obstetricia hay que dirigirse a la escritura antigua. Ciertos datos de la prehistoria revelan que las enseñanzas iniciales del parto fueron escritas a través de jeroglíficos, puesto que el arte, la obstetricia y ginecología han ido siempre unidos desde aquellos días en los que realizaban las primeras ilustraciones conteniendo mujeres gestantes y diosas de la fertilidad.

El desarrollo de la Obstetricia y Ginecología comenzó posiblemente en el valle del Indus donde la civilización estaba floreciendo desde hacía cinco milenios (...) este valle es uno de los más largos del mundo, que se inicia en el Tíbet, hasta el interior de Pakistán y acaba en el mar de Arabia. (O’ dowd & Philipp, 1995, p.2-3)

Además de lo anterior, es importante evidenciar que:

Jacques von Siebold, señalaba que los orígenes de la obstetricia difieren de los de la medicina debido a que la obstetricia trata de situaciones normales, mientras que la medicina se enfrenta a las anomalías. La obstetricia es tan antigua como la humanidad, pero esto no es cierto para la medicina. (O’ dowd & Philipp, 1995, p.3)

“En Abisinia las mujeres daban a luz de rodillas, y en Kamchatka (en el noreste de la antigua Unión Soviética) no solo daban a luz de rodillas, sino en presencia de todos los habitantes del poblado.” (O’ dowd & Philipp, 1995, p.3). En esta época las tribus primitivas también acostumbraban a construir cabañas para apartar a la mujer cuando iba a tener su hijo, solamente estaba autorizada la compañía de las madres u otras mujeres del núcleo familiar, el varón no tenía participación en esta etapa.

En el Antiguo Egipto (6000-1200 a.C.), la información que daba cuenta de tratamientos para diferentes problemas ginecológicos estaba contenida en papiros, preparación de lociones, métodos para alivio de prolapso uterino, remedios de enfriamiento para el útero y la vulva para disminuir su inflamación, para lo cual empleaban frutas, ciprés y aceite. Esta civilización sabía con claridad la diferencia anatómica y funcional entre la vulva, la vagina y el útero. Para diagnosticar el embarazo la práctica que se ejecutaba, consistía en hacer orinar a la mujer sobre algunas semillas de trigo, cebada, dátiles y tierra, si las semillas brotaban era una garantía de que dicha mujer iba a dar a luz, si brotaban las semillas de trigo era un indicativo de que nacería un niño, si por el contrario la semilla de cebada era la que manifestaba el cambio nacería una niña.

Al igual que en la prehistoria, la mujer en proceso de parto era atendida por otras mujeres y los hombres eran apartados: “las mujeres se sientan en cuclillas sobre el suelo o sobre ladrillos para parir” (O’ dowd & Philipp, 1995, p.3). El cordón se cortaba posteriormente y la comadrona era la encargada de lavar al niño, si la parturienta no estaba en condiciones de iniciar la lactancia materna, entonces una mujer que hubiese tenido recientemente a su hijo podía hacerlo y este rol era conocido como la “enfermera húmeda” (O’ dowd & Philipp, 1995, p.4).

La Civilización Mesopotámica (4000-331 a.C.) se fue gestando de manera simultánea junto con la egipcia, esto generaba que la cosmovisión respecto al parto fuera muy similar entre ellas. De los hebreos, ancestros de los Israelitas y del pueblo judío se sabía que:

La frecuencia y el momento de las relaciones sexuales (fase media del ciclo tras 12 días de abstinencia) y el evitar el coito tras el parto (más tiempo tras el nacimiento de una niña que de un niño), eran los aportes más relevantes en esta civilización (O’ dowd & Philipp, 1995, p.4).

La India (1500 a.C. – 500 d.C.) se caracterizó por elevar el status social de la mujer, reconocer su papel dentro de la sociedad y evitar que fuera apartada. Exaltando los derechos

individuales y las concepciones del matrimonio, se generó una práctica de mayor atención hacia las mujeres de la sociedad en una relación de equivalencia, ya que se valoraba en ellas su estado de salud como un tesoro invaluable, por lo tanto, se empezó a pensar en prácticas que contribuyeran al mantenimiento de la salud femenina.

Posteriormente, la ginec obstetricia se divulgó a territorios griegos y romanos, en los cuales se integraron conocimientos sobre la unión coital y la utilización de sillitas para parir, los cuales se encontraban descritos en tablas de arcilla. En esta misma civilización, Sorano de Éfeso, reconocido por su sabiduría y capacidad crítica, escribió un tratado de ginecología en el cual retomó el papel de la comadrona como elemento clave en el proceso de parto.

Además de hacer alusión a las cualidades morales de estas mujeres, aseguró que debían saber leer y escribir, lo que para la época representaba un nivel académico y social más alto al común del pueblo griego. Sobre las comadronas dice:

Tenía que tener buena memoria, amar su trabajo, ser respetable, fuerte de brazos, robusta y estar dotada de largos y finos dedos, uñas cortas para ser capaz de tocar una inflamación de planos profundos sin causar mucho dolor, debía estar libre de supersticiones, debían tener una simpatía natural entre el útero y las mamas. (O'dowd & Philipp, 1995, p.5-6)

En la época previa a la Edad Media existían concepciones acerca del cuerpo de la mujer que condicionaron las prácticas y tratamientos del embarazo, parto y puerperio. Al útero se le atribuía la capacidad de moverse por el cuerpo, generando diferentes dolencias típicamente femeninas. Se consideraba a la mujer dominada por este órgano y su control se lograba a través del matrimonio que conducía inevitablemente, al embarazo. De esta concepción, se naturalizó la gestación como una forma de mantener la salud de las mujeres. Sin embargo, el afán por el

matrimonio y la maternidad generó una alta mortalidad en consecuencia de gestaciones en edad temprana y condiciones poco higiénicas durante la atención del parto (Montes, 2007, p.20).

Otra de las características atribuidas al cuerpo de la mujer fue la impureza, especialmente de sus fluidos en la menstruación y el parto. Todo aquel que entrara en contacto con la mujer en estas situaciones se consideraba impuro, por lo cual la labor de acompañamiento durante el parto se reservaba a otras mujeres como se mencionó anteriormente. Ellas son “las que conocen los secretos del nacimiento “portadoras de la impureza a causa de esa misma familiaridad” y por ello son capaces de moverse sin riesgo entre los límites de lo misterioso y lo sagrado” (Montes, 2007, p.21).

Posteriormente, cuando la religión católica tomó fuerza, se reforzó la prohibición de la disección de cadáveres, limitando los avances de la anatomía y por tanto, de los tratamientos en salud. Según (Arredondo, 2009) en este modelo “Mágico-Religioso” la enfermedad se consideraba un castigo divino y la salud un privilegio por el buen comportamiento moral, solo atribuida por Dios. En este sentido, la utilización de remedios se consideraba en muchos casos el desafío a la voluntad divina. Se preservaron algunos elementos como amuletos y sortilegios mezclados con imágenes religiosas para disminuir los dolores del parto y las complicaciones del embarazo. “El uso de conjuros, la creencia en supersticiones y el recurso de la magia nos muestran una sociedad que busca una explicación a sucesos que escapan de su control” (Montes, 2007, p.24).

Los saberes del parto, aún en manos de las comadronas, eran limitados a los recursos que la época proporcionaba. No en pocas ocasiones la mezcla de saberes mágicos con las creencias religiosas llevó a tildar a estas mujeres de Brujas, perseguidas y asesinadas por la Iglesia

Medieval que sentía en estas sabias una amenaza a la supremacía masculina. “La asociación entre nacimiento, mujer y brujería tuvo su presencia a lo largo de todo el período inquisitorial” (Montes, 2007, p.25).

A partir del siglo XV, comienza por toda Europa un movimiento para la regulación de la partería y la mejoría de su formación. La aparición de la imprenta contribuyó a la difusión de obras de nuevos personajes como Ruyzes de Fontecha, que mezclaba saberes “tradicionales” con otros considerados “científicos” pues se apoyaban en áreas como la astrología y en los clásicos de Avicena, Hipócrates o Galeno. Si bien estas obras surgieron con la pretensión de mejorar la práctica de las comadronas, es curioso ver que en algunos textos apenas las nombran.

Se devela entonces un interés naciente de la medicina en los procesos de las mujeres. Montes, (Citando a Martínez Molina, 1994 y Ortiz Gómez, 1996) comenta que “Estas publicaciones justifican sus incursiones teóricas en obstetricia estableciendo su autoridad en un campo del que lenta y progresivamente se irán apropiando y que contribuirán a legitimar su saber y su imagen social.” (p.28)

Después, durante el Renacimiento (1450-1600) se amplió el conocimiento anatómico y fisiológico a través de autores como Leonardo Da Vinci quien ilustró mediante un dibujo titulado “*De coitu*” la unión de los órganos genitales masculinos y femeninos. Eucharius Rosslin hizo un aporte significativo durante la época, pues creó un texto que se hizo muy popular sobre el arte de los partos, que titulaba *El jardín de rosas para mujeres embarazadas y comadronas*. Otro personaje que contribuyó de manera importante para la obstetricia fue el cirujano Louise Bourgeois al final del Renacimiento, promulgando las prácticas de enseñanza ginecobstétrica.

El Siglo XVII representó un hito importante en el campo de la obstetricia, se creó un instrumento específico llamado Fórceps Obstétrico para facilitar la salida del bebé, desarrollado por Los Chamberlen, familia inglesa de cirujanos dedicados a atender partos. Este dispositivo se abolió posteriormente en la época moderna por las consecuencias y complicaciones que traía para la salud, como un mayor riesgo de hemorragia para la madre y fracturas del cráneo y daño cerebral para el bebé. Antes de este siglo, se empleaban métodos como la versión, gran extracción o simplemente las manos, sin embargo, este nuevo invento se consideró como la gran oportunidad de salvar muchas vidas de niños y sus madres (O’ dowd & Philipp, 1995, p.9).

El doctor francés François Mauriceau fue un obstetra reconocido en el siglo XVII, con estudios sobre los mecanismos y la presentación del parto. Este médico estaba en contra de la cesárea y fue uno de los primeros en proponer que el parto se desarrollaría en una cama, para así sustituir las sillas de parir, el afirmaba: “hay mujeres tan delicadas que el simple olor de una candela mal apagada puede desencadenarles el parto prematuro” (O’ dowd & Philipp, 1995, p.10). Otra de las influencias para implementar la posición supina al momento de parir fue el rey Luis XIV que deseaba ver cómo una de sus amantes daba a luz, popularizando el método. Esto permite ver cómo el cuerpo de la mujer era considerado desde aquella época un objeto para la comodidad y voluntad masculina.

Lo anterior, llevó a la utilización del término *hombre-comadrona*, utilizado por primera vez en Inglaterra en los inicios del siglo XVII, el arte de partear se convirtió en parte de la cirugía práctica en aquel siglo. Hasta ese momento, el cirujano solo era llamado para que aplicara sus instrumentos cuando la comadrona le llamaba porque ella no podía conseguir el nacimiento del niño. Sin embargo, en el año 1720, los médicos comenzaron a asistir partos normales tras acuerdo previo con la Iglesia.

El papel de la comadrona empezó a tener un declive a consecuencia del desarrollo de maquinaria construida (fórceps) que reemplazó las maniobras que tan elaboradamente realizaban estas mujeres. Lo anterior, marcó el comienzo del ascenso de los hombres en la asistencia del parto, lo que generó mayores dificultades para las mujeres al tratar de ubicarse laboralmente en un puesto honorable. El contraste de conceptos entre la matrona y la medicina, fue y persiste evidente: “para las comadronas el proceso de parto es un proceso “natural”, mientras que para los varones médicos es una condición que requiere atención médica especial” (O’ dowd & Philipp, 1995, p.146). A pesar de este enfrentamiento entre médicos y comadronas, el contexto en el cual se llevaba a cabo el parto era fundamental. Montes, (citando a Bumm, 1940) afirma:

La actividad de los cirujanos y médicos estuvo centrada en las ciudades y fue mayoritariamente utilizada por la clase social que podía pagar sus servicios; pero, una gran parte de la población, entre el 80-85%, seguía viviendo en zonas rurales, en pequeños núcleos, aldeas o casas aisladas donde no llegaba el cirujano, y donde la ayuda de la comadrona o de otras mujeres siguió siendo un recurso indispensable (pg.29).

El siglo XVII significó para la obstetricia y la ginecología, la oportunidad de crecer gracias a otros descubrimientos científicos que se estaban gestando en disciplinas como la física y la química. Desde esta época y hasta el siglo XVIII, se conoce históricamente como “La Edad de la Ilustración”, un momento culmen donde surgieron cambios trascendentales en las doctrinas políticas, religiosas y educacionales. Esta época se caracterizó por fortalecer la profesión médica, ya que empezó a ser reconocida con mayor fuerza por su actitud cuidadosa y el trabajo caritativo.

A continuación, se enunciarán algunos de los avances que se desarrollaron en esta edad: El obstetra escocés William Smellie (1697-1763), pensó hacer algunas modificaciones del fórceps ya creado, también propuso disminuir la interferencia en el proceso de parto y aportó

conocimientos y dibujos anatómicos que le dieron un papel en la historia de la obstetricia, pese a grandes controversias acerca de su ética médica y la forma en cómo conseguía los modelos para realizar sus dibujos. El médico inglés Charle White (1728-1813), destacó como una necesidad prioritaria la técnica aséptica y el lavado de manos para disminuir la sepsis puerperal, por otra parte, el cirujano irlandés Bartholomew Mosse (1712-1759) cambió la técnica de posicionamiento de la mujer y propuso el decúbito lateral izquierdo para el parto, lo que generó para él un reconocimiento importante en Irlanda, esta fue la época donde la construcción de hospitales para el proceso del parto empezó a ser una prioridad.

El Siglo XIX se caracterizó por mostrar avances en la cirugía ginecológica, la anestesia y hubo un fuerte interés por erradicar la sepsis puerperal. El desarrollo de la ginecología se separó de la obstetricia y los partos. El doctor estadounidense James Marion Sims (1813-1883) fue quien en 1866 propuso la posición de *Sims* para facilitar la exploración ginecológica. En esta época, se consideraba la dismenorrea como una enfermedad muy grave, que requería ser estudiada. La literatura no contiene muchos datos acerca de los cuidados prenatales que se tenían durante el siglo XIX, sin embargo, se enuncia que se creó un albergue, El Hotel *Dieu* en París, donde se le brindaban cuidados a la mujer, y se recibían mujeres al final de su octavo mes de embarazo en habitaciones compartidas, lo cual aumentaba el riesgo de infecciones.

Durante la mitad del siglo XIX la mortalidad materna empezó a tener un crecimiento importante. La precursora de la enfermería moderna, Florence Nightingale (1820-1910), analizó la razón por la cual las estadísticas estaban creciendo y encontró que se debía a la ausencia de aislamientos adecuados en las mujeres. Esta enfermera señaló que debía existir un sistema de ventilación adecuado y fomentó el lavado de manos para disminuir significativamente el índice de infección, ya que el número de pacientes en un solo lugar era exagerado.

La misma Nightingale también es reconocida por la creación de la Escuela de Enfermería *St Thomas*, para que algunas mujeres que brindaban los cuidados y ejercían la partería de forma empírica, se prepararan académicamente para servir en los lugares más lejanos y vulnerables de la sociedad. Por otro lado, el médico obstetra húngaro Semmelweis (1818-1865) reforzó la idea de la limpieza y el uso de antisépticos, lo que contribuyó a la reducción de la mortalidad materna en el ambiente hospitalario.

Arredondo (1992) asegura que estos acercamientos técnico-científicos que comenzaron en el siglo XVIII con el modelo sanitarista y que se instauraron plenamente en el siglo XX con el modelo biomédico, fueron producto de la multiplicidad de cambios sociodemográficos e industriales de la época. El racionalismo de la época moderna instauró la idea del hombre-máquina cuya salud dependía del buen funcionamiento de todas sus partes, dejando de lado las concepciones místicas y religiosas e imperando las técnicas de experimentación y comprobación.

Así pues, desde los inicios del siglo XX ya están reafirmadas las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y sobre el nacimiento. A mujeres y matronas se les ha usurpado un terreno de saberes y prácticas que ahora queda bajo el control de definición de la medicina y que les sitúa en condiciones de desigualdad, dependencia y supeditación a esta (Montes, 2007, p.39).

Esta tendencia de preservar e incluso imponer jurídicamente los modelos de corte biomédico desde un enfoque capitalista, ha sido denominado por el antropólogo y maestro en salud pública Eduardo Menéndez, el MMH que se describe brevemente a continuación:

Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces

dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988, p.1).

Así mismo describe los rasgos estructurales del MMH, a saber:

Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo. Eficacia pragmática. La salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación (Menéndez, 1984, p.218-219).

Monroy (2012) habla desde el contexto colombiano relacionando los planteamientos de la antropóloga Robbie Davis-Floyd con el modelo hegemónico de atención en salud. Dentro de los aspectos que resalta se encuentran: considerar a la mujer como máquina y al Hospital como industria, lo que desemboca en prácticas de manipulación y aceleración de los procesos naturales; la mujer/paciente como objeto al cual no es relevante llamar por su nombre ni considerar dentro de su esfera emocional-espiritual; distanciamiento entre los profesionales de la salud y la mujer, al considerársele más como objeto de estudio que como persona.

Así mismo, los tratamientos y procedimientos impuestos desde fuera, sin tener en consideración la opinión de las mujeres, tales como la organización jerárquica y estandarizada

del cuidado, que impone protocolos bajo la mirada del parto como situación de riesgo y peligro; autoridad del profesional sanitario dado su conocimiento científico y pormenorización del conocimiento de las mujeres, la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología e intervenciones agresivas para lograr resultados a corto plazo, estableciendo el control del cuerpo de las mujeres para que sea más predecible y por tanto más “seguro”.

El MMH, a pesar de impactar desde múltiples frentes la atención de la mujer en proceso de parto, es legitimado desde el Estado, la comunidad científica y la misma sociedad que es presa de la exclusión de otros saberes y modelos de comprensión de la salud y la enfermedad. Más aún, las mujeres en proceso de parto, acostumbradas a este modelo hegemónico, tienden a considerarlo como la mejor o única opción al momento de ser atendidas, normalizando y legitimando prácticas que pueden ser consideradas como violencia obstétrica.

Lo anterior es ampliamente descrito en los textos del filósofo y psicólogo Michel Foucault quien dedica un análisis a la contemplación del ejercicio del poder en los discursos hegemónicos que han imperado a través de la historia; este autor incluyó en sus estudios la problemática de la medicalización, que abarca tanto el campo de la salud como de la enfermedad. Esta práctica determina las relaciones médico/paciente, los discursos de saber-poder y la misma estructuración de los servicios de salud.

Sin embargo, este modelo de atención ha sido cuestionado desde diferentes campos del saber. Mercedes Campiglia, psicoanalista y doula² mexicana, afirma: “Tenemos que reflexionar

² Una doula es una mujer que acompaña a otra en su proceso de parto. Si bien cuenta con conocimientos anatómicos y fisiológicos, su labor es diferente a la de las parteras o matronas, caracterizándose por sus habilidades de contención, acompañamiento, fortaleza emocional y capacidad de vincularse con la madre y sus necesidades. Puede asistir a la madre durante el embarazo, parto y puerperio. Dentro de los beneficios que se han registrado de los partos acompañados por doulas está la disminución de requerimiento de episiotomía, el manejo

acerca del tipo de atención médica que se ofrece a las mujeres cuando acuden a las instancias socialmente previstas para asistirlos” (Campiglia, 2015, p.80). Además, en su trabajo cita a la Secretaría de Salud de México expresando con preocupación la relación del modelo de atención y el trato que se le da a las mujeres en proceso de parto. Campiglia hace un llamado de atención a la forma institucionalizada de atención del parto y asegura:

El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido (Campiglia, 2015, p.80).

Las voces de estos sectores disidentes que se vienen gestando desde los años 70 generaron que incluso la OMS (Organización Mundial de la Salud), institución pionera en cuidar la salud de la población mundial, avalará en el año 1985, una serie de recomendaciones para el nacimiento, que buscaban garantizar que el proceso de parto se desarrollara con un enfoque humanizado y permitiera una atención adecuada durante el parto.

Estas recomendaciones sugieren que el abordaje a la mujer en proceso de parto debe ser holístico, teniendo en cuenta su emocionalidad, cultura, creencias y demás elementos que permitan que el nacimiento de un nuevo ser se desarrolle de forma natural y espontánea. La OMS “vuelve a poner en el centro de la escena a las mujeres, tanto a las parturientas, como a las encargadas de ayudar a parir, cuya exclusión de la práctica legal ha sido considerada como un gran error” (Pozzio, 2016, p.102).

A continuación, se enlistan textualmente dichas recomendaciones (OMS, 1985):

natural del dolor, experiencias de amamantamiento más exitosas y mayor empoderamiento de las mujeres. Existen también los hombres doulos.

- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el período posnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos
- Algunos países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- La ligadura de trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguro de esterilización tubárica.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la elección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

- Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal pos auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo
- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente que posición adoptar durante el expulsivo.
- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía
- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación)
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.
- Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido

En Colombia, la *Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio* de 2013; ofrece recomendaciones muy precisas sobre procedimientos que no se deben realizar en mujeres que lleven a cabo su embarazo y trabajo de parto dentro de los parámetros de la normalidad, coincidiendo con las recomendaciones de la OMS. Sin embargo es frecuente ver que estas

prácticas se exigen a las mujeres o incluso se encuentran en algunos protocolos de instituciones de salud colombianas:

- Monitoria Fetal Rutinaria con equipos electrónicos
- Rasurado del periné y enema durante el trabajo de parto
- Ruptura artificial de las membranas
- Aplicación rutinaria de la oxitocina durante la etapa de dilatación y borramiento
- El masaje perineal durante el expulsivo
- La Episiotomía

En Bogotá, D.C. existe desde 2015 el *Lineamiento de nacimiento humanizado en Bogotá D.C.* que tiene como objetivo:

Contribuir a mejorar la atención de las mujeres, del recién nacido y de su familia en el proceso reproductivo, mediante el fortalecimiento de las acciones promocionales y asistenciales, a nivel institucional, que garanticen la implementación del concepto del nacimiento humanizado en el Distrito capital. (p.7)

Esta guía también se basa en las directrices internacionales propuestas por la OMS y considera a la mujer como un ser biopsicosocial con características culturales únicas, que resultan fundamentales para un adecuado abordaje del proceso de parto.

Las anteriores directrices reconocen el valor de promover la humanización en el proceso de parto de tal manera que se desarrolle de manera natural. Esta tendencia que busca empoderar a las mujeres como protagonistas de su parto y evitar las intervenciones innecesarias, se ha conocido como *desmedicalización*. “No se trata pues de “volver al pasado” sino de que las mujeres que así lo deseen, puedan recuperar en sus partos parte del protagonismo e implicación, compartido con quien le presta atención”. (Montes, 2007, p.60-61).

Las voces de protesta al MMH surgieron desde diferentes frentes, tanto de profesionales de la salud que cuestionan sus propias prácticas y discursos, como de las mismas mujeres y sus familias, cansadas de este desarraigo al que fueron sometidas en sus propios procesos fisiológicos. Uno de estos profesionales, fue el obstetra francés Michel Odent (1930-Actualidad), que en sus estudios sobre la neurofisiología del parto reconoció la necesidad de permitir la consecución de un proceso con la menor cantidad de estímulos externos posible. Este médico además resaltó la importancia de la lactancia materna durante la primera hora de vida del bebé y el fortalecimiento del vínculo con la madre a través del contacto piel a piel.

En esta nueva visión tuvo responsabilidad la segunda ola del movimiento feminista de los años 60-70. Esta corriente ideológica, liderada por mujeres como Simone de Beauvoir, Betty Friedan y Kate Millet, centraba sus esfuerzos en el reconocimiento de los derechos de la mujer, la reasignación y sustentaba que el sistema médico se aprovechaba del desconocimiento que tenían las mujeres, para controlar sus cuerpos y procesos reproductivos. De esta lucha, surge especialmente por parte de las feministas norteamericanas el concepto de “liberación femenina”, que promovía la autoayuda y la emancipación del cuerpo, alcanzada en parte a través de los avances en métodos de planificación familiar (Ferreira, 2008).

Para finalizar se puede definir este recorrido histórico como un camino (a veces más propio o más ajeno) de las mujeres en relación a su maternidad y parto. La historia muestra cómo las mujeres, en un primer momento protagonistas de sus procesos fisiológicos y culturales, fueron excluidas bajo un MMH, controlado por la tecnificación y los discursos científicos. En la contemporaneidad, el modelo de atención es cuestionado y repensado para ofrecer otras alternativas de empoderamiento y humanización. Bajo esta lógica resulta fundamental entender

el papel que tiene la Enfermería en el cuidado de las personas que se analiza en el último capítulo del marco teórico.

Sin embargo, el MMH lejos de estar erradicado en algunas ocasiones repercute en una atención desfavorable de las mujeres en proceso de parto y por lo tanto es necesario profundizar en sus consecuencias. Para esto se retomarán los planteamientos filosóficos de Michel Foucault y se realizará una caracterización amplia del fenómeno de interés de esta investigación: La Violencia Obstétrica.

6.2 UNA MIRADA *FOUCAULTIANA* DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Al leer y estudiar a Michel Foucault se puede tener la sensación constante de quedarse corto en el análisis de sus conceptos o perderse en el método histórico y genealógico que utiliza el filósofo en la mayoría de sus escritos. Escribir sobre Foucault representa un reto que las siguientes páginas han optado por tomar, dada la relevancia de este pensador en el análisis del mecanismo que da origen al fenómeno que interesa a este trabajo de grado: La Violencia Obstétrica. Es importante aclarar que esta no pretende ser una tesis de carácter *foucaultiana* o un estudio de teoría fundamentada, en el cual se necesitaría un análisis mucho más riguroso de la obra y los conceptos del autor.

Se retomaron los conceptos principales de “saber/poder”, “poder disciplinario” y “cuerpos dóciles”, con una aproximación al Hospital como institución de control político entendida a partir del “Panóptico”. Se dejaron de lado, otros conceptos como el de la “resistencia de los cuerpos”, “castigo”, “recompensa”, “biopolítica”, “saberes subyugados” e incluso el concepto de “discurso” tan ampliamente descrito en *La arqueología del Saber* (1969). Se tomaron como textos principales *Vigilar y Castigar* (1975) y *La historia de la sexualidad – La voluntad de*

saber (1976), además de algunas interpretaciones del filósofo en el campo de la obstetricia a partir de autores secundarios. Este capítulo tiene como finalidad entonces aplicar algunos conceptos principales de la filosofía de Michel Foucault a la comprensión del origen y ejecución de la Violencia Obstétrica.

Para comenzar, es importante aclarar que para Foucault: “El poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada.” (Foucault, 2011, p.87) El filósofo, busca distinguir esta situación estratégica del concepto de poder normalmente entendido en los mecanismos de represión, estatales o institucionales. Tampoco se entiende como cumplimiento de reglas ni como sistema general de dominación, que involucraría al cuerpo social entero. “El poder está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes” (Foucault, 2011, p.87).

El poder para Foucault cumple además unas características: En primer lugar, no se adquiere, conserva o se deja escapar, sino que se ejerce desde innumerables puntos y en un juego de relaciones no igualitarias. En segundo lugar, estas relaciones de poder son inmanentes a otras (incluyendo las relaciones de conocimiento o saber), y en general son intencionales, sin que esto implique la decisión consciente de un sujeto individual. En un tercer momento, el poder viene de abajo, es decir que no existe *per sé*, como un sistema global de dominadores y dominados, sino que se construye a partir de las relaciones antes mencionadas. Y finalmente, donde hay poder, hay resistencia (Foucault, 2011, p.88-89).

Según (Fahy, 2002) “Foucault trazó la transición histórica entre ejercicio del poder soberano (lo legal) a formas modernas de poderes disciplinarios. [Traducción propia]” (p.6) El poder legal

actúa abiertamente y funciona a pesar de la resistencia de los sujetos, como el caso del arresto o encarcelamiento. Por otro lado, el **poder disciplinario** “busca la invisibilidad y es difícil de detectar, usualmente solo volviéndose visible cuando aparece la resistencia (Foucault, 1982). Además, contrario al poder Legal, “el poder disciplinario requiere la cooperación del sujeto [Traducción propia]” (Fahy, 2002, p.6).

Teniendo claro el concepto de poder, anteriormente descrito, es momento de introducir su relación con el concepto de saber. Para Michel Foucault saber y poder funcionan como sinónimos (Fahy, 2002, p.7) y son interdependientes

Hay que admitir más bien que el poder produce saber (y no simplemente favoreciéndolo porque le sirva o aplicándolo porque sea útil); que poder y saber se implican directamente el uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo relaciones de poder (Foucault, 2002, p.37)

Adicionalmente, la relación **saber/poder** impacta directamente en las prácticas:

El poder circula en las relaciones, a partir y a través de los discursos y de las prácticas. En éste sentido Foucault plantea la relación entre el saber, el poder y las prácticas, entendiendo que dichos elementos se retroalimentan entre sí: el saber produce ciertas relaciones de poder que van a producir determinadas prácticas que generarán más saber (Machado, 2014, p.13).

Para aterrizar estos conceptos al ámbito que nos concierne y a modo de resumen, Gabriela Arguedas (2014) profesora asociada de la escuela de Filosofía e Investigadora del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la UCR, Costa Rica, realiza una relación entre el saber/poder y el campo de la obstetricia:

Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No

hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica. Es decir que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder (p.155).

De esta manera, vemos cómo el concepto de poder disciplinario, lejos de ser fácilmente visible, tiene su origen en esta relación desigual de saberes dentro de la institución hospitalaria. El personal de la salud, apropiándose del discurso médico-científico se posiciona en el rol de dominador en relación con la mujer en proceso de parto, que sería en este caso el sujeto dominado. Una de las participantes en la investigación comenta: “Yo decía: Si el doctor lo dice es porque así es. Yo frente a eso no sabía absolutamente nada, entonces pues... con lo que él me decía yo no te puedo decir si me sentí mal” (Marce, entrevista personal, 22 de abril de 2016)

Es interesante que algunos autores han documentado que “son las propias mujeres ginecobstetras quienes más frecuentemente ejercen la violencia obstétrica (...) mucha de la violencia que ejercen las mujeres contra las usuarias, tiene que ver con una violencia reactiva” (Pozzio, 2016, p.103.112). Es decir, una historia previa de violencia genera que las mismas mujeres arremetan contra quienes se encuentran en una posición de saber-poder inferior.

Estos conceptos se encuentran anclados a la formación estructural que reciben los médicos desde la academia. El poder-obediencia se refuerza socialmente debido a que a los médicos se les atribuye una soberanía especial por manejar el conocimiento “objetivo y exacto” a nivel de la ciencia. Este atributo refuerza la posibilidad de asignar normalidad o anormalidad a determinadas situaciones en el ámbito de la salud. La formación académica se traslada a la práctica cotidiana del médico hacia su paciente. Es así, donde se sostiene el perfil tácito que se le ha atribuido socialmente y se perpetúa esta hegemonía del discurso científico sobre las creencias y conocimientos de las mujeres que son atendidas.

Sin embargo, para Foucault, el ejercicio del poder tiene un campo de acción y un propósito. No se establece como teoría abstracta y efímera sino que se pone en marcha a través de la economía de los cuerpos. Para entender lo anterior, es necesario aclarar que el ejercicio del poder sobre el cuerpo, posee algunas características: En primer lugar, la escala de control, que se refiere a trabajar el cuerpo no como una unidad sino desde sus partes, asegurando el control de cada uno de los gestos, movimientos y actitudes.

El objeto del control, que se refiere a la eficiencia del cuerpo, su eficacia y organización. La modalidad, que implica una coerción ininterrumpida, que vela más por los procesos que por los resultados. Las anteriores características dan como resultado una economía del cuerpo a modo de fábrica, lo que Foucault nombraría como la “anatomía política”. Ciertamente, para lograr un control pragmático del cuerpo, una relación de utilidad-obediencia. (Foucault, 2002, p. 159)

En el ambiente del proceso de parto, dentro de las instituciones hospitalarias, este mecanismo cobra sentido para quienes lo han experimentado. Se necesita llevar un control estricto del número de pacientes, de la forma en que van a parir, de los riesgos y beneficios de cada una de las intervenciones y procedimientos: “Se conforma entonces una política de las coerciones que constituye un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de sus comportamientos” (Foucault, 2002, p.160) El cuerpo humano se controla para que se comporte del modo en que el personal de la salud lo desea, cumpliendo con la rapidez, eficacia y técnicas establecidas por el mismo personal.

La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, **cuerpos “dóciles”**. (...) Es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado (...) La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos de utilidad

económica) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos de obediencia política).” (Foucault, 2002, p.159-160)

Ya se han descrito los conceptos *foucaultianos* de poder (más específicamente poder disciplinado), saber/poder y el ejercicio de este poder sobre los cuerpos dóciles. Para finalizar, se conceptualizará el Hospital como institución donde se ejerce esta mecánica del poder. En su texto *Vigilar y Castigar*, el filósofo realiza una descripción de la "Ciudad de la Peste" que puede perfectamente aplicarse a la imagen y composición de un hospital actual:

Este espacio cerrado, recortado, vigilado en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados, en el que todos los acontecimientos están registrados, en el que un trabajo de escritura ininterrumpido une el centro y la periferia, en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos (Foucault, 2002, p.229).

Foucault retoma de Bentham el concepto del **Panóptico**, una estructura circular utilizada en las cárceles que por medio de una torre central y un esquema de ventanas permitía la vigilancia permanente de los presos sin que estos supieran en qué momento estaban siendo observados. “De ahí el efecto mayor del Panóptico: inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción” (Foucault, 2002, p.233).

El Panóptico “es aplicable –bajo reserva de las modificaciones necesarias- “a todos los establecimientos donde, en los límites de un espacio que no es demasiado amplio, haya que mantener bajo vigilancia a cierto número de personas” (Foucault, 2002, p.238) Es así como Arguedas realiza la siguiente comparación:

Un pabellón hospitalario de gineco-obstetricia se asemeja en mucho a una prisión [bajo el modelo del Panoptismo]. El control del tiempo, del movimiento, de los ritmos, es constante. Nada sucede sin autorización y sin un propósito de utilidad definido desde la perspectiva de los tomadores de decisiones (...) La vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto, son parte de los mecanismos de control y generadores del poder obstétrico (Arguedas, 2014, p.156).

El término anterior, también ha sido aplicado a la forma en que es construido el puesto o stand de enfermería, en el cual las enfermeras establecen una posición privilegiada para la observación de todos los pacientes del servicio. Esta constante vigilancia se lleva a cabo desde los controles prenatales en los cuales se monitoriza a la madre a través de exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas y luego durante el proceso de parto donde en cualquier momento los profesionales o trabajadores del sector salud pueden entrar a la habitación de las mujeres y examinar su cuerpo y su comportamiento.

Finalmente, cabe decir que este mecanismo de vigilancia es el que perpetúa el ejercicio del poder, aun cuando este no se realiza directamente. Las mujeres en proceso de parto a través del sentimiento continuo de ser observadas en la institución hospitalaria cumplen con las disposiciones establecidas por el personal de la salud, así estos no estén físicamente presentes, e incluso pueden incitar a otras mujeres a hacerlo. Se reproduce la relación obediencia-docilidad de forma inconsciente y permanente.

El que está sometido a un campo de visibilidad, y que sabe que lo está, reproduce por su cuenta las coacciones del poder; las pone en juego espontáneamente sobre sí mismo; inscribe en sí la relación de poder en la cual juega simultáneamente los dos papeles; se convierte en el principio de su propio sometimiento (Foucault, 2002, p.235).

Dos de las entrevistadas en esta investigación resaltan en su discurso las características del panóptico:

Yo sabía que si yo empezaba digamos a hacer show y a gritar porque me dolía y a tratar de pararme, me iban a tratar peor. Y tal vez pensaba que si me quejaba, que si exigía mejor atención o algo así que me iban a tratar peor. Entonces pues no sé, preferí como obviar eso y no importa. Lo que importa soy yo y el bebé y listo. Pero sí yo creo que por miedo me aguanté eso (Jacobina, 22 de marzo de 2016).

Las otras muchachas, ellas optaron por quedarse calladas y aguantaban todo lo que las enfermeras les hacían allá. No se volvió a escuchar ni un grito ni nada después de la vaciada que esa enfermera le pegó a esa niña (Marce, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

6.3 LA VIOLENCIA *OBS-TÉTRICA*

Se ha llegado al elemento central de este marco teórico: la conceptualización misma del fenómeno de interés, que para esta investigación es la Violencia Obstétrica. Como se mencionaba anteriormente, describir el fenómeno desde la literatura en una investigación fenomenológica es el primer paso del Método Colaizzi y será el referente teórico para la posterior comparación de los resultados hallados en este trabajo. En este capítulo se realiza una descripción del concepto de Violencia contra la mujer, la diferenciación con el concepto de violencia ginecobstétrica planteada en la tesis de (Monroy, 2012) y finalmente algunas de las múltiples definiciones de la Violencia Obstétrica desde la literatura.

Se presentará una descripción de las diversas formas que toma la Violencia obstétrica, a saber: violencia institucional, de género, física, psico-social, simbólica, cultural y violación de derechos. Estas son las categorías presentes en la literatura que describen las diversas

manifestaciones de este fenómeno y resultan relevantes como base teórica para el posterior análisis de resultados.

En la “Ley de Protección Integral a las Mujeres” de Argentina, se encuentra la siguiente definición:

Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal (Art 4, p.2).

Dentro de esta definición, se enmarcan algunas formas de violencia bastante conocidas como la intrafamiliar o de pareja, violación y asalto sexual, violencia patrimonial o financiera; y otras menos conocidas como la violencia obstétrica y ginecológica.

La magíster en estudios de género de la Universidad Nacional de Colombia, Sonia Andrea Monroy, realiza un análisis de la vulnerabilidad histórica que ha sufrido la mujer no solamente en el momento de la gestación, parto y puerperio (violencia obstétrica), sino también en las demás etapas transitorias de la sexualidad femenina como la menarquia y menopausia (violencia ginecológica). La autora plantea que la Violencia Obstétrica debería hacer parte: “ya sea como continuación o tránsito con la violencia ginecológica, la cual puede tener lugar desde nuestra niñez a nuestra vejez” (Monroy, 2012, p.39). Belli (2013) refuerza esta idea:

La violencia obstétrica, al carecer de una definición precisa, suele relacionarse exclusivamente con la experiencia del parto. Sin embargo, es necesario señalar que incluye también todos los otros dominios del campo de la salud sexual y reproductiva como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto, la menopausia y más (p.28).

Sin embargo, dado que esta investigación se centra en las experiencias presentes durante el Proceso de Parto, entendido desde el momento en que la mujer llega a la institución hospitalaria para parir a su hijo o hija hasta que sale de ella, el concepto que mejor se ajusta es el de Violencia Obstétrica. Posiblemente la definición más utilizada por los teóricos del tema sea la que se encuentra en la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, en Venezuela (2007).³ Su relevancia parte de ser la primera definición presente en la legislación latinoamericana, otorgándole gran visibilidad y divulgación.

Esta misma ley, en el Artículo 51, describe como: “actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud” (p. 52-53):

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

A pesar de la importancia de esta definición, en la literatura encontramos otras como la de la doctora en filosofía Laura F. Belli (2013):

³ Véase: Definición Operacional de Términos: Violencia Obstétrica

Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente – aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (p.28).

Así mismo, se puede observar la de (García, Díaz, & Acosta, 2013)

Violencia Obstétrica, que describe las violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una mujer embarazada que esté en trabajo de parto, entre las que se incluyen la atención mecanizada, tecnicista, impersonal y masificada del parto, visibles en la presente investigación a través de la poca información que reciben las mujeres, la poca capacidad de acción y decisión y la legitimación de su rol de pacientes durante todo el proceso, lo que consolida su subordinación hacia las indicaciones médicas (p.729).

Otra definición que pone de manifiesto este tipo de violencia desde el enfoque de derechos es la presentada por Sheila Pintado, Julio Penagos y Marco Antonio Casas:

La violencia obstétrica es una forma específica de violación de los derechos humanos y reproductivos de la mujer, incluida la violación de los derechos a la igualdad, no discriminación, información, integridad, salud y autonomía reproductiva. Este tipo de violencia se genera en el ámbito de la atención del embarazo, el parto y el puerperio en los servicios de salud públicos y privados (Casas et al., 2015, p.174).

Existen otras definiciones de Violencia Obstétrica (Ley de Protección Integral a las Mujeres, 2009), (Arguedas, 2014), (Monroy, 2012), (Vallana, 2016), que comparten elementos similares a las anteriormente expuestas. Con estas definiciones y la dada por este estudio en la definición

operacional de términos, se procederá a caracterizar las diversas formas en las que la Violencia obstétrica se manifiesta.

La primera de estas formas es la Violencia Institucional, que es descrita en la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” como:

Las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano u ente público que contrariamente al debido ejercicio de sus atribuciones, retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley, para asegurarles una vida libre de violencia. (Art 15, p.31)

Con relación a lo anterior, (Valdez et al., 2013) comentan:

Existe una corriente que aborda el problema de la violencia que se ejerce en la sala de maternidad como el resultado de la precariedad del sistema de salud en donde prevalecen jornadas extenuantes para el personal, falta de insumos necesarios y condiciones estructurales que propician prácticas de baja calidad en la atención obstétrica que pueden derivar en una negligencia médica y en última consecuencia en expresiones de violencia institucional (p.15).

Además de estas precisiones, Natalia Magnone, investigadora del Departamento de Trabajo Social-FCS y magíster en sociología, retoma los conceptos vistos en el desarrollo de los modelos de atención en salud y explica que:

La violencia generada por las prestadoras de servicios se asienta en un sistema de salud altamente jerarquizado, en un contexto de relaciones médico-paciente caracterizadas por las asimetrías de poder y por la apropiación del sistema sobre las decisiones vitales sobre el cuerpo de sus usuarios/as (Magnone, 2011, p.4).

Finalmente, la antropóloga magíster en estudios culturales y doula, Valeria Vallana (2016), caracteriza esta forma de violencia institucional desde la idea Hospital/Fábrica:

La precaria cobertura, la escasez de recursos, las dificultades de acceso, así como la oferta insuficiente, hacen que las mujeres gestantes desborden la capacidad del sistema, el cual incurre en medidas, tratos y procedimientos vivenciados como violentos. Estos elementos provocan escenarios donde la prioridad consiste en atender el mayor número de partos, sin importar la calidad de los mismos, donde la atención se asemeja a una cadena productiva nominada por Robby Davis-Floyd (1993) como modelo tecnocrático del nacimiento (Vallana, 2016, p.41).

La segunda cara del fenómeno es la Violencia de Género:

Encuentra sus raíces profundas en la característica patriarcal de las sociedades en las que prevalecen estructuras de subordinación y discriminación hacia la mujer que consolidan la conformación de conceptos y valores que descalifican sistemáticamente a la mujer, sus actividades y sus opiniones (Ley de Protección Integral a las Mujeres, 2007, p.3).

Esta estructura patriarcal de dominación permite naturalizar y justificar las agresiones a la mujer por considerársele seres inferiores bajo el dominio de lo Masculino. Es necesario precisar que los estudios sobre masculinidad no se limitan solo al sexo hombre, sino a las características y valores asociados al género e identidad masculina.

A partir de lo anterior, Belli citando a (Amorós, 1990), expresa que: “La violencia obstétrica en tanto violencia de género pone de manifiesto la asimetría que existe entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder” (p.30). Este es apenas un corto acercamiento a la perspectiva de género, pues muchos de los textos escritos sobre violencia obstétrica tienen una influencia explícita de los estudios de género y resultan en análisis antropológicos muy interesantes.

Una tercera forma es la Violencia Física que se refiere a: “Toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como:

Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física” (Ley de Protección Integral a las Mujeres, 2007, p.28).

Medina (2008) define a la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico (Magnone, 2011, p.6).

Algunas de estas prácticas son narradas con detalle a modo de relato como una serie de sucesos desafortunados que conducen uno al otro sin poderse detener por la doctora en Ciencias Sociales Marbella Camacaro Cuevas:

Las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, por si acaso ellas presentan una emergencia, pero entonces, la vía en vena no las deja deambular; esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación son más lentas, entonces le pasan por la vía intravenosa un oxitócico para aumentar las contracciones y al aumentarlas son más dolorosas, lo que aumenta el estrés de la mujer y obviamente de quienes la atienden.

Por otra parte, al acostarlas en posición de litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido/a y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones, además, como a ella le están suturando la herida de la episiotomía, no le dan inmediatamente su hijo/a, generando una situación de angustia para la madre, además de inhibir el bajado de la leche por falta de estimulación inmediata del pezón (Camacaro, 2009, p.157).

Otra forma de Violencia es la que se ha denominado en este trabajo como Violencia Psico-social. Con relación a este tipo, (Monroy, 2012) habla sobre los cambios en la apariencia corporal normalmente secundarios a los procedimientos médicos, conflictos en la vida sexual y de pareja por la alteración de los genitales de la mujer, conflictos familiares especialmente

cuando hay efectos contra la salud de que afectan la cotidianidad y gastos económicos no previstos que generan angustia y zozobra en las mujeres y sus familias. Además, expresa que la mujer puede tener conflictos emocionales con su hijo o hija:

En algunas mujeres es manifiesto un sentimiento ambiguo, piensan en proteger, amar y cuidar del hijo o hija que concibieron y parieron, pero al sumar la experiencia de maltrato y violencia que vivieron, que tiene relación directa con su hijo o hija, en algún momento del pensamiento y las reflexiones les sugiere un alto costo, sacrificio corporal y emocional, que ya no es tan natural e inevitable como lo sugiere la representación más influyente en nuestra cultura sobre la maternidad, sino que encuentran este alto costo y sacrificio, como inadecuado e innecesario (Monroy, 2012, p.132).

Complementando, Magnone (2011) expresa que “la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica” (p.6). La ley Argentina de Protección Integral a las mujeres enlista algunas de las acciones que pueden considerarse como violencia psicológica:

Amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación, aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación. (Art.5, p.2)

Por otro lado, la Violencia Simbólica: “son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.” (Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, pg.31). Al respecto,

(Belli, 2013) comenta “La patologización del parto de bajo riesgo constituye de por sí un proceso en el que se ejerce la violencia simbólica y epistémica y se ocultan pluralidad de voces, especialmente aquellas que desafían esta mirada científicista” (p.28). Sin embargo, quien realiza un análisis más completo de esta forma de violencia es la antropóloga colombiana, Valeria Vallana.

En su tesis, Vallana (2016), retomando los planteamientos de Michelle Sadler (2004) establece 6 elementos clave que entran dentro del marco de lo simbólico: la homogenización de las parturientas, la patologización de los procesos fisiológicos normales, la fragmentación de la atención de la persona al considerársele como una suma de partes, la naturalización como característica de comprensión otorgada al poder femenino contraria a la racionalidad masculina que genera mecanismos de desautorización, la contaminación que asume que el cuerpo, la duda y el temor de la mujer afecta los protocolos de atención. Finalmente, la culpabilización frente a la cual se responsabiliza a la mujer de los desenlaces negativos que puedan ocurrir durante el parto. Además de esto, la autora comenta:

Yo le sumaría a este análisis la subvaloración y desconfianza naturalizada e interiorizada que el sistema biomédico tiene sobre la capacidad de las mujeres para parir sin tanta y tan sofisticada intervención, así como la interpretación que hace del embarazo-parto como un proceso susceptible de ser mejorado y perfeccionado por el accionar tecno-científico. (Vallana, 2016, p.43)

Una sexta forma de violencia es la Violencia Cultural que no ha sido descrita con profundidad posiblemente por ligarse a la violencia simbólica. Al respecto (Arguedas, 2014) comenta que: “La xenofobia y el racismo son expresiones discriminatorias que también se hacen presentes en las salas de parto de los hospitales” (p.163). Y (Belli, 2013) asegura “Este derecho

vulnerado es aún más notorio en el caso de las mujeres indígenas quienes son discriminadas no sólo por causa de las asimetrías económicas o de educación en relación con los profesionales de la salud, sino también por su pertenencia a diferentes etnias y grupos culturales” (p.30).

Además, la (OMS, 2014) asegura que “es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo” (p.1). Lo anterior pone de manifiesto lo expresado por (Vallana, 2016) cuando dice que los discursos, y por tanto las prácticas de violencia obstétrica, no recaen de la misma manera en todas las mujeres y son atravesadas por variables como el nivel socioeconómico, la edad, la raza y la religión.

Finalmente, en muchos textos se habla de la violencia obstétrica como Violación a los derechos humanos. Al respecto la (OMS, 2014), máxima autoridad en salud a nivel mundial comenta:

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (p.1)

A pesar de esto, la violencia contra la mujer siempre ha estado en las agendas políticas del mundo, como puede verse en la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará” (1996). Además, están los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Sin embargo, en Latinoamérica, solamente en las ya mencionadas leyes de Venezuela, Argentina y en un proyecto de ley chileno, aparece el concepto de Violencia Obstétrica. En la descripción de la situación problema de esta investigación se realizó además un recorrido por la importancia legal que tiene este fenómeno desde el contexto Colombiano y los documentos más importantes de la profesión de Enfermería.

Todas las formas de Violencia Obstétrica, anteriormente descritas, tienen en común la generación de emociones negativas en las mujeres en proceso de parto. Uno de los aspectos relevantes que esta investigación aporta es el elemento de historicidad o perpetuación que las emociones negativas generan en las mujeres.

En un primer momento, es necesario decir que las emociones hacen referencia a un modelo de conducta individual, sujetas a una respuesta con reacciones psicológicas y fisiológicas que representan diferentes formas de adaptación del ser humano ante una situación específica. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009)

Las emociones, se pueden clasificar en dos grupos: negativas y positivas. Las primeras son aquellas que representan una experiencia desagradable, molesta e incómoda para la mujer, además de caracterizarse por una alta actividad fisiológica del sistema nervioso autónomo. El miedo, la ansiedad, la ira y el asco están clasificados en esta categoría. La función de las emociones negativas consiste en prevenir o acondicionar a la persona para que responda apropiadamente a lo que demanda el contexto en donde se desenvuelve.

No obstante, estas respuestas pueden llegar a convertirse en patológicas en ciertos individuos cuando se produce un desorden respecto a la duración, periodicidad e intensidad de dichas impresiones, repercutiendo de manera nociva y desagradable frente al bienestar de los

sujetos (Piqueras et al., 2009). Por otra parte, las emociones positivas producen una experiencia agradable que repercute de manera significativa en la salud de la persona, e intervienen favorablemente en su dimensión emocional y trascendente.

Las experiencias vividas en el contexto hospitalario están ancladas a cada individuo e indiscutiblemente definen y determinan su percepción y sensación frente a las acciones de sus cuidadores (Hamui, Fuentes, Aguirre, & Ramírez, 2013). Así pues, quienes tienen un real criterio para definir una emoción como positiva o negativa son las mismas personas que las vivieron.

Una emoción desagradable vivida en una experiencia tan importante como es el parto, puede perpetuar en el tiempo sentimientos como el miedo, la ansiedad o la incertidumbre. Lo cual, puede condicionar, incluso muchos años después, el deseo de recordar o revivir la experiencia del parto, e incluso el deseo de tener otro hijo.

Adicionalmente, la concepción cultural del parto como un momento de dolor puede estar reforzada por estas experiencias previas. Así lo expresan (Giraldo, González, & Henao, 2015): “Vivir la experiencia en un contexto hospitalario, la soledad y la ausencia de apoyo emocional puede aumentar el miedo al proceso del parto y predisponer a presentar una tolerancia más baja al dolor” (p.278).

Para concluir, se puede afirmar que la Violencia Obstétrica está ampliamente descrita en la literatura latinoamericana y constituye una forma de violencia contra la mujer que en algunos países se encuentra incluso penalizada. Las diversas formas que toma la Violencia Obstétrica y que fueron descritas, dan cuenta de la complejidad del fenómeno y las diversas repercusiones que tienen en la vida y salud de las mujeres.

6.4 ME CUIDARON EL PARTO: RESPUESTA Y RESISTENCIA DESDE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA

El cuidado es la esencia y razón de ser de la profesión de enfermería. (Urrea et al., 2011) afirman: “El cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar” (p.12). Sin embargo, en algunas ocasiones las prácticas de enfermería parecen desviarse de este ideal moral y cultural y junto a otras profesiones relacionadas con el área de la salud, han normalizado la visión del Modelo Médico Hegemónico, olvidando de esta manera que la atención en salud debe estar enfocada a impartir un cuidado humanizado respecto a la vida del ser humano.

Teniendo en cuenta que la violencia obstétrica es un gran ejemplo del modelo biomédico imperante, ya que surge a partir de la asimetría de poderes entre el personal de la salud y la mujer en proceso de parto, es importante mencionar la relevancia que tiene el tema para la enfermería. En este sentido, es significativo hacer alusión Jean Watson y Madeleine Leininger como aquellas teóricas que aportan para esta investigación la explicación del por qué se está viendo vulnerado el cuidado de la salud por parte del personal de enfermería.

Jean Watson (1940-presente) es una enfermera norteamericana, quien obtuvo su licenciatura en enfermería en 1964 en el campus de Boulder, un máster en Enfermería de Salud Psiquiátrica Mental en 1966 en el campus de *Health Sciences* y un doctorado en Psicopedagogía y Orientación Psicopedagógica en 1973 en la *Graduate School*, en el campus de Boulder. Esta enfermera es autora de 11 libros y ha dedicado su vida a viajar por el mundo dando a conocer su

Teoría del Cuidado Humanizado y el centro de investigación *Human Caring Center*, que fundó en los años 80.

Madeleine Leininger (1925-2012) es reconocida como la fundadora de la *enfermería transcultural*. Obtuvo un máster en Enfermería Especializada en Atención Psiquiátrica en la *Catholic University of America* en Washington, D.C y fue la primera enfermera profesional que obtuvo un doctorado en Antropología Cultural y Social en la Universidad de Washington, Seattle. Por lo tanto, abordar el tema del cuidado y de la Violencia Obstétrica desde estas dos grandes pensadoras permite el desarrollo de una justificación detallada de esta problemática, otorgándole visibilidad a la misma, no solo para todo aquel que brinde cuidados a la mujer en proceso de parto, sino para aquellas mujeres que han pasado o pasarán por esta situación.

Los profesionales de enfermería deben propender siempre intervenciones holísticas en donde se tenga en cuenta todas las esferas del ser humano, de esta manera es fundamental que el personal de la salud vaya más allá de los procesos fisiológicos por los que cursa un organismo. Es necesario ofrecer un verdadero cuidado centrado en el bienestar integral de la persona, respetando su dignidad humana y llevando a cabo acciones libres de cualquier tipo de violencia. Respecto a esto, una de las mujeres entrevistadas en la investigación reclama:

Pero sí sentí que digamos enfermería pudo haber hecho más por mí. O sea, yo digo enfermería porque uno siente que enfermería es como esa mitad entre el médico y uno ¿Sí? Todo lo que uno necesite respecto a cuidado, la enfermera lo puede hacer (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

Por lo anterior, la doctora Jean Watson con su *Filosofía y Teoría del Cuidado Humanizado* (1979) alude a la relevancia de brindar un cuidado transpersonal, que la misma autora describe en 1999 como un “tipo especial de relación de cuidado humano – una unión con otra persona –

muy respetada para la persona y su estar en el mundo” (Jesse & Alligood, 2015, p.81). Es decir, se refiere a la interacción que se crea entre la enfermera y la persona que requiere un cuidado.

En este sentido y teniendo en cuenta que en el proceso de parto se evidencia una interacción entre el personal de la salud y la parturienta, es importante que el profesional de enfermería se apropie de su rol y brinde un cuidado verdaderamente auténtico en el que incluya todas aquellas cualidades que reflejen claramente un amplio interés por el bienestar de la persona.

El momento del parto es un acontecimiento significativo, trascendental e inolvidable en la vida de una mujer, pues no solamente implica la llegada de un nuevo ser al mundo, sino que también comprende una gran variedad de elementos como el dolor experimentado en el trabajo de parto. A su vez, los miedos que se suscitan respecto a su salud, la preocupación por el bienestar de la nueva vida, los retos de la maternidad y la composición de sus redes de apoyo, entre otros; que son permeados por sus principios, creencias, valores, simbolismos, cultura, entre otros.

Bajo ese esquema, desde la perspectiva de Watson el ser humano debe ser acogido no solamente desde lo biofísico, tal y como lo refieren (Jesse & Alligood, 2015) “Watson pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente – cuerpo - espíritu” (p.83), de esta manera la teoría de Watson es ideal en cuanto a que comprende a la persona de una manera holística y trascendental.

Para Watson las acciones de la práctica de enfermería deben estar guiadas por los factores de cuidado, los cuales están ampliamente relacionados con la palabra *caritas* que en latín significa “valorar, apreciar, prestar atención especial, atención afectuosa” (Jesse & Alligood, 2015, p.81).

Lo anterior, proporciona una guía a seguir al profesional de enfermería respecto a su actuar diario. En total, la teoría de Watson desarrolla 10 factores de cuidado que podrían llegar a justificar una atención integral en el proceso de parto. No obstante, aunque los diez factores de cuidado son importantes, se hará mención a los 3 que sobresalen por el gran impacto que generan en la consecución de este estudio.

En primer lugar “el desarrollo de una relación de ayuda y confianza”, requiere por parte del enfermero integrar sus propios aprendizajes y vivencias en la experiencia que proporciona a la persona que cuida, logrando el “autoaprendizaje”. Por otro lado, esta relación motiva al profesional a brindar un cuidado individualizado, evitando caer en acciones mecánicas y en la realización de juicios de valor sobre la forma de vestir, actuar o hablar de las personas (Urra et al., 2011). En definitiva, exaltar su dignidad:

La satisfacción durante este proceso [de parto] depende fuertemente del nivel de interacción con el equipo de salud. Esto hace distinguir a dos tipos de enfermeras, las que se aproximan solo desde lo físico y las que lo hacen además desde lo relacional, enfoque centrado en la persona, lo que es evidentemente reconocido por las mujeres que viven el proceso (Bravo, Uribe, & Contreras, 2008, p.182).

Por otra parte, el segundo factor *caritas* que se analizará es: “La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos” en donde las emociones ocupan un lugar privilegiado, ya que estas son inherentes a la persona e influyen fuertemente en las respuestas producidas por el ser humano ante alguna situación. “Con un acompañamiento cálido sin emisión de juicios se puede ayudar a la persona a que exprese sus sentimientos, potenciando así su dignidad y entendiendo el significado de la experiencia” (Casacuberta, Olives, García, & Serra, 2005, p.30).

Consecutivamente, en relación a la situación de la mujer en proceso de parto es claro que este es un momento único en la cual ésta atraviesa por un sin número de sentimientos positivos y negativos que sin duda repercutirán en el transcurso del proceso. Por ende, se esperaría que similar a como lo afirma la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, los profesionales de enfermería tengan o en dado caso adquieran la capacidad de comprender e interactuar acorde a las diferentes realidades emocionales de cada mujer; así como lo afirman Paulina Bravo, Claudia Uribe y Aixa Contreras, del Departamento de Salud de la Mujer de la Pontificia Universidad Católica de Chile: “Este apoyo emocional incluye empatía, compasión y palabras suaves, lo que alienta a la madre y la hace partícipe del proceso, haciendo que la satisfacción con el proceso de dar a luz se incremente” (Bravo et al., 2008, p.182).

Ahora bien, uno de los aspectos que puede llegar a cambiar el transcurso del proceso de parto es la información brindada por el personal de la salud a la mujer, sin embargo, esta acción debe contar con ciertas características para que sea realmente útil y origine cambios en el actuar de las mujeres, pues una buena información de acuerdo con el tercero de los factores de Watson debe estar guiada a “La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”. Es decir, debe ir más allá de comunicar algo, en otras palabras debe proporcionar una educación de tal modo que ésta produzca un cambio positivo en la mujer. Así mismo, que la aliente a tranquilizarse, tener una idea clara de la realidad y por ende generar motivación, seguridad y empoderamiento (Bravo et al., 2008).

Como se explicó anteriormente la interacción entre el personal de la salud y las mujeres en proceso de parto se ajusta a una dinámica institucional, la cual en la mayoría de los casos es excluyente respecto a la parturienta a partir de prácticas sanitarias estratificadas, disciplinantes y tecnificadas que actúan hoy en día como tendencia.

Existe un proceso de amaestramiento, despersonalización, infantilización y cosificación de la mujer que comienza durante las visitas prenatales, continúa durante la preparación al parto y culmina en el momento del parto. Al final de este proceso la parturienta queda reducida, con la excusa de la obtención de un feto vivo, a un cuerpo sin alma, un simple campo de trabajo quirúrgico (Fernandez, 2015, p.113).

En este sentido, los individuos que trabajan en instituciones de salud crean la perspectiva de una mujer sumisa y acorde con lo que se le imponga de acuerdo a este modelo (Crespo et al., 2013). Muchas veces, la violencia institucional que se caracterizó anteriormente se revela en la negligencia de los centros de salud al considerar las dificultades en la atención del parto como un mero problema en la calidad de la atención, ignorando que esta problemática es mucho más compleja, incluyendo incluso la vulneración de los derechos de la mujer (Castro & Erviti, 2014) y requiere de soluciones que comprometan a todos los actores sociales involucrados.

A pesar de lo anterior, el argumento conceptual plasmado en la teoría de Watson, permite dar cuenta de la importancia de un cuidado único, personal, completo y auténtico en donde se ratifique siempre el interés por la persona que se encuentra en un momento de vulnerabilidad; y además se proporcione un sentido de vida y una razón de ser, en la medida en que se respete la condición humana, incluso a pesar de las condiciones institucionales adversas.

Ahora bien, en esta investigación es importante destacar que el MMH que se mencionó previamente produce una exclusión del desarrollo y legado cultural inherente a la mujer, ya que de una u otra forma este modelo considera que otro tipo de saberes no científicos no aportan e incluso retrasan el desarrollo de la ciencia médica. En este sentido vale la pena recordar lo dicho anteriormente sobre la violencia obstétrica como violencia cultural. Es por esto que el aspecto cultural para esta investigación ocupa un lugar privilegiado pues como afirma Leininger, el

desarrollo de la concepción salud y enfermedad está influenciada por la cultura, que es definida como: “Valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra” (McFarlan, 2015, p.410). En este sentido, es importante resaltar que no todas las mujeres que van a dar a luz comparten las mismas características culturales.

Madeleine Leininger quien lleva a cabo sus estudios en enfermería y en antropología, desarrolla la teoría de la *enfermería transcultural* teniendo en cuenta lo referente al cuidado humano. En su teoría describe claramente que para brindar cuidado de enfermería se debe tener en cuenta la cultura de la persona, pues ésta influye directamente sobre las conductas de los individuos, las cuales sin lugar a dudas intervendrán en la respuesta a los cuidados y al tratamiento brindado (McFarlan, 2015).

La respuesta al porqué no todos los procesos de parto son iguales, o porqué unos son más o menos tolerables que otros, seguramente no depende exclusivamente de las características anatómicas y fisiológicas de la mujer, pues también cada una de ellas cuenta con particularidades propias que vienen determinadas desde la cultura con la cual crecieron y asimismo compartieron y se adaptaron durante el transcurso de sus vidas. A partir de esto, se puede evidenciar que el desarrollo de los cuidados brindados en el proceso de parto dependerá también de ciertos aspectos culturales que de una u otra forma hacen diferente y única la experiencia vivida por la mujer.

Leininger integró a su teoría la idea de que las diversas culturas brindan al personal de la salud herramientas para impartir un cuidado adecuado e ideal para cada individuo (McFarlan,

2015). De manera gráfica, la autora propone el modelo del *Sol Naciente* (1970) el cual McFarland (2015) describe de la siguiente manera:

La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros que se hallan en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un solo entero, que viene a significar el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. (p.414)

Bajo el esquema del *Sol Naciente* se origina en la profesión de enfermería un cambio de dinámica respecto a los cuidados brindados a las mujeres en proceso de parto, puesto que la atención brindada tiene que ser personalizada de acuerdo a las necesidades culturales de cada mujer. Esto significaría dejar a un lado aquellas prácticas protocolizadas, mecánicas y estandarizadas en la atención del parto.

De igual manera, la teoría de Leininger, además de brindar la posibilidad de ofrecer una guía para impartir cuidados de manera integral a la mujer en proceso de parto, plantea elementos necesarios que sirven como marco de referencia para la elaboración de esta investigación, en el sentido de que la autora realiza contribuciones importantes al desarrollo de los estudios cualitativos en enfermería. Leininger sostiene que la metodología cualitativa permite al investigador plantear de una manera clara lo trascendental, relevante y cultural para el individuo o población que se está estudiando.

Asociado a este interés particular de las teóricas mencionadas anteriormente, una de las mujeres que participaron en este proceso investigativo y que además se desempeña como enfermera afirma:

De nosotros dependen muchas cosas de las que manda el médico, de qué dice la familia y todo. Es quien está detrás de la mano ahí con el paciente. Y si nosotros no somos los que generamos ese cuidado, esa confianza, o asumimos esas necesidades que tiene la paciente en ese momento, no somos nada. No estamos haciendo nada. Y sí es un momento en el que es importantísimo contar con esa mano amiga de la enfermera. Que sea quien te ayude a que ese bebé nazca y que esté bien (Marce, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

Para concluir, es imprescindible tomar como marco de referencia a Jean Watson y a Madeleine Leininger en la medida en que proporcionan sólidas bases conceptuales que justifican un cuidado por parte de enfermería en la cual el eje central es el ser humano, visto bajo una perspectiva integral. El cuidado como concepto y como acción es la respuesta y resistencia a las prácticas de violencia obstétrica que han sufrido tantas mujeres durante su proceso de parto a lo largo de la historia. Es importante empoderar a los profesionales de la enfermería de esta importante labor, asegurando que las futuras madres afirmen con certeza: *Me Cuidaron el Parto*.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio cualitativo fenomenológico de tipo interpretativo. Lenise do Prado, Quelopana del Valle, Compean, & Reséndiz (2008) mencionan que una investigación cualitativa debe analizar el fenómeno de interés en forma holística, estar dirigida a las personas, y su objetivo debe ser conocer la realidad para comprender los procesos que ahí se desarrollen. Es decir: “La investigación cualitativa intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas, y comprenderlas de manera inductiva” (Bonilla & Rodríguez, 1997, p.70). Esto permite compartir conocimientos, vivencias y significados de sí mismo y de la realidad en la que viven los sujetos, fuera de las hipótesis preconcebidas del investigador. De esta manera, el nuevo conocimiento producto de esta investigación surge a partir de la experiencia de quienes vivieron el fenómeno de interés.

Específicamente, la presente investigación se desarrolló con un diseño fenomenológico. La fenomenología nos permite acercarnos al entendimiento del fenómeno desde el sujeto que lo experimentó, permeado por su cultura e historia y narrado desde su discurso propio, en un esfuerzo de conocer aquello que ha sido significativo, en este caso las experiencias desfavorables en su proceso de parto (Ray, 2003).

La fenomenología interpretativa o hermenéutica no busca primero la evidencia tal "como es en sí misma" como fundacional, sino que más bien revela el horizonte descubriendo las presuposiciones. La tradición fenomenológico-hermenéutica o el enfoque interpretativo es ontológico, una manera de ser en el mundo donde la dimensión fundamental de toda la

conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje. También, proporciona la riqueza para entender la condición humana en una realidad continua y cambiante pero socio histórica, en la cual nos encontramos inmersos (Ray, 2003). La “filosofía hermenéutica” es, entonces, aquella concepción filosófica que hace de la comprensión el centro problemático de su interés como rasgo básico de la existencia humana (Vergara, 2008).

Por otra parte, se entiende que todos los estudios cualitativos son a su vez descriptivos, apuntándose que:

Tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretenden proporcionar una imagen “fiel a la vida” de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa (...) Se basan en la narración de una historia como vehículo para la descripción de las personas, escenarios o acontecimientos (Amezcuca & Gálvez, 2002, p.426)

Lo anterior facilita que se describan con detalle algunas experiencias de violencia obstétrica que vivieron las mujeres durante su proceso de parto, otorgando al lector una visión cercana a la realidad del fenómeno a partir de los agentes involucrados.

7.2 PARTICIPANTES

Las personas que participan en esta investigación son mujeres que vivieron violencia obstétrica, que al momento de ser entrevistadas cumplieran con las siguientes características:

- Mujeres que tuvieron el proceso de parto institucionalizado y recibieron atención por parte del personal del sector salud.
- Mujeres que en su experiencia del proceso de parto hayan sentido que vivieron violencia obstétrica.

- Mujeres que hayan decidido participar de manera voluntaria en la investigación y tengan capacidad de verbalizar su experiencia.

7.3 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Elsy Bonilla y Penélope Rodríguez (1997), autoras del libro *La investigación en Ciencias Sociales. Más allá del dilema de los métodos*, comentan sobre el papel del investigador en los estudios cualitativos:

Debido al énfasis en la capacidad personal inherente a las técnicas cualitativas, el investigador se convierte en el principal instrumento de la investigación. Su responsabilidad permea directamente, desde el diseño y planeación de la investigación, hasta la recolección, organización, análisis e interpretación de los datos. Por esto debe desarrollar una gran capacidad para captar la información sobre los rasgos esenciales que dan identidad a la situación estudiada, según las percepciones de los sujetos que interactúan en dicho contexto. La capacidad de los investigadores para mantener control de su opinión al tiempo que son creativos para recolectar la información, otorga un criterio de calidad a la presente investigación (Bonilla y Rodríguez, 1997, p.74).

Este estudio se valió de dos técnicas para la recolección de información: La entrevista semiestructurada a profundidad y el diario de campo. Bernardo Robles menciona que en la entrevista a profundidad:

La intencionalidad principal de este tipo de técnica, es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro (Robles, 2011, p.40).

La entrevista a profundidad está basada en conversaciones cercanas, reiterativas en donde no existe un nivel jerárquico en la relación investigador – entrevistado, así mismo, este encuentro esta guiado hacia la narración de experiencias del proceso de parto por parte de la mujer entrevistada referidas en sus propios términos. Para lo anterior es necesario lograr una relación de cercanía y confianza con la entrevistada que puede requerir sesiones previas donde no se trabaje el tema en cuestión pero se le permita a la persona expresarse y conocer al investigador.

En esta investigación el instrumento de entrevista se ha denominado “*Violencia Obstétrica en mujeres durante su proceso de parto*”. Las primeras preguntas son cerradas y hacen parte de la caracterización básica del entrevistado, las siguientes se orientan a explorar las experiencias desfavorables de las mujeres durante su proceso de parto (Ver Anexo 1).

Por otra parte en esta investigación se utilizó el diario de campo para registrar los mensajes del lenguaje no verbal como las modulaciones de la voz, movimientos corporales, expresión facial, entre otros, que surgieran durante el tiempo de la entrevista. “La mayoría de las notas de campo son descriptivas y previenen de dos fuentes: observar y escuchar” (Bernard, 2006, p.397). La observación de los procesos, actitudes y comportamientos, especialmente durante las entrevistas, otorgan una gran cantidad de información que puede pasar desapercibida durante la transcripción de las mismas y enriquecen la narración de experiencias.

7.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información para la realización de esta investigación, se ejecutó con la aprobación del Comité del Departamento de Enfermería Clínica de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana.

Se utilizó la técnica de muestreo conocida como “Bola de Nieve” en la cual “se identifican los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar” (Martínez, 2012, p.616). Los investigadores se basaron en contactos clave a partir de investigadoras en la Universidad Javeriana, Universidad de la Sabana y de la Universidad Nacional de Colombia, además de algunos grupos activistas que manejan el tema de los derechos de las mujeres y el parto respetado.

Se invitó a la población que cumplía con los criterios de inclusión buscando la mayor diversidad posible. Las entrevistas se realizaron de manera individual a mujeres, con carácter semiestructurado y a profundidad, obteniendo datos de la mujer entrevistada de tipo socio-demográfico, acerca de su situación de salud y ginecobstétricos, haciendo énfasis en la atención brindada por parte del personal de la salud.

En el desarrollo de la entrevista, el investigador formuló las preguntas anteriormente expuestas y luego una pregunta general sobre cómo fue su experiencia del proceso de parto que permitía determinar si la mujer vivió situaciones de violencia obstétrica y poder ampliarlas a partir de otras preguntas más específicas. La información suministrada por la participante fue grabada en audio previa autorización de la entrevistada y se tomaron notas en el diario de campo.

La entrevista se inició con una explicación completa y exhaustiva acerca del objetivo de la investigación, lectura y firma del consentimiento informado como método de aprobación por parte de la entrevistada, dejando claro su decisión libre de participar en el estudio. La duración de las entrevistas tuvo un tiempo estipulado entre 30 a 60 minutos, sin embargo algunas participantes se tomaron un tiempo más prolongado, por lo cual se les permitió describir ampliamente sus experiencias.

Para obtener la información de esta investigación se escogió el lugar de mayor preferencia por la entrevistada, para generar un ambiente cálido, confortable, tranquilo y de confianza, es decir, que le permitiera narrar libremente su experiencia durante el proceso de parto.

Se decidió realizar un grupo focal para ampliar la calidad de los datos con algunas de las mujeres que decidieron participar del estudio. “Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador” (Escobar & Bonilla, 2009, p.52). La importancia de este método de recolección de datos radica en el hecho de que haya más mujeres que han pasado por la experiencia de proceso de parto, pues esto hace posible la “autoconfesión” (García & Mateo, 2000) y facilita el surgimiento espontáneo de las diferentes experiencias que tienen los asistentes respecto al tema.

A partir de lo anterior podemos afirmar que esta investigación se valió de uno de los criterios de calidad de la investigación cualitativa: La Triangulación, que aunque no hace parte de los estudios fenomenológicos ni del esquema propuesto por Colaizzi, que se explicará en la siguiente sección, permite confrontar los resultados con diferentes fuentes de información. Según Mays y Pope (2000):

La triangulación compara los resultados de dos o más métodos diferentes de recolección de información (por ejemplo, entrevistas y observación) o, más simple, dos o más fuentes de datos (por ejemplo, entrevistas con miembros de diferentes grupos de interés). El investigador busca patrones de convergencia para desarrollar o corroborar una interpretación general. (p.51)

La triangulación para otros autores incluye el uso de varios datos, investigadores, teorías o metodologías que en definitiva buscan ampliar la comprensión del fenómeno (Arias, 2000). La recolección de la información se llevó a cabo hasta lograr la saturación, es decir; “cuando el

investigador no tiene acceso a otros datos que contribuyan al desarrollo de la investigación” (Ardila & Rueda, 2013, p.101).

7.5 ORGANIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la presente investigación se utilizó el Método de Colaizzi (1978) para la recolección, sistematización y análisis de datos en campo. Este ha sido considerado uno de los abordajes fenomenológicos más utilizados en la investigación cualitativa de enfermería. Colaizzi apoya la importancia de la descripción fenomenológica como preparación para la acción en el futuro.

Según Colaizzi, para ampliar el conocimiento de un fenómeno, primero deben reconocerse las fundamentaciones del mismo. Él establece la definición del fenómeno de interés con base en la recolección de descripciones de los participantes, análisis secuenciales para depurar la esencia de la información y validación, con los mismos participantes, para llegar a elaborar una descripción exhaustiva del fenómeno estudiado (Sánchez, 2001, p.39).

El método Colaizzi y la presente investigación se valieron de los siguientes pasos (Santiago de Castro & Vargas, 2015, p.384):

- 1. Definición del fenómeno de interés:** Violencia Obstétrica.
- 2. Recolección de definiciones sobre el fenómeno:** A través de entrevistas semiestructuradas a profundidad grabadas en audio donde se utilizó el diario de campo.
- 3. Lectura de descripciones de los participantes:** Cada entrevista se transcribió de manera textual antes de las 36 horas posteriores al encuentro, teniendo en cuenta para su identificación el seudónimo elegido por la participante, con el fin de proteger la identidad de la entrevistada teniendo en cuenta el principio ético de privacidad y confidencialidad.

En cada entrevista se añadieron al texto las notas del diario de campo. Cada entrevista y resumen fue leída por los investigadores por lo menos 3 veces.

4. **Volver a las transcripciones originales y extraer enunciados significativos:** Posterior a la lectura de corrido de cada entrevista, los investigadores subrayan los enunciados más aportantes para la descripción del fenómeno de interés.
5. **Tratar de escribir el significado de cada enunciado:** A continuación los investigadores escribirán su propia interpretación de los conceptos y experiencias narradas por las participantes.
6. **Organizar los significados en grupos de temas:** Cada uno de los enunciados significativos y su interpretación serán codificados y luego clasificados en categorías y subcategorías, con ayuda de una marcación por colores, generando una matriz conceptual que permita entender la complejidad del fenómeno.
7. **Escribir una descripción exhaustiva:** A partir de la codificación de los datos, los investigadores interpretarán las definiciones y categorías para concluir con una descripción extensa del fenómeno que incluya los elementos más relevantes.
8. **Volver a los participantes para validar la descripción:** Una vez realizada la matriz y la descripción exhaustiva del fenómeno, se contactará nuevamente a las participantes y por medio de la técnica de grupos focales se les preguntará si lo interpretado por los investigadores da cuenta de lo que expresaron en relación al fenómeno y si desean aportar nuevos elementos.
9. **Si surgen nuevos datos durante la validación, incorporarlos a la descripción exhaustiva:** Este último paso enriquece la descripción del fenómeno de interés, incluyendo las percepciones de todas las participantes del estudio.

7.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se realizó de acuerdo con las normas establecidas en la Resolución Número 8430 de 1993, así pues, se tuvo en cuenta lo estipulado en el artículo 5 según el cual: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (Colombia, 1993). Así mismo, según el artículo 11, se consideró este estudio como una investigación con riesgo mínimo, debido a que pueden alterarse aspectos sensitivos y psicológicos de la conducta, secundarios a la remembranza de las experiencias de violencia obstétrica.

A partir de lo anterior, es relevante mencionar que la decisión de participar en esta investigación fue de manera libre y autónoma, de esta manera todas las mujeres que participaron en el estudio contaron con un consentimiento informado escrito, el cual fue proporcionado por los investigadores y constató su autorización de participar en la investigación. Así mismo, se garantizó durante todo el estudio la confidencialidad de la información recibida y la identificación de la persona entrevistada.

Esta investigación se direccionó bajo el principio de beneficencia/no maleficencia, que (Arguedas, 2010) describe como “la obligación de no hacer daño a las personas que participan en una investigación, en el terreno práctico tratando de maximizar todos los posibles beneficios y previendo las acciones necesarias para minimizar los eventuales riesgos” (p.77).

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES

En este estudio participaron de manera voluntaria 21 mujeres que vivieron un proceso de parto institucionalizado, que fueron atendidas por el personal de la salud y que sintieron que vivieron Violencia Obstétrica. Las mujeres tenían un rango de edad entre los 25 y 72 años, lo cual enriquece la narración de las experiencias vividas y las percepciones frente al fenómeno que se pretende describir.

Respecto al nivel educativo el 4,76% contaba con primaria completa. El 14,29% afirmó haber cursado bachillerato incompleto. El 9,52% de las participantes contaban con Bachillerato completo. El 28,57% realizó un estudio técnico y el 14,29% eran tecnólogas. El 19% tenía estudios universitarios incompletos o los estaba cursando. El 4,76% tenía estudios universitarios completos y el 4,76% contaba con formación en maestría. Los anteriores datos de esta investigación reflejan que la Violencia Obstétrica se puede presentar como una variable independiente del nivel educativo de las mujeres, a pesar de lo comentado por la OMS (2014) y Vallana (2016) cuando enuncian que las variables de nivel socioeconómico y educativo condicionan las formas en cómo se ejerce la violencia contra la mujer.

En este estudio participó una mujer procedente de Estados Unidos de América y veinte mujeres Colombianas, de ellas la mitad nacieron en Bogotá, una en Cundinamarca, una en Boyacá, una en Quindío, dos en Tolima, dos en Antioquia y tres en Norte de Santander. Todas ellas tuvieron su proceso de parto en instituciones de salud colombianas, dos de ellas experimentaron en diferentes partos la atención de instituciones tanto públicas como privadas,

nueve de ellas solo de carácter privado, nueve en instituciones públicas y una en el momento de la entrevista no recordó en qué tipo de institución fue atendida. Estos datos ponen de manifiesto que el fenómeno de la Violencia Obstétrica se experimenta en diferentes lugares del territorio colombiano y de forma independiente al carácter de la institución que brinda la atención en salud.

De las mujeres entrevistadas ocho, solo tuvieron un parto, siete, tuvieron dos partos y seis, experimentaron tres partos. Finalmente, frente al tiempo transcurrido desde los partos hasta el momento de la entrevista, se obtuvo como tiempo mínimo un año y máximo 48 años. Lo anterior se relaciona con lo expuesto por Hamui, Fuentes, Aguirre, & Ramírez de la Roche (2013), frente a las emociones negativas, quienes afirman que éstas pueden anclarse a las personas a través de los años y repercutir en la percepción que tengan del personal de la salud en los contextos hospitalarios.

La caracterización anterior permite evidenciar una muestra amplia y heterogénea en cuanto a edad, nivel educativo, procedencia y tiempo transcurrido desde la experiencia del parto. Las anteriores variables permiten resaltar el contexto socio-histórico de las participantes, que en una investigación cualitativa “son una vía para garantizar el rigor de la aproximación [pues la población] es cuidadosa e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación” (Martínez, 2012).

El siguiente cuadro muestra las características individuales de las participantes:

CUADRO 1. Caracterización de las participantes

Seudónimo	Edad	Nivel Educativo	Procedencia	Atención en institución pública o privada	Número de Partos	Años transcurridos desde los partos hasta la entrevista
Aura	59	Bachillerato Incompleto	Cundinamarca	Pública y Privada	3	31, 36 y 40
Carolina	30	Técnico	Bogotá	Privada	1	4
Sofía	27	Cursa estudios universitarios	Bogotá	Privada	1	7
Luisa	25	Cursa estudios universitarios	Bogotá	Pública	1	4
Marce	30	Cursa estudios universitarios	Bogotá	Pública	2	7 y 15
Patricia	35	Técnico	Tolima	Pública	3	8, 11 y 15
Laura	31	Bachillerato Incompleto	Tolima	Pública	2	8 y 13
Paola	32	Técnico	Bogotá	Privada	1	12
Jacobina	27	Universitario Completo	Estados Unidos de América	Privada	1	1
Balu	34	Técnico	Bogotá	Privada	2	7 y 15
Panda	50	Tecnólogo	Norte de Santander	Pública	1	22
María	36	Tecnólogo	Bogotá	Privada	3	11, 13 y 19
Natalia	36	Técnico	Norte de Santander	Pública	1	10
Catalina	72	Bachillerato Incompleto	Antioquia	Pública	2	44 y 48
Gloria	66	Bachillerato Completo	Antioquia	Pública y Privada	3	31, 36 y 41
Carmen	43	Tecnólogo	Norte de Santander	Pública	2	10 y 15
Juanita	31	Técnico	Bogotá	Privada	2	1 y 4
Martha	59	Bachillerato Completo	Boyacá	Privada	3	16, 23 y 25
Esmeralda	57	Primaria	Quindío	Pública	3	34, 38 y 39
Ema	23	Estudio Universitario Incompleto	Bogotá	No sabe	1	2
Frida	39	Maestría	Bogotá	Privada	2	4 y 8

Cuadro diseñado por los autores

8.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS DIARIOS DE CAMPO

En el procedimiento de recolección de información sobre el fenómeno desarrollado en esta investigación, y de manera alterna a las entrevistas semiestructuradas a profundidad grabadas en audio, se realizó un registro manual exhaustivo detallado, que constituyó el diario de campo de los investigadores. En dicho manuscrito se plasmó el lenguaje no verbal que manifestaban las mujeres participantes de las entrevistas y que fue captado mediante una atenta observación por parte de los investigadores mientras ellas narraban sus experiencias.

Estas expresiones representan un insumo muy valioso para el estudio en cuestión, puesto que a través de los gestos, ademanes, muecas, señas, guiños, las mujeres lograron describir ampliamente su experiencia usando su cuerpo y expresiones mediante gestos. Lo anterior, significó para ellas el haber estado inmersas en una situación que las llevo a experimentar violencia obstétrica. El hecho de recordar aquellas situaciones generó en ellas facies o expresiones de enojo, tristeza, nostalgia, miedo, entre otros. A continuación, se hace referencia a las expresiones corporales más comunes que acontecieron en las mujeres durante las entrevistas:

La postura inicial para describir la experiencia del proceso de parto en las mujeres que participaron de esta investigación fue sentada y con las piernas cerradas, cuando describían situaciones relacionadas con el tacto vaginal, el rasurado, la expulsión de loquios y el uso del baño, se notaba un cambio de posición y un cruce de piernas espontáneo pero rápido, con la característica especial de hacer este cruce y sostenerlo con más presión y certeza que de costumbre, esto podría significar una actitud de búsqueda de privacidad, contención o retención.

Cuando las mujeres describían momentos donde se sentían inconformes con alguna situación específica en la atención y comentan que hubieran querido reclamar en ese momento,

pero finalmente no fueron capaces de hacerlo, dramatizan la manera como hubiesen hecho el reclamo, pero inmediatamente bajan la mirada con una actitud insegura y temerosa, que demuestra la vulnerabilidad que sentían en ese momento y aún hoy se conserva.

Las mujeres al referirse a un momento trágico, triste o doloroso durante su proceso de parto, en distintos tiempos de la narración demostraron actitudes como el quebranto de voz, el llanto y el silencio prolongado tratando de tomar pausas para equilibrar su emocionalidad y poder retomar la narración. Estas manifestaciones muestran que aquellas situaciones que desencadenaron para las mujeres momentos de dolor o sufrimiento son recordadas con claridad y al describirlas en la actualidad generan en ellas el mismo sentimiento que en dicha experiencia pasada.

Cuando las mujeres hablaban sobre situaciones que les generó en el pasado nerviosismo, inseguridad o ansiedad, tenían gestos comunes entre ellas, como pasar saliva de manera repetitiva, hacer movimientos exagerados con las manos, tomar elementos pequeños entre sus dedos y movilizarlos mientras hablaban. Generalmente estos movimientos eran asociados a situaciones que las hacían sentir profundamente incomodas como el no poder adoptar la posición que ellas deseaban para realizar su parto y cuando escuchaban comentarios por parte del personal de salud que les resultaban ofensivos.

Otra de las características corporales que compartieron estas mujeres durante las entrevistas, fue una profunda necesidad de actuar los hechos que narraban, la dramatización en estas mujeres representó la manera gráfica de describir los hechos que más las marcaron durante su proceso de parto. Facies de enojo, rubicundez, molestia, indignación y rabia, acompañaron estas actuaciones

demostrando que cuando vivieron la situación en específico representó para ellas una de las situaciones más desagradables que vivieron durante su proceso de parto.

Para concluir, los diarios de campo no fueron una herramienta aislada en la obtención de datos, sino que sirvieron conjuntamente con las entrevistas para obtener la visión más fidedigna posible de las narraciones y experiencias de estas mujeres. El investigador cualitativo es ante todo un buen observador, porque comprende que un fenómeno social no puede ser expresado solamente con la palabra hablada, sino que requiere de todas las formas de expresión de la persona y del contexto donde se llevaron a cabo los hechos.

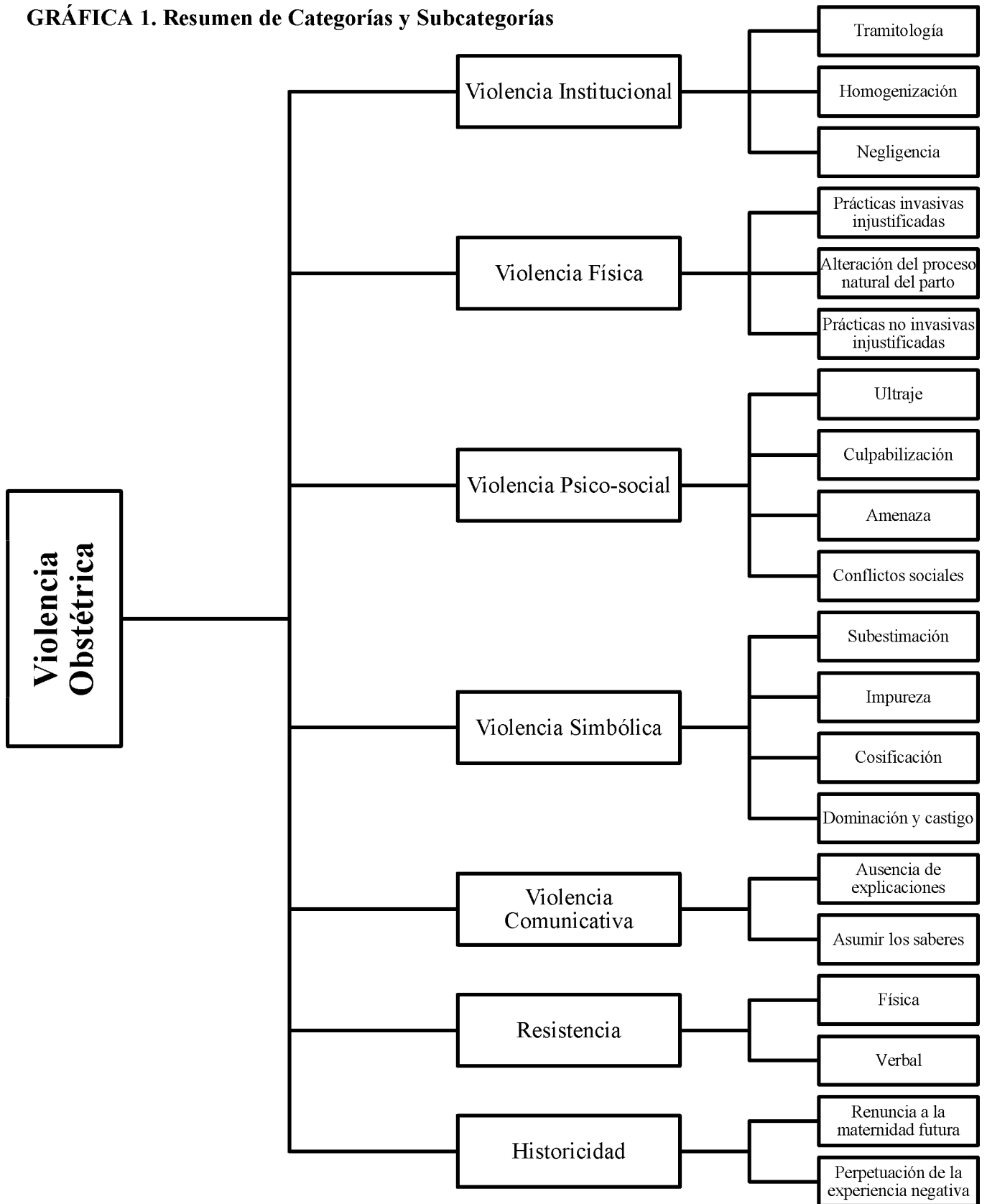
8.3 DESCRIPCIÓN EXHAUSTIVA DEL FENÓMENO: ANÁLISIS DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

Retomando los pasos del Método Colaizzi para la organización, sistematización y análisis de la información, la descripción exhaustiva del fenómeno es el séptimo paso. Previamente se realizó la descripción del fenómeno en el marco teórico de esta investigación, la recolección de definiciones del fenómeno a través de las entrevistas y los diarios de campo y la transcripción y lectura de cada una de las entrevistas. Con estas transcripciones se extrajeron los enunciados más significativos que ayudaran a describir el fenómeno de la violencia obstétrica, los investigadores escribieron en cada enunciado su interpretación del mismo, generando códigos que luego fueron clasificados por colores dentro de categorías y subcategorías.

Esta clasificación fue puesta en discusión entre los autores de esta tesis para asegurarse de obtener la mayor exactitud a la hora de establecer las categorías y subcategorías, procurando siempre la interpretación más fiel y cercana a lo que las mujeres comentaron en sus relatos. De esta organización surge la descripción del fenómeno, que en este caso se realiza a través de todas

las categorías que lo componen, unas de ellas ya descritas en la literatura como las diferentes formas de violencia que puede encarnar este fenómeno y otras, originales de los relatos de las mujeres que participaron en este estudio. A continuación, se presenta una gráfica resumen y la posterior descripción de las categorías y subcategorías:

GRÁFICA 1. Resumen de Categorías y Subcategorías



Gráfica diseñada por los autores

8.3.1 Categoría 1: Violencia Institucional

Retomando la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, esta forma de violencia obstétrica se centra en todas aquellas acciones u omisiones desarrolladas por el personal de la salud que retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres accedan a sus derechos y a una atención de calidad durante su proceso de parto. Esto puede ser causado por las mismas condiciones estructurales del sistema de salud, donde en ocasiones existen falta de insumos, exigencias económicas en términos de productividad y rendimiento y jornadas extenuantes para el personal de la salud, que pueden desencadenar efectos como el síndrome de desgaste profesional o *burnout*.

En la actualidad, para algunos autores como Magnone (2011), Valdez (2013) y Vallana (2016), el sistema de salud conserva muchas de las características de los modelos de atención de corte biológico, que Eduardo Menéndez (1984) describió como el MMH. Algunos de los rasgos propios de este modelo que son importantes para entender la violencia institucional son: biologismo, eficacia pragmática, salud como mercancía, legitimación jurídica de las prácticas, dominio de la cantidad sobre la calidad. Lo anterior deviene en prácticas, procedimientos y protocolos que pueden ser vivenciados por las mujeres como violentos, recreando el imaginario del hospital como fábrica o modelo tecnocrático del nacimiento que describe Floyd en 1993.

De la categoría de violencia institucional, las mujeres durante las entrevistas resumieron una serie de vivencias que pueden ser clasificadas en tres subcategorías que se describen a continuación: Tramitología, homogenización y negligencia.

CUADRO 2. Violencia Institucional

Categoría	Subcategorías	Vivencia
Violencia Institucional	Tramitología	<i>“Cómo es posible que por una carta yo haya llegado a esos extremos. O sea, que no me atendieron por un simple papel. No creo que eso sea justificación para que se pierda una vida.” Martha</i>
	Homogenización	<i>“Y el doctor me dijo que no, que eso estaba prohibido, que tenía que acostarme, acostarme, acostarme o acostarme.” Luisa</i>
	Negligencia	<i>“A mí la anestesia no me cogió. Entonces cada una de esas pasaditas de la aguja con el hilo la sentí hasta el alma. Eso fue terrible. (...) Lo único que me decía era que ya me habían puesto lo que necesitaba, que me aguantara lo que ya faltaba” Marce</i>

Cuadro diseñado por los autores

- **Tramitología**

Esta subcategoría se refiere a la exigencia de documentación o papeleo que genera el personal de la salud hacia las mujeres en proceso de parto y que produce un retardo en la atención. Los relatos demuestran que las exigencias de un registro, certificado, inscripción o afiliación fueron interpretadas por las mujeres como una barrera en la atención, poniendo en riesgo su salud y la de su hijo.

Teniendo en cuenta que muchas de las mujeres que experimentan contracciones y comienzan su labor de parto acuden en primera instancia al servicio de urgencias de la institución de salud, vale la pena recordar que la Circular Externa 10 de 2006, emitida por el

Ministerio de Salud y Protección Social colombiano dicta: “En ningún caso la atención inicial de urgencias requiere contrato o autorización previa por parte de las EPS, ARS o Secretarías de Salud” (p.1). Además, la misma circular recuerda que no debe exigirse pago previo o copago para la atención inicial de urgencias y no se pueden exigir periodos de carencia para recibir esta atención.

Marce relata el drama que tuvo que experimentar como consecuencia de estas exigencias:

Ellos confirmaron los derechos para la prestación del servicio y todavía no estaba afiliada, o sea, no aparecía el pago, yo no sé. -No, acá no la podemos atender. Entonces mi mamá en su cosa pues volvió y me encaramó al taxi y: -Vámonos para el otro. Entonces uno de los dos fuimos y allá también me dijeron: -No, acá no la podemos atender porque no está afiliada. Entonces mi mamá entro en angustia existencial porque bueno, ella está con esas contracciones, en ningún lado la quieren atender porque no está afiliada y uno como no es conocedor de que independientemente de cómo sea la institución a uno le tienen que atender una urgencia, más si es un parto o algo así. Entonces mi mamá me cogió para un lado y para el otro. Fueron como tres instituciones a las que fuimos y en todas que no” (Marce, entrevista personal, 22 de abril del 2016).

Otra de las entrevistadas menciona que el retardo en una carta de autorización que le exigían llevó a la pérdida de su hijo:

Lo que no me parece justo es lo que hicieron conmigo la primera vez, porque es que cómo es posible que por una carta yo haya llegado a esos extremos. O sea, que no me atendieron por un simple papel. No creo que eso sea justificación para que se pierda una vida. (Martha, entrevista personal, 6 de septiembre del 2016)

- **Homogenización**

Retomando a Eduardo Menéndez (1984), la homogenización en la atención es una forma de perpetuación del modelo médico hegemónico, en el cual se ofrece una atención de salud estandarizada a todas las mujeres sin tener en cuenta sus particularidades. Lo anterior puede conducir a órdenes y protocolos descontextualizados de sus preferencias y necesidades, lo cual es analizado y denunciado desde la perspectiva de la enfermería transcultural de Madeleine Leininger.

Para esta autora, los procesos de enfermedad no dependen exclusivamente de las características físicas por las cuales curse una persona, sino de su vivencia cultural e histórica de la misma. La homogenización de la atención, desarrollada de manera sistemática y mecánica, puede interpretarse como una contradicción a estos planteamientos. Por lo tanto, un cuidado de enfermería con enfoque cultural durante el parto, necesariamente debe centrarse en las necesidades y deseos específicos de cada mujer.

Algunos de los relatos que demuestran esta manera de proceder se exponen a continuación: “Y pues yo le pregunté: ¿Y tenía opción de decir que no a algo? Y me dijo: -No mamá, acá siempre se hace y se hace a todas, quieran o no quieran” (Juanita, entrevista virtual, 4 de septiembre de 2016). “Eso es la repetición de la repetidora (...) siempre pasa lo mismo, siempre te dicen lo mismo” (Balú, entrevista personal, 6 de agosto de 2016).

Muchos de estos protocolos, productos de la homogenización en la atención, como el ayuno en partos de bajo riesgo, la exclusión de acompañantes durante la labor del parto, la realización de enemas y la ausencia de analgesia aun cuando es solicitada por las mujeres, son descritos por

la OMS (1985) y las recomendaciones IAMI como prácticas que deben ser reevaluadas y modificadas, con el objetivo de ofrecer un trato más humano durante la atención en salud.

Respecto al ayuno en el trabajo de parto, un estudio realizado por Carrillo, Espinoza de los Monteros y Soto (2015) recomienda:

A las pacientes en trabajo de parto se les debe permitir la ingesta de líquidos claros (nivel de evidencia 1, grado de recomendación A). Los alimentos sólidos se deben suspender en el trabajo de parto activo (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A). Las mujeres embarazadas, incluidas las pacientes obesas, puede consumir líquidos claros hasta dos horas antes de la cirugía (bajo anestesia regional o general) (nivel de evidencia 2, grado de recomendación D) (p.32).

Sin embargo, algunas de las mujeres relatan haber permanecido en ayuno durante varias horas e incluso días, sin ningún tipo de soporte nutricional adicional y sin explicaciones de este requerimiento:

Y yo tenía hambre. Pero como ya era de noche no me podían llevar nada. Entonces yo le dije a la enfermera: ¿No puedo comer nada hasta mañana? es que tengo hambre. Me dijo: -Sí, toca que aguante hasta mañana. Pero no me dijeron: No puede comer por esto, o está prohibido comer en las habitaciones... no. Pero yo tenía mucha hambre. Y yo le decía: Por lo menos un *Bonyourt*. Y la enfermera decía que no, no, que tenía que esperar a que amaneciera. (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016)

Otro de los procedimientos que se relaciona con estas exigencias y que aún se conserva en algunas instituciones es el “lavado” o enema, que según recomendaciones de la OMS (1985) se considera inadecuado. La participante refiere:

Como yo había comido me pusieron un lavado y entonces a mí me dejaron caminando y yo era como vomitando y dando del cuerpo. (...) Yo sintiendo ya los dolores de parto y yo caminando

por toda parte buscando un baño para ir de verdad, a vomitar y a dar del cuerpo (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Por otra parte, la compañía en momentos de vulnerabilidad, tal y como es el proceso parto, resulta ser un factor importante que genera empoderamiento a las mujeres y les brinda ánimo para lograr con satisfacción un parto exitoso. Sin embargo, en la mayoría de instituciones en Colombia está prohibida la entrada de un acompañante a la sala o cuarto donde la mujer va a tener a su bebe, resultando en una experiencia negativa que aumenta la sensación de fragilidad y dependencia y exagera sentimientos como la inseguridad y la soledad, dado que en ese momento la mujer se está enfrentando a una situación novedosa y en muchas ocasiones dolorosa.

Así lo relata una de las mujeres: “Sacaron los familiares en este momento, ni siquiera dejaron quedar a uno solo en la sala de espera, sino que a todos lo sacaron, que se tenían que ir porque no se podía quedar absolutamente nadie” (María, entrevista personal, 26 de agosto de 2016). Otra entrevistada comenta: “De pronto... ¿Sabe qué me hubiera gustado? Que el señor que fue el papá de mis hijos hubiera estado” (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016). Finalmente, secundando el relato anterior, Luisa expresa: “A mí sí me hubiera gustado que el papa de [nombre del hijo] estuviera. O sea no porque viera, sino porque yo necesitaba de alguien” (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

El rasurado genital es una de las prácticas que en algunos sitios aún se realiza de forma rutinaria y sin tener un soporte científico que lo sustente. Al respecto, la *Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio* (2013) en Colombia afirma que “No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto” (p.410). Además, esta misma guía expone:

Una revisión sistemática sobre el rasurado perineal durante la admisión en trabajo de parto que incluyó tres ensayos clínicos controlados con mujeres primíparas o multíparas sin importar la vía del parto, encontró que no hubo diferencias en la morbilidad febril materna (OR=1,16; IC 95%= 0,70-1,90), infección perineal (OR=1,52; IC 95%= 0,79-2,90), ni en la dehiscencia de la herida perineal (OR=0,13; IC 95%= 0,00- 6,70). La colonización bacteriana por gram negativos fue menor en el grupo no rasurado (OR=0,43; IC 95%= 0,20-0,92) (p.409).

Este acontecimiento fue narrado por las mujeres con adjetivos que demuestran incomodidad y malestar: “el rasurado es algo muy molesto ¿no? No tiene uno como privacidad” (Panda, entrevista personal, 2 de septiembre de 2016). Además, experimentaron el suceso como un riesgo para su salud “Y uno llegó allá y lo primero que hicieron fue voliarle cuchilla a uno ahí. Seguramente hasta con una cuchilla sucia o vieja cuando más” (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016). Finalmente el procedimiento además de ser injustificado desde la evidencia científica no se explica a las mujeres, como lo narra Balu:

Entonces uno llega, lo primero, -Muestre mamá cómo está, usted tiene ahí vellosidad. Me acuerdo mucho que cogieron una rasuradora, allá las rasuradoras son de metal, sin agua y sin nada. – Venga, acuéstese. Y Tun, tun. Y uno... Venga, ¿qué pasó acá? (Balu, entrevista personal, 6 de agosto de 2016).

Finalmente, la posición supina durante toda la labor del parto, como fue descrito en la historia de la ginecología en el marco teórico, surgió a partir del siglo XVII para comodidad del médico que atendía el parto, sin embargo ha sido descrita como anatómicamente desfavorable para la dilatación, borramiento y expulsivo. Por esta razón, muchas culturas indígenas conservan el parto en cuclillas, que para muchas mujeres resulta más cómodo. Al respecto, dos de las mujeres entrevistadas nos comentan:

Entonces yo le decía a él que si podía hacer esta posición en la camilla [simula estar en cuclillas], así sentía menos dolor. Y el doctor me dijo que no, que eso estaba prohibido, que tenía que acostarme, acostarme, acostarme o acostarme. Entonces ahí como que ya empezó también un poquito mi sufrimiento, porque en serio sentada me sentía más cómoda (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016)

Entonces ahí me subieron las barandas, me pusieron las barandillas de la cama aparte de lo que ya tenía puesto [el suero], como quien dice, no puede pararse por nada del mundo. Yo decía: ¡Putá, pero por qué! (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016)

- **Negligencia:**

La tercera subcategoría de la violencia obstétrica institucional es la negligencia. Ésta es definida como “el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer se hace” (Gamboa y Valdés, 2015, p.12). La negligencia se encuentra dentro del concepto de mala práctica y deriva en responsabilidades legales para el personal de la salud que incurra en ella.

Algunos de los relatos de las mujeres describen este modo de proceder asociado al descuido y temor de complicaciones que sintieron las personas que estaban siendo atendidas porque el personal que las cuidaba se encontraba realizando otro tipo de actividades. Así lo comenta Sofía:

No, la doctora, la ginecóloga ella estaba dormida. Y la enfermera, literal, o sea, tomando tinto. Tomando tinto porque yo me cansé de esperar que viniera la auxiliar o la jefe o el que estuviera para que me pasaran al baño. Yo tenía muchas ganas de ir al baño y obviamente me habían advertido que no me podía levantar, que me podía caer, que de pronto en el baño podía tener mi bebé, pero sin embargo, yo no podía aguantarme hasta que estuviera en trabajo de parto pues

obviamente las ganas de orinar... y yo pase al baño (Sofia, entrevista personal, 11 de abril del 2016).

Muchas mujeres mencionan que la mala práctica del personal de la salud las llevó a tener graves consecuencias para su salud, incluyendo cirugías posteriores al proceso de parto, abertura de los puntos de la cesárea o la episiotomía, y la realización de otros procedimientos que pudieron haberse evitado si la atención hubiera sido diferente. Así lo refiere Jacobina:

Después de eso pues me hicieron pues la episiotomía y no sé porque él, el médico, me puso más anestesia para los puntos y se hizo un edema, entonces yo vi que alguien llego y miro y dijo: - ¡Uy! pero eso qué es, no, no. -Es un edema, ni idea por qué. Entonces por todo eso y por toda la manipulación pues quedé supremamente inflamada y pues es algo que tiene que ver con ahorita, la cicatrización salió mal y me tuvieron que volver a operar (Jacobina, 22 de marzo de 2016)

Asociado a la inadecuada o insuficiente administración de medicamentos, Natalia comenta: “No, yo pedía auxilio porque el dolor es terrible, que por favor me colocaran calmantes. Y me dice: -No, ya se le colocaron calmantes” (Natalia, entrevista virtual, 7 de agosto de 2016). Otro de los testimonios narra el dolor que le produjo el proceso de la sutura de la episiotomía también llamada episiorrafia, como se puede ver a continuación:

[Después de la episiotomía] a mí la anestesia no me cogió. Entonces cada una de esas pasaditas de la aguja con el hilo la sentí hasta el alma. Eso fue terrible. (...) Lo único que me decía era que ya me habían puesto lo que necesitaba, que me aguantara lo que ya faltaba (...). Me pasó muchos puntos más diciéndome lo mismo: - Le falta uno, le falta uno. Yo lloraba y aguantándome el dolor ahí pasando cada uno de los puntos de sutura (Marce, entrevista personal, 26 de abril de 2016).

Por otro lado, Aura relata lo siguiente: “después del parto el doctor que me atendió, según dicen, venia enguayabado y yo duré y el niño duró 20 días hospitalizados porque pues se me

infectaron los puntos” (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016). Finalmente, el relato de Carmen expresa en sus propias palabras el concepto de negligencia y narra lo que para ella significó:

Pues cosas de que la doctora era muy inexperta tal vez, a mí me dijeron. El trabajo de parto hasta la dilatación número 10 pero no se habían dado de cuenta que mi hijo venía era enredadito con el cordón umbilical y obvio que él tuvo... O sea, no nació. El niño no nació. Se pasó el tiempo y se pasó el tiempo y yo ya sentía como que me iba a morir. Entonces al llegar el ginecólogo es que se da cuenta que mi hijo se estaba muriendo y yo me estaba muriendo. Ahí tomaron la decisión de unirme que llaman ustedes los profesionales. Cortarme el cordón del ombligo para que mi niño saliera y ya salió sin llorar, o sea, así negrito. Y me lo pasaron rápido a rehabilitación. Entonces ese sí fue una experiencia ya más... porque por poco mi hijo se muere. Y yo quedé pues muy mala, yo quedé después de como 20 días delicada, delicada. Por todo lo que pasó. Entonces ese sí es un malo recuerdo, porque ya la negligencia se vio a la vista. Ya la negligencia, tanto del cuerpo de enfermería, como la doctora que le tocó de turno ahí... Si no llega el ginecólogo en ese momento nos hubiéramos muerto hasta los dos de pronto (Carmen, entrevista virtual, 28 de agosto del 2016).

8.3.2 Categoría 2: Violencia Física

En esta categoría se encuentran todas aquellas acciones que directa o indirectamente generaron un daño o sufrimiento físico a la mujer. Estas prácticas ocurrieron de forma intencional o no intencional por parte del personal de la salud, pero fueron experimentadas por las mujeres como sucesos negativos en la atención del proceso de parto, lo cual en algunas ocasiones generó secuelas físicas posteriores, dolor físico e incomodidad en el momento del parto.

Como lo describe Medina (2008), citado por Magnone, la violencia obstétrica física se ejecuta a través de la alteración injustificada del proceso natural o fisiológico del parto o de la realización de prácticas o procedimientos invasivos o no invasivos que no tengan relación con las necesidades terapéuticas de las mujeres en su proceso de parto. Foucault (2002) describió este dominio del cuerpo físico, como el campo donde se ejerce el poder disciplinario, generando una anatomía política del cuerpo que se centra en aspectos como la agilidad, productividad, rentabilidad y obediencia, para obtener beneficios en términos económicos de tiempo y poder.

De esta categoría se despliegan tres subcategorías que evidencian las experiencias de las mujeres frente a la violencia física de la que fueron objeto: Prácticas invasivas injustificadas, Alteración del proceso natural del parto, Prácticas no invasivas injustificadas.

CUADRO 3. Violencia Física

Categoría	Subcategorías	Vivencia
Violencia Física	Prácticas invasivas injustificadas	<i>“Ella me hizo varios tactos supremamente dolorosos, ella tenía los dedos muy cortos entonces tenía que meter mucho la mano, yo no sé pero me hacía un daño muy impresionante” Frida</i>
	Alteración del proceso natural del parto	<i>“Me colocaron un medicamento y a mí el medicamento me puso súper mal. O sea, yo creo que por acelerar el trabajo de parto muy, muy rápido. Yo sufrí mucho.” Luisa</i>
	Prácticas no invasivas injustificadas	<i>“El caso es que ya ni siquiera pude pujar y el médico se me subió encima de mí con una mano acá como debajo de los senos y me empujó la niña hacia abajo, durísimo. Y, o sea, fue tanta como la fuerza que yo no podía ni respirar” Carolina</i>

Cuadro diseñado por los autores

- **Prácticas invasivas injustificadas**

La práctica que con mayor frecuencia describieron las mujeres de esta investigación fueron los tactos vaginales repetitivos y realizados por diferentes personas, en especial estudiantes. Estos tactos ocurrieron normalmente sin el consentimiento de las mujeres y fueron experimentados como sucesos “dolorosísimos”, desagradables e incómodos. Una de las entrevistadas comenta “Bueno, entonces después me hicieron tacto y me hicieron sangrar y me dolía” (Patricia, entrevista personal, 13 de marzo de 2016). Por otra parte, María comenta:

Los médicos que están en toda su labor de ginecobstetricia o haciendo su práctica, bueno no sé, residentes, como se llamen. –Mira que esta mamá tiene el cuello en tanto. Entonces tocaba uno, tocaba el otro, tocaba el otro, cinco, seis, siete tactos en un momentico. Para saber cómo está el cuello. – Mira, date cuenta cómo está esta mamá. (María, entrevista personal, 26 de agosto de 2016)

Otra de las entrevistadas dice:

Ella hizo varios, varios tactos durante el trabajo de parto, que a mí, yo les digo, me dolió mucho más el tacto que las contracciones (...) ella me hizo varios tactos supremamente dolorosos, ella tenía los dedos muy cortos entonces tenía que meter mucho la mano, yo no sé pero me hacía un daño muy impresionante (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016)

Otra de las participantes narró su experiencia, describiéndola como “sin complicaciones” y “normal”. Recomendaciones de la OMS afirman que la ruptura artificial de las membranas o amniotomía no está indicada en este tipo de trabajos de parto, sin embargo Juanita en su entrevista narra:

Recuerdo que cogió una varilla y me metió la varilla, una varillita como larga, pero nunca me explicó que lo que iba a hacer era romperme la fuente. No me explicó lo que iba a pasar en el

momento, pues, que se rompiera. Qué dolor iba a sentir. (Juanita, entrevista virtual, 4 de septiembre de 2016)

Otro de los procedimientos que llama la atención en los relatos hace referencia a la episiotomía, cuyo procedimiento fue descrito por las participantes como “me rajaron”, “me abrieron”, “me desgarraron”. Respecto a esta práctica invasiva la OMS (1996) establece que “No existe ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero sí la hay en lo referente a que ésta puede producir daños”. Además indica que no se debe superar más del 10% de episiotomías en el total de los partos atendidos.

A mí no me atendió un médico especialista o un ginecólogo sino fueron dos internos. Entonces a mí lo que me hicieron, me desgarraron, porque mi hija venía muy grande. Entonces cortaron hasta la cola y se desgarró la pierna. Entonces a mí me cogieron 45 puntos diagonales (...) y a mí me tuvieron casi dos horas cosiéndome, pues como me habían dejado... (Panda, entrevista personal, 2 de septiembre de 2016).

Las anteriores descripciones son una muestra de cómo algunos procedimientos invasivos son considerados por las participantes como experiencias negativas y pueden clasificarse dentro de la categoría de Violencia Obstétrica física, pues generan un daño directo en el cuerpo de la mujer. Este tipo de prácticas han sido reevaluadas por la morbilidad que pueden generar en la madre y el bebé, como es el caso de los estudios sobre la episiotomía de Berzain y Camacho (2014) o el estudio sobre instrumentación uterina y tactos vaginales como factores de riesgo para endometritis puerperal de Mamani et al. (2008).

- **Alteración del proceso natural del parto**

Respecto a esta subcategoría, las *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto* dicen:

La intensificación o conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía). En el curso de las últimas décadas, los esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales han llevado al uso de una serie de prácticas, ya sea para acelerar un trabajo de parto lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza normalmente. Si bien las intervenciones dentro del contexto del de conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto (OMS, 2015, p.3).

Una de las entrevistadas refiere que la conducción de su trabajo de parto, dadas las condiciones favorables en las que se encontraba, no requería de adelantarlo con una cesárea. “Entonces yo sé que me gané una cesárea innecesaria que yo sé que hubiera podido esperar mucho más, pero no se esperó. Yo sentía que había mucho afán” (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016). Otra de las participantes narra su experiencia de parto medicalizado con oxitocina, que le produjo además un dolor físico:

Me colocaron un medicamento y a mí el medicamento me puso súper mal. O sea, yo creo que por acelerar el trabajo de parto muy, muy rápido. Yo sufrí mucho. O sea, yo creo que sí me preguntan de uno a diez cuánto me dolió el trabajo de parto y el parto, o sea, ¡Cincuenta! Me dolió muchísimo (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

Los anteriores resultados demuestran cómo la manipulación de los tiempos normales del parto genera en las mujeres una sensación de desencanto y dolor físico. Esta insistencia en llevar a cabo partos rápidos y controlados se relaciona además con el concepto de “economía de los cuerpos”, que favorece relaciones de utilidad-obediencia entre el personal de la salud y las mujeres en proceso de parto.

- **Prácticas no invasivas injustificadas**

Esta subcategoría se refiere a todo tipo de acciones o intervenciones que fueron interpretadas por las mujeres como actos de violencia física y que por sus características de ocurrencia se consideran prácticas no invasivas sin justificación a partir de la condición clínica de las mujeres e incluso pueden resultar perjudiciales según estudios de la OMS y diversos autores. Estos sucesos fueron recordados con especial incomodidad por las participantes del estudio, como se puede evidenciar en las notas del diario de campo y en la descripción detallada de los hechos, como se puede leer a continuación.

Una de estas prácticas es la maniobra de presión del fondo del útero, también conocida como Maniobra de Kristeller.

La maniobra de Kristeller recibe su nombre en honor a su autor, Samuel Kristeller, que la describió en 1867, citado por Hopp, como un «nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos» (Rengel, 2011, p.83).

Algunas de las participantes narraron este momento:

No sabía en ese momento, el caso es que ya ni siquiera pude pujar y el médico se me subió encima de mí con una mano acá como debajo de los senos y me empujó la niña hacia abajo,

durísimo. Y, o sea, fue tanta como la fuerza que yo no podía ni respirar (Carolina, entrevista personal, 10 de mayo de 2016).

Pero el dolor era miserable, claro, luego yo me enteraría con la otra cesárea y viendo a mi hermana cuando tuvo a su bebé y viendo a otras mujeres que eso no era así. Que a uno no le quedaba todo el estómago lleno de morados, que la vieja se había ensañado un poco conmigo haciéndome Kristeller en una cesárea, que realmente no es necesario. No es para nada necesario (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016).

Varios estudios han demostrado los riesgos que esta práctica tiene para el bebé y la madre, dentro de los que se encuentran los realizados por García et al (2006), que asocia esta maniobra a resultados como traumatismo en el nacimiento, cefalohematoma, *caput succedaneum*, fractura de clavícula y cráneo, entre otras. Api et al (2009) dicen además que la maniobra de Kristeller cuando se usa para descender al bebé en un momento diferente a cuando este ya ha coronado, se asocia a mayor morbilidad fetal, traumatismo neonatal, mayores ingresos de los recién nacidos a una unidad de cuidados intensivos e incluso muerte neonatal (Rengel, 2011, p.87).

Inmediatamente después del parto y hasta máximo un mes, la mujer persiste con un flujo sanguinolento, también llamado loquios, que resulta normal y es importante valorar durante el proceso de recuperación física para descartar ciertas alteraciones patológicas. Puede realizarse en algunas ocasiones un masaje externo que favorezca la involución uterina y la expulsión de este contenido, sin embargo y teniendo en cuenta el estado de vulnerabilidad y dolor en el que se encuentra la puerpera, es fundamental explicar la importancia de este procedimiento y realizarlo con cuidado, contrario como lo vivieron algunas de las mujeres entrevistadas:

Se me subieron aquí, que para sacarme no sé qué de la matriz y que la sangre, no sé qué más, el líquido y toda esa vaina. Una se paró acá, otra se paró acá y ambas cruzaron las manos y me

hacían así (...) pero yo terminé al otro día que no me pude parar del dolor. Entonces a mí me parece que esto es un maltrato que no lo deben someter a uno (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016).

Me llevaron a otra sala de observación con un mundo de maternas a hacer los supuestos masajes para que terminen de salir los residuos de placenta que hay, me bañaban con agua fría ¡Una vaina horrible! Ehhh me masajeban el estómago durísimo (María, entrevista personal, 26 de agosto de 2016).

Finalmente, otra serie de prácticas no invasivas, interpretadas por las mujeres como violentas, las constituyen jaloneos, pellizcos, empujones, zangoloteos, entre otras:

Llegó una enfermera y dijo –Dele de comer a su hijo. Entonces yo, ¿pero qué? Entonces yo la coloqué y bueno, para que comiera y pues le duele a uno mucho ¿no? –Pero es que no le está saliendo nada. Y agarró el pezón y lo jaló durísimo entonces eso es otro dolor aparte del que ya trae uno después de su parto, es otro dolor y es algo muy incómodo (Panda, entrevista personal, 2 de septiembre de 2016).

Al otro día como a las nueve esa señora [la enfermera] llegó y eso me arrebató esa cosa, esa manguera que tenía el suero, eso la quitó de una y me sacudió (Esmeralda, entrevista personal., 4 de septiembre de 2016).

En la camilla donde estaba pues me empujaba uno y el otro me jalaba, hasta que dijeron –Listo (Jacobina, entrevista personal, 22 de marzo de 2016).

Me pareció muy injusto lo que hicieron conmigo. Dos enfermeras, la una me cogió de un brazo y la otra, me cogió del otro. Y me llevaron prácticamente a rastras, porque a mí no me montaron en una silla, ni me llevaron en una camilla, yo ya no podía caminar... (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Estas acciones realizadas por el personal de la salud resultan no solo injustificadas en el acompañamiento del proceso de parto, sino contrarias a los ideales de cuidado y trato humanizado que propondría Jean Watson en su teoría de cuidado humanizado, centrado en valorar, apreciar, prestar atención especial y atención afectuosa a todas las personas por el simple hecho de serlo. En definitiva, este es el trato que espera la mayoría de las mujeres al acercarse a una institución de salud para llevar a cabo su proceso de parto.

8.3.3 Categoría 3: Violencia Psico-Social

La violencia psicosocial se refiere a todas las palabras, gestos o acciones que afectaron la salud emocional o psíquica de la mujer en proceso de parto y/o que alteraron sus vínculos sociales con otras personas. Dentro de esta categoría se identifican muchas formas de maltrato psíquico, que fueron enlistadas previamente, como el hostigamiento, acoso, persecución, ridiculización, manipulación, entre otras.

Siendo una investigación cualitativa, los datos que fueron resultado de las entrevistas no pueden ser clasificados unívocamente, lo que representa una cierta dificultad para establecer las subcategorías, pues un acto puede ser catalogado de diversas maneras según la fuente teórica, la corriente psicológica que lo describa o la interpretación del investigador. Por esta razón, intentando el mayor rigor posible, se eligieron aquellos actos que mejor reunían las experiencias de las mujeres respecto a la violencia psico-social y se establecieron 4 subcategorías: Ultraje, culpabilización, amenaza y conflictos sociales.

CUADRO 4. Violencia Psico-Social

Categoría	Subcategorías	Vivencia
Violencia Psico-Social	Ultraje	<i>“-¡No griten! ¿Quién las manda a abrir las piernas? ¡Ya con cinco chinos encima debería saber a qué viene!” María</i>
	Culpabilización	<i>“-Yo le puedo romper las membranas, pero es bajo responsabilidad de usted. Ese dedo inquisidor. -Lo que le pase a usted y a su bebé es problema suyo” Aura</i>
	Amenaza	<i>“Me dijo que me iban a poner pues la anestesia para que me hicieran la cesárea y que era una aguja que me podía dejar como inválida si me seguía moviendo” Ema</i>
	Conflictos Sociales	<i>“Me generó en un principio inconvenientes para la vida sexual, porque no tenía como sensibilidad, o sea, habían sucedido una serie de cosas, había tenido complicaciones que yo ni sabía que existían” Sofía</i>

Cuadro diseñado por los autores

- **Ultraje**

Este concepto fue descrito por primera vez por Aristóteles en la *Retórica*. Allí el filósofo griego menciona:

Ultraje es decir o hacer cosas que producen vergüenza al que las sufre y no para que ocurra en interés propio nada que no sea el hecho en sí, sino solo para quedar complacido (...) lo que causa placer a quienes cometen ultrajes es que piensan que el portarse mal les hace superiores (...). Por lo demás, es propio del ultraje la deshonra y quien quita la honra desprecia. (Arist. Ret. 1378b 20-30)

Actualmente, varios autores asocian el ultraje a la humillación como el psicólogo social Saulo Fernández (2008), quien asegura que ésta es a la vez un acto y una emoción. El acto se centra en devaluar a otra persona, especialmente cuando existen relaciones de dominación o poder, y la emoción es la experimentada por la víctima cuando hace propia esta devaluación.

Algunos de los relatos de las mujeres más significativos en esta subcategoría se enuncian a continuación:

Con [nombre del hijo] me pusieron la que llaman la raquea. Y me hicieron acostar fetal, posición fetal y que pegara la frente a las rodillas ¿Cuándo hace uno eso con esa barrigota? Y me regañaron. Eso sí me regañó la señora que me estaba... la anesthesióloga (...) que si no podía hacer esa posición cómo había podido hacer las otras (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016).

Habíamos yo creo que unas seis o siete maternas en ese momento, de escuchar a otras mujeres que ya iban en su proceso de parto, en su trabajo de parto. -¡No griten! ¿Quién las manda a abrir las piernas? ¡Ya con cinco chinos encima debería saber a qué viene! (María, entrevista personal, 26 de Agosto de 2016).

Yo me acuerdo que a mí me dijeron: -Es rico hacerlos pero no tenerlos, es que ser mamita duele (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016).

-¡No grite, otras cosas entraron por ahí! ¡No grite por un tacto que por ahí va a salir una cabeza completa! (Carolina, entrevista personal, 10 de mayo de 2016).

La enfermera que estaba de turno empezó a decirle: ¡Puje bien, puje bien! ¡Que así como fue de fácil abrir las patas para que la embarazaran pues así mismo puje! (...) ¡Chinas que ni siquiera han aprendido a bañarse, a lavar los calzones y ya en estas! (Marce, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

Muchos de los comentarios anteriores se basan en la reproducción de la vergüenza a causa del acto sexual que conllevó al embarazo y el parto. Esto se relaciona con un maltrato basado en el género en el cual la mujer es juzgada por el ejercicio de su sexualidad y frente al cual la consecuencia es asumir el dolor, en silencio y sin protesta.

Otra forma de ultraje se manifiesta en los sobrenombres que se utilizan para referirse a las mujeres, lo cual no solo despersonaliza la atención sino que es interpretado por muchas como una humillación. Estos sobrenombres normalmente están en diminutivo, como una manera de infantilizar o reducir a la mujer, lo que aumenta la desigualdad en las relaciones y aumenta la dependencia. Al respecto Frida comenta:

Y mira que lo de mamita, gordita, en eso quiero ser bien clara. Mira, uno no llega y le dice al obstetra o a la obstetra: *Doctorcito o doctorito*, ni *mediquito ni mediquita*, ni *doctorcita*. Uno le dice: doctor y doctora. Ni uno les dice: enfermerita o enfermerito. No dice eso. En cambio uno sí es gorda, gordita, mamita, mamá. Y ahí está precisamente esa relación de poder, en poderte llamar como yo quiera y no entrar en confianzas ¿sí? Eso es una confianza que uno no tiene con el personal de la salud cuando es paciente. Es una relación de poder ahí. (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016)

- **Culpabilización**

La culpabilización es cuando se responsabiliza a la mujer de los desenlaces negativos que pueden ocurrir durante el parto. En una relación de maltrato, como la que ocurre en la violencia obstétrica, se favorece la interiorización de este sentimiento por parte de las mujeres debido a que se encuentran en una situación de vulnerabilidad múltiple, consecuencia de lo que han vivido. Así fue el caso de Aura, que relata:

Que el parto es seco. Entonces dije: ¿No puede hacer nada, no me puede colaborar en nada? Entonces dijo: (...) –Yo le puedo romper las membranas, pero es bajo responsabilidad de usted. Ese dedo inquisidor. –Lo que le pase a usted y a su bebé es problema suyo (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016).

Luisa describe la situación de culpa que vivió durante el expulsivo, a partir de los comentarios que le hacía el médico:

Entonces ya pujé y él me dijo: -No siga pujando. Entonces yo dejé de pujar pero resulta que no sé qué fue lo que hice, pues yo me echo la culpa, o sea, yo. El niño se volvió a meter. Entonces cuando [nombre del hijo] nació tenía la cabeza súper desfigurada. (...) El doctor me dijo: -Mamá, otra vez su hijo se volvió a meter. Entonces yo dije: No, yo hice algo mal. (...) Yo me echo la culpa porque igual nadie me dijo nada más ni nada, entonces yo dije: Será que yo hice fuera hacia adentro o algo así porque ese niño me nació con la cabeza así (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

- **Amenaza**

En la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” se define amenaza como: “El anuncio verbal o con actos de la ejecución de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él” (Art 15, p.28). A partir de esta definición se entiende que la amenaza es el advenimiento de actos o circunstancias que pueden suceder a la mujer, especialmente cuando ésta no obedece las órdenes dadas por el personal de la salud.

María narra uno de los comentarios que le hizo una enfermera: “-Dejémosla que sufra, sino la vemos en un año otra vez acá, o en unos meses otra vez acá teniendo otro chino y no se cuida” (María, entrevista personal, 26 de agosto de 2016). Otra mujer nos comenta:

En ese momento pues estaban las enfermeras y me empezaron a gritar que tenía pues que... que esforzarme. Que no tenía que respirar así, que tenía que esto, que si no, una de ellas se iba a montar encima de mí pues a tratar de sacar al niño (...) y que me iba a doler (Juanita, entrevista personal, 4 de septiembre de 2016).

Frida y Ema nos relatan que el anestesiólogo en el momento de la anestesia, si bien en sus comentarios se refería a una de las complicaciones de este tipo de punciones, fue interpretado como una amenaza por las mujeres: “Sí pues, me dijo que me iban a poner pues la anestesia para que me hicieran la cesárea y que era una aguja que me podía dejar como inválida si me seguía moviendo” (Ema, entrevista personal, 6 de septiembre de 2016).

Por último, la amenaza se centraba en la no aceptación de procedimientos y en muchas ocasiones en las repercusiones que los actos de las mujeres podían tener en la salud de sus bebés. Así lo expresan Frida y Jacobina: “Y me amenazó. Me dijo: -Mire, si usted no se deja voy a ponerle en la historia clínica que yo le dije cuáles eran los riesgos de no hacerlo y que usted se negó al procedimiento” (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016). “Ya como cerca al final llegó la misma ginecóloga venezolana y me regañó. Que tenía que respirar bien, que tenía que controlarme, que si no, mi hijo sufría” (Jacobina, entrevista personal, 22 de marzo de 2016).

- **Conflictos sociales**

En esta subcategoría están agrupadas todas las dificultades que sufrieron las mujeres con su pareja, familia y trabajo, como consecuencia de la experiencia de violencia obstétrica. Resulta importante debido a que el fenómeno que esta investigación quiere describir, trasciende a la persona y perjudica sus entornos sociales más cercanos, generando conflictos del rol, problemas

económicos, sexuales, entre otros, que pueden continuar a través del tiempo, enriqueciendo indirectamente la categoría Historicidad.

Así lo expresa Sofía, que debido a la mala praxis obstétrica cursó durante mucho tiempo con incontinencia urinaria de esfuerzo:

Yo por ejemplo fui gimnasta en el colegio, yo practicaba natación, yo hacía muchas cosas, hacía deporte y no las puedo hacer ahora porque no puedo caminar, no puedo digamos correr y que me exceda. Por la noche empiezo con dolor bajo, me toca elevar los pies y eso de alguna manera me limita un poco. Tú sabes que en área clínica, digamos profesional, uno está todo el tiempo con los pacientes corra para un lado, corra para el otro. Entonces yo he pensado eso a futuro, más adelante de pronto yo mayor, no sé, con un pañal, una incontinencia de pronto (Sofía, entrevista personal, 11 de abril de 2016).

La misma entrevistada nos dice que este problema no solo afectó su desempeño laboral, sino que generó tensiones a nivel familiar: “Al principio créeme, mi familia no me entendía, pensaban que de pronto era que no sé, de pronto lo estaba tomando como algo psicológico. Y yo decía: No, es que realmente es algo físico, no puedo caminar” (Sofía, entrevista personal, 11 de abril de 2016). Además relata sus vivencias en la vida sexual: “Me generó en un principio inconvenientes para la vida sexual, porque no tenía como sensibilidad, o sea, habían sucedido una serie de cosas, había tenido complicaciones que yo ni sabía que existían” (Sofía, entrevista personal, 11 de abril de 2016).

8.3.4 Categoría 4: Violencia Simbólica

En esta categoría se encuentran todos aquellos mensajes de dominación, subestimación, impureza, entre otros; que el personal de la salud dijo de forma directa a las parturientas o que ellas asimilaban, producto de las vivencias de otras mujeres que compartieron el mismo espacio

físico de atención del parto. Algunos de estos comentarios, como lo menciona la “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, perpetúan los mensajes de dominación por parte del personal de la salud, debido a que su conocimiento médico-científico ubica a las mujeres en una situación de desventaja y vulnerabilidad, en definitiva, una relación asimétrica, lo que Foucault describe como saber-poder.

Retomando a Vallana (2016), y los planteamientos de Michelle Sadler (2004); las mujeres que participaron de esta investigación, coinciden en sus relatos sobre violencia obstétrica simbólica en algunas de las categorías que se analizaron previamente como la subestimación por parte del personal de la salud sobre la concepción que tiene la mujer de su parto y la impureza del cuerpo. Por otra parte, surgen dos subcategorías nuevas: La concepción del cuerpo como un objeto y los mensajes directos de dominación. Estas formas de presentación constituyen las subcategorías de la violencia simbólica.

CUADRO 5. Violencia Simbólica

Categoría	Subcategorías	Vivencia
Violencia Simbólica	Subestimación	<i>“Yo sentía que ya era como la hora de que la niña naciera. Y me decían que no, que no molestara, que ya los médicos habían dicho que eso era para el otro día” Catalina</i>
	Impureza	<i>“Y yo le iba a dar un beso y él me gritó y me dijo: - ¡No mamá, no le puede dar un beso! ¿No ve que esa sangre está contaminada?” Luisa</i>
	Cosificación	<i>“Simplemente se siente mucho dolor y como la impotencia ¿no? ¿De qué me están haciendo en mi cuerpo? ¿Por qué lo hacen? Lo único que se oía decir fue ¡Quedó como nueva!” Panda</i>

	Dominación y Castigo	<i>“Entonces una enfermera le dijo: -Usted se tiene que bañar con agua fría y a esta señora que no pone problema le voy a traer calientica” Gloria</i>
--	-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro diseñado por los autores

- **Subestimación**

Frente a este concepto Vallana (2016) menciona que el personal de la salud cuestiona constantemente el conocimiento que la mujer tiene de los procesos físicos, fisiológicos y emocionales que le acontecen durante el parto, priorizando las intervenciones médicas sobre los saberes propios de la mujer que han sido adquiridos por experiencias previas, relatos de otras mujeres o tradición. Esta incredulidad hacia la mujer puede generar en algunas de ellas sentimientos de impotencia, rechazo y desconfianza hacia sí mismas.

En la entrevista con Jacobina, el médico tratante antepone el saber teórico de un libro sobre su experiencia de dolor e ignora el reclamo de esta mujer, continuando su intervención:

[En el momento del masaje para expulsar los loquios] Eso fue horrible porque ella pues me abre el pañal y uno mostrando todo al mundo y me empieza a espichar que eso duele mucho. Y yo usualmente soy muy obediente, muy juiciosa, pero yo le cogía las manos y le decía: ¡No, no, no, me duele! Y el médico, el mismo señor grandote llega y dice: -¡Pero eso no duele! Y claro que duele. -¡¿Entonces el libro de obstetricia de hace cien años está equivocado?! (Jacobina, entrevista personal, 22 de marzo de 2016).

En otro de los relatos, los comentarios de la mujer sobre lo que está sintiendo son experimentados por el personal de la salud como molestos y resultan ignorados, dando prioridad nuevamente al criterio del personal de la salud. Lo anterior se relaciona con el concepto de

subestimación, donde se deja de lado las opiniones y sensaciones de la mujer que debería ser la protagonista de su proceso de parto.

Yo ya me sentía bien enferma, yo ya había reventado fuente, yo ya no estaba esperando sino que la niña naciera, yo me sentía mal, yo sentía que ya era como la hora de que la niña naciera. Y me decían que no, que no molestara, que ya los médicos habían dicho que eso era para el otro día (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Otra entrevistada menciona: “Me dejaron ahí con esos dolores que yo ya no los soportaba, y yo les decía: Es que yo ya voy a tener mi hijo. Y yo no reventaba fuente, y que no, que tiene que aguantarse” (Patricia, entrevista personal, 13 de marzo de 2016).

- **Impureza**

Retomando el recorrido histórico sobre la obstetricia que realiza Montes (2007) en su tesis doctoral, la impureza del cuerpo fue una característica asociada durante muchos años a los fluidos propios de la mujer, como la menstruación y el líquido amniótico. Esta concepción generó que el parto en sus orígenes fuera atendido por otras mujeres, que por compartir la misma impureza, fueron consideradas las personas ideales para realizar esta labor.

Sin embargo, en la actualidad, la creencia que la mujer es fuente de contaminación e impureza se mantiene en la cotidianidad de los servicios de salud, como lo expresa una de las entrevistadas. Su experiencia de sentirse contaminada por su propio hijo le generó un rechazo que describe de la siguiente manera:

Cuando [nombre del hijo] nació, él me lo puso en el pecho, entonces yo a [nombre del hijo] le dije como: ¡Ay, bienvenido!, te estaba esperando. Y yo le iba a dar un beso y él me gritó y me dijo: -¡No mamá, no le puede dar un beso! ¿No ve que esa sangre está contaminada? Entonces cuando él dijo “contaminada” a mí me asustó y entonces yo le dije: ¡No, quíteme el niño! Porque

yo dije ¿Contaminado? Pues viene contaminado todo (...) entonces yo de una como que sentí el rechazo de... no pues, entonces quítenmelo entonces de aquí de encima porque si está contaminado... (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

El relato anterior permite evidenciar la forma en que el concepto de contaminación sigue presente en el lenguaje y proceder del personal de la salud generando episodios de rechazo que pueden clasificarse como una forma de violencia simbólica. La perpetuación de estas concepciones arcaicas puede aumentar en las mujeres en proceso de parto sentimientos como el miedo, la inseguridad y la desconfianza hacia sí mismas y sus hijos.

- **Cosificación**

La cosificación corresponde a reducir la humanidad de la mujer a su cuerpo. Esta creencia incluye que el cuerpo pueda ser manipulado como un objeto en el que fácilmente y de manera rutinaria se pueden ejecutar prácticas de manera mecánica y deliberada, sin tomar como elementos importantes las sensaciones o percepciones de las personas en quienes recaen estas acciones.

Las participantes de esta investigación han hecho una descripción exhaustiva en cuanto a esta visión de su cuerpo se refiere. Una de las entrevistadas menciona haber perdido incluso su identidad como mujer en el momento en que manipulaban su cuerpo: “Ahí se me olvidó todo lo que yo era como mujer. Él me estaba suturando, me estaba haciendo, y yo no sentía porque obviamente estaba anestesiada” (Sofía, entrevista personal, 11 de abril de 2016).

Otra de las participantes menciona sentirse como un “conejiillo de indias” donde cualquiera puede hacer uso de su cuerpo para ser estudiado:

Las enfermeras, la gorda odiosa que yo siempre digo era una de las que les decía a ellas: -¡Deje de gritar!, bueno ya me llevaron y por el hecho de que era un Hospital Universitario, entonces uno entra allá como el conejillo de indias y todos tocan (María, entrevista personal, 26 de agosto de 2016).

Por otra parte, las entrevistadas sienten que los comentarios del personal de la salud se centran en el funcionamiento o apariencia de sus cuerpos, más allá de lo que están viviendo y sintiendo: “Si uno está en eso... o siente el dolor o respira. Una cosa a la vez. Y entonces quieren que uno haga todo al tiempo” (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016). Además Panda comenta:

Simplemente se siente mucho dolor y como la impotencia ¿no? ¿De qué me están haciendo en mi cuerpo? ¿Por qué lo hacen? Lo único que se oía decir fue ¡Quedó como nueva! Fue la expresión de los dos internos que me atendieron (Panda, entrevista personal, 2 de septiembre de 2016).

- **Dominación y Castigo**

En esta subcategoría se han agrupado todos aquellos comentarios realizados por el personal de la salud que de forma directa o indirecta generaron relaciones de subordinación, sumisión y obediencia por parte de las mujeres en su proceso de parto. Muchos de estos comentarios se relacionaron con prohibiciones o requerimientos cuyas razones no fueron explicadas a las mujeres y que resultaban más incómodos en la medida en que se asociaron a actitudes de superioridad por parte del personal de la salud.

Las relaciones de dominación-obediencia incluyen elementos como el premio o el castigo, que dependen de la evaluación del comportamiento de quien es sometido, como lo expresan dos entrevistadas en sus relatos:

Yo le decía al médico que si podía entrar el papá de [nombre del hijo] para que me diera la fuerza, o sea, algo qué coger para pujar. Y me dijo que no, que no me había portado bien, y que porque no me había portado bien, el papá de [nombre del hijo] no podía entrar (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

Esa señora [Otra mujer en proceso de parto] les estaba poniendo disque mucho problema y para acabar de ajustar no había agua caliente en los baños que porque se había dañado eso. Entonces una enfermera le dijo: -Usted se tiene que bañar con agua fría y a esta señora que no pone problema le voy a traer calientica. Me acuerdo de eso, entonces que a la señora esa que con fría y a mí que con caliente (Gloria, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Por otra parte, el dominador puede hacer uso de su saber como herramienta de sumisión, generando relaciones de dependencia y desventaja en quien no comparte dicho conocimiento: “Usted y él son profesionales ¿cierto? Entonces tuvieron un estudio. Yo soy la ignorante” (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016) “No sé cómo valerme, esta señora [la enfermera] puede hacer conmigo lo que... porque ella es la que sabe y está acá para ayudarme” (Marce, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

La dominación indirecta se manifiesta en algunas de las entrevistadas como un sentimiento de temor al castigo o al maltrato, aunque éste no aparezca como un mandato explícito. El miedo las llevó a reprimir en ese momento sus emociones y acciones, sin embargo, la entrevista se convirtió en un espacio para exteriorizar estos sentimientos, como lo describen algunas de las participantes: “Yo gritaba entre la almohada, porque yo tenía el pensamiento: Si me pongo a gritar como la otra muchacha me van a dejar sufrir y yo no quiero seguir sufriendo. Yo trataba de calmarme” (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016). “Yo tenía que morder un pañuelo porque me acuerdo que yo entré con un pañuelo precisamente para no gritar, para no hacer

ningún tipo de exclamación.” (María, entrevista personal, 26 de agosto de 2016). Además, Balu refirió:

Uno es sumiso, bobo, o sea, uno piensa que lo que dicen ellas es cierto y es verdad y ya, como por no entrar en conflicto. Y uno de solo pensar que de pronto si tienes que dejar a tu hijo ahí, de pronto te lo van a tratar mal, o después usted va a llegar ahí y no se lo van a atender, es como ese miedo de uno a que uno tenga que volver a necesitar el servicio y que digan: -venga, esta vieja fue la que me contestó, la que me dijo, la que hizo. Es como el susto, el miedo de la gente de protestar (Balu, entrevista persona, 6 de agosto de 2016).

Finalmente, una de las entrevistadas comenta que sintió temor de la obstetra que la estaba atendiendo porque con su silencio logró intimidarla, aún sin darle una orden directa:

Luego me acuerdo que la obstetra estaba súper enojada y no me hablaba, entonces yo le tenía miedo a ella, en ese momento yo decía: Ahora esta vieja emputada conmigo ¿Qué le va a hacer al niño? ¿Qué me va a hacer a mí? Está emputadísima (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016).

8.3.5 Categoría 5: Violencia Comunicativa

“Las competencias comunicativas son las habilidades necesarias para lograr una comunicación efectiva y constructiva, comunicar puntos de vista propios y comprender a los otros, para lo cual se necesita desarrollar escucha activa, asertividad y argumentación” (Quijano, 2007, p.10). Bajo esta premisa es preciso que el personal de la salud sea capaz de desarrollar destrezas comunicativas en las cuales se lleve a cabo una relación totalmente equitativa con el ser que cuida. Esto quiere decir, que ambas partes sean capaces de expresar lo que piensan, lo que sienten y lo que necesitan sin miedo ni restricción alguna.

La experiencia comunicativa es desarrollada como uno de los factores *caritas* de la “Teoría del Cuidado Humanizado” de Jean Watson, en la cual la relación de ayuda-confianza facilita el autoaprendizaje de la enfermera y le permite acercarse a las personas no solo desde lo físico sino desde lo relacional, evitando las acciones mecánicas y la realización de juicios de valor.

Dentro de la categoría de violencia comunicativa se reconocen dos subcategorías que a su vez son las modalidades en que esta forma de violencia se puede presentar: Ausencia de explicaciones y asumir los saberes.

CUADRO 6. Violencia Comunicativa

Categoría	Subcategorías	Vivencia
Violencia Comunicativa	Ausencia de explicaciones	<i>“Ella no me explicó: venga, le voy a hacer el tacto, relájese, puede doler, puede molestar. ¿Si? No hubo un contacto del profesional a mí en ningún momento. No se presentó, nada. Ella no... realmente no generó como eso que uno llama consentimiento informado, nunca lo hizo.” Sofía</i>
	Asumir los saberes	<i>“Cuando ya estaba pujando pues yo pujaba con el abdomen y el médico me dijo: No, tiene que pujar como haciendo popó. Y es básico. Todas las mujeres saben que... Y yo decía: Ni tan obvio, ni tan básico.” Luisa</i>

Cuadro diseñado por los autores

- **Ausencia de explicaciones**

Esta subcategoría se refiere a todas aquellas ocasiones en que a la mujer en proceso de parto se le realizó una intervención sin que le fuesen informados los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo. Brindar una información completa y suficiente, a pesar de que

se reconoce en muchas instituciones como un derecho de los pacientes y un aspecto fundamental de la atención humanizada, no se llevó a cabo generando en las mujeres sentimientos de frustración y desconcierto.

El acceso a la información por parte de las mujeres es una forma de empoderamiento de su proceso de parto y una herramienta con la cual pueden hacer frente a muchos de los abusos que rutinariamente se cometen. Así lo manifiesta Catalina en su entrevista: “¡Si ellas estuvieran bien orientadas sabrían defenderse muchas veces de los mismos abusos que los médicos y las mismas enfermeras cometen sobre los pacientes! O sobre las mujeres, porque entonces, si uno tuviera una orientación buena uno mismo podría defenderse” (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Además, para comprender esta subcategoría resulta relevante definir el término “Consentimiento Informado” como:

La aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria, consciente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus posibles riesgos y beneficios (Sánchez, 1996, p.4).

Para asumir este consentimiento la persona debe disponer de información suficiente, comprender esta información, encontrarse libre para decidir según sus principios y valores y tener las facultades para tomar esta decisión.

Algunas de las entrevistas describen el momento en que sin realizar el consentimiento informado, se practicaron sobre ellas intervenciones durante el proceso de parto:

Ella no me explicó: venga, le voy a hacer el tacto, relájese, puede doler, puede molestar. ¿Sí? No hubo un contacto del profesional a mí en ningún momento. No se presentó, nada. Ella no...

realmente no generó como eso que uno llama consentimiento informado, nunca lo hizo. Simplemente como te digo: -Quítese la ropa, póngase la bata, abertura hacia atrás, súbase a la camilla y suba los pies. Eso fue todo lo que me dijo (Sofía, entrevista personal, 11 de abril de 2016).

No, se siente muy mal realmente porque pues al igual es mi cuerpo ¿no? Y dos ahí personajes pues cosiendo, no explican el por qué lo hacen, por qué tuvieron que hacer eso. Si uno no luego investiga en una historia clínica qué fue lo que pasó, pues el médico no lo explica. No me lo explicaron en ese momento, qué habían hecho ni nada de eso, o por qué lo tuvieron que hacer (Panda, 2 de septiembre de 2016).

- **Asumir los saberes**

Esta subcategoría se refiere a la percepción que tiene el personal de la salud sobre los conocimientos previos que supuestamente debería tener la mujer sobre su papel en el proceso de parto y capacidades de crianza. El error de asumir que la mujer sabe todo lo que necesita para llevar a cabo una experiencia de parto y crianza sin complicaciones, se relaciona con la naturalización cultural de la figura de la mujer como madre.

Especialmente, se asumen los saberes de las mujeres respecto a la lactancia materna, obviando explicaciones sobre la importancia de este proceso y su técnica para la salud y bienestar de la madre y su bebé. María, una de las entrevistadas, lo describe de esta manera: “Yo no podía lactar bien porque yo tuve pezón invertido y nunca me dijeron: -Tiene que hacer esto. Nada” (María, entrevista personal, agosto 26 del 2016). Luisa, también narra su experiencia en la misma vía:

Lo que pasa es que cuando yo ya puse a [nombre del hijo] a amamantar ¿sí? A mí me dolía mucho porque estaba haciendo el proceso mal, porque solo cogía la punta y no cogía todo.

Entonces en eso si me dolió y me costó trabajo porque no tu ve quien me indicara esto se hace así o esto se hace así (Luisa, entrevista personal, 22 de abril del 2016).

En otro momento del relato Luisa comenta que el ginecólogo asumió que ella sabía qué momento debía pujar, pero para ella no era claro. La entrevistada lo expresa de esta manera:

Cuando ya estaba pujando pues yo pujaba con el abdomen y el médico me dijo: No, tiene que pujar como haciendo popó. Y es básico. Todas las mujeres saben que... Y yo decía: Ni tan obvio, ni tan básico. Primero, porque yo estaba pujando cuando se terminaban las contracciones y segundo, yo estaba pujando con esto, y me decía: No, tiene que pujar como haciendo popó (Luisa, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

Finalmente, Marce expresa cómo la enfermera perdió la paciencia porque ella no tenía los conocimientos que se requerían para cuidar a su bebé:

No sabía colocarle el pañal, entonces como que las enfermeras decían: A ver, cómo le explico a esta muchachita las cosas que tiene que hacer. Entonces si se veía a veces, ella quería como tener buena actitud pero perdía la paciencia al ver que uno no sabía absolutamente nada. No tenía esa paciencia de estar ahí diciendo todo o que iba a pasar (Marce, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

8.3.6 Categoría 6: Resistencia

Esta categoría surge a partir del análisis de las entrevistas de las participantes, en las cuales se evidencian algunos momentos de lucha y denuncia que ocurrieron simultáneos a la experiencia de violencia obstétrica. A través de gestos, acciones, palabras y reclamos, las participantes mostraron al personal de la salud que las atendía su inconformidad, y se opusieron al poder disciplinario al cual fueron sometidas. Algunas veces, las experiencias previas de violencia obstétrica sirvieron como insumo para fortalecer esta lucha, como lo describe Catalina:

Ya tenía la experiencia de lo que me había pasado en el primero y yo ya estaba más prevenida y yo ya más o menos sabía cómo me podía defender, incluso de las mismas enfermeras cuando me fueran a hacer algo, o de un médico cuando me fuera a tratar como no se debería (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Este modo de proceder es descrito por Michel Foucault como *resistencia*. El colombiano Reinaldo Giraldo Díaz (2006), Magíster en Filosofía, realiza un análisis de este concepto:

En el momento mismo en el que se da una relación de poder existe la posibilidad de la resistencia. No estamos atrapados por el poder; siempre es posible modificar su dominio en condiciones determinadas y según una estrategia precisa. Tanto la resistencia como el poder no existen más que en acto, como despliegue de relación de fuerzas, es decir, como lucha, como enfrentamiento, como guerra, no es solo en términos de negación como se debe conceptualizar la resistencia, sino como proceso de creación y de transformación (p.117).

La presente categoría, si bien no es una de las manifestaciones directas de la violencia obstétrica, ayuda a entender sus consecuencias sobre las mujeres que la experimentan. La resistencia representa la posibilidad de transformación de este fenómeno, es la manera como las mujeres buscan la reivindicación que durante la atención en salud no vieron representada en las acciones del personal de salud, el lenguaje que emplean para transmitir este mensaje, evidencia la necesidad que tienen estas mujeres de ser escuchadas, y de alertar a otras para que no vivan la misma experiencia y puede ser descrito en dos vías: Física y verbal, que se describen a continuación.

CUADRO 7. Resistencia

Categoría	Subcategorías	Vivencia
Resistencia	Física	<i>“Llega es a tocarme durísimo el abdomen. O sea, uno recién que le abren el abdomen y todo y le quité las manos. O sea, le retiré las manos de él con las mías” Natalia</i>
	Verbal	<i>“Le estoy diciendo que me duele y usted me dice que no duele, usted no tiene ni idea.” Jacobina</i>

Cuadro diseñado por los autores

- **Física**

La subcategoría de resistencia física se refiere a todos aquellos actos de protesta y denuncia que las mujeres realizaron con sus propios cuerpos, incluyendo posiciones específicas o las maniobras para evitar que les realizaran algún procedimiento. Esta forma de resistencia tiene un particular impacto y significancia cuando se ha entendido que es el cuerpo el lugar desde el cual se ejerce el poder, manipulándolo para crear “cuerpos dóciles” que obedezcan los mandatos que realiza el personal de la salud.

Dos episodios de resistencia física fueron narrados así: “Nos fuimos para la clínica, llegamos allá y yo dije: ¡Que no me vuelvo a aguantar otro nacimiento levantada! No. Me voy a quedar en la cama” (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016). Por otra parte, Natalia dice:

Un doctor muy joven y eso. Sí, que siento fiebre y eso y llega es a tocarme durísimo el abdomen. O sea, uno recién que le abren el abdomen y todo y le quité las manos. O sea, le retiré las manos de él con las mías (Natalia, entrevista virtual, 7 de Agosto de 2016).

Es importante resaltar que no todos los deseos de resistencia física pudieron llevarse a cabo, pues las condiciones del momento fueron adversas y limitaron la materialización de estos impulsos de transformación y oposición. Así lo comenta una de las entrevistadas:

Está como ese instinto de autoprotección que uno tiene, y a mí lo que me decía el instinto es: sal corriendo. Yo en ese momento tenía el instinto que me decía: Sal corriendo, sal corriendo, sal corriendo, sal corriendo. No podía. Estaba dormida de aquí para abajo, estaba amarrada. A mí... yo lo que quería hacer, lo que me pedía el cuerpo era salir corriendo (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016).

- **Verbal**

Con resistencia verbal se hace referencia a todos los comentarios, reclamos y denuncias a través de la voz que realizaron las mujeres en proceso de parto para no ser sometidas a procedimientos o tratos que consideraron inaceptables. Foucault menciona que el poder se desarrolla en el discurso y por tanto, esta forma de resistir, también, implica el uso del poder por parte de las mujeres, en contra de la violencia que estaban experimentando.

Una de estas experiencias es narrada por Frida, cuando la enfermera quiso dirigir la manera en que esta mujer debía tomar un baño:

Me metió a la ducha y era diciéndome cómo tenía que bañarme yo. Hasta que ya fue como la tapa y le dije: ¡Mire, sálgase, que yo aprendí a bañarme mis partes desde que yo era muy chiquitica ¿me va a enseñar usted cómo pasarme el jabón?! Entonces [me dijo]: -Ay, uno les quiere ayudar encima se ponen bravas (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016)

Algunas mujeres expresaron sus reclamos al personal de la salud especialmente centrados en que entendieran su condición y necesidades. Una de las mujeres dijo a su obstetra: “Le estoy diciendo que me duele y usted me dice que no duele, usted no tiene ni idea.” (Jacobina,

entrevista personal, 22 de marzo de 2016). Otra entrevistada relata el momento en que el médico quería examinarla y ella opuso resistencia:

Y me dice: -¿Se va a dejar examinar sí o no? Le dije: Doctor, es que usted no es el que está pasando por esto que yo tengo en este momento, o sea, hágalo de otra forma. Entonces ahí sí empezó con más calma (Natalia, entrevista virtual, 7 de agosto de 2016).

Algunos comentarios con intencionalidad irónica o sarcástica, también transmitieron el mensaje de descontento que vivían las mujeres. Cuando la ginecóloga le confirma a Frida que deben realizarle una cesárea, luego de que ella misma le ha practicado una amniotomía o ruptura artificial de membranas, se genera el siguiente diálogo: “-No, no, toca porque es que tú rompiste bolsa. Y le dije: No, no, yo no rompí bolsa, usted me la rompió ¿sí? Yo no la rompí” (Frida, entrevista personal, 19 de septiembre de 2016). Por otra parte, Gloria narra su discusión con una de las enfermeras:

Porque me estaban mirando no, porque yo les preguntaba que qué estaban mirando y salían y no me contestaban. Y entró una enfermera, una graduada, y le dije que esas niñas qué. Y dijo: No, que eran practicantes. Y le dije yo: ¿Y entonces qué tienen que mirarme o qué o por qué? [Me dijo:] -Porque ellas están haciendo la práctica. Y le dije yo: ¡Ah, qué práctica tan linda! Pa’ eso sí tuve alientos para pelear un poquitico, porque me pareció mucho descarado eso (Gloria, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Finalmente, otra situación que generó inconformidad fue proceder de los estudiantes que pasaban a examinar a una de las entrevistadas. Sus expresiones demuestran inconformidad y molestia y un claro reclamo al modo en cómo estaban sucediendo las cosas:

Yo no estoy aquí como para que todo el mundo me esté metiendo la mano. Ya han pasado tres residentes más y todos me han hecho lo mismo. Primero, le duele a uno ahí hasta el pelo, dos, yo no soy exhibición aquí de nadie. Que: -Muestre venga y le toco a ver si va en tres o cuatro. Eso ya

me parece una falta de respeto. O sea, uno entiende que de pronto es el estudiante, que necesita aprender con la práctica, pero es que son tres, cuatro, hasta cinco estudiantes ahí: -Venga ¿en cuánto va? (Balu, entrevista personal, 6 de agosto de 2016)

8.3.7 Categoría 7: Historicidad

Al realizar el análisis de la información obtenida producto del proceso investigativo y las entrevistas, uno de los aspectos más relevantes que aportan los testimonios de las mujeres que participaron en esta investigación es la historicidad o perpetuación que las emociones negativas generaron en ellas a través del tiempo. Producto de la experiencia que tuvieron al recibir la atención en salud, estas emociones repercutieron a nivel psicológico en su futuro, asociándose a la adaptación o impacto que tuvieron en el momento en que estaban experimentando la vivencia negativa.

Retomando a Piqueras et al (2009), las experiencias negativas pueden generar consecuencias de tipo patológico en la persona que pueden estar asociadas directamente con la duración, periodicidad e intensidad del evento, lo que puede afectar de manera importante y negativa el bienestar de la persona. De esta categoría se generaron dos subcategorías: Renuncia a la maternidad futura y perpetuación de la experiencia negativa, como manifestación de la historicidad en los relatos.

CUADRO 8. Historicidad

Categoría	Subcategorías	Vivencia
Historicidad	Renuncia a la maternidad futura	<i>“Yo después de haber experimentado todo lo que me tocó con [nombre del hijo] yo decidí que no iba a tener más hijos” Marce</i>
	Perpetuación de la experiencia negativa	<i>“Yo me acuerdo de todo como si estuviera ahorita. Es terrible, es terrible, es terrible (...) [nombre de hijo] va a cumplir 38 y es como si estuviera ahorita. Porque eso lo marca a uno mucho.” Aura</i>

Cuadro diseñado por los autores

- **Renuncia a la Maternidad Futura**

La renuncia a la maternidad futura surge como subcategoría producto de los sentimientos vividos en un momento trascendental como lo fue su proceso de parto para cada una de estas mujeres. Fluyen nuevamente de manera espontánea al conmemorar el hecho, especialmente, cuando se trata de recordar detalles puntuales de la atención de salud, estos sentimientos que fueron el insumo fundamental para la toma de decisiones de las mujeres en su futuro. Como algunas lo manifestaron puntualmente, la experiencia previa condicionó su deseo de tener otro hijo en el futuro, por el significado negativo que esta vivencia estableció como antecedente.

Dos de las participantes reflejan en sus palabras el significado de esta subcategoría y las consecuencias que se derivaron de esta experiencia negativa años después:

O sea de pensar que me tocara vivir la misma situación y de todo, ¡no!, le tengo como pavor, si uno no quiere vivir esa experiencia (...) el ser mamá si es muy bonito y hubiera querido tener más hijos, pero como esa experiencia no (Panda, entrevista personal, 2 de septiembre de 2016).

Yo después de haber experimentado todo lo que me tocó con [nombre del hijo] yo decidí que no iba a tener más hijos, que ya me quedaba con [nombre del hijo] y de ahí no iba a pasar por esa situación (...) Eso no lo quiero volver a vivir” (Marce, entrevista personal, 22 de abril de 2016).

Los comentarios anteriores permiten evidenciar cómo la historicidad de la violencia obstétrica en la memoria de las participantes puede intervenir incluso en decisiones tan trascendentales como la opción de incorporar un nuevo miembro a su familia. Se pueden evidenciar sentimientos de miedo a revivir esta experiencia, aún mencionando que el rol materno “es muy bonito”.

- **Perpetuación de la experiencia negativa**

Otro de los aspectos importantes que resaltaron las mujeres en sus relatos es que independiente de los años transcurridos y el número de partos, son momentos que recuerdan con claridad y que marcaron sus vidas, generando en la actualidad sentimientos de dolor, rabia, miedo, ansiedad, entre otros, al rememorar la experiencia. Los párrafos siguientes evidencian claramente qué sienten las mujeres al recordar la experiencia negativa que fue su proceso de parto:

Sin embargo, uno se sigue acordando y le sigue doliendo, y viene como ese dolor de cómo me trataron, cómo me dijeron, cómo les decían a otras mamás (María, entrevista personal 26 de agosto de 2016).

Yo me acuerdo de todo como si estuviera ahorita. Es terrible, es terrible, es terrible (...) [nombre de hijo] va a cumplir 38 y es como si estuviera ahoritica. Porque eso lo marca a uno mucho. (...) Claro que esas cosas no se olvidan, yo tengo 38 años de haber tenido a [nombre del hijo] y mire, no se olvida (Aura, entrevista personal, 11 de marzo de 2016).

¡Claro que me acuerdo! ¡Claro que me acuerdo! ¡Claro que me duele! Ehh fue una cosa fea (...) pero sí, claro, todavía me acuerdo, todavía me hace mella (María, entrevista personal, 26 de agosto de 2016).

Es que eso no se le olvida a uno, eso es algo indeleble ya en uno, yo puedo narrar paso a paso desde el momento que reventé fuente hasta el momento en que fue a nacer la hija (...) y eso se le olvidará a uno con la muerte (Catalina, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Yo como que a veces veo una señora embarazadita y como que me provoca el cuerpo y grito porque yo digo: Dios mío, ayúdela a no sufrir lo que yo sufrí en carne propia (Carmen, entrevista virtual, 28 de agosto de 2016).

Los anteriores extractos de las entrevistas permiten ver una realidad que no ha sido descrita en la mayoría de los textos que tratan el tema de la violencia obstétrica y que representa un gran aporte de esta investigación. Independientemente de los años transcurridos desde el parto, que en la caracterización de las participantes pudo evidenciarse como un amplio espectro, todas recuerdan aquella vivencia negativa y la recrean con detalles por el impacto que generó en sus vidas. Para las participantes de esta investigación, los años que transcurrieron desde el parto no fue un impedimento para describir las diferentes formas en cómo experimentaron la violencia obstétrica.

8.4 VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DEL GRUPO FOCAL

La validación de la información es el último paso del método Colaizzi. Se debe hacer con las mismas participantes del estudio y su objetivo es verificar si la interpretación que los autores hicieron de la información resultante de las entrevistas es correcta. Este último paso permite

además aportar nuevos elementos a la descripción del fenómeno si fuera necesario, aumentando la calidad de la investigación pues como se dijo anteriormente, la triangulación de métodos es uno de los criterios de calidad de la investigación cualitativa.

Durante el grupo focal las mujeres expresaron cuál había sido la experiencia más negativa que había ocurrido en sus partos. De estos resultados se confirmó la experiencia de violencia psico-social con expresiones como “los gestos y malas palabras” y “falta de sentido humanitario”. También la violencia física, retomando procedimientos como la maniobra de Kristeller, la episiotomía, episiorrafia, tactos vaginales y el masaje para expulsar los loquios. La violencia comunicativa surgió en una frase común a varias mujeres: “no explican”, lo que generaba consecuencias como “ansiedad y estrés”.

También aparecieron elementos de la violencia simbólica como la culpabilización: “es su responsabilidad” y la dominación: “exigen esfuerzo, calma y colaboración”, “en ese momento somos del personal de la salud”. Finalmente, de la violencia institucional se repitieron los comentarios acerca de la negligencia médica, especialmente en la insuficiente o mala colocación de anestesia.

Por otra parte, surgió una idea comentada por varias mujeres, que no fue contemplada en las categorías y subcategorías: “No se ponen en los zapatos del otro”. Este llamado se asocia a la relación personal de la salud/paciente que las mujeres buscan cuando acuden a un centro de salud para ser atendidas. Ponerse en los zapatos del otro es un sinónimo de empatía, que a su vez hace parte de una de las características de la inteligencia emocional. Por lo tanto, la falta de empatía del personal de la salud hacia las mujeres surge como un elemento nuevo de la violencia obstétrica que ellas han descrito.

Para ahondar en este nuevo elemento, se preguntó a las mujeres cuál mensaje quisieran darle al personal de la salud, teniendo en cuenta su experiencia vivida. A continuación se enlistan estas peticiones:

Que en ese momento somos vulnerables, que nos traten como personas, que estén más pendientes, que nos da miedo, que no se les olvide la pasión que tenían cuando escogieron estudiar una carrera de la salud, que se pongan en el lugar del paciente, que tengan sentido humanitario de persona a persona, que si es una mujer la que va a atender a otra sepa entender su situación, que nos expliquen, que haya alguien que nos pueda acompañar durante el parto, que alguien pueda pelear por mí, que el parto es un momento trascendental no solo físico, que su orgullo no cabe en ese momento, que los hombres conozcan lo que sucede, que tengan mayor cuidado al dar la información, que exista un mayor contacto de la pareja con el hijo, que la infraestructura de los hospitales brinde mayor confort, que somos personas no máquinas, que las limitaciones económicas no sean un problema para brindar la atención, que trabajen con pasión, que uno pueda elegir la posición para parir, que todos venimos de una mujer y que este tema se debe trabajar desde la formación del personal de la salud (Grupo Focal, 24 de septiembre de 2016)

Muchos de estos reclamos que las mujeres hacen al personal de la salud se relacionan con las formas de violencia ya descritas, sin embargo, se refuerza la empatía que debería tener el personal con las mujeres. Una empatía que se centra en reconocer el estado de vulnerabilidad de la mujer, los sentimientos que en ese momento pueden surgir y brindar un cuidado más humanizado, cercano a las necesidades de la mujer en proceso de parto e impulsado por los ideales éticos de las ciencias de la salud y la convicción personal de ayudar a otros, como comentan algunas mujeres: “que no se les olvide la pasión que tenían y que trabajen con pasión”.

Finalmente, otro elemento que cobró gran relevancia en el grupo focal fue la historicidad. Si bien esta categoría ya había sido contemplada en el análisis de resultados, surgen algunos

elementos nuevos que pueden complementarla. De la categoría de historicidad vuelven a aparecer las ideas de no tener más hijos por culpa de la experiencia vivida y el recuerdo de la experiencia a través del tiempo, sin embargo las mujeres comentaron que quedan a través del tiempo sentimientos como “rabia, frustración, resentimiento, vergüenza y culpa”.

Además, varias dijeron que hablar de su experiencia con otras personas e incluso durante la entrevista sirvió para sanar y para “estar más tranquilas”. En relación a la categoría de resistencia, es llamativo ver que durante el grupo focal refirieron que aún quieren “ir a reclamar”, a pesar de que en el momento que experimentaron la violencia obstétrica algunas pudieron hacerlo y otras no.

Para estas mujeres, la posibilidad de conocer a otras que vivieron situaciones similares y tener un espacio para expresarlo, les resulta muy importante. Una mujer dijo que a través de estos escenarios había que “dejar huella” porque “no somos las únicas”. Los anteriores apuntes complementan la descripción exhaustiva del fenómeno de la violencia obstétrica y valida la información previamente analizada en el resumen de categorías y subcategorías, dando como resultado una fenomenología completa y detallada de la experiencia de la violencia obstétrica para estas 21 mujeres.

9. CONCLUSIONES

- Al evaluar los datos sociodemográficos de la muestra recolectada, podemos observar que la violencia obstétrica afecta sin distinción alguna a todas las mujeres que participaron en esta investigación, independiente del tipo de institución donde recibieron atención, su edad, nivel educativo, lugar de procedencia y años transcurridos desde el parto. Por lo tanto, se puede afirmar, para las participantes del estudio, que en Colombia la condición socioeconómica de la mujer no exonera del flagelo de la violencia obstétrica en sus diversas manifestaciones.
- Esta investigación fenomenológica logró describir de forma exhaustiva, a partir de los testimonios de las mujeres participantes, la violencia obstétrica, cumpliendo con el objetivo central del estudio. El proceso de clasificación, categorización y análisis de la información contó con 7 categorías y 20 subcategorías, que surgieron de las narraciones de las mujeres y, sin saberlo desde antes, se relacionaron en su mayoría con categorías propias de la literatura existente sobre el tema. Así mismo, se determinó cuál fue la experiencia de las mujeres en relación a este fenómeno. Sin embargo, las categorías que cobraron mayor relevancia a partir de los relatos de las mujeres fueron la Violencia Simbólica y la Violencia Psico-social, siendo estas las que contaron con mayor número de subcategorías.
- La violencia obstétrica es un tema fundamental para la profesión de enfermería, pues como lo mencionaron las mujeres de esta investigación, fue una experiencia en la que se

sintieron *des-cuidadas* y solicitaron, en definitiva, una mayor empatía por parte del personal de la salud en general. A su vez, los aprendizajes resultantes de analizar la información desde la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson y la Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger, confirman la necesidad de promover un modelo de cuidado humanizado y centrado en las necesidades socio-históricas y culturales de cada mujer. Inclusive, puede resultar necesario y aconsejable desarrollar una nueva Teoría de Mediano Rango de enfermería que sea específica para las mujeres en proceso de parto y contemple el fenómeno de la violencia obstétrica.

- Los resultados de esta investigación muestran que la violencia obstétrica marca de manera significativa la vida de la mujer para siempre, pues representa para ellas un recuerdo negativo que perdura independientemente del tiempo transcurrido desde cada uno de sus partos. Lo anterior, se denominó en este estudio con la categoría de *Historicidad*, y que no ha sido ampliamente descrito en otras investigaciones, lo cual representa para este estudio un aporte teórico fundamental a la ciencia.
- Como lo mencionan los estudios de Fahy (2002) o García, Díaz & Acosta (2013), analizar la violencia obstétrica desde una perspectiva *foucaultiana* permite comprender los mecanismos que generan las relaciones asimétricas entre el personal de la salud y las mujeres en proceso de parto. Adicionalmente, los conceptos de poder disciplinario, saber-poder, dominación y castigo son elementos clave dentro de la comprensión del fenómeno. Éstos fueron un sustrato importante en el análisis de la información y la construcción de la definición exhaustiva del fenómeno a partir de los relatos de las mujeres.

- El hecho de poder expresar sus sentimientos, vivencias y experiencias, contribuyó de forma positiva a las mujeres que relataron su experiencia en relación al fenómeno de la violencia obstétrica de forma individual y colectiva. La metodología del estudio favoreció la narración libre y la sanación a través de la catarsis discursiva. Además se facilitó la resolución de dudas aún presentes de los procedimientos a los que fueron sometidas y la construcción de tejido social con otras mujeres que vivieron situaciones similares y en las cuales encontraron apoyo, voz de aliento y la posibilidad de una agremiación futura para visibilizar y denunciar el tema.
- La violencia obstétrica es un fenómeno que ha afectado negativamente a las mujeres a lo largo de la historia y lo sigue haciendo de forma significativa, desterrando sus saberes y desprestigiando las prácticas tradicionales de atención del parto que durante tanto tiempo fueron un saber propiamente femenino. Visibilizar y crear conciencia en las mujeres y el personal de la salud sobre este impacto, puede contribuir a disminuir las prácticas consideradas como violentas y aumentar los esfuerzos por desarrollar un proceso de parto más humanizado y culturalmente respetuoso.

10. RECOMENDACIONES

- A partir de los resultados de esta investigación, se recomienda al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, visibilizar el fenómeno de la violencia obstétrica con campañas mediáticas para que las mujeres y el personal de la salud lo conozcan y encuentren los mecanismos efectivos de denuncia y resistencia, con el fin de que estas prácticas no se repitan. Además, se recomienda desarrollar un proyecto de ley que incluya el concepto de violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer, como se ha hecho en otros países latinoamericanos, para que existan los mecanismos jurídico-legales que protejan a las mujeres de este tipo de prácticas.
- A todas las instituciones y centros de salud que atiendan mujeres en proceso de parto revisar sus prácticas, procedimientos y protocolos, además de escuchar las experiencias de las mujeres que han sido atendidas, para erradicar cualquier forma de violencia obstétrica que se identifique.
- A los estudiantes y profesionales de medicina y otras áreas de la salud, que cuestionen el modelo de formación que reciben y propongan alternativas de atención del parto basadas en las necesidades individuales de las mujeres y sus familias, teniendo en cuenta su contexto socio-histórico y cultural para dar una atención de calidad y humanizada.
- A los profesionales y auxiliares de enfermería, que en muchos casos son quienes cometen actos de violencia obstétrica, que actúen en su ejercicio profesional basándose en las

leyes 266 de 1996 y 911 de 2004, donde se reconoce que dar cuidado integral de salud a la persona, la familia, la comunidad y su entorno es el fin de la profesión. Además que conserven siempre un sentido de empatía con sus las personas que cuidan, para comprender sus necesidades y dolencias y sean tolerantes y pacientes aun cuando las condiciones laborales puedan resultar adversas.

- A quienes desarrollan en todos los niveles de atención los cursos para la preparación de la maternidad y la paternidad, que brinden toda la información necesaria que las mujeres y sus familias necesiten para empoderarles como protagonistas de su proceso de parto, insistiendo en que se desarrollen relaciones horizontales con el personal de la salud y no verticales de dominación. Así mismo, educarles sobre la existencia del fenómeno de la violencia obstétrica y las formas adecuadas de enfrentarlo.
- Favorecer el diálogo entre la familia y el médico u obstetra para realizar planes de parto que se ajusten a los deseos, necesidades y expectativas de la mujer; cuidando de su salud y permitiéndole que tome decisiones respecto a la posición en la que desea parir, las personas que pueden acompañarla y todos aquellos cuidados que le generen confort. Para hacer de la experiencia del parto un momento trascendental y placentero como muchas mujeres esperan que sea.
- Desarrollar nuevos estudios en Colombia sobre el fenómeno de la violencia obstétrica, para otorgarle visibilidad y relevancia. En especial se recomienda tener en cuenta mujeres de características culturales más diversas, como mujeres de diferentes grupos indígenas,

etnias, orientaciones sexuales y diversidad de género, religiones, entre otros. Para confirmar las relaciones de causalidad que describe la literatura entre estas variables socio-culturales y una mayor prevalencia de violencia obstétrica, lo cual no fue posible determinar en esta investigación

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, E., Bonilla, Y., León, M., Martínez, B., Meneses, Z., Párraga, J., & Suárez, M. (2007). *Comisión de Apuntes de Obstetricia*.
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 223-236.
- Ardila, E., & Rueda, J. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 36(2), 93-114.
- Arguedas, G. (2014). La Violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Arguedas, O. (2010). El ángulo del Investigador. Elementos básicos de Bioética en investigación. *Acta médica costarricense*, 52(2), 76-78.
- Arias, M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 13-26.
- Aristóteles. (1999). *Retórica*. Trad. Quintín Racionero. Madrid: Gredos.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. *Cuadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 8(3), 254-261.

- Arredondo, A. (2009). Modelos y conceptos en Salud Pública y Sistemas de Salud: hacia una perspectiva transdisciplinaria. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 49(1), 26-35.
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1(7)*, 25-34.
- Bernard, R. (2006). Field Notes: How to Take Them, Code Them, Manage Them *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches* (Altamira Press ed., pp. 387-412). Lanham.
- Berzaín, M., & Camacho, L. (2014). Episiotomía: procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica de Ciencia Médica*, 17(2), 53-57.
- Bonilla, E., & Rodríguez, P. (1997). El proceso de Investigación Cualitativa. In G. E. Norma (Ed.), *La investigación en Ciencias Sociales. Más allá del dilema de los métodos* (pp. 69-165). Santafé de Bogotá: Bonilla, Elssy; Rodríguez, Penélope.
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 179 - 184.
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer - Caracas*, 14(32), 147-162.
- Campiglia, M. (2015). Violentar el Nacimiento. *El Cotidiano*, 191, 79-86.

- Carrillo, R., Espinosa de los Monteros, I., & Soto, U. (2015). Ayuno Perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1), 27-34.
- Casacuberta, M., Olives, M., García, I., & Serra, M. (2005). Teoría del Cuidado Humano. Un café con Watson. *Metas de Enfermería*, 8(2), 28-32.
- Casas, M., Penagos, J., & Pintado, S. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83, 173-178.
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Conamed*, 37 - 42.
- Collazo, L. (2005). De la mujer a una mujer. *Otras Miradas*, 5(2).
- Constitución Política de Colombia, Art 43 C.F.R. (1991).
- Crespo, A., Ramírez, B., Rivero, K., Mari, C., Badillo, S., González, L., & Hoyos, J. (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Quintana Roo*, 21 - 25.
- Díaz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 7(13), 5-15.
- Escobar, J., & Bonilla, F. (2009). Grupos Focales: Una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 51-67.
- Fahy, K. (2002). Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Aust J Midwifery*, 15(1), 5-13.

- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia Obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113 - 128.
- Fernández, S. (2008). Reflexiones sobre el significado social de la humillación. *Psicología Política*, 37, 29-46.
- Ferreira, S. (2008). El movimiento feminista y la salud de las mujeres: La experiencia de los Centros de Planificación Familiar (CPF) en Catalunya (1976-1982). *Revista de Estudios Feministas*, 16(3), 785-807.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión* (Primera edición *Surveiller et Punir: Naissance de la prison*. 1975. París, Francia). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Foucault, M. (2011). El dispositivo de la sexualidad: Método. In G. E. S. XXI (Ed.), *Historia de la sexualidad - 1. La voluntad de saber* (Primera edición *Historie de la sexualité I: la volonté de savoir*. 1976. Vol. 1, pp. 88-99). México.
- Gamboa, C., & Valdés, S. (2015). *Responsabilidad de los profesionales de la salud: Marco teórico conceptual, marco jurídico, instrumentos internacionales, jurisprudencia (primera parte)*. México D.F.: Dirección general de servicios de documentación, información y análisis.
- García, D., Díaz, Z., & Acosta, M. (2013). El Nacimiento en Cuba: Análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 718-732.

- García, M., & Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186.
- Giraldo Montoya, D. I., González Mazuelo, E. M., & Henao López, C. P. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av Enferm*, 33, 271 - 281.
- Giraldo, R. (2006). Poder y Resistencia en Michel Foucault. *Tábula Rasa*, 4, 103-122.
- Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R., & Ramírez de la Roche, O. (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México; un estudio de satisfacción con la atención médica. <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
- Jesse, E., & Alligood, M. (2015). Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson *Modelos y Teorías en Enfermería* (pp. 78 - 95): Elsevier.
- Lenise do Prado, M., Quelopana del Valle, A., Compean, L., & Reséndiz, E. (2008). Capítulo 7 El Diseño en la Investigación Cualitativa *Investigación Cualitativa en Enfermería. Contexto y Bases Conceptuales* (Organización Panamericana de la Salud ed., pp. 87-100).
- Ley 26.485 (Argentina). Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales, (2009).

- Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones., Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 C.F.R. (1996).
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Venezuela), (2007).
- Machado, M. A. (2014). *¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado*. (Licenciado en Psicología), Universidad de la República, Montevideo.
- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Paper presented at the X Jornada de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo.
- Mamani, M., Demetrio, A., Aedo, S., Varas, J., Lattus, J., & Gayán, P. (2008). Tacto vaginal e instrumentación uterina: Factores de riesgo para endometritis puerperal. *Revista de Ginecología y Obstetricia - Hospital Santiago de Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 3(1), 48-53.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *Bmj*, 320(7226), 50-52.
- McFarlan, M. (2015). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 405 - 429): Elsevier.

- Menéndez, E. (1984). Modelo Médico Hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales. *Cuadernos de la Casa Chata - México*, 86, 213-230.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Paper presented at the Segundas Jornadas de Atención Primaria en Salud, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2006). Circular Externa 10 de 2006. Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes.
- Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2013). Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Retrieved from http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Ptes_Embarazo.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2015). Lineamiento de nacimiento humanizado en Bogotá, D.C. Secretaría Distrital de Salud.
- Monroy, S. A. (2012). *El continuo ginecobs-tétrico Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. (Magíster en Estudios de Género), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Montes, M. J. (2007). *Las culturas del Nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. (Doctora en Antropología Social y Cultural), Universitat Rovira I Virgili Facultat De Lletres Tarragona.

- Muñoz de Rodríguez, L., & Vásquez, M. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4).
- Naveiro, M. (2010). *Fase Activa del Parto: Conducta y Manejo*.
- O'dowd, M., & Philipp, E. (1995). *Historia de la Ginecología y Obstetricia* (Trajecte, S.A. ed. Vol. 1).
- OMS. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento (Vol. 2, pp. 436-437).
- OMS. (1996). Cuidados en el parto normal: Una guía práctica (pp. 104). Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.
- OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo*. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2006/es/>
- OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Retrieved from Ginebra: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- OMS. (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Retrieved from http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85 - 112.
- Pozzio, M. (2016). La Gineco-obstetricia en México: Entre el parto humanizado y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas*, 24(1), 101-117.

- Quijano, A. (2007). *Las competencias comunicativas en la solución de conflictos en el aula*. (Licenciada en Pedagogía Infantil), Universidad Tecnológica, Pereira.
- Ray, M. (2003). La Riqueza de la Fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (Editorial Universidad de Antioquia ed., pp. 163-181). Medellín: Botoroff, Joan L.
- Real Academia de la Lengua Española. (2016) Diccionario de la Lengua Española.
- Rengel, C. (2011). La maniobra de Kristeller: Revisión de las evidencias científicas. *Matronas Profesión*, 12(3), 82-89.
- Resolución N° 008430 de 1993 (Colombia). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, (1993).
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
- Rohrbach, C. (1998). Antropología Introducción a la Teoría de los Cuidados Culturales Enfermeros de la Diversidad y de la Universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados, Primer Semestre. Año II*(3), 41-45.
- Sánchez, B. (2001). La Experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(2), 36-50.
- Sánchez, F. (1992). *Historia de la Ginecología y Obstetricia en Colombia*.

- Sánchez, M. (1996). El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones (Vol. 2): Cuadernos del Programa Regional de Bioética - Organización Panamericana de la Salud.
- Santiago de Castro, E., & Vargas, E. (2015). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Avances en Enfermería*, 33(3), 381-390.
- UNICEF. (2005). *Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de Derechos. Manual para su aplicación "Por el interés superior del Niño"* (I. d. P. Interdisciplinarios, en Atención Primaria en Salud, & P.-U. Universidad Industrial de Santander Eds.). Colombia.
- UNICEF. (2012). *Sistemas de registro e información sobre violencia familiar contra mujeres, niños, niñas y adolescentes* (Primera Edición ed.). Buenos Aires: Dirección General de Coordinación de Políticas de Género, Ministerio de Justicia y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires.
- Urrea, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, XVII (3), 11-22.
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., & Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista Conamed*, 18(1).
- Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. (Magíster en Estudios Culturales), Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Vergara, F. (2008). Gadamer y la “Comprensión efectual”: Diálogo y tradición en el horizonte de la Koiné contemporánea. *Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2(23), 184-200.

ANEXOS

ANEXO 1. Formato de entrevista semiestructurada a profundidad “Violencia Obstétrica en mujeres durante su proceso de parto”

1. Seudónimo
2. Edad
3. Escolaridad
4. Lugar de procedencia
5. Fecha del (de los) parto(s)
6. ¿Su proceso de parto fue en un Institución privada o pública?
7. ¿Cómo fue su proceso de parto, podría describirlo?
8. ¿Usted considera que su experiencia del proceso de parto fue desagradable? ¿Por qué?
9. ¿Recuerda momentos en que se haya sentido maltratada o juzgada por parte del personal de la salud?
10. ¿Usted considera que en algún momento se sintió agredida por la forma en cómo la llamaron? ¿Por qué?
11. ¿Se acuerda como fue su experiencia cuando ingresó al hospital, cuando nació su bebe y después de haberlo tenido hasta la salida de la institución hospitalaria?
12. ¿Hubo alguna palabra, actitud, comportamiento o procedimiento por parte del personal que la atendió, que le haya disgustado? ¿Podría narrarnos ese momento?
13. ¿Cuál de todas las experiencias desfavorables es la que considera más relevante?

ANEXO 2. Consentimiento Informado



Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado – ENTREVISTA INDIVIDUAL A PROFUNDIDAD

Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

Título de la investigación: “Me *des-cuidaron* el parto”: La Violencia Obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto.

Persona a cargo del estudio Daniela Rodríguez Martínez, Andrés Restrepo Sánchez, Natalia Marcela Torres

Información General del Estudio de Investigación

El propósito de esta investigación es determinar cuál es la experiencia vivida de la mujer con relación a la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud durante su proceso de parto.

Plan del Estudio

El estudio se llevará a cabo a partir de entrevistas individuales semiestructuradas a profundidad, que contienen preguntas relacionadas con datos socio-demográficos, situación de salud, datos ginecobstétricos, y la forma en que se llevó a cabo su proceso de parto. Se hará especial énfasis en las experiencias negativas que impliquen violencia obstétrica y en la atención brindada, en cualquier institución hospitalaria o de salud, que hayan sido atendidas por personal del sector salud. Esta información puede ampliarse con otras preguntas que el investigador considere pertinentes. Las entrevistas serán grabadas en audio y el investigador tomará notas durante la entrevista. Cada entrevista tiene una duración aproximada de 30 minutos a una hora.

Posterior a esto, se realizará la transcripción de cada entrevista antes de 36 horas posteriores al encuentro y luego la interpretación de los datos suministrados por las participantes. Si se requiere información adicional, posterior a la entrevista, la participante será contactada nuevamente para complementar la información necesaria a través del compartir en un grupo focal con otras participantes del estudio.

Beneficios de Participar en este Estudio

- Las madres tendrán un espacio para comentar libremente sus emociones y experiencias vividas durante su proceso de parto, con la confianza de ser escuchadas sin emitir juicios de valor y a través del cual podrán expresar sentimientos acerca de situaciones que pudieron resultar desfavorables durante el proceso de parto.
- A través de los testimonios recopilados y los resultados de esta investigación, las madres serán pioneras en la reflexión acerca de las prácticas inadecuadas en las instituciones de salud con relación al proceso de parto, favoreciendo un modelo de atención del parto humanizado y respetado para las futuras madres.

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación

No se conoce de ningún riesgo físico por el hecho de participar en esta investigación. Sin embargo, recordar situaciones vividas de violencia obstétrica durante su proceso de parto puede hacerla sentir mal emocionalmente, por lo cual se le brindará información sobre posibles opciones de afrontamiento de estas experiencias, teniendo en cuenta que la verbalización de las mismas es una de ellas.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato

Durante las entrevistas, se mantendrá su privacidad. Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo los investigadores y el personal autorizado, como el Comité del Departamento de Enfermería Clínica de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, pueden revisar los archivos resultantes de este proyecto. Con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de las entrevistadas en el formato de la entrevista. Cada participante se identificará con un seudónimo que ella misma seleccionará. Los resultados de este estudio pueden ser publicados. Sin embargo, la información será combinada con la de otros participantes. Las publicaciones no incluirán el nombre de las participantes o ninguna otra información que permita identificarlas personalmente.

Participación Voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse en Bogotá con Daniela Rodríguez Martínez al 312 650 9040, Andrés Restrepo Sánchez al 313 627 2971, Natalia Marcela Torres al 310 800 9395 o con Herly Ruth Alvarado en las horas de la mañana al 320 83 20 ext 2665. Por correo electrónico a la dirección: arestrepos@javeriana.edu.co

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado a la participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, las participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del Investigador(a)

Nombre del Investigador(a)

Fecha

Firma de la Participante

Nombre de la Participante

Fecha

ANEXO 3. Presupuesto

Presupuesto Trabajo de Grado					
Categoría	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor total	Total
Papelería	Impresión de Consentimientos Informados	40	100	4.000	
	Fichas Bibliográficas	2	3.000	6.000	
	Impresión de la Tesis	2	12.000	24.000	
	Empastado	2	10.000	20.000	
	Bolígrafos	15	1.500	22.500	
	Fotocopias Anteproyecto	20	50	1.000	
	CD Trabajo de Grado	2	10.000	20.000	
	Diarios de Campo	3	15.000	45.000	
	Escarapelas de Grupo Focal	23	1.500	34.500	
Total Papelería					177000
Alimentación	Refrigerios Entrevistas	20	5.000	100.000	
	Refrigerios Grupo Focal	20	3.000	60.000	
Total Alimentación					160000
Transporte	Desplazamientos para realización de entrevistas	20	4.000	80.000	
Total Transporte					80000
Electrónicos	Grabadora de audio	1	115.000	115.000	
	Pilas	8	6.000	48.000	
	Computador	1	900.000	900.000	
Total Electrónicos					1063000
Libros	Historia de la Ginecología y Obstetricia	1	60.000	60.000	
	Historia de la Sexualidad - La voluntad de Saber	1	40.000	40.000	
	Vigilar y Castigar	1	50.000	50.000	
Total Libros					150000
Gran Total					1630000

ANEXO 4. Cronograma de actividades 2015-2016

No.	2015				
	ACTIVIDAD	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1	Radicación de la carta – opción de trabajo de grado al departamento de enfermería clínica				
2	Elección del tema de investigación				
3	Primera asesoría de tesis con la docente				
4	Revisión de la literatura acerca del tema de investigación				
5	Justificación de la pregunta de investigación				

No.	2016					
	ACTIVIDAD	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
1	Desarrollo de la situación problema					
2	Planteamiento de propósitos y objetivo de la investigación					
3	Definición operativa de términos					
4	Elaboración de la propuesta del diseño metodológico					
5	Desarrollo del					

	cronograma y presupuesto					
6	Sistematización de referencias bibliográficas en EndNote					
7	Presentación del anteproyecto al comité del departamento de enfermería clínica de la PUJ					

No.	2016					
	ACTIVIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1	Elaboración del marco teórico					
2	Recolección de la muestra y entrevistas					
3	Reunión de Grupos focales					
4	Análisis de la información y resultados					
5	Correcciones finales y sustentación					