
VIOLENCIA OBSTÉTRICA EJERCIDA HACIA MADRES PARTURIENTAS Y SU DOULA DESDE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

OBSTETRIC VIOLENCE AGAINST PARTURIENT MOTHERS AND THEIR DOULA FROM PARTICIPANT OBSERVATION

María de la Luz Pérez Padilla¹

Cecilia Esquivel Martínez²

Sección: Artículos


Recibido: 17/03/23


Aceptado: 24/04/23

Publicado: 30/06/23

Resumen

La mujer ha sido víctima de diferentes tipos de violencia, afectando su salud mental y física. Una de las formas en las que se ejerce violencia hacia la mujer es la violencia obstétrica (Jojoa et al., 2019; Malacalza, 2017). Objetivo: realizar un acercamiento a la violencia obstétrica, desde las experiencias del acompañamiento narrado por una doula a mujeres madres durante su trabajo de parto y desde las propias narrativas de las mujeres, además de proponer recomendaciones que favorezcan tener nacimientos respetados. Método: Se utilizó una metodología cualitativa implementando la observación participante, como registro el diario de la doula y la entrevista a las mujeres madres. Para el análisis de la información se siguió el sistema narrativo y se utilizó el programa Atlas.ti 9 para el análisis de categorías. La doula acompañó a tres mujeres durante su trabajo de parto, y posteriormente se les entrevistó y se corroboró lo observado. Resultados: Se identifican diversas formas en las que se violenta tanto a las mujeres durante el trabajo de parto como a su acompañante, la doula; y se

¹ Profesora e investigadora del Centro Universitario de los Lagos de la Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: luz.perez@academicos.udg.mx  <https://orcid.org/0000-0003-1389-9329>

² Colaboradora del Laboratorio de Psicología Perinatal del Centro Universitario de los Lagos de la Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: ceciliaesquivel564@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-1903-9872>

proponen 10 estrategias para reducirla. Conclusiones: La violencia obstétrica se presenta tanto en la atención pública como privada y es dirigida hacia las madres y su acompañante por lo que identificarla, nombrarla y analizar sus matices permite visibilizarla y generar propuestas de acción para su disminución.

Palabras Clave: violencia, personal sanitario, mujeres en parto, acompañante, recomendaciones

Abstract

Women have been victims of different types of violence affecting their mental and physical health. One of the ways in which violence is used against women is the obstetric violence (Jojoa et al., 2019; Malacalza, 2017). Objective: It was to get a closer look to the obstetric violence from the doula narrative based on the accompaniment to mothers during their labor and from the women's own narratives, in addition to do some recommendations that enhance a respectful birth. Method: The researchers used a qualitative methodology by implementing the participant observation with field diary and interviews to the mothers. Atlas Ti 9 program was used to do the category analyses. The doula accompanied three women during their labor; later, the women were interviewed and corroborated the information with them. Results: Several ways of violence were identified both, to woman in labor and to her companion, the doula. Conclusions: Obstetric violence occurs either in public and private care institutions and it is towards mothers and their companion; therefore, identifying it, naming it, and analyzing its nuances allows to visibilize it and to generate proposal of actions for its reduction.

Key words: violence, health personnel, women in labor, companion, recommendations.

Introducción

El embarazo, parto y postparto, son eventos de alta vulnerabilidad para las mujeres, ya que éstas deben enfrentarse a múltiples cambios, tanto fisiológicos como psicológicos y sociales. El parto en especial, cobra vital importancia por ser un momento que afecta sin duda alguna la psicología de las mujeres (Borges et al., 2018) debido a que es un evento que quedará guardado en el cuerpo y la memoria a través de los años; es por ello que lo que suceda durante el parto, marcará la vida de las madres y de sus bebés (Olza et al., 2021). Campiglia (2019) comenta que son memorias que parecieran encapsularse donde se guarda la experiencia con gran detalle, la cual puede ser contada por las mujeres una y otra vez; desafortunadamente hay mujeres que viven situaciones de violencia obstétrica durante esta etapa.

La violencia obstétrica conlleva mecanismos sistemáticos e institucionales en los cuales se violentan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que atraviesan el periodo perinatal (embarazo, parto y postparto) (Castrillo, 2016). Pereira et al. (2015) refieren que al hablar de violencia obstétrica se está hablando de la violencia que se ejerce hacia las mujeres embarazadas, cuando éstas ingresan al sistema de salud para ser atendidas por parto, cesárea o por aborto espontáneo. La Academia Nacional de Medicina (2015) reporta que la violencia obstétrica conlleva toda acción inapropiada que interviene en el proceso reproductivo natural y biológico, se brinda a las mujeres un trato indigno por parte de los profesionales de la salud y son violentadas tanto de forma física como psicológica.

La violencia obstétrica de carácter físico conlleva prácticas invasivas tanto en las madres como en los bebés, incluye la medicalización del parto innecesaria e injustificada sin respetar los tiempos biológicos del parto. La violencia obstétrica psicológica abarca el trato que los profesionales de la salud producen sobre los cuerpos de las mujeres en donde no se les da un trato digno, se les discrimina y se les humilla, cuando no se les informa sobre la evolución de su parto, sobre las prácticas que realizaron tanto en ella como en su hijo o sobre el estado de salud de su bebé (Malacalza, 2017). La violencia institucional, es entendida como los actos u omisiones por parte de los servidores públicos que discriminan, obstaculizan e impiden el goce y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres (Diario Oficial de la Federación (DOF), 2022, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020) en México la violencia obstétrica es un tema que necesita mayor atención. Los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (2016) mostraron que una tercera parte de las mujeres que parieron o tuvieron una cesárea en los últimos 5 años experimentaron maltrato y agresiones tanto emocionales como físicas.

Las situaciones de maltrato que pudieron haber experimentado los poco más de 8.7 millones de mujeres cuyo último parto o cesárea ocurrió en los últimos 5 años, se tiene que en las situaciones de maltrato emocional, alrededor de casi 980 mil mujeres señalaron que le gritaron o la regañaron, poco más de 900 mil mujeres refirieron que en la institución donde se atendió se tardaron mucho en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho, poco más de 866 mil señalaron que las ignoraron cuando preguntaban cosas sobre su parto o sobre su bebé, alrededor de 807 mil mujeres las obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta, aproximadamente a 613 mil mujeres les dijeron cosas ofensivas o humillantes y a poco más de 280 mil mujeres les impidieron tener contacto con su bebé por más de cinco horas sin que les explicaran o informaran los motivos de la tardanza. (INEGI, 2020, p.316)

Estas cifras muestran un escenario en el que se resalta una realidad que viven las mujeres durante el parto y la necesidad urgente de buscar estrategias que promuevan el respeto hacia ellas durante el periodo perinatal.

La Violencia Obstétrica desde las Narrativas de Mujeres Madres

Diversos estudios se han interesado en conocer las vivencias de las mujeres en torno a la violencia obstétrica (Hernández, 2021; Llobera et al., 2019; Contreras, 2018). Entre sus narrativas, las mujeres relatan cómo es que al ser atendidas en su parto se enfrentan a esta violencia, vulneran sus cuerpos al medicar de forma desmedida, al realizar tactos sin cuidado, el personal utiliza un lenguaje con el que menosprecia la capacidad que tiene la mujer para alimentar a su hijo, no les informan sobre el estado de su bebé y pasan horas sin saber de sus hijos recién nacidos (Hernández, 2021).

En el estudio realizado por Contreras (2018) las mujeres narran como a lo largo de su trabajo de parto no se les toma en cuenta, se olvida que ellas y sus bebés son los protagonistas de sus nacimientos. Se realizan prácticas que terminan dañando su salud como la técnica de Kristeller (subirse en el vientre de mamá y empujar hacia abajo para que salga el bebé) y el ingreso constante de diversas personas en el espacio donde se encuentra la mujer sin pedir permiso o avisar, lo que provoca inseguridad e invasión de su privacidad en ellas (Contreras, 2018). Estas narrativas permiten comprender las situaciones de violencia que enfrentan las mujeres, resaltando la necesidad que existe de una mejor preparación por parte del personal de salud y un mayor conocimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018).

Implicaciones de la Violencia Obstétrica en las Maternidades

Jiménez Pacheco (2021) encontró que la violencia obstétrica tiene un impacto negativo en la salud mental de las mujeres, ya que quienes fueron víctimas de la violencia obstétrica tuvieron alteraciones emocionales como estrés, cambios en

el autoconcepto, afectación de la autoestima o sentimientos de soledad, aparición de sintomatología depresiva y síntomas de estrés postraumático, además de alteraciones en el vínculo materno infantil. Esto último referido también por Jarrillo et al. (2021) indicando que tendrá también un efecto en las relaciones futuras de estos infantes.

Olza (2014) refiere que 2 de cada 6% de las mujeres desarrollan el trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de la experiencia del parto y un 35% presentan algunos síntomas del trastorno y frecuentemente es por lo que hacen o dejan de hacer los profesionales de la salud.

Lo anterior muestra cómo la violencia obstétrica tiene implicaciones que van más allá de un sentimiento de tristeza o desvalorización. La violencia obstétrica además de causar impactos negativos en la salud mental de las mujeres deja huellas en la salud de sus cuerpos con la realización de prácticas innecesarias, como son las episiotomías rutinarias, con las que se daña el suelo pélvico de las mujeres. Hay quienes reportan que después de la episiotomía llegan a tener relaciones sexuales dolorosas, e incluso en casos más graves hay incontinencias tanto urinarias como fecales (Chávez 2021).

Violencia Obstétrica y Legalidad

En México, la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia aún no incluye de manera explícita en sus normativas la violencia obstétrica. En esta ley se incluyen: la violencia psicológica, física, patrimonial, económica, sexual y la violencia a través de feminicidios, así como la violencia de género en los ámbitos familiar, laboral, docente, comunitario e institucional (Diario Oficial de la Federación, 2015). La violencia obstétrica entraría implícitamente dentro de la violencia institucional.

Algunos estados comienzan a incluir la violencia obstétrica dentro de sus leyes; sin embargo, de las 32 entidades federativas existentes en el país únicamente Chiapas, Guanajuato, Durango, Veracruz, Oaxaca, Colima, Quintana Roo, Tamaulipas, Hidalgo y el Distrito Federal cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus respectivas leyes (Diario Oficial de la Federación, 2015).

Por ello, este estudio pretende en un primer momento analizar los matices de la violencia obstétrica vivida por mujeres en sus experiencias de parto desde las voces de ellas mismas y de una de las investigadoras que fungió el rol como doula en los partos de las participantes; y en un segundo momento, las autoras y las participantes integran y proponen diversas propuestas de acción que podrían favorecer la reducción de la violencia obstétrica.

Método:

Se utilizó una metodología cualitativa implementando la observación participante como procedimiento de recogida de datos, este método interactivo requiere una

implicación del observador en los sucesos que observa, lo que permite acercarse en un sentido más profundo a las personas estudiadas y a los problemas que les preocupan (Rodríguez et al., 1996) para el análisis de la información se siguió el sistema narrativo propuesto por Evertson y Green (1989), este sistema permite recoger observaciones de la vida real captando los hechos tal y como se presentan, recogiendo detalladamente el flujo de una conducta o acontecimiento por lo cual el periodo de observación está delimitado por dicho suceso, dándole importancia a la perspectiva del observador, a su forma de ver y oír las cosas. Se utilizó como registro el diario el cual favorece la expresión de pensamientos y sentimientos que generan lo observado (Rodríguez et al., 1996). Además, se usó la entrevista en una visita posterior con las participantes donde se validó y socializó con las mujeres acompañadas lo observado.

Reseña de la Doula:

Es licenciada en psicología, doula y maestrante en psicoprofilaxis perinatal, asistente de investigación, tiene 26 años, se dedica a temas relacionados con la perinatalidad desde que egreso de la licenciatura en psicología, ha tomado diversos cursos y capacitaciones centrados en favorecer la salud de las mujeres durante este periodo de la vida. El interés por escribir este artículo surgió cuando comenzó a acompañar a las mujeres en su trabajo de parto y se enfrentó a una realidad donde se siguen vulnerando los derechos de las mujeres, por lo cual quiso visibilizar y documentar las experiencias de violencia que se viven en este periodo como una forma de que sea un paso para que estas situaciones cambien.

38

Consideraciones Éticas:

Se informó a las participantes las implicaciones y alcances del estudio, cada una decidió de forma voluntaria participar en la investigación, para ello se solicitó a las mujeres firmar el consentimiento informado donde aceptaban colaborar en el estudio, se incluyó en el consentimiento informado, la firma de dos testigos mayores de edad se proporcionó a las mujeres información sobre estancias que brindan apoyo psicológico para quienes lo necesitaran. Al terminar la entrevista en la que se leyeron las narrativas de la doula se brindó una breve sesión de contención y orientación respecto a lo vivido.

Procedimiento

La observación se realizó en dos clínicas que brindan atención a las mujeres durante el parto, una pública y otra privada; la doula acompañó a tres mujeres durante su trabajo de parto. El registro de las observaciones se realizó después

del acompañamiento a estas mujeres y la doula escribió en su diario las narrativas de lo vivido; posteriormente la doula regresó con las mujeres para compartir lo observado y verificar si ellas lo percibieron de la misma forma, realizando una entrevista abierta de su experiencia de parto. Posterior a estas, se realizó la transcripción de las entrevistas. La Tabla 1 muestra el tiempo y el lugar en el que se acompañó a las mujeres. Los nombres que aparecen son seudónimos, se utilizaron para salvaguardar la confidencialidad de las participantes.

Para llevar a cabo el análisis se utilizó el programa Atlas.ti 9, se introdujo el diario de la doula con las narrativas de cada una de las experiencias y la información obtenida en la entrevista, posteriormente se socializó y validó lo observado con las participantes. En seguida se crearon dos grandes categorías, una relacionada con la información compartida por las propias madres en las entrevistas de devolución sobre la atención recibida en el parto y la otra con la experiencia de la observadora participante que fungía como la doula. A la primera categoría se le llamó: A) Violencia vivida por las madres. La segunda categoría se relacionó con lo que le sucedió a la propia doula como mujer y como acompañante; a ésta se le llamó: B) Vivencias y roles de la doula en su acompañamiento a las mujeres durante su experiencia de parto.

Dentro del eje temático relacionado con las experiencias de la madres: A) Violencia vivida por las madres, emergieron las categorías de: 1. Violencia psicológica, que a su vez tuvo dos subcategorías: 1.1 Mensajes entre líneas del personal de salud que violentan e invalidan a la mujer y 1.2 Palabras que atemorizan, implantan miedo en la mujer y su familia, 2. Violencia física, 3. Violencia institucional, 4. Contradicción entre personal de salud en los abordajes de atención a la mujer parturienta y 5. Miedo en las mujeres a raíz de las violencias recibidas. Dentro de la segunda categoría emergente: B) Vivencias y roles de la doula en su acompañamiento a las mujeres durante su experiencia de parto, surgieron las siguientes subcategorías: 1. Sentirse vulnerable en la jerarquía del poder. 2. Experimentar violencia verbal como acompañante, 3. Amortiguar la violencia ejercida hacia la madre, 4. Ser mediadora entre el lenguaje del personal sanitario y la madre y 5. Emociones de la doula ante lo vivido en el acompañamiento.

Tabla 1
Datos de las mujeres y contexto de acompañamiento

Nombre	Edad	Semanas de gestación	Tipo de acompañamiento (Contexto)
Daniela	15 años	39 semanas de gestación	Durante el trabajo de parto se acompañó primeramente en una clínica pública, posteriormente en una clínica privada. Se acompañó un total de 6 horas.
Estrella	14 años	39 semanas de gestación	Durante el trabajo de parto en casa, en casa de una partera y posteriormente en una clínica pública. Se acompañó durante 11 horas.
Tania	24 años	39 semanas de gestación	Durante el trabajo de parto en una clínica de atención pública. Se acompañó durante 5 horas.

Nota. Elaboración propia.

Resultados y Discusión

A) Violencia Vivida por las Madres

1. Violencia Psicológica. La violencia psicológica hace referencia a todo acto u omisión que perjudique la estabilidad psicológica, ésta puede consistir en negligencia, abandono, descuido, humillaciones, insultos, devaluación, marginación, indiferencia, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas (Diario Oficial de la Federación, 2022, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia). En las siguientes narrativas se analizan los actos de violencia psicológica que vivieron las mujeres durante su trabajo de parto.

1.1 Mensajes entre Líneas en el Discurso del Personal de Salud que Violentan e Invalidan a la Mujer. Se sabe que el parto representa una de las vivencias más relevantes en la vida de la mujer implicando una experiencia psicosocial profunda donde se pone a prueba su feminidad y sus competencias personales (Campos y Vázquez, 2021); enviar el mensaje de que su cuerpo no es capaz de parir, tiene sin duda un impacto en ella que la hará dudar de esta feminidad y de sus capacidades.

Aquí algunos ejemplos de comentarios realizados por médicos que atendían a estas madres:

‘estas muy estrecha’; ‘el bebé no va a pasar por ahí’; ‘tienes apenas 4 cm de dilatación’ (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

En este acompañamiento, la doula narra que primero la ginecóloga le comenta a Daniela que está muy estrecha, y que Daniela le responde diciendo que el médico anterior le había dicho que sería parto natural, la doctora fue por otro doctor de la unidad, el cual nuevamente le realiza un tacto y comenta:

Sí efectivamente doctora, esta niña está estrecha. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

En estas líneas se puede observar cómo invalidan la capacidad de la mujer para parir argumentando que está "estrecha", cuando se conoce, en un estudio profundo de la fisiología de la cadera estudiado por Nuria Vives (2010), que la pelvis es móvil lo cual favorece el paso del bebé al adoptar diferentes posiciones y al estar en movimiento. Además, para darle más poder a su palabra como figura de autoridad, la ginecóloga le habla a otro médico que al realizar una pelvimetría clínica (medición manual de la pelvis de la mujer mediante un tacto vaginal) comenta que en efecto está estrecha confirmando lo que la ginecóloga le había dicho. La OMS (2018) no recomienda este procedimiento en mujeres embarazadas sanas.

1.2 Palabras que Atemorizan, Miedo Implantado en la Mujer y su Familia. Las siguientes narrativas vislumbran cómo es que el personal de salud da mensajes a la mujer y a su familia que pueden transmitir miedo y generar incertidumbre y preocupación.

La doctora llama a la mamá de Daniela y le dice: 'Señora su hija esta estrecha, el bebé se puede quedar atorado y no tenemos nada para intervenir ante una emergencia, nosotros no podemos negarle la atención, pero usted diga qué quiere hacer, voy a meter el reporte para ver si la pueden recibir en algún lugar, ya no soy nada más yo la que digo, el otro doctor también lo dijo, lo que pase es su responsabilidad'.

Después de revisar a Daniela el médico de la institución privada señala que debe realizarse una cesárea, al escuchar esto Daniela le contesta: 'doctor, pero usted me dijo que iba para parto y yo quiero intentar el parto' el médico le responde: 'esto no es de intentar niña, está en riesgo la vida de tu bebé'; 'ándale ya prepárate te voy a operar'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

Otros mensajes además de generar miedo traen consigo culpa como lo evidencia el siguiente relato en el que se infunde miedo en la madre y se le juzga por sus decisiones al considerar que estas no son adecuadas.

Daniela en el camino se había comido una manzana y las enfermeras comienzan a regañarla '¿Cómo te comiste una manzana?, ¡no seas inconsciente! ¡Si te dijeron que ayuno es ayuno, (la segunda doctora que la atendió en el hospital comunitario le había dicho que estaba en ayuno) esto no es un juego!' al escuchar esto Daniela me

dice '¿fue muy malo que me comiera la manzana? ¿le va a pasar algo a mi bebé?'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

Escuchar frases como las anteriores infunden miedo en la mujer y su familia con la idea de que, si no se hace lo que los médicos dicen, el bebé corre riesgo, esto lleva a la mujer a permitir una colonización de su cuerpo, se calla su voz, lo que ella piensa o siente y se toman decisiones por ella, invalidándola (Orozco y Rocha, 2021).

Cuando un experto como el gineco-obstetra refiere que existe un riesgo en la salud de la mujer gestante o del bebé durante el parto provoca miedo e incertidumbre y se crea la posibilidad de manipular el comportamiento, de que la mujer entregue su cuerpo y voluntad al obstetra, aceptando la realización de una cesárea para minimizar los riesgos para ellas y sus bebés (Sadler y Rivera, 2015), cuando por el contrario, la evidencia científica se conoce que un parto fisiológico conlleva menor riesgo que la realización de una cesárea (García, 2019). Realizar cesáreas innecesarias es otra forma de violencia contra la mujer, cuando la mujer explícitamente refiere sus deseos de tener un parto natural como en el caso de Daniela.

Palabras que le quitan la voz y el protagonismo a la mujer en trabajo de parto y que transforman su experiencia de parto en un evento doloroso son las que aparecen en las siguientes narrativas:

De repente se da el cambio de guardia y llega una nueva doctora, nos pide a la mamá de Daniela y a mí que salgamos pues dice que va a revisarla, estamos afuera y se escucha a la doctora gritarle a Daniela, '¡Abre las piernas, no te muevas!, ¡si te mueves no te voy a poder revisar, ábrelas bien!'

Después de que el médico decidiera hacerle cesárea a Daniela las enfermeras la pasan a una habitación y una de ellas le dice '¡Ponte esta bata, pero rápido!'

Llegan con Daniela al cuarto donde esperábamos su mamá y yo, el médico se va y le pregunto a Daniela: ¿cómo estás?, ¿cómo te sientes? ella me responde 'tengo mucho escalofrió' y le dice a su mamá: 'los doctores son bien sabe cómo ma, se estaban burlando de mí, porque pues yo no podía controlar mi cuerpo y se me salían pedos, y me decían nos vas a cagar niña y se reían'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

Las enfermeras me regañaban y el doctor también; me decían que estaba bien chica para tener hijos. (Estrella, comunicación personal, 7 de marzo, 2023)

En estas narrativas, Daniela reconoce que el trato que le están dando los médicos y el personal no es el adecuado, aunque ella no se atreve a nombrarlo maltrato, sólo narra lo que ellos decían y hacían en alusión a los gases que de manera involuntaria se le salían cuando la estaban atendiendo. Estrella también reconoce que el trato que recibió no fue el adecuado pues comenta como la

regañaba el personal de salud que la estaba atendiendo. La violencia hacía las madres adolescentes es muy común pues al verse como embarazos de alto riesgo por ser adolescentes, el personal médico brinda una atención en la que llega a vulnerar sus derechos; Terán et al. (2013) encontró que las mujeres adolescentes y las mujeres maduras experimentan con más frecuencia un trato deshumanizante.

Las palabras que utiliza el personal sanitario en estos casos van más allá de simples frases, afectan la psicología de las mujeres y se vuelve a vislumbrar la apropiación del cuerpo de estas por parte del personal de salud, la infantilización y la humillación (Vallana, 2019). La violencia verbal, impide que las mujeres puedan expresarse libremente y compromete su bienestar por lo cual resulta primordial que quienes vivan estas experiencias reciban apoyo (Jojoa et al., 2019).

2. Violencia Física. En estas narrativas se observa cómo las mujeres se sintieron lastimadas físicamente ante algunos procedimientos médicos:

Al día siguiente, al visitar a Daniela para establecer la lactancia, le preguntó cómo se encuentra; me dice que más o menos que por la noche tuvo que regresar el doctor porque estaba sangrando mucho y que el médico tuvo que limpiarla, metió su mano y le sacó muchos cuajarones de sangre; comentó 'me lastimaron'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

En la entrevista de devolución Daniela complementó la narrativa anterior y comentó lo siguiente:

Cuando usted se fue, mmm, luego luego se me pasó la anestesia y empecé a sentir dolor, me empezó a salir como mucha sangre, mucha, mucha, mucha y mi mamá se asustó y les hablaron a las enfermeras, ¡ay no, las enfermeras bien inconscientes! como que nunca habían tenido un hijo o no sé, pero me metían la mano y me raspaban bien feo, me sacaban no sé qué tantas cosas, pero ¡bruscas, así feo!, y no sé qué me empezaron a sacar, así como sangre y mi mamá le dijo 'no se para ¿por qué no se para la sangre?' y le dijeron 'no, pues es que si no se para, le tenemos que hablar al doctor porque ya es mucha', entonces me empezó a meter la mano y seguía saliendo y seguía saliendo, como que nada más me hizo la cesárea rápido y ni me limpio bien, y le hablaron y me dijo: '¿qué pasó?' y les dijo a las enfermeras '¿qué pasó?' y no se bien que le dijeron pero luego el doctor nos dijo: 'es que si no se le para, la voy a tener que volver a meter al quirófano'. Daniela le dijo '¿cómo?', no pues yo ya andaba bien asustada otra vez, y ya empezó otra vez el doctor más brusco, me metió la mano hasta adentro y me empezó a rascar así bien feo; yo sentía todo el jalón que me hacía, ¡sentía bien feo!, y yo creo que todo eso me lastimó, porque para orinar me dolía peor que la cesárea, porque me lastimó todo, porque me rascaba, ¡me le hacía bien feo! (Daniela, comunicación personal, 1 de marzo, 2023)

Cuando la bebé nace la pediatra la revisa rápidamente y la lleva al pecho de Tania; sin embargo, la ginecóloga volteó con la pediatra y le dice: 'tiene un sangrado que

no me gusta voy a sacar la placenta y la voy a limpiar, retiren a la bebé por favor', bajan el respaldo de la camilla y la doctora realiza la extracción de la placenta y la revisión de cavidades; en ese momento, Tania aprieta fuerte mi mano y me dice: 'me duele', yo sólo le respondo 'respira profundo has sido muy fuerte, ya va pasar'. (Doula, comunicación personal, 21 de junio, 2022)

En la entrevista de devolución Tanía complementó la narrativa anterior y comentó que un enfermero le dijo lo siguiente:

¡Ay! me acuerdo que el enfermero dijo, 'no te muevas que la doctora tiene la mano dentro de ti, y te puede lastimar' y yo pensé '¿maaaaaás?'. (Tania, comunicación personal, 28 de febrero, 2023)

Estas narrativas evidencian cómo las mujeres se sintieron lastimadas físicamente ante procedimientos que se sugiere no se realicen de manera rutinaria; Alvirde y Rodríguez (2009) en un estudio realizado concluyeron que no se identificaron diferencias en cuanto a la presentación de complicaciones al realizarse o no la revisión de cavidades; sin embargo, Camacho y Pérez (2013) encontraron que la revisión manual de cavidades (exploración manual de la cavidad uterina) se asocia estrechamente con otras complicaciones como mayor incidencia de hemorragias postparto, a diferencia de una revisión gentil instrumentada; por su parte Sachse y Calvo (2013) concluyeron que la revisión manual de cavidades sólo debe realizarse bajo indicaciones precisas, al hacerse de rutina no se brinda ninguna mejoría respecto a la morbilidad materna, pero si se genera mucho dolor si se realiza sin las medidas de analgesia recomendadas, esto se evidenció en ambas mamás, Tania y Daniela, quienes se sintieron lastimadas e invadidas con dicho procedimiento.

En las siguientes dos narrativas de Estrella y Tanía se vuelve a visualizar cómo algunas acciones realizadas por los médicos las lastiman físicamente.

Dos días después fui a casa de Estrella, le llevé un caldito de pollo y continuamos hablando sobre su parto, ahí ella me contó que le hicieron episiotomía y la lastimaron. (Doula, comunicación personal, 28 de septiembre, 2021)

Estoy con Tania tocando su cabeza y diciéndole lo fuerte y valiente que es y recordando que cada contracción la acerca a conocer a su bebé, la ginecóloga comenta: 'este enfoque no me gusta porque siento que el periné de la mujer queda muy expuesto'. En ese momento voltea con Tania y le dice: 'te voy a ayudar un poco', y con sus dedos abrió los labios mayores de Tania, en el rostro de Tania pude ver que esa acción le causó dolor. (Doula, comunicación personal, 21 de junio, 2022)

Tener esta percepción de dolor durante su parto y sentirse lastimadas, puede dejar huellas que marcan su relación con ellas como mujeres, con sus hijos, con

su pareja y con la sociedad en general (Velosa y Rojas, 2017), más aún en ese momento en el que la mujer se encuentra en un estado de vulnerabilidad.

3. Violencia Institucional. Otra forma de violencia que surge en la atención a las mujeres en periodo perinatal, es la violencia institucional por la falta de equipamiento y de materiales básicos para la atención, la cual se evidencia en las siguientes narrativas:

Después de que la ginecóloga en turno -la que comentó que era estrecha- revisa a Daniela se dirige a su madre diciendo: 'Señora si le dijeron que si algo se complica aquí no tenemos nada para atender a Daniela, no hay sangre, no hay anestesiólogo nada'; 'si algo pasa es bajo su responsabilidad'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero 2022)

En el caso de Estrella, la violencia institucional se muestra cuando se indica que la mujer debe comportarse de cierta forma.

Al llegar al hospital el enfermero que la revisó me comentó 'mira debes decirle que se calme, ya se quiere levantar y cuando entre no la dejarán parar para nada'. (Doula, comunicación personal, 28 de septiembre 2021)

La violencia institucional también se da cuando por falta de información y capacitación, el personal emite una recomendación sin evidencia científica que sí puede influir en el bienestar físico y emocional de la madre y la bebé, aquí un ejemplo:

El bebé había pasado toda la noche en los cuneros, había sido alimentado con fórmula y biberón, entra el pediatra a revisar al bebé y le dice que todo está bien que ella decida si quiere dar fórmula o leche materna, que nutricionalmente es lo mismo. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero 2022)

Esta violencia también se ve cuando se siguen protocolos que no favorecen el progreso del trabajo de parto como tener que permanecer todo el tiempo recostadas en la camilla, aquí dos ejemplos de este tipo de violencia:

Al acompañar a Tanía pedí permiso para que pudiera levantarse, después de un rato de estar haciendo movimientos suaves de su cadera le sale un poco de líquido (líquido amniótico) y una de las enfermeras comenta: 'hay que limpiarle, por eso no permitimos que se paren, porque si pisa el líquido se puede resbalar y caer'. (Doula, comunicación personal, 21 de junio, 2022)

Pues me dejaron ahí sola en un cuarto y ya le dije yo al doctor que me andaba del baño y me dijo que no me podía parar y pos me hice en la camilla, bueno, pero fue pipí. (Estrella, comunicación personal, 7 de marzo, 2023)

La violencia obstétrica también se muestra cuando las instituciones no cuentan con los insumos necesarios para brindar atención a la mujer; además, el contar con protocolos que no favorecen el parto, como el que la mujer debe permanecer acostada y no levantarse para nada, para ser protegidas de caídas o golpes dentro del hospital (Vallana 2019); sin embargo, el movimiento favorece el manejo del dolor y el progreso de parto (Vives, 2010).

Por su parte, el hecho de no dejar al bebé al contacto piel con piel con su madre inmediatamente al nacimiento, o el ofrecerle leche de fórmula en lugar de leche materna cuando no tienen el mismo valor nutricional, son ejemplos de la falta de capacitación y actualización del personal sanitario sobre la Norma Oficial Mexicana (NOM 007) y las recomendaciones de la OMS (2018) para tener una experiencia de parto positiva.

4. Contradicción entre el Personal de Salud en los Abordajes de Atención a la Mujer Parturienta. Se observa una contradicción entre la visión de dos médicos, una sobre la dilatación y la movilidad y otra sobre la ingesta de alimentos ya que un médico le iba a permitir moverse, ingerir alimentos y que ingresara su acompañante; por otro lado, otro médico que entra en turno, prohíbe las medidas de confort anteriores al indicar lo contrario. La evidencia demuestra que algunos protocolos establecidos para la atención al parto muestran errores; sin embargo, se siguen aplicando sin ser cuestionados por el personal de salud, sin respetar los tiempos naturales del proceso de parto (Magnone, 2017). Hay médicos que comienzan a actualizarse e intentan aplicar las recomendaciones de la OMS (2018) para una experiencia de parto positiva, pero hay otros que continúan con protocolos que no favorecen esta experiencia. Aquí lo que se observó en la experiencia de Daniela.

Al llegar al hospital me encuentro con Daniela, una joven de 15 años que se encontraba recostada en la camilla con suero glucosado, la doctora me presenta con ella, le explica que soy su doula y que la estaré acompañando en su trabajo de parto, le comenta que alguien de sus familiares puede pasar, se ilumina el rostro de Daniela al escuchar esto, dice 'sí, que pase mi mamá', la doctora me presenta con el personal que estaba encargado del turno en ese momento, les pido que le quiten el suero a Daniela para que pueda moverse, comentando que eso favorecerá la evolución de su parto, acceden y le dejan únicamente la canalización venosa.

De repente se da el cambio de turno y llega una nueva doctora a hacerle el tacto, termina de hacerle el tacto y le dice a Daniela: 'tienes apenas 4 cm de dilatación', Daniela le responde: 'pero el otro doctor me dijo que tenía 6 y que iba para parto', la doctora le contesta tajantemente '¡tienes 4 centímetros!'

Daniela comienza a sacar lo que le había traído para comer y la doctora le dice: 'No puedes comer nada, estas en ayuno'. La Doctora encargada de enseñanza interviene en ese momento y le responde: 'estamos implementando un nuevo programa, la mamá puede ingerir alimentos'. La otra doctora le contesta: '¡le estoy diciendo que está en ayuno, la niña tiene 15 años y está estrecha, no puede comer nada!'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

Otra contradicción por el médico que la estaba atendiendo de manera privada, quien al parecer primero le había dicho que, si podía tener su bebé de manera natural y ahora con el diagnóstico de los médicos del sector público de que estaba estrecha, lo reafirma y no le da la opción de decidir. Fernández (2015) comenta que la mujer gestante y parturienta es infantilizada, cosificada e incluso despersonalizada, todo ello con la justificación de la obtención de un bebé vivo.

La familia -su mamá y sus suegros- deciden que Daniela reciba la atención con el médico privado, me voy con Daniela (al hospital con el médico privado) confiando en que recibirá una mejor atención, llegamos al hospital, el médico la pasa al cuarto para revisarla y le dice: 'tienes 4 cm de dilatación, yo te puedo dejar un rato, pero ¿qué te dijeron allá arriba?'. Daniela le responde: 'me dijeron que estaba estrecha'. El médico contesta: 'Sí hija, estás estrecha, aunque yo te deje, no vas a abrir'. Se dirige a las enfermeras y les dice: '¡ya prepárenla, vamos a hacerle cesárea!'. Al oír esto, Daniela le dice: '¡doctor, pero usted me dijo que iba para parto y yo quiero intentar el parto!'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

47

5. Miedo en las Mujeres a Raíz de las Violencias Recibidas. En las siguientes narrativas se puede apreciar cómo las mujeres experimentaron miedo ante el trato recibido por el personal de salud.

Cuando entré al quirófano me dieron ganas de salirme, de salir por el miedo que sentía, y luego no sé, no me sentía cómoda por los doctores y la enfermera, la enfermera era muy sangrona como que estaba al modo de los doctores, no me sentía a gusto, le pedí tanto a la virgen que no me diera tanto miedo, porque sentía bien feo, sentía un miedo horrible.

Todo el rato sentí miedo y luego les decía que quería vomitar y ni me hacían caso ni nada, en el quirófano, me dieron náuseas y yo sentía bien feo, y les dije muchas veces, y no me hacían caso, hasta que les grite y me arrimaron un balde según para que vomitara y ya, ya no vomité.

Yo no sabía nada y me empezaron a hablar de esa manera, yo no sabía lo que era un parto, yo no sabía nada, yo tenía miedo y me metieron más -refiriéndose a que la hicieron sentir más miedo-, en vez de tranquilizarme, y no deberían de ser así. (Daniela, comunicación personal, 1 de marzo, 2023)

Pues de cuando me decías -refiriéndose a mí, su acompañante- que no tuviera miedo y que me acordara siempre de mi familia en ese momento, y ya fue cuando pos te apreté la mano, y ya cuando me metieron pos yo quería que alguien estuviera conmigo y me agarre llorando. (Estrella, comunicación personal, 7 de marzo 2023)

El miedo es un factor que puede influir negativamente en la satisfacción que experimentan las mujeres respecto a su parto (González et al., 2021). Se han realizado diversas investigaciones que buscan conocer intervenciones eficaces que favorezcan la reducción del miedo al parto (Arranz, 2020); sin embargo, cuando en lugar de cuidar y apoyar a la mujer para que se sienta segura y confiada durante su parto, se llevan a cabo acciones que provocan más miedo como en el caso de Daniela, se influye negativamente en la experiencia de parto como comenta González et al. (2021).

B) Vivencias de la Doula Durante su Acompañamiento a las Mujeres

1. Sentirse Vulnerable en la Jerarquía del Poder. En las siguientes líneas la doula narra lo que aconteció en el hospital privado antes de que se llevarán a Daniela al quirófano donde ella no recibió un trato respetuoso:

Se la llevan al quirófano y la acompaño hasta la puerta, le pido a la enfermera hablar con el médico para ver si puedo pasar con ella ya que Daniela quería que la acompañara y ella también le dice a la enfermera: '¡por favor pregúntale al doctor que si ella puede pasar conmigo!' la enfermera solo grita '¡doctor!' y me cierra la puerta en la cara, en ese momento me sentí poco respetada. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

Daniela y la doula reciben violencia, los médicos le preguntan a Daniela por su acompañante a manera de burla y hacen comentarios con una connotación sexual sobre la doula al decir "préstame tu ángel y luego me lo pasas a mí", no respetando a la acompañante.

Al llegar al hospital la sigo acompañando dándole un masaje y haciendo movimientos suaves, ella me dice agradecida 'gracias, eres como un ángel que diosito me mandó'. Luego Daniela nos comenta a su mamá y a mí, que los doctores le decían '¿dónde está tu ángel?, ¡préstame tu ángel!, y el otro médico decía ¡y luego me la pasas a mí! y se reían'. En ese momento volví a sentir ese vacío en el estómago, pues no solo sentí que vulneraron los derechos de Dani, sino que yo también me sentí objeto de burlas y me sentí vulnerable. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

En su narrativa podemos imaginar esta escena donde se observa una jerarquía de poder, donde las acompañantes (doulas) no tienen voz. Asimismo, esta narración muestra cómo la figura de la doula y sus beneficios durante el trabajo de parto todavía se desconocen. Bodeant (2014) comenta que al ser un

trabajo no intervencionista y no médico el que una doula realiza, genera resistencia por parte del personal de salud, y el que la doula pueda acompañar a la mujer de forma efectiva depende en gran medida del personal que se encuentre atendiendo a la embarazada.

2. Experimentar Violencia Verbal como Acompañante. En la siguiente narración, se puede identificar cómo el comentario del doctor, denota una agresión verbal sutil al señalamiento a la doula sobre que los bebés deben estar en los cuneros cuando nacen; sin embargo, esta verbalización muestra un desconocimiento por parte del médico sobre la importancia del contacto piel con piel para la termorregulación, que es una recomendación que realiza la Norma Oficial Mexicana, NOM 007 (2016), la OMS (2018) e investigadores en neurociencias como Bergman et al. (2016).

Daniela sale alrededor de la 1:30 de la mañana del quirófano; llega con el doctor al cuarto y le preguntó por el bebé; el doctor responde 'está bien' y le preguntó si no estará aquí con Daniela, él responde 'está en los cuneros, ¡como sabe! ¡los bebés no saben regular su temperatura, por eso tiene que estar en el cunero!'. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

3. Amortiguar la Violencia Ejercida hacia la Madre. En las siguientes narrativas se puede observar como la doula transmite mensajes de confianza a la mujer y le proporciona información que pueda servirle tanto a ella como a su bebé, mostrando cómo la figura de la doula puede ser un recurso protector para amortiguar la violencia recibida, tal como lo comenta Campiglia (2015) La presencia de la doula se convierte en un recurso para la humanización del parto, por medio de diversas estrategias reformula la relación que se da entre el personal de salud y las mujeres.

Ya no pude acompañar a Estrella hasta la sala de labor, pues me indicaron que estaba prohibido, así que antes de irme le explique algunas posiciones y respiraciones que podía hacer mientras la tuvieran en la camilla, apretó mi mano fuerte y le dije que ella podía parir que confiara en su cuerpo y que era muy fuerte, que había sido muy valiente en todo el trabajo de parto que ya había llevado. (Doula, comunicación personal, 28 de septiembre, 2021)

Al salir el pediatra, pongo a Daniela y a su bebé en contacto piel a piel, le muestro la forma de tener un agarre correcto y hablamos sobre los beneficios de la lactancia materna. Cuando el bebé logró prenderse al pecho y tener una buena succión, me despedí de ella. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

Cuando están haciendo la revisión de cavidades me acerco al oído de Tania y le digo: 'respira profundo has sido muy fuerte, ya va pasar', terminan de limpiar a Tania y después la pasan a recuperación, ahí la bebé se prende al pecho y me quedo

acompañándolas hasta que ha logrado tener un buen agarre en ambas mamas. (Doula, comunicación personal, 21 de junio, 2022)

Pues de primero sí me sentía, así como desesperada porque sentía como que, ¡ay no! que ya me iba a morir, o sea era un dolor así muy exagerado, y ya de veras ya no aguantaba, entonces al pedir así como que recuéstenla o algo disminuía el dolor, porque al estar acostada estaba todo el peso sobre mí y el dolor me corría por todo el cuerpo y sentada pues ya a lo mejor me ayudo con algo, o el estar agarrando tu mano así que yo digo que casi te la mallugue toda, para mí fue como una ayuda pues, el que haya estado acompañada'. (Tania, comunicación personal, 28 de febrero, 2023)

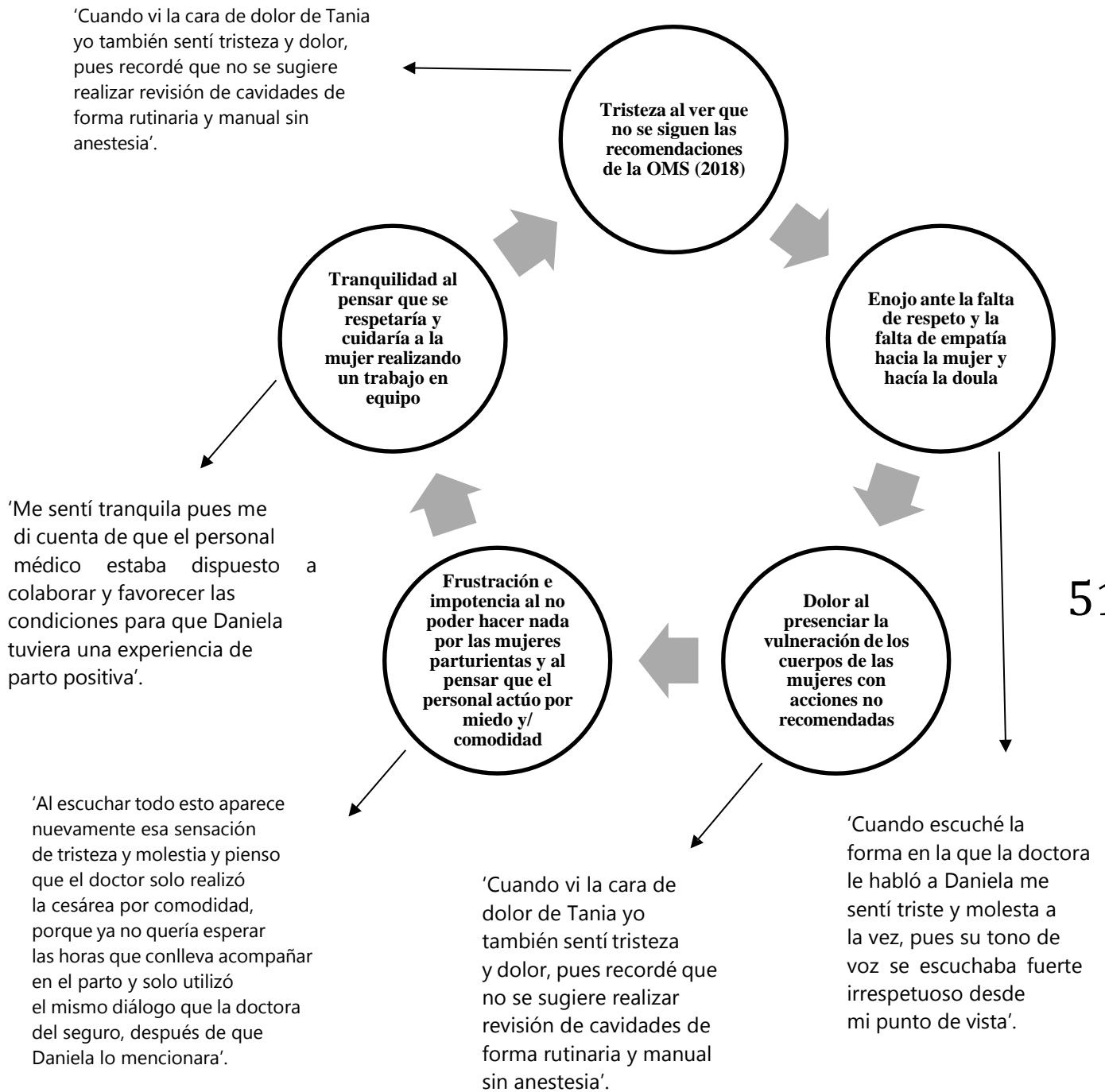
4. Ser Mediadora entre el Lenguaje del Personal Sanitario y la Madre.

La doula además de acompañar emocionalmente a la mujer también facilita la comprensión de la mujer y su familia respecto a lo que los médicos comentan:

Les explico a Daniela y a su mamá que la enfermera acaba de revisar a Daniela y el corazón de su bebé que ambos están bien, que traten de tranquilizarse, que todo lo que dijo la doctora es porque ella quiere prevenir no porque algo esté mal. (Doula, comunicación personal, 4 de febrero, 2022)

5. Emociones de la Doula ante lo Vivido en el Acompañamiento. A lo largo de cada uno de los acompañamientos la doula experimentó diversas emociones, desde tranquilidad al sentir que se podría dar un trabajo colaborativo entre el personal de salud para favorecer la experiencia de parto de las mujeres, hasta tristeza y enojo por la violencia ejercida hacia ella misma y hacia las madres. Las principales categorías que surgieron del análisis de las emociones vividas por las doula fueron: tristeza al ver que no se siguen las recomendaciones de la OMS (2018), enojo ante la falta de respeto y la falta de empatía hacia la mujer y hacia la doula, dolor al presenciar la vulneración de los cuerpos de las mujeres con acciones no recomendadas, frustración e impotencia al no poder hacer nada por las mujeres parturientas y al pensar que el personal actuó por miedo y/ comodidad y tranquilidad al pensar que se respetaría y cuidaría a la mujer realizando un trabajo en equipo (ver Figura 1).

Figura 1
Emociones de la doula



Nota. Elaboración propia

Como se puede apreciar en el análisis de las narrativas, son varias las manifestaciones de violencia hacia las madres en su trabajo de parto, se ejerce violencia psicológica, se invalida a la mujer, se genera miedo, e incertidumbre mediante mensajes que le hacen pensar que la vida de su bebé o de ella está en riesgo; no se le permite decidir y se le habla de una forma poco respetuosa, así

mismo, está presente la violencia física la cual se da con la realización de procedimientos dolorosos que no son recomendados como la revisión de cavidades y la realización continua de tactos, además de la violencia institucional que aparece al seguir protocolos que no favorecen la salud física y emocional de la mujer durante su trabajo de parto y al no contar con el personal e insumos necesario para proporcionar una atención de calidad. También se identifica la violencia que se ejerce hacia la doula con la invalidación de su trabajo, al estar inmersa en un sistema en el que dentro de la jerarquía del poder su trabajo no es valorado; por otro lado, se observa como para las madres es benéfico tener una doula ya que se vuelve sostén emocional. Sin embargo, además de nombrar y analizar las narrativas sobre la violencia recibida, también se quiere puntualizar acciones propositivas para reducir la violencia obstétrica.

Propuestas para Mejorar la Situación de la Violencia Obstétrica:

1. Capacitar y Cuidar más al Personal Sanitario

Sin duda alguna cuidar del que cuida es algo indispensable para combatir la violencia obstétrica, no podemos hablar de partos humanizados, o prácticas amigables si el personal de salud no conoce y vive en sí mismo un trato humanizado, la capacitación es indispensable (Recomendación sexta del Diario Oficial de la Federación sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud).

No se puede poner en práctica lo que no se conoce y más aún si desde su formación se han enseñado esas prácticas como la forma de mantener la vida de la diada madre bebé. Al respecto, Soto (2016) comenta que existen diferentes razones por las cuales los médicos ejercen la violencia obstétrica dentro de las cuales se encuentra: el no contar con información suficiente, la falta de trabajo personal, de formación profesional, y el tener situaciones psicológicas no resueltas como traumas personales, padecer el síndrome de Burnout, así como la necesidad de desarrollar habilidades que les permitan afrontar los aspectos emocionales del parto.

2. Doulear o Cuidar al Personal, a las Madres y sus Familias

Desde esta perspectiva es necesario doulear (acompañar y cuidar) no solo a las madres y a sus familias sino también al personal sanitario, se necesita que también los profesionales de la salud que atienden a las mujeres en periodo perinatal, sean contenidos y cuidados pues en muchas ocasiones la carga de trabajo es excesiva, y lo que ellos viven o experimentan ante las emergencias o pérdidas impacta en su salud emocional, por su parte se ha demostrado que el tener una figura como la doula, durante el embarazo, parto y postparto trae múltiples beneficios para las madres (Rodríguez, 2020). Respecto al parto, el

acompañamiento emocional de la doula ha propiciado mejor percepción de la vivencia del parto, una disminución en el uso de analgesia, fórceps, menores tasas de cesárea y menor duración del trabajo de parto (Valdés y Morlans, 2005).

3. Nombrar la Violencia Obstétrica que Existe

Es necesario que se nombre la violencia obstétrica ya que en muchas ocasiones las mujeres no saben que son víctimas de este tipo de violencia, quedan huellas en su cuerpo y en su salud mental (Olza, 2014), pero no reconocen que todo lo vivido no es normal y estas prácticas violentas comienzan a naturalizarse. Muchas de las mujeres que viven la violencia obstétrica piensan que así debe de ser, desconocen sus derechos humanos y en algunas ocasiones prefieren tomar actitudes de "sumisión" ante el personal de salud (Soto, 2016). Para ello, también el Diario Oficial de la Federación en el 2017 recomendó establecer políticas públicas donde se dé a conocer los derechos humanos de las mujeres a vivir una vida libre de violencia incluyendo la violencia obstétrica.

4. No Criminalizar (Todos Somos Víctimas y Victimarios)

Para que pueda haber un cambio en la atención a las mujeres que atraviesan el periodo perinatal es necesario que no criminalicemos a quienes brindan esta atención, sugerimos tener una mirada más amplia de lo que sucede en torno a los nacimientos y vislumbrar que todos podemos ser víctimas y victimarios. Al respecto, Vallana (2019) argumenta que para lograr una transformación del modelo actual basado en el intervencionismo, hacia un modelo respetado es indispensable dignificar las condiciones laborales del personal de salud, atendiendo tanto las jornadas laborales (que en ocasiones son exhaustivas) como a los honorarios que reciben; es necesario formar a los profesionales de salud proporcionando las herramientas necesarias para que puedan tener una comunicación asertiva, así como mostrar las violencias que resultan de las relaciones de poder y dominación (Zúñiga y Jiménez, 2019).

5. Ofrecer Psicoeducación a las Mujeres y sus Familias sobre Educación Perinatal

Se ha demostrado que la educación perinatal favorece la salud física y psicológica de la madre, así como su empoderamiento, al estar más informadas las mujeres se apropian de sus cuerpos y de sus procesos (Fernández y Arrollo, 2016), se sienten más seguras y satisfechas durante el embarazo y el parto (Vidal et al. 2012); asimismo, al psicoeducar a las familias estas se vuelven una fuente de apoyo, lo que impacta favorablemente en la salud de la madre y el bebé.

Si las mujeres se apropian de su cuerpo y de sus procesos de gestación, parto y crianza, buscan atención médica de forma oportuna, conocen sus derechos

reproductivos y sexuales, será más difícil que se realicen prácticas en las que se vulnere su salud tanto física como emocional, por lo cual apostar a la educación perinatal y al empoderamiento femenino en el ámbito perinatal es una forma de intervención clave para disminuir la violencia obstétrica (Martín, 2020).

6. Desarrollar Propuestas de Formación como Acompañantes al Periodo Perinatal Adaptadas a las Condiciones del Contexto.

Formar a más personas como acompañantes tomando en cuenta el contexto de acompañamiento traerá beneficios para todos los actores que están involucrados en la atención a la mujer en periodo perinatal, incluir en la formación de enfermeras planes y programas que tengan que ver con el acompañamiento emocional a las mujeres parturientas. Esto propiciará sin duda una mejor atención y preparación tanto del personal como de las propias mujeres y sus familias. Campiglia (2019) comenta la necesidad existente de que quienes brindan atención a las mujeres durante el periodo perinatal sean cada vez más sensibles a las necesidades tanto del bebé como de la madre, para que puedan acompañarlos a lo largo de estas transiciones de forma atenta. Partiendo de esto, las formaciones tienen que abonar en esta sensibilización.

7. Crear Campañas de Sensibilización al Público en General sobre Cuidar la Perinatalidad

Crear consciencia no solo en el personal de salud que atiende a las mujeres embarazadas, en parto o postparto es indispensable, los temas de perinatalidad nos conciernen a todos, cuidar la gestación y el nacimiento nos acerca a crear una mejor sociedad, como comenta Michell Odent para cambiar el mundo es preciso cambiar la forma de nacer. Hacerlo mediante campañas podría ser un primer paso, así como lo sugiere la cuarta recomendación del Diario Oficial de la Federación (2017) para prevenir la violencia obstétrica y promover los derechos humanos junto con la salud reproductiva de las mujeres durante el periodo perinatal. Se ha demostrado que las campañas son formas de expresión que favorecen la sensibilización sobre diferentes temas y promueven a su vez acciones para el cambio (Blázquez, 2019).

8. Desarrollar más Programas de Preparación en Temas de Perinatalidad y su Importancia en las Licenciaturas de Atención a la Salud

Incluir en los planes y programas de estudio de las licenciaturas en áreas de la salud, temas relacionados con la perinatalidad desde una visión integral no patologizante y propositiva que promuevan el bienestar y salud de las madres y sus bebés; al educar desde los riesgos se generan temores que desencadenan una serie de acciones que no favorecen a la diada, por ello es indispensable afinar

constantemente la herramienta de trabajo, en la formación y además, revisar de manera permanente lo que se hace creando espacios de contención mutua donde se compartan emociones y necesidades que sirvan para ampliar las miradas (Olza et al., 2021).

9. Fomentar la Investigación en Temas de Perinatalidad

Asimismo se plantea fomentar más la investigación sobre la perinatalidad incluyendo la salud mental materna y los factores protectores, así como el desarrollo, implementación y evaluación de estrategias de intervención que busquen mejorar los factores que favorecen una experiencia positiva del parto y postparto para las mujeres y sus bebés, Howard y Khalifeh (2020) en una revisión realizada sobre los avances y desafíos en salud mental perinatal comentan que en los últimos años se ha mostrado más interés en este ámbito y se ha invertido en la salud mental perinatal en países de altos ingresos; sin embargo, continúa siendo necesario ampliar los servicios de atención e invertir en intervenciones de salud pública que favorezcan la salud de las madres y sus hijos en este periodo tan importante de la vida.

10. Promover Políticas Públicas a Favor del Trato Amigable y Oportuno a las Mujeres en el Periodo Perinatal

Se plantea la necesidad de incidir en políticas públicas a favor de condiciones más dignas para el personal sanitario y para un trato amable con las usuarias de los sistemas de salud ya que como se ha dicho, es indispensable que el personal sanitario también cuente con todos los recursos tanto psicológicos, como económicos e infraestructurales para ofrecer el mejor servicio en las condiciones óptimas, así como lo sugiere la segunda recomendación del Diario Oficial de la Federación (2017) sobre programar el presupuesto necesario para mejorar la infraestructura donde se brinda atención a las mujeres. Poner en la agenda política recursos y leyes que protejan a las mujeres en este periodo de vida es vital (Castrillo, 2020).

11. Escuchar las Voces de las Mujeres Madres

En la entrevista se preguntó a las madres qué le dirían al personal de salud que atiende a las mujeres durante su parto, estas madres comentan que es necesario que se brinde un mejor trato, que aprendan a ser empáticos y a tratar a las mujeres como trataría a una de sus hijas, explicando lo que sucede y transmitiendo mensajes de seguridad en lugar de transmitir más miedo, pero también comprenden y valoran el trabajo realizado por ellos, resaltando la importancia que tiene su labor, están a cargo de salvaguardar la vida, proponen generar conciencia en ambas partes en los médicos para que brinden un trato

digno y en las pacientes para que comprendan al personal de salud "Pues que se valora el trabajo que hacen...que de ambas partes tengan como que la conciencia de que los dos estén bien (Tania, comunicación personal, 28 de febrero, 2023)

Asimismo, las madres comentan que el tener una doula es algo que ellas agradecen y valoran e incluso recomiendan que más mujeres sean acompañadas por una doula "Es lo mejor que me pudo haber pasado yo creo, que todas las mujeres que vayan a dar a luz deberían tener una doula" (Daniela, comunicación personal, 2023).

Tal como lo expresan las madres es necesario realizar un trabajo colaborativo para mejorar las condiciones en las que se brinda atención a las mujeres durante sus partos, se reconoce y valora el trabajo realizado por el personal de salud, pero también se demandan tratos más respetuosos para estas madres.

Conclusiones

Es evidente la existencia de la violencia obstétrica, Jiménez Pacheco (2021) encontró que la violencia obstétrica tiene un impacto negativo en la salud mental de las mujeres, ya que quienes fueron víctimas de la violencia obstétrica tuvieron alteraciones emocionales como estrés, cambios en el autoconcepto, afectación de la autoestima o sentimientos de soledad, aparición de sintomatología depresiva y síntomas de estrés postraumático, además de alteraciones en el vínculo materno infantil. Esto último referido también por Jarrillo et al. (2021) indicando que tendrá también un efecto en las relaciones futuras de estos infantes. En este estudio, una de las limitantes fue que no se valoró el impacto psicológico de la violencia vivida por las mujeres posterior al acompañamiento del parto, por lo cual se sugiere que en estudios posteriores se lleve a cabo un análisis en el que se pueda conocer las implicaciones psicológicas posteriores que conlleva para la mujer el vivir violencia obstétrica.

La violencia obstétrica puede ser física, verbal, psicológica e institucional tanto en la atención pública como privada dirigida hacia las madres y a su acompañante por lo que identificar, nombrar y reconocer sus matices permite visibilizar una realidad social que desafortunadamente existe en la atención perinatal a las madres. Se observó el miedo como emoción principal durante todos estos acompañamientos y se puede identificar claramente su asociación a los malos tratos.

Desde diversas perspectivas feministas (Rodó et al., 2019;) y sociales se sabe que el miedo es un elemento de control social (Rojas, 2016, Calveiro, 2015) y que a su vez interfiere de manera negativa con los procesos fisiológicos que se ven implicados al parir las mujeres (Cardús, 2015; Olza, 2014). Sin embargo, quedarse en la queja no resulta suficiente, por lo que se quiso plantear propuestas que pudieran ayudar a mejorar la situación de la atención a las mujeres en el periodo perinatal y preguntando directamente a las madres qué les gustaría que se cambiara o fuera diferente de la atención recibida.

Se resalta el valor de la figura de una acompañante como lo es la doula en estos casos y se pudo constatar que su presencia puede traer beneficios y puede amortiguar la violencia recibida en la atención sanitaria; ya existe investigación que constata que tener una acompañante con formación formal para entender y comprender los procesos implicados en el periodo perinatal, es muy favorable para la experiencia de la mujer. La doula puede ser una excelente aliada tanto para la mujer como para los proveedores de salud ya que trabajan bajo el principio de respetar los derechos de la mujer promoviendo medidas que muestran con evidencia científica los mejores resultados. Sin embargo, como se observó en este estudio, todavía este rol de acompañante (doula) necesita reconocimiento por parte del personal sanitario y además de que se requiere que haya una mayor sintonización entre todo el equipo que atiende a las mujeres para ofrecer una atención respetuosa lo cual todavía hay que trabajar para lograrlo.

Otro beneficio de reconocer e incluir la figura de la doula en la atención al parto, es que podría ser quien dé ese seguimiento personalizado a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto para la oportuna orientación perinatal y detección de situaciones que requieran una posible canalización ya sea para atender la salud física o mental de dichas mujeres. Así también, las mujeres reportan mayor satisfacción al sentirse acompañadas durante estos procesos (Rodríguez, 2020). Qué mejor que quien acompañe sea alguien que esté preparado y sensible a las necesidades de este periodo de la vida.

Cuidar lo que se dice y hace durante la atención a la mujer en el periodo perinatal es clave como encontró Jojoa et al., (2019), hay mujeres que manifestaron que hay frases que nunca se deben decir a una mujer mientras la están atendiendo ya que esto marca sin duda alguna de forma negativa su experiencia. En los casos analizados en este capítulo, se observan diferentes momentos donde las madres no son escuchadas, son regañadas, juzgadas, criticadas e invalidadas, y ellas junto con su familia son asustadas. Todas esas condiciones lejos de favorecer una experiencia positiva pueden provocar traumas el cuál a su vez puede tener otras repercusiones negativas en la salud mental de la madre y del bebé, tal como se ha evidenciado en otros estudios.

Este trabajo permite reconocer cómo la violencia también permea al acompañante profesional, la propia doula, al no ser reconocida su función dentro del sistema de salud y además del hecho de ser mujer, también son propensas a experimentar burlas de connotación sexual y de invalidación sobre su área de conocimiento o de especialidad.

Con las narrativas de la doula, se pudo dar cuenta que a pesar de que las madres hayan vivido experiencias desagradables por parte de algunos proveedores de salud, el poder tener a alguien a su lado, alguien que escucha, que apoya, que está sereno, que transmite confianza y que suaviza y traduce las palabras de quien es el proveedor de salud, puede hacer la diferencia de esa experiencia. Para poder confirmar esto de una manera más sólida, sería bueno que en futuros estudios se pudiera analizar a largo plazo o en retrospectiva qué

sucede con las madres que tuvieron algún tipo de acompañamiento mientras estaban en su trabajo de parto y qué narrativas pudieran contar quienes no tuvieron ese acompañamiento.

Se reconoce la necesidad de hacer más investigación sobre el propio trato que recibe el personal de salud, en qué condiciones laboran y mostrar que también ellos se pueden beneficiar del acompañamiento y al contar con mejores y más dignas condiciones laborales. En el actual sistema todas las personas han vivido y ejercido la violencia consciente o inconscientemente, por ello es tarea de todos reconocer, nombrar y mejorar las condiciones propias y de las madres para que las formas en que nacen los niños de las siguientes generaciones propicien el propio beneficio de la humanidad.

REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina. (2015). Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica. *Revista Acta Médica Costarricense*, 57(3), 143-144.
- Alvirde, O., y Rodríguez, G. (2009). Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. *Revista Archivos de Investigación Materno Infantil*, 1(2), 58-63.
- Arranz, M. (2020). Intervenciones enfermeras para reducir el miedo al parto. Estudio de revisión bibliográfica. *Revista Musas*, (6)1, 77-109. DOI: 10.1344/musas2021.
- Bergman, N., Moore, E. R., Anderson, G. C., y Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane data base of systematic Reviews*, (11).
- Blázquez, M. (2019). El poder de parir acompañadas: reflexiones antropológicas en torno al parto respetado en Córdoba. *Síntesis* 9, 30-48.
- Bodeant, M. (2014). Derechos sexuales y derechos reproductivos: el rol de la doula en el embarazo, parto y puerperio [Monografía de Grado, Universidad de la Republica] <https://cutt.ly/TwtAqx44>
- Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R., y Sixto, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1-12.
- Calveiro, P. (2015). Sobrepasar el miedo en Mandolessi, S., y Alonso, M. (Ed). *Estudios sobre la memoria: Perspectivas actuales* (pp.103-119). Editorial Universitaria Villa María.
- Cardús, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: una aproximación desde la antropología. *Revista Dilemata*, 7(18), 129-145.

- Camacho, A. L., y Pérez J. C. (2013). Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia postparto. *Revista Enfermería Universitaria* 10(1), 21-26.
- Campiglia, M. (2019). El parto como instancia de reescritura: Subjetividades femeninas. *Revista Pertinencia e innovación en el estudio de la cultura*, 32(90), 9-26.
- Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. *Revista el Cotidiano*, 191, 79-86.
- Campos, L., y Vázquez, M.L. (2021). El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. *Revista Colombiana de Enfermería*, 20(1), 1-13.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 24(3), 43-68.
- Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos, Segunda Época*, IV(1), 196-220.
- Chávez, S. (2021). Un flagelo silencioso en el mundo moderno. *La Violencia Obstétrica*. Recuperado de <https://cutt.ly/swtAq0fi>
- Contreras, K. A. (2018). Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 3(2), 52-70.
- Diario Oficial de la Federación (2015). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF 17-12-2015.
- Diario Oficial de la Federación (2017). Recomendación General No. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud. DOF: 30/08/2017.
- Diario Oficial de la Federación (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida: DOF 07/04/2016.
- Evertson, C.M., y Green J.L. (1989). La observación como indagación y método. En Wittrock, M.C. (ED), *La investigación de la enseñanza, II, Métodos cualitativos y observación*. Paidós.
- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Revista Dilemata*, 7(18), 113-128.
- Fernández, M., y Arroyo, F. (2016). Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *Revista Musas*, 2(1), 3-20.
- García, F. O. (2019). Relación costo beneficio de la salud de la madre en el parto normal frente a la cesárea en el hospital general IESS de milagro en el periodo 2016-2017. [Tesis de Maestría, Universidad Estatal de Milagro]. <https://cutt.ly/bwtAwolj>
- González, H., Miñarro, S., Palma, I., Jeppesen, J., Berenguer, M., y Verdú, J. (2021). Satisfacción percibida por las mujeres durante el parto en el Hospital

- Universitario Materno-Infantil de Canarias a través del Childbirth Experience Questionnaire CEQ-E. *Revista Enfermería Clínica*, (31)1, 21-30.
- Hernández, M. H. (2021). Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica. *Wímbu, Revista de Estudios de Psicología* 16(2), 93-118.
- Howard, L., y Khalifeh, H. (2020). Salud mental perinatal: una revisión de los avances y desafíos. *Revista World Psychiatry*, 18(3), 313-327.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres Recuperado de <https://cutt.ly/fwtAwRpB>
- Instituto de Información de Estadística y Geografía de Jalisco, IIEG. (2016). Principales Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 Recuperado de <https://cutt.ly/owtAwHhI>
- Jarrillo, A., Fernández, R., y Garrido, H. (2021). La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática. *Psicosomática y Psiquiatría*, (18), 25-35.
- Jiménez-Pacheco, M. (2021) Impacto psicológico de la violencia obstétrica una revisión bibliográfica [Trabajo de fin de grado, Universidad de Cadis] <http://hdl.handle.net/10498/25116>
- Jojoa, E., Cuchumbe, Y. D., Ledesma, J. B., Muñoz, M. C., Campo, A. M. P., y Suarez, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146.
- Llobera, R., Ferrer, V. A., y Álvarez, X.C. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones feministas*, 10(1), 167-184.
- Magnone, N. (2017). Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana* (27), 97-117. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>.
- Malacalza, L. (2017). Definiciones institucionales para el abordaje de la violencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires. *Revista Mora*, 23(1), 154-161.
- Martín, M. C. (2020). La construcción del empoderamiento femenino: visibilizando la violencia obstétrica. *Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero*, 16, 1-5.
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 79-83.
- Olza, I., Fernández, P., González, A., Herrero, F., Carmona, S., Gil, A., Amado, E., y Dip, M. E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Recuperado de <https://cutt.ly/wwtAw7TE>

- Orozco, A. I., y Rocha, T. E. (2021). Investigación Formas, prácticas y discursos en el fenómeno de la violencia obstétrica: una aproximación situada. *Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género GénEroos*, 28(30), 9-38.
- Pereira, C. J., Domínguez, A.L., y Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 81-90.
- Rodó-, M., Estivill, J. y Eizagirre, N. (2019). La configuración y las consecuencias del miedo en el espacio público desde la perspectiva de género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 167, 89-105. <https://www.jstor.org/stable/26897733>
- Rojas, L. (2016). El miedo como mecanismo de control social: hacia una filosofía de la seguridad. Recuperado de https://ciencia.lasalle.edu.co/filosofia_letras/67
- Rodríguez, J. (2020) Experiencias de maternidad acompañada por doulas [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica Argentina]. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10600>
- Rodríguez, G., Gil, J., y García E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe.
- Sadler, M., y Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72.
- Soto-Toussaint, L. H. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(S1), 55-60.
- Sadler M., y Rivera, M. (2015). Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales*, (6), 61-72.
- Sachse, M., y Calvo, O. (2013). Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto. Revisión de la evidencia. *Revista CONAMED* 18(1), 31-36.
- Terán, P., Castellanos, C., González, M., y Ramos, D., (2013). Violencia obstétrica percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180.
- Valdés, V., y Morlans, X. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(2), 108-112.
- Vallana V. V. (2019). "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, (17), 128-144.
- Vidal, A., Reyes, M.M., Fernández, Y., González, G., Acosta, T., y Yero, L. A. (2012). Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. *MediSur*, 10(1), 17-21.
- Vives, N. (2010). Parir en movimiento las movilidades de la pelvis en el parto. La liebre de marzo.

- Velosa, J., y Rojas, A. (2017). Relato de una mujer abusada: huellas en la construcción subjetiva, del lazo social. *Revista Ciudad Paz-ando*, 10(1), 82-92. doi: <https://doi.org/10.14483/2422278X.11288>
- Zúñiga, K. M., y Jiménez, A. (2019). El análisis de las violencias en contra de las mujeres: una aproximación a la teoría feminista. *Edähi Boletín Científico de Ciencias Sociales y Humanidades del ICSHu*, 14, 17-25.



Este trabajo está sujeto a una [licencia internacional Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)