

**Experiencias Emocionales de las Mujeres Gestantes en el Proceso de Parto en
Colombia**

Guarin Armenta Aura Estefania

Bello López Lizandra María

Proyecto de Grado Para Optar el Título de Psicólogas

Universidad Popular del Cesar

Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales

Programa de Psicología

Valledupar

2023

**Experiencias Emocionales de las Mujeres Gestantes en el Proceso de Parto en
Colombia**

Guarin Armenta Aura Estefania

Bello López Lizandra María

Tutora

Dra. Aixa Enic Baleta Palomino

Proyecto de Grado Para Optar el Título de Psicólogas

Universidad Popular del Cesar

Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales

Programa de Psicología

Valledupar

2023

Dedicatoria

Dedico este logro primeramente a Dios, porque sin él nada de esto fuera posible, por darme la oportunidad de poder culminar la carrera y por los obstáculos que me ayudó a superar. A mis madres y a mi papá que constantemente estuvieron motivándome y acompañándome en mi proceso estudiantil y por sus esfuerzos que me permitieron salir adelante. A mi abuela que fue fundamental en mi formación profesional, cada una de sus oraciones me ayudaron hacer realidad este sueño, aunque ya no está conmigo sé que desde el cielo estará feliz y orgullosa. Por último, a los compañeros por sus aportes, en especial a Aura Guarín que fue mi matrimonio hasta el final y un excelente complemento durante las situaciones buenas y malas.

María Lizandra Bello López.

Este logro especialmente se lo quiero dedicar a mi papá por haberme enseñado que puedo hacer mis sueños realidad con esfuerzo, trabajo, dedicación y constancia. A mi abuela Aura, quien desde mis primeros años con paciencia y esmero me alistaba y acompañaba para ir a la escuela. A mi mamá, por alentarme y apoyarme en todo momento. A Licho, quien estuvo en las buenas y malas, quien fue mi compañera de clases, y, ahora es mi colega y hermana. Por último, quiero dedicar este logro a mi familia, amigos y compañeros, quienes estuvieron presentes en el proceso y quienes siempre me alentaron a culminarlo, persistir y nunca rendirme.

Aura Estefanía Guarín Armenta.

Agradecimiento

Quiero agradecer a Dios por este logro, por dotarme de conocimientos y experiencias, por permitirme afrontar cada tropiezo y salir adelante. A mis madres y a mi papá, que confiaron en mí, fueron mi mayor motivación, esto también es de ellos. A mi abuela que está en el cielo, agradezco el tiempo que estuvo durante mi carrera ayudándome con sus oraciones, sé que aún sigue intercediendo por mí desde allá arriba. A mis compañeros por los aportes y el apoyo que recibí de ellos. Por último, agradezco a la universidad popular por darme la oportunidad de hacer parte del programa de psicología, a los docentes que con sus buenas metodologías me llenaron de saberes, por ser una inspiración y ejemplo a seguir, así mismo, le doy las gracias a la profesora Aixa Baleta por ayudarnos a culminar esta monografía.

María Lizandra Bello López.

Primeramente, quiero agradecerle a Dios por las bendiciones y oportunidades que ha puesto en mi camino. A mi papa quien siempre me ha acompañado y apoyado durante toda esta etapa llamada “Universidad”. A mis compañeros de clase con quienes siempre me reí e hicieron de esta una experiencia inolvidable. A los profesores que formaron parte del proceso y que con cada una de sus enseñanzas hicieron de mí la profesional que soy hoy. A mi asesora de monografía por el tiempo, dedicación y orientación brindaba para que entregáramos el mejor resultado. Y, finalmente, a la Universidad por acogernos y hacer de sus instalaciones un hogar para nosotras.

Aura Estefanía Guarín Armenta.

Contenido

Introducción	6
Antecedentes.....	10
Desarrollo Temático	27
Embarazo	27
Historia del Parto.....	28
Proceso de parto.....	29
<i>Parto</i>	<i>30</i>
<i>Trabajo de Parto</i>	<i>31</i>
El Parto y su Relación con la Salud Mental	32
Violencia Obstétrica	34
<i>Violencia Simbólica.....</i>	<i>35</i>
<i>Violencia Institucional</i>	<i>35</i>
<i>Violencia Física</i>	<i>35</i>
<i>Violencia Psicológica.....</i>	<i>36</i>
Marco Legal	37
Ley 1616 de 2013 - Ley de Salud Mental.....	37
Ley 2244 de 2022 - Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado	37
Ley 1257 de 2008 – Ley por la cual se Dictan Normas de Sensibilización, Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación Contra las Mujeres	42
Ley 1090 de 2006.....	42
Conclusiones.....	43
Referencias	51

Introducción

La investigación tiene como objeto de análisis la experiencia emocional de las mujeres gestantes en el proceso de parto. El presente estudio es una monografía, la cual consiste en una revisión documental sobre la unidad temática seleccionada a partir de los materiales disponibles, como monografías e investigaciones aplicadas. Se realizó desde la línea de psicología clínica, y se ha escogido la opción de monografía, debido a que su amplitud permite profundizar en las experiencias de las mujeres gestantes desde diferentes contextos, favoreciendo la realización de una búsqueda más profunda para el análisis de la experiencia de las mujeres gestantes desde cada sector que se pretende estudiar (institucional y no institucional), y así poder llegar a conclusiones al respecto.

Durante el año 2020 el colectivo de parteras de América, Matria Guardianas del Parto, aplicaron un cuestionario sobre violencia obstétrica en Latinoamérica. La encuesta fue respondida por más de cinco mil mujeres de veinte países de América Latina, entre ellas 411 participantes son de origen colombiano. Los hallazgos de esta encuesta son reveladores y sorprendentes, pues se trata de la primera encuesta a nivel Latino América sobre violencia obstétrica. En los resultados se observa que 6 de cada 10 mujeres se sintieron humilladas, ofendidas e incómodas durante atención ginecológica o prenatal (Ordoñez, 2022).

En relación a la pregunta sobre la dificultad de preguntar o expresar algún miedo o dudas, el 56% de las mujeres contestaron que sí les fue difícil o imposible. Además, un 38% de ellas recibió coerción, insultos y amenazas por parte del personal de salud y un 49% de las mujeres fueron infantilizadas y emplearon con ellas el uso de sobrenombres o diminutivos, lo cual resultaba desagradable. Al 54,6% de las mujeres les negaron la ingesta de bebidas y alimentos durante el parto, la cesárea o la práctica de aborto. El 50.7% de las mujeres percibió que se modificó el curso natural del parto por conveniencia y acomodo del

personal que les atendía. El 40% de las mujeres manifestó que les practicaron uno o varios procedimientos y maniobras sin haber otorgado el consentimiento o haber recibido explicación acerca de la necesidad de estos y al 46% de las mujeres les realizaron episiotomía sin información previa (Ordoñez, 2022).

En relación al acompañamiento durante el parto natural, la cesárea o el aborto, se encontró que al 41.7% de las mujeres les fue negado este derecho. Además de lo anterior, el 47.7% de las mujeres señalaron que la experiencia de atención en el parto las hizo sentir vulnerables, culpables o inseguras. El 52% manifestó que emergieron afectaciones psicológicas y emocionales tras el parto, cesárea o aborto. Finalmente, el 51.6% de las mujeres tuvo un parto por cesárea (Ordoñez, 2022).

Estas cifras dan cuenta de la gran problemática que gira en torno a las mujeres gestantes y su proceso de parto. Situación que es un tema de salud pública dado que está afectando a una gran población y se requiere la atención de distintos actores para su debida disolución.

Cabe destacar que, en Colombia hoy en día la atención durante el trabajo de parto, parto y posparto ha tenido avances importantes en torno a la humanización del cuidado y la atención con calidad, pero los estudios evidencian y se observa frecuentemente que todavía existen falencias en cuanto a equidad en la atención, debido a que las instituciones privadas cuentan con todo los recursos financieros, físicos y talento humano para fortalecer el cuidado y brindar una atención materno infantil más especializada. Un ejemplo de ello son las salas de trabajo de parto, parto y recuperación (TPR), en las cuales se les brinda la posibilidad a las mujeres de ser atendidas bajo la comodidad de una habitación, que cuenta con todos los recursos técnicos científicos para la atención del parto y el cuidado en el

posparto, recursos con los que no cuentan muchas de las entidades estatales (Gavilán & Vélez, 2009).

De acuerdo a las diferentes investigaciones no experimentales que sustentan esta investigación, se logra evidenciar que muchas mujeres durante la gestación y el proceso de parto viven distintas situaciones que impactan su mundo emocional de forma negativa. Pese al tiempo transcurrido desde el momento de parir hasta la actualidad, se observa que son experiencias que atravesaron a la mujer y han dejado memorias de dolor en su vida.

En este sentido, es importante tener presente que la mujer gestante atraviesa por un momento vital y de gran importancia donde experimenta múltiples cambios en su dimensión emocional, física, psicológica y social, es una etapa donde se ve transformada la relación de pareja, el ámbito laboral y/o académica, si la hay. Durante este período la mujer requiere apoyo y un acompañamiento idóneo de acuerdo a sus necesidades que le ayude a afrontar los cambios que van surgiendo de la mejor manera posible, de modo que pueda vivir su embarazo y el ser madre en total plenitud.

Dentro de este camino que transita la mujer, una vivencia trascendental es el proceso de parto, dado a que la mujer se encuentra viviendo un momento de gran dolor físico, apertura y quebrantamiento a todo nivel (no sólo físico), intentando confiar en sí misma y el personal que la atiende, sacando el coraje necesario para que el nacimiento se dé. Es un momento muy esperado, pero a la vez temido por la incertidumbre de si todo saldrá bien.

Durante este período la mujer se encuentra sumergida en sus sensaciones, en todo lo que está ocurriendo en su mundo interno. Por tales motivos, es fundamental un acompañamiento cálido que brinde contención emocional en todo momento. Aprender a ponerse en el lugar de la mujer que está en proceso de parto y brindarle un trato digno,

respetuoso, no atentando contra su cuerpo y libertad, una atención amorosa para ese momento de su vida es crucial, lo que dejaría un impacto positivo y placentero.

La investigación tiene como objetivo analizar las experiencias emocionales de las mujeres gestante en el proceso de parto en Colombia, mediante la indagación de la experiencia de las mujeres gestantes durante el proceso de parto desde el contexto institucional, la exploración de las vivencias de la mujer gestante en el proceso de parto desde el contexto no institucional y el reconocimiento del impacto emocional del proceso de parto vivido desde el sector institucional y no institucional.

Debido a las investigaciones recabadas se realiza un análisis general de la experiencia de las mujeres gestantes en el proceso de parto, lo que a nivel social aporta a la visibilización de cómo las mujeres viven el proceso de parto desde diferentes espacios, brindando la posibilidad de conocer las principales problemáticas que atraviesa la mujer y el impacto emocional que surge a partir de estas experiencias.

En este sentido, el estudio tiene una incidencia a nivel teórico dado que se abre camino para pensar en acciones que posibiliten el diseño de programas para la sensibilización ante el parto y avanzar en la humanización de la atención clínica, donde el asistir un parto deje de ser visto como algo rutinario, y se le otorgue la relevancia que merece por ser un momento existencial que atraviesa la vida de mujer y deja una impronta en la bienvenida al mundo que se le da al bebé que acaba de nacer.

Para finalizar, el documento se encuentra estructurado en tres apartados. El primero, contiene la introducción, una aproximación al tema, el problema y objetivos. El segundo, contiene el desarrollo temático y el marco legal. Por último, en el tercero se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones.

Antecedentes

A partir de una revisión bibliográfica muy minuciosa se pudo evidenciar una gama de diferentes investigaciones en torno a las mujeres gestantes y su proceso de parto donde se describe cómo viven la experiencia del parto y las emociones que acontecen. Para la monografía se seleccionaron las investigaciones más recientes y se incluyen algunas que superan los últimos cinco años, debido a su pertinencia en la temática y el aporte significativo que éstas generan para dar respuesta a los objetivos planteados. La mayoría de los estudios realizados son de naturaleza cualitativa, minoritariamente mixtos y hasta la actualidad no se evidencian monografías al respecto.

La consulta del material científico se realizó a través de diferentes plataformas, bibliotecas virtuales y la consulta de revistas científicas, tales como Google Académico, Google, E-libro, La Referencia, ProQuest, ScienceDirect, E-book Central, Redalyc y Scielo, entre otros. Para efectos de la búsqueda de los antecedentes se emplearon los términos y frases clave “proceso de parto mujeres gestantes”, “mujeres gestantes y el parto”, “impacto emocional del parto”, “salud mental y experiencias de parto”, “parto en casa”, “parto hospitalario”, entre otras.

La investigación más reciente es la de Atayde (2023), quien desarrolló un estudio en Morelos - México con la finalidad de analizar las relaciones emocionales producidas entre las parteras y las mujeres, a quienes acompañan durante la gestación, parto y puerperio. Para efectos del estudio siguió la metodología cualitativa de investigación empleando la técnica de entrevista en profundidad para recoger los relatos de las parteras, embarazadas y puérperas.

En los resultados se observa que las mujeres realizan distintos procesos de conciencia corporal, de tal manera que se pueda experimentar y descifrar el cuerpo en el

momento del parto. La mayoría de ellas son sesiones de yoga, pilates y danza, entre otras actividades que las han acercado con una vinculación corporal propia. Para las mujeres que se atendieron con parteras fue significativo el acompañamiento, dado a que a partir de la vivencia en el posparto descubrieron una nueva apreciación y relación con su cuerpo, como con mayor aceptación y conexión con lo femenino (Atayde, 2023).

Varias de las parteras entrevistadas refirieron su propio parto como un elemento que las motivó y despertó el interés en formarse como parteras. Ellas consideran que es muy importante que no se naturalice el sufrimiento de las mujeres en el parto, sino que se les apoye con la implementación de estrategias para el manejo del cuerpo, de las emociones y sensaciones que propician un mejor parto y una experiencia más placentera. El saber empírico de las parteras las ha llevado a desarrollar diferentes prácticas que propician condiciones de comodidad y armonía, en tanto a que ellas consideran que estos son factores que favorecen de forma significativa las circunstancias y resultados en el transcurso del embarazo y del parto (Atayde, 2023).

A partir de los relatos se logra evidenciar que la partería es una praxis que promueve la relación de las mujeres con sus propios cuerpos y experiencias de parto, primando las experiencias positivas de autoconciencia corporal y trabajo emocional. En su rol, las partes despliegan un acompañamiento emocional que influye de manera positiva en la experiencia de las mujeres que paren, favoreciendo el proceso de embarazo y el trabajo de parto. La investigadora concluye resaltando que la práctica de las parteras puede resultar en la mejora de la salud materno infantil, si se les apoya mediante la formulación y aplicación de políticas públicas (Atayde, 2023).

Espinosa & Álvarez (2022) desarrollaron un estudio en Bucaramanga – Colombia con el objetivo de caracterizar la violencia obstétrica percibida por mujeres con una

experiencia reciente de parto o cesárea de emergencia, a partir de los acontecimientos que vivenciaron durante su atención. El presente trabajo es realizado desde una metodología mixta de corte transversal, la muestra para el análisis cuantitativo estuvo compuesto por 133 mujeres y para la muestra cualitativa se seleccionaron 13 mujeres de las 133 participantes. Para la recolección de datos se empleó entrevista semiestructurada y encuestas para explorar los datos sociodemográficos y los dominios de la violencia obstétrica.

En los resultados se observa que el 61.5% de las madres tuvo parto vaginal y el 100% evidenció violencia obstétrica. Entre los dominios de violencia obstétrica (VO) más destacados se encuentra la carencia en la comunicación y relación entre el personal sanitario - paciente identificado en el 98,5% de los casos; la falta de ingesta de alimentos y la imposibilidad de adoptar una posición cómoda al momento del parto fueron puntos relevantes. En el dominio restricciones al sistema de salud se detectó el 95,5%; siendo relevante la imposibilidad de estar acompañadas durante el proceso de parto y la escasa privacidad para realizar exámenes físicos. El dominio incumplimiento de las normas profesionales médicas se detectó en el 75,2% de los casos; predominando la falta de control al dolor (Espinosa & Álvarez, 2022).

El análisis de datos cualitativo arrojó cuatro categorías de VO, tales como violencia institucional dada por la falta de intimidad y escaso acompañamiento a causa de las limitaciones de las instalaciones físicas. Interacción entre el personal de salud y la mujer en el trabajo de parto; viéndose limitaciones para el manejo del dolor, realización de procedimientos médicos indebidos (Kristeller) y afectación del vínculo madre/hijo por el poco tiempo de permanencia con el recién nacido. Experimentaron abuso verbal, estigma y discriminación por cuestiones relacionadas con el ejercicio de la sexualidad: “para eso Dios

les dio hijos”, “para que se puso a abrir las piernas”, entre otras expresiones. Las mujeres describen la experiencia de parto en una institución de salud como una experiencia dolorosa y solitaria (Espinosa & Álvarez, 2022).

Quattrocchi (2022) llevo a cabo una investigación en España con el objetivo de explorar la experiencia y visión de mujeres españolas e italianas que eligieron el parto en casa y de las matronas que la atienden. El estudio tuvo una metodología cualitativa, en el participaron 71 informantes (43 en Italia y 25 en España), entre ellos matronas y mujeres que han dado a luz en su casa. La información fue recabada a partir de entrevistas a profundidad y grupos focales.

A partir del análisis se evidencia que aspectos como la cercanía con la matrona hacen que se sienta segura la mujer al momento de parir. Las mujeres y las matronas concuerdan que lo protocolos hospitalarios no permiten que se respete el proceso y necesidades de cada mujer; mientras que el parto en casa al no haber prisa, el bebé y la mujer puede tomarse su tiempo a partir del proceso natural, respetando la fisiología, confiando en la capacidad de la mujer para parir e ir acompañando de acuerdo a su evolución y necesidades puntuales. Se observa un rechazo por parte de las mujeres hacia la atención en hospitales dado a su enfoque altamente medicalizado e interventor (Quattrocchi, 2022).

“Sabía que, si iba al hospital, algo me van a poner, un gotero, lo mínimo una episiotomía me van a hacer... y a veces tienen unos tiempos, tienen unas cosas que si tú no cumples intervienen... y yo quería evitarlo” (mujer española, madre de un hijo nacido en casa) (Quattrocchi, 2022).

Las mujeres se sentían muy empoderadas, protagonistas de ese momento excepcional y capaces de llevar a cabo el proceso con éxito, experimentando la sensación

de “no necesitar a nadie”. Aunque tuvieran que ser trasladadas al hospital hubo una plena confianza hacia la matrona que acompañaba, confiando en que ella sería capaz de gestionar lo que fuera posible y velaría por ellas. Cabe destacar que todas las mujeres entrevistadas excluyen el hospital como un ambiente propicio para “dejarse ir”, siendo más bien un ambiente que la inhibe (Quattrocchi, 2022).

“El hospital ya se caracteriza también por el olor. Tan pronto como entras, con las dinámicas típicas del hospital, puede ser que estén allí conmigo otras 5, 10, 12, 3 mujeres, no importa, la gente que tiene que dar a luz de todos modos. Así que hay tiempos, un espacio limitado, alguien que me dice: ‘Usted póngase aquí, usted póngase allí.’ No parece compatible con lo que es la experiencia de parto.” (Anna, mujer italiana, mamá de dos hijos nacidos en casa) (Quattrocchi, 2022).

Lagrava (2022) llevó a cabo una investigación en Pamplona – Colombia con la finalidad de conocer la atención al embarazo y parto hospitalario. Tal estudio es de naturaleza cualitativa y para la recolección de la información se emplearon entrevistas en profundidad semiestructuradas a tres madres primerizas atendidas en el Hospital Universitario de Navarra, una matrona que trabaja en el hospital y una doula que ejerce su actividad profesional en el sitio.

En los resultados se observa que, dado a que las mujeres dieron a luz en marzo y septiembre del 2021, hubo repercusiones negativas a casusa del Covid – 19 en la atención recibida. La atención fue de manera telefónica y si tenían alguna duda puntual la despejaban, pero no fue así en todas las situaciones. Las mujeres se encontraron con la privación de la compañía durante las revisiones gestacionales, viéndose desplazados sus parejas con quienes ellas deseaban compartir ese momento importante. No obstante,

manifiestan que se les permitía a sus parejas ingresar un corto e insuficiente tiempo para que vieran la ecografía (Lagrava, 2022).

Las madres manifiestan que, la atención fue buena, pero consideran que fue escasa y descuidada. Manifestando que hay carencia de información y ausencia empoderamiento para enfrentar el parto, algunas mujeres recibieron intervenciones desconocidas en un momento donde experimentaban mucho dolor y no recibieron información que consideraban valiosa sobre las opciones de parto hospitalario (Lagrava, 2022).

Rodríguez (2022) llevo a cabo un estudio en Chile con el objetivo de conocer las narrativas que las mujeres le otorgan al escenario de parto en domicilio. Tal investigación es cualitativa con enfoque fenomenológico, en el participaron 30 mujeres que tuvieron parto en domicilio, a quienes se les realizó entrevista semiestructurada empleando elementos de la técnica de mapeo corporal. A partir del análisis de los datos se devela la gran conexión entre el cuerpo de la mujer y el lugar comfortable que se preparó para el nacimiento, lo que abrió el camino para fluir y conectar con lo mamífero. Bridando la sensación en la mujer de poder por la capacidad de elección. Parir en casa fue un momento placentero que pudieron vivir a solas y sin prisas como fue pensado.

Las mujeres optan por parir en el domicilio para prevenir situaciones de violencia obstétrica en un entorno institucional. Dicha opción de parto en casa posibilitó la manifestación de distintas expresiones fisiológicas, gestos, gemidos, sonidos y excitaciones que eran desconocidos por las mujeres y que les permitió tener una experiencia de trance muy profunda. Las mujeres después de haber tenido esta experiencia recomiendan mucho contemplar la posibilidad de vivir así el nacimiento (Rodríguez, 2022).

“Yo hacía unos ruidos raros y estaba como en un trance, un trance lindo exquisito, así una sensación muy rica, mucho calor, recuerdo que transpiraba mucho, se me caían los mocos” (P3, cita 31) (Rodríguez, 2022).

El rol de la matrona o matróon es muy significativo dado a que orientan los espacios y sugieren los insumos que se van a requerir durante el parto. Sin embargo, pese a estar un entorno preparado para el parto, resulta que hay cambio de planes y transformaciones. La mujer elegía donde parir de acuerdo a sus sensaciones y dónde se sintiera más comfortable en ese momento, del mismo modo cambiar elementos como la música, el calor, etc. Lo que favorece la adopción del nido dado a la no imposición, ayudando a conectar con esa parte mamífera dejando que el cerebro primitivo actúe, tal cual como un animal busca el nido o espacio más caliente para parir. Lo más relevante para algunas mujeres no termina siendo el lugar, si no el acompañamiento, el dulce trato, el respeto por sus derechos y decisiones las hace sentir que vivieron un parto respetado y digno (Rodríguez, 2022).

Costa (2020) desarrolló una investigación en Cataluña - España con la finalidad de dar voz a las mujeres y ver como prospera la decisión de parir en casa en contexto de pandemia por coronavirus a partir de la experiencia de una pareja que concibe su primer hijo. La investigación es cualitativa con enfoque etnográfico, para la recolección de información se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada a profundidad a una mujer que eligió parir en su casa.

Cuando la participante estaba cursando la semana 39 de embarazo ya tenía todo preparado, había seleccionado al hospital que contara con las condiciones más adecuadas y aspectos que favorecieran el parto de manera natural en todo su esplendor, sin prisas y tal cual como ella sentía que estaría cómoda y segura. Sin embargo, posteriormente hubo cambios de planes dado a que la alarma por Covid – 19 empezó a surgir y esto le generó la

sensación de que un ambiente hospitalario no sería el más adecuado, por lo cual contactó a una Asociación de Matronas para acordar una visita y la respuesta fue favorable (Costa, 2020).

A través de los resultados se logra observar que la experiencia de estar acompañadas por las comadronas brindó seguridad a la mujer ante su capacidad de parir, le ayudaron mucho a encontrar coraje y confiar en la sabiduría de su cuerpo y el bebé. El parto se vio favorecido por los distintos ejercicios que desarrollaron con el uso de la pelota, el taburete, el sumergirse en la piscina, el sostén físico de las matronas y el acompañamiento emocional que ayudó a soltar los miedos y las incertidumbres (Costa, 2020).

De forma conjunta, comadrona y la mujer, encontraron la forma de parir más cómoda posible para la madre y ésta pudo parir estirada en la cama en posición decúbito lateral apoyando una de sus piernas en una de las comadronas. La mujer expresa que la experiencia fue muy cálida con mucho feeling (conexión) y apoyo en todos los sentidos, logrando tener un parto con las condiciones físicas y de calma que ella había querido de manera inicial (Costa, 2020).

Vallana (2019) desarrolló una investigación en Bogotá con el objetivo de analizar algunas formas de maltrato y violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención del embarazo y parto desde una perspectiva feminista. El estudio es cualitativo y se estudian las historias de embarazo y parto de seis mujeres que parieron sus hijos/as en instituciones hospitalarias, de carácter público y privado, así como la autoetnografía de la historia personal de la autora en sus dos embarazos y partos, para analizar las maneras en las que las mujeres describen y qué sentido otorgan a sus experiencias de violencia obstétrica durante la atención de su parto. En el artículo, se

muestran las diversas manifestaciones de violencia en la que se expresa la violencia obstétrica, como verbal, institucional, psicológica, física, y simbólica.

En los resultados se observa que las mujeres vivieron violencia obstétrica a nivel físico, psicológico, institucional, verbal y simbólico. Se observa que las intervenciones médicas protocolarias se dan a conocer desde el embarazo, ya sea en las consultas médicas o en los cursos psicoprofilácticos, naturalizándolas y haciéndolas parecer intervenciones necesarias y, sobre todo, obligatorias. La imposición autoritaria por parte del personal y sin capacidad de réplica o solicitud de explicación de las intervenciones son ejemplo de esa apropiación de la experiencia del parto, así como de la anulación de los deseos y decisiones de las mujeres a la hora de decidir el tipo de atención e intervenciones que consienten en su parto (Vallana, 2019). Lo que se ve reflejado en los siguientes fragmentos de entrevistas:

“A mí no me preguntaron: “te podemos hacer” nada, la hicieron y ya. De hecho, hasta después me enteré porque sentí como que me estaban, pues dormida y todo, pero sentí que estaban cosiéndome. O sea, no me dijeron si se podía, no se podía.... De hecho, me enteré después porque tenía la herida y los puntos, pero yo no sabía que le hacían a uno eso, nadie me lo dijo” (Relato de María) (Vallana, 2019).

“Entonces otra señora preguntó: “pero esa episiotomía solamente se hace si es necesario, ¿cierto?” Y la enfermera le contestó en tono como de burla: “no mamá, todas acá van a salir con episiotomía, de eso ninguna se salva, a menos de que le toque una cesárea, en ese caso los cuidados de la herida quirúrgica son los mismos” (Relato de Paloma) (Vallana, 2019).

Existen elementos simbólicos que facilitan el ejercicio de la violencia institucional, como el ser atendidas con las mismas indumentarias y nominadas todas bajo el apelativo de “mamá”, “madre”, “mamita”, “gorda”, “gordita”. Tal homogenización simbólica facilita la

repetición de protocolos institucionales y universaliza el tipo de atención requerida, sin atender a la particularidad de cada caso. También se pone de manifiesto el comportamiento que el personal de la salud espera de las pacientes, “que soporten el dolor”, “que colaboren” y dejen trabajar al personal de la salud; de lo contrario, la paciente será tildada de “paciente difícil”, posición que autoriza a los profesionales a brindar un trato diferencial, prevenido y poco empático (Vallana, 2019).

“Como el señor me estaba haciendo daño, entonces yo me tensioné. Entonces el señor dijo que me tenía que relajar. Yo intentaba relajarme, pero el señor me volvía a hacer daño, entonces al final el señor se puso pues grosero conmigo y me empezó a decir que me relajara que no le estaba dejando hacer su trabajo. Entonces yo le dije: “que usted me está haciendo daño” y el señor volvió a meter los dedos con fuerza, volvió a hacerme daño y bueno la cosa terminó en que yo terminé callada llorando porque el tipo fue bastante miserable” (Relato de Virginia) (Vallana, 2019).

Gómez (2019) llevo a cabo un estudio en Boyacá con el objetivo principal de caracterizar y analizar el acceso a servicios de salud de mujeres gestantes y su experiencia con la maternidad. Tal estudio es de naturaleza cualitativa y se emplea el método etnográfico centrado en la experiencia de 12 madres campesinas (cuyos hijos tenían entre 2 y 15 meses) habitantes del páramo de Ocetá, dos funcionarias del puesto de salud y una doctora. Para la recolección de información se emplearon varias técnicas como observación participante, grupos focales, entrevistas semiestructuradas y abiertas.

A partir de los resultados se devela que la experiencia clínica de estas mujeres en el encuentro con el personal asistencial, hay una profunda estigmatización de una gran parte del personal sanitario hacia estas mujeres. Se tiene un ideal de mujer campesina, con poca educación y sin independencia, por lo que omiten información acerca de los procesos y se

ven cambios en los itinerarios de atención. Se evidencia que las mujeres vivieron situaciones nombradas por ellas mismas como “incómodas”, “abusivas” y que causaron estrés al momento del parto (Gómez, 2019).

Las mujeres manifiestan que no recibieron información dentro de los controles acerca de los procedimientos médicos típicos o propios de un parto, complicaciones, el uso o no de la anestesia con sus beneficios y desventajas, distintas opciones que tienen frente al parto, la posibilidad de episiotomía y en que consiste este procedimiento, las posibles posiciones para parir y la alternativa de acompañante durante el parto. Al ser un hospital universitario contaron con la presencia de muchas personas, pero no se les informó previamente del por qué sobre esto y solicitar su consentimiento (Gómez, 2019).

Las madres no tuvieron información por parte del personal de salud sobre sus opciones para el parto y decisiones sobre su propio cuerpo. De acuerdo a su tradición se pare en cuclillas, pero ellas parieron recostadas. Las maternas parieron de forma natural, sin anestesia y sin esperar los 10 cm aproximados de dilatación natural lo que conllevó a la realización de episiotomía tras una dilatación de tan sólo 5-6 cm. Después del parto e interrogar acerca del motivo de la episiotomía obtuvieron respuestas de haberlo hecho por rutina para evitar desgarros naturales y con esta omisión de consulta fueron privadas de la libertad de elegir sobre su cuerpo (Gómez, 2019).

García (2018) llevo a cabo un estudio en España con el objetivo de hacer visible la violencia obstétrica como una forma extrema de violencia de género. En el estudio participaron 37 madres que padecieron violencia obstétrica y 15 profesionales (ginecólogos y matronas) que han podido ser agentes u observadores de dicha violencia. Las madres residentes en diferentes ciudades: 21 de la comunidad Madrid, 4 Catalunya, 3 Extremadura, 2 Andalucía, 2 Galicia, 2 Aragón, 2 Comunidad Valenciana, 1 Islas Canarias y 1 País

Vasco. En cuanto a los profesionales según su lugar de residencia: 6 de la comunidad de Madrid, 2 Islas Canarias, 1 Asturias, 1 Castilla - La Mancha, 1 Catalunya, 1 comunidad Valenciana, 1 Extremadura, 1 Galicia y 1 Islas Baleares.

Algunas mujeres eligieron hospitales donde se acompañe el parto de forma respetuosa, dado a que algunas mujeres habían tenido experiencias previas negativas y otras participantes habían padecido abuso sexual en su infancia, lo que las llevaba a sentirse expuestas y experimentar pánico al pensar en la fase de dilatación, ser tocada de forma repetitiva y observada por distintas personas que sólo hacían revivir su experiencia traumática. Fue percibida falta de intimidad en un momento tan importante y de exposición de las zonas íntimas, lo cual no era explicado de forma empática por los profesionales, sino como si fuese algo que deben aguantar (García, 2018).

“Una vez con la ventana abierta, y yo: ¿puedes cerrar la ventana?, <mujer, si no te ve nadie>, yo los estoy viendo a ellos ¿por qué ellos no van a verme a mí?” (García, 2018).

Al final del embarazo, muchas mujeres relatan que se les realizó la maniobra de Hamilton aprovechando un tacto vaginal, esta práctica consiste en despegar con los dedos las membranas amnióticas de las paredes del útero. Esta maniobra es para adelantar el parto y es supremamente dolorosa, dicha acción fue realizada sin el consentimiento previo de las embarazadas generando un gran malestar en ellas. Durante las consultas del embarazo muchas se encuentran ignoradas y maltratadas en las consultas, tal como fue el caso de una mujer que tras recibir el diagnóstico de VIH se sintió sumamente maltratada, y el caso de otra mujer que recibió consejos nutricionales contrarios a la evidencia científica al ser ella vegetariana. Muchas madres señalan que las clases de preparación para el parto eran como “aleccionamiento”, en vez de ser un espacio donde se enseñe cosas que realmente sirvan (García, 2018).

Muñoz (2018) desarrollo una investigación en Concepción – Chile con el objetivo de explorar las vivencias de mujeres que optaron por un parto personalizado en casa o en clínicas privadas. La metodología empleada es cualitativa aplicando la teoría fundamentada, en el proceso investigativo participaron 12 mujeres y la recolección de la información fue mediante entrevistas semiestructuradas.

Dentro de los hallazgos se evidencia que algunas mujeres optan por elegir la opción de parir en casa por miedo a repetir lo experimentado en experiencias pasadas donde fueron infantilizadas, apuradas, privadas de compañía, ridiculizadas y donde no se respetaba el ritmo fisiológico del parto. Otras mujeres optan por parir en casa por conocimiento asociado a los beneficios del parto personalizado, resaltando el parto como un proceso natural del cual las mujeres son capaces de afrontar (sin descartar la posibilidad de ir al hospital en caso que fuera necesario). En la opción de parto se logra observar una gran influencia de la madre, la hermana y la formación académica al momento de decidir (Muñoz, 2018).

Durante el proceso de preparación para el parto se mantuvieron activas y realizaron yoga prenatal, movimientos de caderas con el balón de pilates, lectura, ejercicios de Kegel, acudir a talleres de información sobre el parto realizado por una Doula, rezar mucho, danza del vientre y activación de redes con otras mujeres que son madres o gestantes. Sólo muy pocas tuvieron poca o nada de preparación, pero refieren haberse mantenido activas durante la gestación (Muñoz, 2018).

Con respecto a la experiencia de parto, gran parte de las mujeres habían vivido la fase inicial de trabajo de parto en casa, en compañía de una persona significativa, principalmente la pareja. El personal médico y la matrona tuvieron un rol muy importante en la experiencia de parto, durante el parto no tuvieron intervenciones innecesarias, excepto

la aplicación de anestesia, tres intervenciones de episiotomía y en un caso inducción al parto por oxitocina. Para el manejo del dolor usaron métodos naturales como el balón, baños de tina caliente, flores de Bach, masajes, constante movimiento, aromaterapia y al momento del nacimiento no se separaron de su bebé (Muñoz, 2018).

El recordar las experiencias positivas durante el parto genera en la mujer emociones de satisfacción y empoderamiento. En relación a las experiencias de parto en casa vs hospital, las mujeres expresan que el parto en casa es lo más natural, no hay cuestionamientos y plena satisfacción, están en su ambiente con sus seres queridos y para ellas es un entorno más seguro para parir que un ambiente hospitalario, pero conscientes de que no todas las mujeres pueden optar por un parto en casa. El parto personalizado valora el protagonismo de la mujer, la presencia de personas significativas, las relaciones con los profesionales y la mínima aplicación de intervenciones (Muñoz, 2018).

“Esa matrona va a estar en mi corazón para toda la vida, y yo creo que eso es algo que quizás se les olvida, tú podis hacer una diferencia de vida o muerte en la vida de una mujer en un parto. Tu podis hacer que para esa persona sea el peor recuerdo de su vida o que sea lo mejor que le pueda haber pasado” (multípara, 34 años) (Muñoz, 2018).

“Nos trataron súper bien a mí y mi esposo, le iban explicando las cosas a él y nunca me sentí sola, abandona, al contrario, y lo otro que agradezco es el equipo médico que elegí, hizo todo lo que yo quería en el fondo, lo que yo pensé de mi parto, así funcionó” (primípara, 32 años) (Muñoz, 2018).

Biurrun (2017) desarrollo una investigación en Cataluña – España con el objetivo de conocer la experiencia de las mujeres para profundizar en lo que significa para ellas la atención humanizada y satisfactoria del parto. El presente estudio es cualitativo enmarcado dentro del marco interpretativo fenomenológico interpretativo donde se entrevistaron a 21

mujeres con una gestación de bajo y medio riesgo que fueron atendidas en hospitales públicos y privados.

A partir de los resultados se logra evidenciar que por aspectos estructurales las madres viven falta de intimidad por las instalaciones físicas y esto les hace sentir inseguridad, dado a que la habitación de dilatación suele ser compartida e impide expresar el dolor por vergüenza. Del mismo modo, cuando hay saturación asistencial y no hay habitación disponible ocurre que les toca estar en el pasillo con el camión del hospital y genera la sensación de estar desnuda, viéndose valorada por muchas mujeres la experiencia de cuidado como negativa (Biurrun, 2017).

“Al estar en el pasillo no hay intimidad, porque estábamos tres madres ahí, y estaba cada una con su pareja y yo estaba casi desnuda, sin bata y se me veía todo el culo, o sea de intimidad no había nada ahí” (mujer 21) (Biurrun, 2017).

De forma general la mujer tiene una buena experiencia por el buen hacer y el buen el trato recibido por parte de los profesionales. Aunque las mujeres expresaron que los profesionales no siempre se presentan para darles a conocer su profesión y ellas quedan confundidas frente a quien las atiende, ya que suelen confundir las enfermeras con auxiliares y en ocasiones a las ginecólogas con las matronas.

“Para mí es importante que se presenten y que te den confianza, hay muchos médicos que no lo hacen” (mujer 20) (Biurrun, 2017).

En cuanto al soporte se sentían muy contenidas, seguras y protegidas al estar acompañadas con la pareja o en defecto de un familiar como la madre, en caso de no poder estar la pareja. También estuvo presente la sensación de no ser tomado en cuenta el plan de parto que muchas diligenciaron, notando que es algo a lo que no se le presta atención y ni siquiera es leído, resaltando la importancia de un acompañante que haga respetar o velar

por esas decisiones o en su defecto modificarlas en el transcurso de lo que se vaya dando y como se van sintiendo (Biurrun, 2017).

Restrepo, Rodríguez & Torres (2016) desarrollaron una investigación en Bogotá - Colombia con el objetivo de determinar cómo es la experiencia vivida de la mujer con relación a la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de salud durante su proceso de parto. La presente investigación es de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo, se emplearon entrevistas semiestructurada a profundidad, diario de campo y grupo focal, en el estudio participaron 21 mujeres que tuvieron parto institucionalizado a nivel privado y público. Todas las participantes son colombianas a excepción de una de nacionalidad estadounidense.

A partir del análisis de los resultados se evidenció violencia psicosocial a partir de gestos, palabras y falta de sentido humanitario. Violencia comunicativa, reflejándose en la ausencia de explicaciones lo que causaba en ellas ansiedad y estrés por no saber el motivo de muchos procesos que realizan. Se asumían muchos saberes en cuanto a la lactancia y ellas manifestaban su descontento por no explicar lo que se debe hacer para evitar tanto dolor o errores. Se observa violencia física dada por procedimientos aversivos y no consultados como episiotomía, episiorrafia, tactos vaginales inadecuados sin consentimiento y masaje para expulsión de loquios de forma deliberada sin tener en cuenta las sensaciones o percepción en quien recae tal acción (Restrepo, Rodríguez & Torres, 2016).

Las participantes vivieron situaciones de dominación dado por comentarios de forma directa e indirecta que generan subordinación, sumisión y obediencia por parte de las mujeres en su proceso de parto. Muchas de estos comentarios de prohibiciones o requerimientos cuyas razones no fueron explicadas y que resultaban incómodas en la

medida en que se asociaron a actitudes de superioridad por parte del personal de salud. De acuerdo como era evaluado su comportamiento recibían castigos o premios (Restrepo, Rodríguez & Torres, 2016).

“Yo le decía al médico si podía entrar el papá para que me diera fuerza, o sea, algo qué coger para pujar. Y me dijo que no, que no me había portado bien” (Restrepo, Rodríguez & Torres, 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 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” (Restrepo, Rodríguez & Torres, 2016).

También vivieron situaciones de culpabilización, ultraje, negligencia; especialmente en la insuficiencia o mala administración de anestesia y amenazas (Restrepo, Rodríguez & Torres, 2016). Amenaza que se evidencia en el siguiente comentario:

“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” (Restrepo, Rodríguez & Torres, 2016).

Los resultados de la investigación muestran que la violencia obstétrica es un fenómeno que marca de manera significativa la vida de la mujer para siempre, para ellas representa un recuerdo negativo que perdura en el tiempo y generó el deseo de no volver a tener hijos para no tener que pasar por lo mismo nuevamente (Restrepo, Rodríguez & Torres, 2016).

Desarrollo Temático

Este apartado brinda un recorrido que aborda las unidades temáticas y categorías que se consideran claves para el desarrollo de la investigación. Primeramente, se habla del embarazo de forma general, se explican algunos cambios físicos y emocionales que vive la mujer en este periodo de tiempo; la historia del parto, donde se habla de la evolución que ha tenido el parto; y el proceso de parto, describiendo el trabajo de parto y las fases que hacen parte de este proceso. Posteriormente, se expone la visión de diferentes autores sobre el parto y su relación con la salud mental. Por último, se presenta la categoría de violencia obstétrica y las diferentes formas en que se expresa.

Embarazo

El embarazo es un estado en el que se experimentan múltiples cambios físicos, generando a lo largo del periodo de gestación muchas transformaciones, entre ellas a nivel físico, dado a que el organismo de la mujer se prepara para dar paso a la formación del feto el cual se alojará en el vientre materno, en el interior del útero. Todo inicia desde la fecundación en la unión del óvulo con el espermatozoide y así se da origen e inicio a la vida (Hernández, 2006).

El embarazo es un periodo de tiempo que comprende la fecundación hasta el momento del parto, este tiene una duración de 40 semanas aproximadamente. Cuando las mujeres se encuentran en estado de gestación experimentan cambios físicos como modificaciones en los senos, ya que estas aumentan su tamaño y el pezón se torna de un color más fuerte porque se están preparando para la lactancia, la pelvis se ensancha para dar paso al bebé en el momento del parto, la mujer se torna más sensible a los olores, presenta náuseas con frecuencia, experimenta vómitos y mareos. A nivel fisiológico su volumen de

agua aumenta, en muchos casos presentan anemia, incrementa el gasto cardiaco, etc. Todo esto ocurre debido a que la biología de la madre está abriendo paso en su organismo para la formación y sostenimiento de ese nuevo ser (Duat, 2009).

En relación a los cambios emocionales que experimenta la mujer embarazada, Castello (2006) explica que, en el primer trimestre las emociones más prevalentes son el miedo, lo que lleva a tasas de estrés y ansiedad, aparte de, la confusión, la alegría y la tristeza. La autora lo resume como un “estado emocional de intranquilidad o inquietud”, aunque al final de esta etapa surgen emociones positivas. En el segundo trimestre se vuelve a repetir el miedo hasta no realizar la ecografía morfoestructural para que se confirme que todo se cursa con normalidad; a este trimestre se le suma los primeros movimientos fetales pudiendo generar gran satisfacción.

En el tercer trimestre se viven emociones como la alegría e ilusión al principio y ya hacia el final de este periodo renace nuevamente el miedo dada la cercanía al parto y las incomodidades (Castello, 2006).

Es importante tener conocimiento de los cambios internos que vive la mujer gestante, debido a que esto ayuda a dimensionar la complejidad de las transformaciones que se encuentra atravesando la mujer embarazada y se ve favorecida la comprensión hacia ella.

Historia del Parto

El desarrollo del parto desde la antigüedad hasta nuestros días en el siglo XXI comenzó en los albores de la humanidad cuando el parto era solitario y basado en el versículo bíblico “con dolor darás a luz” como dice la Biblia en Génesis 3:16. A partir de este juicio, el parto en las culturas judeocristianas se convirtió en un castigo divino, al mismo tiempo que representaba la expiación y la salvación. A partir de entonces, los partos

domiciliarios, partos en masa, o partos sociales comenzaron con parteras o comadronas presentes cuando las mujeres judías daban a luz, hasta que la ciencia médica estuvo de acuerdo con los partos domiciliarios y hospitalarios y la posterior medicalización, institucionalización y legalización, en las que las facultades de medicina comenzaron a trabajar en la obstetricia (Colón, 2017).

En la antigua Roma la partera recibía el nombre de obstetrix del latín obstare cuyo significado es “estar al lado, cerca o enfrente de” con este término se origina la obstetricia. Otro término empleado para las parteras es matrona de raíz escandinavo matriz y significa “pequeñas hadas del bosque” debido a que la actividad que realizan es mágica (Colón, 2017).

En Colombia, la historia del nacimiento se describe en las leyendas y tradiciones de las tribus indígenas, por ejemplo, Chibcha y Muisca utilizaron las tradiciones del patriarca "perdido" Nemketeba o Sugamuksi. Para dar a luz de manera segura, las mujeres indígenas peregrinaban cerca de Sogamoso, raspaban una piedra que creían que eran sus propias huellas y bebían el polvo mezclado con agua. En otras ocasiones, ofrecen objetos de arcoíris. Parían solas, agazapadas junto al río, porque el agua, o Sia, su diosa, acompañaba a la mujer y la purificaba. Solo durante un parto difícil piden ayuda y compañía durante el trance. Esto se puede considerar como un posible origen de las parteras en Colombia, aunque no se sabe exactamente cuándo comenzó la costumbre de la partería (Colón, 2014).

Proceso de Parto

El parto es un proceso que tiene una naturaleza fisiológica e implica una serie de fases para que el nacimiento ocurra. A continuación, se habla sobre el parto desde una perspectiva humanizada y respetada, el trabajo de parto y las etapas del mismo.

Parto

El parto es un proceso fisiológico, natural e inherente a nosotros como rasgos humanos. El acceso a un parto seguro y digno debe ser reconocido como un derecho universal de la mujer. Es bien sabido que los procedimientos médicos modernos utilizados en los hospitales públicos y privados no permiten que la madre y el niño disfruten de un ambiente cómodo, agradable y tranquilo durante el parto, ya que no se tiene en cuenta la necesidad propia y la comodidad de quienes lo viven, sino de quienes asisten el parto. Prima la tecnología, lo que hace que este trascendental evento sea frío, impersonal e incómodo para los participantes (Furszyfer, Bishop & Narváez, 2012).

Madre e hijo son los principales actores de este proceso, por lo que sus deseos y sentimientos deben ser lo primero. El parto es seguro sólo cuando los deseos de la madre son más importantes que los hábitos y acciones rutinarias de parto. Es imprescindible que estos derechos fundamentales estén al alcance de todas las mujeres es responsabilidad de todas (Furszyfer, Bishop & Narváez, 2012).

Se busca que la mujer tenga una *experiencia de parto positiva*, la cual es reconocida por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Es una experiencia que iguala o supera las expectativas individuales, sociales y culturales o creencias previas de una mujer. Esto incluye el nacimiento de un bebé sano en un entorno seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, así como apoyo emocional y físico continuo. Es decir, compañía durante el parto y la ayuda de un personal amable y competente. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean fisiológicamente tener hijos y obtener un sentido de logro y control personal a través de la participación en las elecciones dadas, ya sean necesarias o deseables.

Trabajo de Parto

En muchos casos, el dolor del trabajo de parto y el parto es el evento más doloroso que ha vivido una mujer hasta el momento, lo que implica una profunda experiencia psicológica que pone a prueba su feminidad y capacidad como parturienta, viéndose limitado en algunos casos el control de la mujer sobre la fisiología propia (Biurrun, 2017). Por ello se podría decir que, la mujer en trabajo de parto se encuentra en condición de vulnerabilidad y el acompañamiento para el manejo del dolor juega un papel fundamental para que esta no se sienta sola en la trayectoria del trabajo de parto y logre navegar las olas del dolor de la mejor manera posible.

Según Santoja (1998), el trabajo de parto se caracteriza por tres momentos o períodos:

- El primer período, o "dilatación", es el tiempo que tarda el cuello uterino en dilatarse por completo antes de que el feto pueda pasar.
- El segundo período, también conocido como "expulsión", es el tiempo que transcurre desde la finalización de la apertura del cuello del útero hasta la bienvenida del feto en el mundo exterior.
- El tercer período, también conocido como "alumbramiento", comienza con el nacimiento del feto y termina con el alumbramiento de la placenta. Esta es la etapa donde la placenta y las membranas se separan y evacúan.

Durante las últimas dos décadas, ha habido un aumento significativo en el uso de diferentes métodos de parto que permiten iniciar, acelerar, detener, regular o controlar el proceso fisiológico del trabajo de parto para mejorar los resultados tanto para las mujeres como para el bebé. Esta creciente medicalización del parto a menudo socava la capacidad de la mujer para parir y tiene un impacto negativo en la experiencia del parto (OMS, 2018).

El Parto y su Relación con la Salud Mental

Algunas mujeres con antecedentes de abuso sexual o TEPT debido a una experiencia de abuso infantil enfrentan un miedo extremo a tener hijos. Algunos investigadores han sugerido que hasta el 25 % de las mujeres adultas experimentaron un trauma sexual cuando eran niñas o adolescentes. La naturaleza del parto puede despertar memorias traumáticas escondidas o dormidas, reactivándolas y desencadenando nuevos síntomas de ansiedad relacionados con el trauma previo y el parto. En muchos casos, las propias mujeres embarazadas no recuerdan haber sido abusadas sexualmente, pero sus cuerpos sí; es decir, puede haber un recuerdo inconsciente, "procedimental" o físico del abuso sexual que se manifiesta como una incomodidad y ansiedad extremas sobre cualquier cosa relacionada con el parto inminente (Young, 2005).

El nacimiento, además de las dimensiones biológicas muy consideradas por el modelo biomédico, incluye también procesos psicológicos y sociales, como el comienzo de la función de la maternidad y la adaptación de la mujer, al ejercer el rol materno emitirá conductas cuyo raíces están en huellas biológicas tanto como en huellas psicosociales transgeneracionales latentes. A su vez el bebé, deberá ajustarse al niño a nuevas condiciones, en las que su éxito dependerá de un lado, por la implementación de sus programas biológicos y, por otro lado, el entorno que lo ayudará a modular y a ajustar su desarrollo nervioso; y hay solicitudes de adaptación, reorganización del sistema familiar y social al que la madre y bebé pertenecen para la integración del nuevo miembro (Hernández, Kimelman & Montino, 2000).

Al incluir factores psicológicas y sociales como variables que integran el período perinatal, la asistencia y acompañamiento al nacimiento se amplía al abordaje no azaroso de riesgos sociales, psicológicos y emocionales que podrían perturbar e intervenir en el sano

desarrollo del bebé, su integración a la familia y a largo plazo en su participación social (Hernández, Kimelman & Montino, 2000).

De acuerdo a Bryan, Moulds & Nixon (2003, citado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011), si el parto es complicado o doloroso, la paciente debe hablar sobre sus experiencias y sentimientos después de unos días, especialmente con el obstetra o partera visitante. Si no, podría ser un profesional de la salud mental, una enfermera o alguien que pueda escucharla y brindar contención (a ella o a su pareja). En el caso de una crisis con fuertes síntomas de ansiedad, se puede utilizar una estrategia psicoterapéutica breve para procesar eventos pasados, encaminarlos en la dirección correcta y ayudar a la mujer a lidiar con los recuerdos, resignificar la experiencia y reducir la ansiedad.

Para mejorar la experiencia del parto, existen muchos métodos para garantizar que un examen vaginal o físico no sea traumático. La vulnerabilidad específica de la mujer en cuestión debe ser manejada con sensibilidad y extremo cuidado, pues comentarios aparentemente insignificantes, ciertas acciones o ruidos por parte del personal pueden evocar recuerdos dolorosos en una mujer o hacer que reviva (flashbacks) el trauma anterior (OPS, 2011).

Cuando sea necesaria una intervención, es importante preguntar a la mujer qué situaciones o acciones específicas le preocupan más para evitarlas. Esto se puede realizar a través de una serie de preguntas y explorar qué síntomas de ansiedad está experimentando y se podría crear un plan de parto que mejor se adapte a sus deseos y características. Es importante que el personal de salud responda a los síntomas o manifestaciones de una mujer con empatía, escucha atenta, compasión y flexibilidad. No tiene sentido exagerar o no con la reacción como si la revelación no tuviera importancia (OPS, 2011).

Violencia Obstétrica

A raíz de las problemáticas y las críticas que se han generado en torno a los partos hospitalarios y a los malos tratos contra la mujer, surge el término *violencia obstétrica*. Siendo Venezuela el primer país en cuya legislación se menciona la violencia obstétrica en la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007, citado por Vallana, 2019), que entró en vigencia el año 2007. La ley define la violencia obstétrica como la apropiación indebida del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte de los trabajadores de la salud, que se manifiesta en el trato deshumanizante, el maltrato médico y la fisiopatología del proceso natural, que lleva a la pérdida de la autonomía y la capacidad de tomar decisiones con libertad sobre su cuerpo y su sexualidad, lo que afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres.

La violencia obstétrica ejercida por los trabajadores de la salud, donde las mujeres son subyugadas en este sistema, se rige por una jerarquía patriarcal donde los médicos de turno tienen el poder de tomar decisiones respecto a la madre y el feto, por lo que las mujeres pierden autonomía sobre sí mismas y sus cuerpos por el poder que ejerce el conocimiento científico, no les permite a las mujeres cuestionar o negar ese conocimiento. Cuando comienza la violencia obstétrica, se vulneran simultáneamente los derechos sexuales y reproductivos y la mujer no tiene derecho a decidir cómo y dónde dar a luz (Amaya, Barreto & Olaya, 2014).

Teniendo en cuenta la condición de vulnerabilidad en el proceso de parto, el vivir situaciones de violencia obstétrica es un factor de riesgo que desencadenaría afectaciones emocionales en la mujer. Es imprescindible volcar la mirada hacia la salud emocional de la mujer, y no sólo atender la salud física de la madre y del bebé, de modo que sea posible

eliminar aquellos factores que puedan afectar de manera negativa la salud mental de la madre y a su vez afectar el bienestar del recién nacido.

Tras esta contextualización y definición del concepto de violencia obstétrica, es importante conocer aquellas formas de violencia que la componen. Siguiendo a Vallana (2019) la violencia obstétrica se manifiesta de la siguiente manera:

Violencia Simbólica

La violencia simbólica es el resultado de interiorizar y naturalizar las relaciones de dependencia y subordinación de las mujeres en el sistema de salud. Por ello, existe un patrón de aceptación por parte de las propias mujeres afectadas, lo que hace que las mujeres justifiquen, e incluso aprecien las manifestaciones de dominación y violencia que les acontecen (Vallana, 2019).

Violencia Institucional

La violencia institucional se caracteriza por protocolizar el cuidado de las gestantes en un medio hospitalario. Realizar intervenciones médicas rutinarias y protocolizadas sin razones médicas justificadas, tanto en la mujer que es intervenida sin autorización, como en relación con el personal médico que está obligado a hacerlo, aunque su experiencia y criterio sean contrarios a esta regla (Vallana, 2019).

Violencia Física

Junto a la violencia institucional, existen otras formas de violencia obstétrica como la violencia física. Ésta última consiste en repetir procedimientos en una mujer que no precisaba intervenciones durante el parto. En este sentido, cualquier intervención contra una mujer embarazada que sea médicamente irrazonable e inaceptable para ella puede

clasificarse como violencia obstétrica. Asimismo, obligar a una mujer a consentir en intervenciones como la cesárea mediante el uso y abuso del poder médico obstétrico, al infundirle temor de vulnerabilidad a su lesión, es una violación a sus derechos humanos (Vallana, 2019).

Violencia Psicológica

La violencia psicológica es producto de un trato inhumano que vulnera los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención. En ese sentido, la gestante, sus miedos, inquietudes, sensaciones y opiniones son claramente invisibilizados y reprimidos en tanto que son considerados contaminadores, perturbadores e interfieren con el trabajo del personal médico de acuerdo con los procedimientos de atención. Asimismo, formas de maltrato verbal forman parte del maltrato psicológico, como cuando un trabajador de la salud le grita, amenaza o insulta a una paciente o se hace algún comentario inapropiado referente a la sexualidad femenina o al hecho placentero sexual que desencadena el embarazo (Vallana, 2019).

Cabe destacar que en la mayoría de autores hay consenso con respecto a los tipos de violencia obstétrica, sin embargo, algunos separan la violencia verbal de la psicológica, describiéndolas como dos tipos de violencia. En este caso, la autora anteriormente mencionada incluye la violencia verbal dentro de la psicológica.

Marco Legal

Ley 1616 de 2013 - Ley de Salud Mental

En este contexto es importante hacer alusión a la Ley de salud mental, pues, teniendo en cuenta las diferentes investigaciones que conforman este estudio, se logra evidenciar que el proceso de parto tiene una influencia directa en el mundo emocional de todas las mujeres en gestación, en general, y en particular, para aquellas mujeres que fueron víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida. Comprendiéndose que las experiencias que preceden al parto y en el momento del parto mismo, tienen un impacto en la salud mental materna (Ley 1616 de 2013).

La presente ley en su Artículo 3º, precisa que la salud mental se define como un estado dinámico que se manifiesta en la vida cotidiana a través del comportamiento y las interacciones de una manera que permite a los individuos y actores colectivos utilizar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para guiar su vida diaria, su trabajo y forjar relaciones significativas para contribuir de forma positiva a la comunidad (Ley 1616 de 2013).

Ley 2244 de 2022 - Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado

En el Artículo 1º se expone que la presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, en el curso de un duelo perinatal a con la libertad de elección, en conciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los infantes (Ley 2244 de 2022).

En el Artículo 4º describe los derechos de todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal. Tales derechos son:

1. Recibir una atención integral, completa, honesta, oportuna y eficaz acorde con sus hábitos, valores, creencias y salud.
2. Tratar a cada individuo con respeto y no discriminación y proteger su privacidad y seguridad, incluida la información sobre los resultados de las pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes, garantizando su derecho a la libertad de identidad y libertad de expresión.
3. Ser reconocidas como personas con derechos y protecciones especiales durante el embarazo, parto, crianza, puerperio, embarazo y duelo, para garantizar que participen en estos procesos y sean cuidados en salud.
4. Comunicarse continuamente con los profesionales de la salud durante el embarazo, el parto, el parto, el puerperio y el duelo relacionado con el embarazo y el parto, utilizando un lenguaje claro, fácil de entender, pertinente, accesible y actualizado para atender las necesidades étnicas, culturales, sociales y diversidad funcional de cada mujer.
5. Recibir información sobre nutrición adecuada por personal experimentado y adecuado a las necesidades nutricionales durante el embarazo, trabajo de parto y posparto.
6. Ingresar al sistema de salud y acceder a la atención sin trabas administrativas.
7. Realizar un curso de embarazo, trabajo de parto, parto y posparto con alta calidad pedagógica y contenido profundo, basado en evidencia actual y con enfoque diferenciado, con personal capacitado creado para acompañar a las gestantes; promover el respeto a la fisiología en espacios accesibles que garanticen la dignidad y el confort, independientemente del sistema de seguridad social de la mujer.
8. Brindar atención prenatal, según lo recomendado por la última evidencia científica, de acuerdo al nivel de atención para asegurar que la salud de la madre sea adecuada a su estado de salud.

9. Información sobre sus derechos, preparación física y mental para el parto, parto y puerperio, así como sobre los beneficios, riesgos o consecuencias de las diversas intervenciones en el embarazo, parto y puerperio, sus causas y efectos. Embarazo y duelo perinatal, junto con información previa, clara, relevante y completa de profesionales sanitarios basada en evidencia científica segura, eficaz y actualizada y una variedad de diferentes métodos de atención al parto, para que sea libre de elegir el adecuado para ella. Así mismo poder decidir dónde y quiénes del sistema de atención médica son responsables de su atención.

10. Familiarizarse con el trabajo de parto, el parto y el puerperio y la salud fetal y neonatal en general. Participar en las diversas actividades de las unidades del sistema de salud e informar oportunamente al cónyuge y sus familiares sobre el parto, parto y puerperio si así lo desea la mujer.

11. Enviar su plan de parto para mejorar la comunicación con los profesionales de la salud y garantizar que las pruebas prenatales se realicen a partir de las 32 semanas de gestación en el lugar del parto y, si es posible, por profesionales de la salud del sistema de atención médica que le ayudarán a dar a luz.

12. Dar a luz de manera respetuosa y humana, con base en la evidencia científica actual, con un enfoque diferente, teniendo en cuenta que el estado de salud de la mujer y del feto le permite a él y a ella autodeterminarse.

13. Mantener el contacto piel con piel con el bebé después del nacimiento para fortalecer el vínculo madre-bebé y promover la lactancia tan eficazmente como lo permita la salud de la madre y el bebé, según corresponda con la evidencia científica actual y la orientación de un médico.

14. A recibir atención médica adecuada y oportuna durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto de conformidad con las tradiciones de las comunidades étnicas y ancestrales en el lugar que elijan, siempre que se garantice la salud de la mujer y del feto o infante.

15. Que reciba atención psicosocial, especialmente en el campo de la salud mental, sea oportuna y de calidad, con un enfoque diferenciado, cuando sea necesario y deseado, y especialmente durante el duelo perinatal, este apoyo también se brindará a padre y familia y quien lo necesita.

16. A recibir acompañamiento, si la mujer lo desea, al menos una persona de su confianza y elección durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, o si esto no es posible, una persona especialmente capacitada para brindarle apoyo emocional. En ningún caso se le podrá cobrar por el ejercicio de este derecho.

17. Que todos los procedimientos relacionados con su padecimiento deben ser realizados por médicos experimentados y académicamente reconocidos, sin perjuicio de la medicina tradicional y arcaica de las etnias.

18. Todos los medicamentos de la clase de los análogos de las prostaglandinas y los antibióticos utilizados en obstetricia deben ser transportados en óptimas condiciones sanitarias e higiénicas a los establecimientos de salud con al menos atención ginecológica y obstetricia especial.

19. Garantizar que todos los procedimientos de dilatación/evacuación obstétrica y legrado se realicen en condiciones óptimas de higiene y saneamiento en establecimientos de salud con al menos urgencias ginecológicas y obstétricas.

20. Recibir información desde el momento del embarazo basada en la evidencia científica actual sobre los beneficios de la lactancia materna, recibir apoyo en la lactancia

en el puerperio en forma de consejería oportuna, constante y de calidad por parte de un médico experto en lactancia materna o profesional en el campo de la lactancia materna.

21. No se puede dar ningún tratamiento médico o intervención con fines educativos y de investigación, excepto con el consentimiento libre, previo, explícito y plenamente informado por escrito.

22. Ser informada de las consecuencias físicas y psíquicas del puerperio y de las indicaciones previstas en sus términos de salud y sobre la base de evidencia científica actualizada.

23. Realizar una cesárea humanizada si existen condiciones suficientes que limiten un parto fisiológico o porque la madre voluntariamente indica el plan de parto por cesárea.

24. Asesorar sobre la posibilidad de un parto vaginal posterior a una cesárea y, si se desea, seguir las recomendaciones actuales basadas en la evidencia, siempre y cuando se preserve la salud del feto y de la mujer.

25. En casos de embarazo o aborto espontáneo neonatal, se requiere un equipo multidisciplinario de profesionales médicos capacitados en el duelo; con el fin de ayudar a la mujer y/o a la familia a superar su duelo ahora mismo y recibir atención donde no estén expuestas a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y las mejores condiciones posibles, teniendo en cuenta su privacidad y la de sus familiares.

26. Proporcionar la placenta por parte de los proveedores de salud o cuidadores durante y después del parto, según lo desee y requiera la mujer, de acuerdo con sus creencias.

27. Reclamar los gastos del parto sin perjuicio de la responsabilidad solidaria y ciertas obligaciones de los padres derivadas de la concepción.

28. Recibir una actitud respetuosa por parte del personal médico y administrativo.

Ley 1257 de 2008 – Ley por la cual se Dictan Normas de Sensibilización, Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación Contra las Mujeres

La presente ley tiene por objeto promulgar legislación para garantizar que todas las mujeres lleven una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado, con derechos reconocidos en los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales, tengan acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y por el orden público necesario para llevarlas a cabo (Art. 1º).

La violencia contra la mujer es cualquier acto u omisión que resulte en la muerte, lesión corporal o sufrimiento físico, sexual, psíquico, económico o material como consecuencia de su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad (Art. 2º).

Ley 1090 de 2006

Esta ley rige la profesión de Psicología en Colombia. En su artículo 1, definió a la psicología como una ciencia y una disciplina basada en la investigación que apoya el estudio de los procesos de desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano desde el punto de vista de un paradigma complejo que tiene como objetivo promover el desarrollo de talentos y habilidades humanas en diversos campos, ámbitos y contextos sociales como la educación, la salud, el trabajo, la justicia, el medio ambiente, el bienestar y la calidad de vida (Ley 1090 de 2006).

Con base en la investigación científica, construye sobre sus conocimientos y los aplica válida, ética y responsablemente en beneficio de las personas, grupos y organizaciones en otros campos de la vida personal y social con el fin de mejorar la calidad de vida (Ley 1090 de 2006).

Conclusiones

Las mujeres en gestación suelen experimentar múltiples cambios a nivel físico y emocional (Duat, 2009; Castello, 2006), lo que hace del embarazo una vivencia significativa no sólo desde lo corporal, si no también desde lo psicológico.

El dolor del trabajo de parto y parto representa el evento más doloroso que ha experimentado hasta ese momento una mujer, implica una experiencia psicológica profunda, la cual pone a prueba su feminidad y capacidades personales como parturienta, viéndose limitanda en algunos casos el control que la mujer tiene sobre su propia fisiología (Biurrun, 2017). En este sentido, la mujer se encuentra en una condición de vulnerabilidad muy particular, donde el acompañamiento para el manejo de sus emociones y del dolor juegan un papel fundamental para que esta no se sienta sola en este recorrido y logre navegar las olas del dolor de la mejor manera posible.

En las investigaciones recabadas en torno a los procesos de parto que han tenido las mujeres gestantes en *contextos institucionales* de carácter público y privado, se ha encontrado de forma general que las mujeres se refieren al entorno hospitalario como un espacio inapropiado para dejarse ir y entrar el mundo del parto, percibiendo al hospital como un ambiente que inhibe la libre expresión al momento de parir y considerándolo como un lugar incompatible con la experiencia de parir.

La mayoría de mujeres sienten que la atención en los centros de salud es escasa y la gran mayoría no recibe información previa de los procedimiento e intervenciones que realizarán en sus cuerpos, ni información sobre las opciones de parto hospitalario. Ellas viven distintas situaciones de violencia institucional, como falta de privacidad para exámenes físicos, viéndose expuestos sus genitales en frente de todas las personas presente

y muchas limitaciones físicas en la institución, sin posibilidad de moverse libremente por el espacio reducido.

Durante el parto experimentan múltiples formas de violencia obstétrica como privación de alimentos, resaltando en gran medida la falta de comunicación con el personal sanitario, imposibilidad de posicionarse de forma cómoda para parir y una marcada desatención frente al apoyo para el manejo del dolor.

En algunas instituciones públicas y privadas, las intervenciones son dadas a conocer desde el curso psicoprofiláctico como un evento supremamente necesario y casi que obligatorio, el cual todas tienen que permitir. En este sentido, se ve anulada la capacidad de la mujer para poner sobre la mesa sus deseos y decidir sobre el tipo de intervenciones que quieren asumir durante el trabajo de parto. No obstante, pese a que socializaban estas intervenciones, al momento de practicarlas no se les pedía autorización y cuando realizaban preguntas sobre una intervención recibieron respuestas con tono de burla, lo que en muchos casos las hizo sentir infantilizadas.

Muchas de las mujeres embarazadas que participaron en los estudios recibieron un trato diferencial y poco empático si eran consideradas una “paciente difícil”, lo que quiere decir que no colabora o que no hace lo que el personal de salud le indica. Todas son llamadas bajo el apelativo de mamá, madre, mamita, gorda o gordita. Lo que resulta desagradable para las mujeres y las pone en situación de atención generalizada, donde no se tiene en cuenta las necesidades particulares de cada mujer.

Para el caso de las madres campesinas que fueron atendidas en hospitales, el personal de salud tiene un ideal de poca educación, por lo que se omite información sobre procedimientos médicos en relación al parto, pros y contra de la aplicación de anestesia, probabilidad de episiotomía, la alternativa de acompañante y posiciones en que puede

elegir parir. Al tratarse de hospitales universitarios, se cuenta con la presencia de muchos estudiantes sin informar sobre los motivos y no hay solicitud de consentimiento previo a las mujeres gestantes. Todas las mujeres campesinas que acudieron a un hospital parieron recostadas, lo cual era una posición en la que no querían parir, dado a que tradicionalmente en su comunidad paren en cuclillas, pero ellas nunca fueron informadas que tenían otras alternativas que parir acostadas, lo que fue interpretado por las mujeres como un atropello a su tradición.

Un factor común identificado en las investigaciones es que la gran mayoría de mujeres no fueron esperadas el tiempo necesario para que el cuello del útero tuviera los centímetros de dilatación adecuados para empezar a parir, situación que conllevó a el procedimiento rutinario de episiotomía innecesarias con la finalidad de acelerar el parto. Asimismo, se aceleraba el parto a partir de la maniobra de Hamilton, que consiste en romper la membrana amniótica al momento de un tacto vaginal. Para las mujeres esto fue vivido con incomodidad, de forma abusiva y estresante al momento del parto.

En el caso de las mujeres embarazadas que sufrieron abuso sexual en la infancia y recibían tactos vaginales de forma repetitiva, más el hecho de ser vistas por muchas personas, se sentían expuestas y emergieron memorias del abuso, despertando sentimientos de pánico en el período de dilatación. Muchas mujeres que eligieron parir en centros hospitalarios, buscaron uno que brindara experiencias de parto respetados porque ya habían conocido casos de otras mujeres donde eran violentadas y no tenidas en cuenta.

Durante las consultas en el embarazo, algunas mujeres se sintieron maltratadas e ignoradas al recibir sugerencias nutricionales que iban en contra de la evidencia científica y de su alimentación vegetariana. En general, las mujeres señalan que las sesiones de preparación para el parto terminan siendo como un camino para aprender a comportarse

durante el proceso de parto, en vez de ser un espacio donde enseñen cosas que para ellas fueran realmente importantes a la hora de parir.

En algunos hospitales públicos y privados, las mujeres gestantes expresan recibir un buen trato, pero continúan destacando la falta de intimidad por las instalaciones, impidiéndoles expresar el dolor abiertamente por vergüenza de todas las otras mujeres que allí se encuentran, generando así inseguridad. Cuando las salas están saturadas, les toca estar en el pasillo con el camisón del hospital, por lo que se experimenta la sensación de estar desnudas. Por tales razones, consideran como negativa la experiencia en hospitales.

Por otra parte, suelen sentirse confundidas al ser atendidas por múltiples profesionales de la salud, ya que estos no se presentan o dicen su profesión, confundiendo los roles de los profesionales a cargo y no logran reconocer quienes las está atendiendo. El saber quiénes son los profesionales es importante porque influye en la confianza que logran sentir hacia esa persona que las revisa.

En el proceso de parto las mujeres gestantes reciben gestos, palabras y trato deshumanizante, experimentan ansiedad y estrés por no conocer los motivos de cada procedimiento. El personal con frecuencia asume que ellas tienen conocimiento sobre la lactancia y esto generaba un descontento en las mujeres porque en realidad no contaban con conocimiento y pudieron prevenir muchos errores y dolores si hubieran tenido una asesoría oportuna.

Las mujeres gestantes sienten que el personal que las asistió en el parto sostenía una actitud de superioridad y no toman en cuenta el plan de parto que han elaborado, por lo que destacan lo imprescindible de la presencia de la mamá o la pareja, para que las defienda y haga valer sus derechos.

En relación al proceso de parto vivido desde el *contexto no institucional*, a partir de las investigaciones se reconoce que, las mujeres optan por parir en casa por miedo a volver a vivir experiencias pasadas donde fueron infantilizadas, ridiculizadas, privadas de compañía y donde no era valioso el ritmo fisiológico. Destacando la esencia natural del parto, sin descartar la posibilidad de acudir a un hospital en caso de que fuese necesario.

En un ambiente no institucional, las mujeres son preparadas para el parto mediante lecturas, ejercicios de Kegel, yoga prenatal, movimientos de caderas, talleres informativos por parte de un Doula, practican danza del vientre, rezan y conforman de redes de apoyo con otras mujeres embarazadas, y las mujeres que se prepararon poco o nada, manifiestan que mantuvieron activas físicamente durante el embarazo. Para el manejo del dolor son acompañadas con masajes, baños calientes, flores de Bach, aromaterapia y se da el contacto piel con piel al momento del nacimiento del bebé.

Muchas mujeres viven la parte inicial del trabajo de parto en casa junto a alguien cercano y significativo, estando acompañadas con personal médico y matrona, prevaleciendo la carencia de intervenciones médicas, a excepción de anestesia, episiotomía y el uso de oxitocina en pocos casos. Se resalta en gran medida el trabajo de acompañamiento que reciben por parte de las parteras, que consiste en un proceso de tomar conciencia del cuerpo para poder leer la corporalidad al momento del parto.

El tener partos en casa con matrona les permitió hallar coraje y confiar en la sabiduría de su cuerpo y del bebé. En el trabajo de parto realizan ejercicio con pelota, inmersión en la piscina y mucha contención emocional que les ayudó a soltar los miedos. Para parir tomaban distintas posiciones a la acostada boca arriba, pudiendo parir en posición decúbito lateral. En este proceso surgen sensaciones de calma, calidez, plena satisfacción por poder estar con los seres queridos y empoderamiento. No hay prisa, la mujer y el bebé

pueden tomarse el tiempo que deseen e ir a sus ritmos. Todo el acompañamiento se ofrece basado a la evolución y necesidades particulares de cada madre y hay una profunda confianza en la capacidad de cada mujer para parir.

La experiencia de parir en casa es percibida para la mujer como un suceso altamente confortable. La posibilidad de vivirlo con las personas que se deseen y de tener una experiencia basada en la privacidad y el respeto, el poder escoger el nido (lugar) donde quieren dar a la luz, les permitió fluir con la fisiología y surgieron sonidos, gestos, gemidos y excitaciones que eran desconocidas, permitiéndoles entrar en un trance profundo. Como tal, lo más significativo para ellas no es el lugar, si no el acompañamiento, el trato amable, el respeto por sus derechos y sus decisiones.

Por último, en relación al *impacto emocional* del proceso de parto desde el contexto institucional, muchas experiencias son nombradas como abusivas y tuvieron un impacto emocional negativo, generando sensaciones de infantilización, emociones de inseguridad, incomodidad, la sensación de haber sido vulneradas, estrés y ansiedad, falta de sensibilidad y empatía por parte del personal, y atropello a la tradición cultural.

En el caso de las mujeres víctimas de abuso sexual infantil experimentaron pánico durante el período de la dilatación, debido a los constantes tactos vaginales y exposición de sus zonas genitales que activaron memorias del abuso. Muchas mujeres se sintieron confundidas por no conocer el rol de cada profesional, sensaciones de vergüenza al expresar el dolor, falta de confianza con quien las revisaba y descontento por la falta de asesoría en lactancia. Todas estas situaciones y emociones experimentadas, produjeron en muchas mujeres un profundo miedo a tener más hijos, debido a los recuerdos negativos y el temor de volver no pasar por lo mismo.

Por otra parte, el impacto emocional acontecido fue muy diferente en el caso de las mujeres que eligieron parir en sus casas, o por lo menos, iniciar el proceso de parto en su casa. En este sentido, se resalta que fue un entorno donde pudieron liberarse de los miedos, sentirse seguras de sí mismas y de las personas que las acompañaban. El recibir una preparación por parte de la Doula y acompañamiento por Matrona o Parteras, favoreció la sensación de empoderamiento y ayudó a la mujer a conectar con el coraje para parir. En estas experiencias prevalecen las sensaciones de protagonismo y de ser capaz de parir y de no necesitar de nadie, más que de su propio cuerpo.

En este proceso prima el trabajo emocional y tiene un impacto significativo en el parto, a partir de la adquisición de mayores herramientas para el afrontamiento del parto, y también en el postparto, observándose una nueva relación con el cuerpo a partir de la aceptación y en mayor conexión con lo femenino.

Teniendo en cuenta las experiencias durante el proceso de parto desde ambos contextos y el impacto emocional producto de las mismas. Se recomienda realizar procesos de humanización y sensibilización a todo el personal sanitario con el que las mujeres gestantes tienen interacción en las instituciones; favoreciendo el cambio de paradigma en el accionar de los profesionales, y la atención a mujeres embarazadas deje ser visto como algo rutinario y se trate a la mujer teniendo en cuenta sus características específicas, dejándolas de llamar “mamitas” o usando otro apelativo que les resta individualidad, empezando a llamarlas por su respectivo nombre ayudándolas a recordar su identidad.

Es importante brindar capacitaciones donde se logre comprender la relación que tiene la experiencia del parto con la salud mental materna, del tal modo que se logre trascender el foco netamente médico y se logre ampliar la mirada hacia la dimensión

psicológica de las mujeres en gestación. Reflexionando en torno a las prácticas desde la parte médica, el discurso y lenguaje que se emplea en estos escenarios.

En los programas de preparación para el parto o los llamados cursos psicoprofilácticos, se recomienda hacer más énfasis en los métodos naturales para el manejo del dolor, el desarrollo de estrategias emocionales que apoyen a la madre a gestionar sus emociones y sentar buenas bases para un postparto en mayor bienestar. También, socializar los procesos que se realizan en los centros de atención al momento del proceso de parto, para que las mujeres tomen decisiones basadas en el conocimiento y tengan una noción general de lo que ocurre cuando se parte en un hospital y disminuir la ansiedad y estrés por la falta de contextualización. Trabajar en pro del empoderamiento y la confianza en el propio cuerpo, de tal modo que la mujer pueda vivir una experiencia positiva de parto y logre vencer sus temores.

Es imprescindible que todo el personal de salud sea capacitado por un profesional del área de psicología clínica, dado a que hay unas necesidades particulares que atender en los casos de mujeres que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia, y el personal de salud debe ser orientado frente a la forma adecuada de dirigirse a la mujer gestante a la hora de hacer lo tactos para no revivir la experiencia traumática.

Para finalizar, contemplando los desenlaces inesperados, se destaca la gran importancia de que en los sectores institucionales haya psicólogos(as) clínicos que se encarguen de acompañar a aquellas mujeres que tienen pérdida gestacional o neonatal y hagan seguimiento a estos casos. Asimismo, el personal de salud debe ser capacitado para poder brindar sostén emocional ante estos eventos de forma sensible y humana.

Referencias

- Amaya, A. Barreto, A. Olaya, L. (2014). Experiencias de gestación, parto y puerperio por medio de la partería a partir de las narrativas de tres mujeres en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología.
- Atayde, K. (2023). Vínculo entre las parteras y las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. *Revista Sociedad & Tecnología*, 6(1), 164-178.
- Biurrun, A. (2017). La humanización de la asistencia al parto: valoración de satisfacción, autonomía y del autocontrol. Universitat de Barcelona. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil.
- Castello, M. (2006). Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio. España.
- Costa, S. (2020). Parir en casa en tiempo de coronavirus. *Musas* 5(2): 4-22.
- Colón, C. (2014). Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto institucional en Cartagena. Un análisis desde la perspectiva de género. Editorial Universitaria-Sección de publicaciones de la Universidad de Cartagena.
- Colón, C. (2017). Valoración y atención holística de la mujer en trabajo de parto y parto normal hospitalario.
- Duat, A. (2005). Embarazo y Parto. Conoce los cambios en los Tres trimestres.
- Furszyfer, G. Bishop, A. Narváez, S. (2012). El derecho de la mujer a una atención humanizada en el parto. *Revista de derechos humanos* 3: 44-50.

- García, E. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género. Universidad Autónoma de Madrid.
- Hernández, Camilo. (2006). Guía Práctica en diagnóstico Prenatal.
- Espinosa, L. Álvarez, D. (2022). Caracterización de la violencia obstétrica desde las perspectivas de mujeres con experiencia reciente de parto en una población de Bucaramanga. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Gavilán, D. Vélez, M. (2009). Vivencias de las mujeres que trascurren su proceso de atención de parto y cuidado posparto con compañía y sin compañía de un familiar y bajo el cuidado de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana.
- Gómez, M. (2019). Experiencia de maternidad y acceso a servicios de salud en zonas rurales, dispersas y aisladas. Universidad de Los Andes. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.
- Hernández, G. Kimelman, M. Montino, O. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y el puerperio. Revista médica de Chile, 128(11).
- Lagrava, A. (2022). Embarazo y parto hospitalario en Pamplona: discursos de madres y profesionales. Universidad Pública de Navarra. Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación.
- Ley 1616 (2013). Ley de salud mental en Colombia.
- Ley 1257 (2008). Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos penal, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

- Ley 1090 (2006). Código Deontológico y Bioético.
- Muñoz, D. (2018). Experiencias de mujeres con asistencia de parto personalizado, en la provincia de Concepción. Universidad de Concepción.
- Ordoñez, A. (2022). Violencia obstétrica: una breve mirada a las cifras en Latinoamérica y Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Salud Mental Perinatal.
- Quattrocchi, P. (2022). Seguridad y respeto durante el parto y el nacimiento. El aporte de las mujeres y de las matronas españolas e italianas desde un modelo de atención no medicalizado. *Revista D'Antropología i Investigació Social*.
- Restrepo, A. Rodríguez, D. Torres, N. (2016). “Me des-cuidaron el parto”: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de salud a mujeres durante su proceso de parto. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería.
- Rodríguez, P. (2022). Geografías para un buen nacer: una aproximación geo(corpo)gráfica del parto en domicilio en Chile. *Salud Colectiva*.
- Santoja, J. (1998). Fisiología del parto II. Mecanismos del parto.
- Vallana, V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud* 17:128-144.
- Young, D. (2005). Reseñas de medios. Cuando las sobrevivientes dan a luz: comprender y curar los efectos del abuso sexual temprano en las mujeres en edad fértil por Penny Simkin y Phyllis Klaus. *Nacimiento*, 32:156-157.