



**Universidad Central de Venezuela**  
**Facultad de Humanidades y Educación**  
**Escuela de Psicología**  
**Departamento de Psicología Clínica Dinámica**

**Formas y Consecuencias Psicológicas de la Violencia Obstétrica en el Discurso  
de Mujeres Atendidas en la Maternidad Concepción Palacios**

(Trabajo especial de grado presentado ante la escuela de psicología, como requisito  
parcial para optar por el título de licenciada en psicología)

**Tutora:**  
Morelba Jiménez  
Vilas<sup>1</sup>

**Autoras:**  
Verónica Patiño y Atalia

**Caracas, enero de 2012**

---

<sup>1</sup> Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a cualquiera de las siguientes direcciones: verisabel@gmail.com ó clandes7@gmail.com

## AGRADECIMIENTOS

Quiero darle gracias a la vida por permitirme saborearla. Gracias a mis padres, quienes me dieron la vida y libertad en mis decisiones, sin dejar de apoyarme en todo momento, también fuente de inspiración por mantener a la familia unida. A mi padre por el amor a la lectura, por saber decir siempre las cosas y a mi madre por atreverse a hablar, por no dejar nada como está sino por tener el lema de que “siempre hay algo que se puede hacer”. A mis hermanos, que vivieron primero mucho de lo que viví y me han servido de ejemplo para todo. Carlos, me enseñaste principalmente a expresar el cariño por los demás y por lo que se hace. Fran, me mostraste que las mejores cosas no son las más elaboradas sino las más sencillas y prácticas.

A mi familia, donde la distancia no es obstáculo para estar cerca. A mis abuelos, quienes disfrutaban plenamente de la Paz y de vez en cuando echan un ojito a sus hijos y nietos, a la abuela Ture por su dulzura característica, que le permite saludar con el amor más grande del mundo a las personas, sin tener que saber quién es ni cuál es su nombre. Gracias tío Will, el hermano mayor de los primos y el hijo menor de los hermanos, por tu legado.

Gracias a todos mis amigos, por entenderme tal cual soy y por aportar cada uno cosas distintas en mi vida cual colores le dan sentido al mundo que percibo. Gracias Atalia, por tu curiosidad, por recorrer el camino conmigo y por mostrarme aquello valioso que no vi. Gracias Iván, por encontrar siempre una excusa para reír, por quererme y por permitirme quererte. Gracias Grego, por tu entusiasmo y compañía.

Gracias al Aquiles Nazoa por su Credo y por despertar mi creatividad, gracias a la Universidad Central de Venezuela, por ayudarme a vencer mis sombras del conocimiento abriéndome sus puertas. Gracias a todos los profesores que tuve a lo largo de mi vida, incluyendo a tío Pedro, por mostrarme su forma de ver el mundo y por permitir crearme mi propio criterio de las cosas.

Gracias Morelba, por creer y alimentar las ideas que Atalia y yo compartimos contigo. Gracias también por defender los derechos de las mujeres.

*Verónica Patiño*

## AGRADECIMIENTOS

La realización de esta investigación fue posible gracias a la colaboración, apoyo y dedicación de varias personas, sin las que el tránsito por este camino hubiese sido más difícil, o, en todo caso, menos enriquecedor.

Gracias a la Universidad Central de Venezuela, por ser mi casa desde el primer día que puse un pie sobre sus espacios y hasta siempre. No imagino otro lugar que pudiese brindar tanto conocimiento entre las letras y en la vida. También agradezco a mi Escuela de Psicología, gracias por permitirme ver otros mundos, por conocer a tantos admirables profesores, por la oportunidad de hacer nuevos amigos, compañeros de camino. Gracias por los trasnochos, el fútbol sala, las siestas en los pasillos, el estudio constante, las reflexiones, las horas en la biblioteca, en fin, gracias por ser el nido en el que crecí y desde donde inicio mi vuelo.

Gracias a mi compañera de tesis por hacer más ameno el trabajo, por creer en esta idea y por mantenerse hasta el anhelado final, riendo, llorando y dedicando todo su admirable trabajo en esta experiencia inolvidable.

Gracias a Morelba Jiménez, nuestra tutora, por creer en el proyecto y, en especial, por su entrega en la defensa de los derechos de las mujeres. Su perspectiva, además de nutritiva, fue la llama que encendió varias reflexiones.

A Zulema, mi madre, cuya sencillez y vitalidad han sido, durante toda mi vida, el empuje y la esperanza. Siempre agradeceré su disposición ante la gente y su dedicación a todo lo que hace, no imagino mejor ejemplo que ella. Agradezco también a toda mi familia, cada vez más extensa y más hermosa: su presencia me ha permitido ver que la vida tiene múltiples maneras de percibirse, y que incluso en la soledad con ellos siempre hay compañía. Gracias Carlos, por ser el compañero que ha hecho posible compartir mis luchas y no aislarme en ellas, por ayudarme a descubrir un mundo nuevo y por seguir siendo siempre dos que caminan al lado.

Gracias a los recuerdos (en especial los de mi padre), gracias a mi pasado y a su gente, en fin, gracias a todos, los que directa o indirectamente participaron en este proyecto.

*Atalia Vilas*

“Yo, la callada, la colocada en el lugar oscuro, en la noche, en las tinieblas, yo la representada como cuerpo, como lo precedero, yo la transmisora de la muerte, yo la muerte misma, yo mujer/madre, YO HABLO.”

*Celia Ruiz Jerezano*

## RESUMEN

La violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que se basa en un trato deshumanizador y en la medicalización y patologización de sus procesos reproductivos. A partir de esto, la investigación se centró en identificar y definir las formas y consecuencias de la violencia en el contexto de la atención obstétrica y los significados que éstas tienen en el discurso de las mujeres. Por medio de un enfoque cualitativo, con orientación fenomenológica. Realizando entrevistas a cinco mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y los 30 años, primíparas o multíparas y con cualquier tipo de parto, informadas o no al respecto; atendidas en el servicio de puerperio de la Maternidad Concepción Palacios. Estas mujeres describieron diversas manifestaciones de violencia no contempladas en la Ley<sup>2</sup> y expresaron consecuencias psicológicas tales como la pérdida de autonomía y el uso inconsciente de defensas disociativas, así como una caracterización de sí mismas como tristes, desconsideradas y flojas, producto de su concepto de género.

**Palabras clave:** atención del parto, consecuencias psicológicas, género, maternidad, violencia obstétrica.

---

<sup>2</sup> Cfr. “Ley Orgánica del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”

## INDICE

	<b>pp.</b>
<b>PORTADA</b>	i
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	ii
<b>EPÍGRAFE</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b>	3
<b>2.1. Antecedentes históricos</b>	3
<b>2.2. Conceptos teóricos referenciales</b>	9
2.2.1. Medicalización del cuerpo femenino	9
2.2.2. Género: una categoría de análisis.	13
2.2.3. Violencia contra las mujeres basada en la inequidad de género	18
2.2.4. Violencia obstétrica	20
2.2.5. Consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica	26
<b>III. PROBLEMA</b>	29
<b>3.1. Planteamiento del problema</b>	29
<b>3.2. Objetivos</b>	30
3.2.1. Objetivo general	30
3.2.2. Objetivos específicos	30
<b>IV. MARCO METODOLÓGICO</b>	31
<b>4.1. Metodología</b>	31

<b>4.2. Dimensiones de estudio</b>	32
4.2.1. Formas de la violencia obstétrica	32
4.2.2. Consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica	33
4.2.3. Concepto de género	34
<b>4.3. Procedimiento</b>	34
<b>4.4. Recolección de los datos</b>	35
4.4.1. Tópicos de la entrevista	35
<b>4.5. Participantes</b>	36
<b>4.6. Análisis de los datos</b>	37
<b>V. RESULTADOS</b>	39
<b>5.1. Esquema intrasubjetivo</b>	39
5.1.1. Entrevista a Helena	39
5.1.2. Entrevista a Marina	44
5.1.3. Entrevista a Alicia	50
5.1.4. Entrevista a Dulce	52
5.1.5. Entrevista a Julieta	57
<b>5.2. Integración de categorías de acuerdo con los objetivos de la investigación</b>	62
<b>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	64
<b>6.1. Formas de la violencia obstétrica</b>	64
<b>6.2. Concepto de género</b>	70
<b>6.3. Consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica</b>	73
<b>VII. REFLEXIONES FINALES</b>	77
<b>7.1. Experiencia de las investigadoras</b>	77

7.2. Consideraciones finales	78
<b>VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>80</b>
<b>IX. REFERENCIAS</b>	<b>82</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>87</b>
10.1. Guión de entrevista	87
10.2. Carta de consentimiento informado	90



## I. INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres se remonta históricamente a la existencia de una cultura patriarcal, que promueve la hegemonía de la figura masculina como detentora de poder. Esta cultura se sustenta en la sumisión y subordinación femenina, perpetuando el silencio, la normalización y la invisibilización de estas acciones.

Desde el siglo XIX, ha existido una constante y progresiva lucha por parte de grupos de mujeres organizadas para evidenciar esta problemática, lo que permitió que posteriormente se incluyera en las agendas de investigación de las academias y en el trabajo de las organizaciones internacionales, las cuales lograron una mejora sustantiva en la condición de vida de las mujeres. Esta mejora se manifestó principalmente en el ámbito legislativo. Que incidió a la vez en su inclusión en el ámbito político y en las discusiones de interés público (FONGDCAM, s.f.). Tales avances permitieron visibilizar las múltiples formas de violencia que se ejercen sobre las mujeres que antes habían sido naturalizadas y aceptadas por su sola condición de ser mujeres y se encontró que la violencia ejercida contra ellas tiene múltiples formas y dimensiones, evidenciándose entre ellas la violencia obstétrica, como una forma más de violencia que se ejerce contra las mujeres en el contexto específico de la atención durante el embarazo y el parto.

La línea de investigación abierta en relación a esta forma de violencia, ha permitido llevar a cabo nuevos estudios que buscan poner en evidencia sus manifestaciones, los autores, las víctimas, las consecuencias físicas y su relación con la cultura. Han sido numerosos los logros en cuanto a respuestas y evidencias, pero aún se requiere de continuos aportes capaces de poner en cuestión y, al mismo tiempo, promover soluciones al tema de los derechos reproductivos. En otras palabras, buscan hacer visible lo invisible para proponer planes de acción que favorezcan la salud de las mujeres y sus hijos/hijas.

Partiendo del maltrato a las mujeres en el contexto obstétrico, esta investigación se centró en identificar las formas y consecuencias de la violencia en este ámbito, mediante entrevistas con mujeres que habían sido atendidas en la Maternidad Concepción Palacios y quienes relataron sus experiencias respecto al parto. Con base

en estos relatos se hizo un análisis cualitativo, intentando tener una visión desde la fenomenología de las mujeres en cuanto a las formas en las que se les violenta y las implicaciones que esto tiene para sus vidas, específicamente en el aspecto psicológico.

En este sentido la presente investigación logró que las investigadoras, a través del discurso de las entrevistadas, se aproximaran al mundo de su subjetividad, conformada por conceptos, valoraciones, descripciones y expectativas producto no solamente de sus vivencias sino de la integración de las mismas a su realidad psíquica y los efectos que el trato, a veces inadecuado, les deja como secuela del proceso del parto.

## **II. MARCO REFERENCIAL**

La violencia contra las mujeres se inscribe en ciertas concepciones culturales respecto a ambos géneros, lo cual ha influido negativamente en la vida de éstas. Uno de estos ámbitos se vincula a sus procesos reproductivos. A lo largo de este capítulo se exponen los antecedentes históricos y los conceptos referenciales que permiten una comprensión más amplia del problema de la violencia obstétrica.

### **2.1. Antecedentes históricos**

Concebir que existen prácticas que lesionan no solo los cuerpos, sino las mentes de las mujeres, ha sido y todavía es una lucha en la que los derechos humanos son, quizás, la máxima carta de presentación. Como se dijo, esta es una lucha contemporánea, pero está obligada a reconocer, estudiar y deconstruir ideas y pensamientos que se remontan a tiempos de la Grecia Antigua, e incluso antes. En este sentido, González y Delgado (2007) aseguran que el pensamiento mitológico contribuyó a diseñar los referentes que luego se transformaron en modelos de identidad de lo femenino (y lo masculino) los cuales han permanecido “sin alteración” y reproducidos en nuestra vida cotidiana. Entendiendo que las significaciones y valoraciones del orden de los sexos han funcionado como un troquel que ha servido para ratificar la dominación masculina, la inferioridad y la exclusión de las mujeres.

La historia de la humanidad, que es más bien la historia de los hombres dominantes, revela las múltiples formas de expresión de la misoginia, no solo por los golpes que reciben las mujeres, sino por la exclusión de los ámbitos de la vida pública, por la connotación de inferiores a la que no solo estaban sometidas, sino que se sometían. Tomando algunos ejemplos de las ideas de Homero, Aristóteles, Rousseau, Kant y Hegel, entre otros autores que aún influyen en el pensamiento y las acciones de la humanidad, se puede evidenciar como la mujer, lo femenino, se construye en función de la incapacidad de decidir, de la indefensión, de la dependencia, por lo que se la concibe incapaz de tomar acción, no apta para el

ejercicio de la ciudadanía, relegada entonces a los oficios de la vida privada, despojada de derechos y de su humanidad. Por su parte, Cobo (1995 c.p. González y Delgado, 2007) afirma que el espacio privado, al cual pertenecen las mujeres no es creador de derechos políticos, por lo que el poder se reparte entre los hombres, lo cual promueve una noción de sujeto político erigida sobre la sujeción de las mujeres. El modelo patriarcal se caracteriza por la exclusión y dominación de un sexo sobre el otro.

La exclusión de la vida pública, sin embargo, no ha impedido el avance y la reflexión acerca de los patrones sociales, los roles de género, los derechos y las relaciones de poder. Se podría decir que hay antecedentes históricos de la lucha feminista en lo que puede denominarse como la Ilustración, sin embargo, a efectos de esta investigación se tomará como referencia a un primer momento determinado por el logro del derecho al sufragio para todas las mujeres, a finales del siglo XIX y principios del XX; en un segundo momento, ya adentrado el siglo XX, en el que se trabaja, principalmente, por las reivindicaciones laborales; y el tercer momento, que se inicia en la década de los 90, cuando se desarrollan las actuales luchas por los derechos sobre la sexualidad y sobre la reproducción.

Producto del movimiento de las mujeres en el mundo se crearon varias organizaciones y divisiones especiales en pro de la defensa de los derechos de las mujeres y de la comprensión de sus problemáticas. Uno de estos avances fue que en 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la realización de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de la cual surgió la creación del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que se dedica a monitorear el cumplimiento de los acuerdos logrados por parte de los estados integrantes.

El interés por conceptualizar, visibilizar y penalizar la violencia contra las mujeres logra otro avance en la declaración de las Naciones Unidas Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), en su artículo 18, donde se expresa que: “(...) los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales (...)” y, posteriormente en la

convención de Belem do Pará (1994), donde se define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado”. (Art.1, pp. 5).

Luego de la Convención Belem do Pará, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su resolución 19, realiza una extensión de ese concepto incluyendo como violencia las amenazas de los actos mencionados en el artículo 1 de la Convención Belén do Pará, además de la coacción o la privación arbitraria de la libertad.

En Venezuela, la primera ley que se sancionó con el fin de amparar a las mujeres fue la Ley sobre la violencia contra la mujer y la familia (1998), la cual fue derogada y en el año 2007 se sancionó la ley vigente, denominada “Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, en la que se expresa que toda persona que humille, ofenda, aisle, amenace o atente contra la estabilidad emocional o psíquica de la mujer puede ir a prisión. Además se acota que todas las mujeres independientemente de su nacionalidad, origen étnico, religión o cualquier condición personal, jurídica o social dispondrá de los mecanismos necesarios para hacer efectivos los derechos reconocidos en la ley.

De acuerdo con González y Delgado (2007), la violencia hacia las mujeres no puede separarse de la noción de género porque se basa y se ejerce en y por la diferencia social y sexual entre los sexos. Los diferentes movimientos feministas han permitido visibilizar la violencia contra las mujeres, identificando sus diversas manifestaciones y principalmente, denunciándola.

Se ha evidenciado a través de la historia y gracias a las investigaciones, que la violencia contra las mujeres, en algún momento llamada violencia de género, se realiza en contra de éstas por su pertenencia al género femenino, es decir, se violenta a las mujeres por ser mujeres. Se entiende que los hombres también pueden ser víctimas de violencia, pero de otros tipos, no siendo su pertenencia al género masculino lo que propicia situaciones en las que éstos sean agredidos.

Sobre la violencia por la pertenencia al género femenino, más específicamente sobre la violencia obstétrica, se han realizado diversas investigaciones en Venezuela, con el fin de evaluar la acción de los médicos y el tipo de intervenciones realizadas, así como el conocimiento de las normas y el uso del consentimiento informado.

Una de las investigaciones se llevó a cabo con la participación de mujeres multíparas que tuvieron experiencia de parto en el Hospital Central de Maracay y en la Sala de Parto de Turmero, lugares donde la atención al parto se presta de distintas modalidades. Según Camacaro (2000), el Hospital Central de Maracay se caracteriza por su concepción interventora y medicalizada del parto, mientras que en la Sala de Parto de Turmero éste último es visto y trabajado como un proceso natural, por lo que la práctica médica se limita a la vigilancia y no a la intervención. La autora indica que las entrevistadas, a partir de los relatos de las dos experiencias (la de mujeres atendidas en el Hospital Central de Maracay y la de mujeres atendidas en la Sala de Parto de Turmero), fueron construyendo su propia visión de lo vivido en cada situación, generándose un conocimiento que permitió sistematizar un análisis comparativo de los impactos que ocasionan en la salud y en la vida de ellas un parto medicalizado y un parto natural.

El análisis de los discursos permitió encontrar marcadas diferencias en el trato recibido por las participantes en estas dos instituciones públicas. Lo estudiado acerca de la Sala de Parto de Turmero permite expandir las posibilidades de crear un ambiente agradable para el advenimiento de los niños, siendo necesario que en lugares como el Hospital Central de Maracay se reestructure la prestación del servicio obstétrico (Camacaro, 2000). Los resultados de la investigación, indicaron que en el Hospital Central de Maracay las mujeres se sintieron aisladas y abandonadas durante su trabajo de parto. Una vez que eran ingresadas a la sala de parto se les impedía la compañía y comunicación con su pareja, familiares y amigos/as. En la mayoría de los casos, se quedaban durante horas, inclusive días, con la ropa que llevaban puesta, postradas en camillas sin una sábana que las cubriera y sin posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas de higiene. En ocasiones tampoco recibían alimentos. En los testimonios de las mujeres atendidas en el HCM predomina la impotencia frente a ese

ambiente hospitalario. Quienes buscan atención se encuentran en la condición de que no saben frente a los/las médicos/as quienes no toman en cuenta lo que las pacientes dicen y sienten. Además, las mujeres estaban obligadas a parir en posición horizontal, mientras que en la Sala de Parto de Turmero son las mujeres quienes deciden en qué posición quieren o desean parir (predominando la vertical). En cuanto a la Sala de Parto de Turmero, la experiencia vivida por las participantes demuestra la posibilidad de lograr, en una institución pública, un ambiente acogedor. Por último, la autora encontró que en la Sala de Parto de Turmero algunas de las participantes sintieron extrañeza por la actitud respetuosa que observaron en médicos/as y en su visión del parto como un proceso natural. Algunas, además, manifestaron disgusto porque no las “ayudaban” a parir con sueros, episiotomías. Que no les dieran la posibilidad de parir sentadas, en cuclillas o en una posición de su preferencia. Estas manifestaciones son entendidas por Camacaro (2000) como muestras de la impronta que ha dejado el ejercicio de la medicina occidental en el imaginario colectivo de las mujeres y la sociedad y es también la enajenación de la autonomía corporal y psíquica, de la aceptación a la subordinación.

Siguiendo con la línea de las investigaciones, en Cumaná, Edo. Sucre, Urbaneja (2009) realizó una titulada “Primer estudio sobre violencia obstétrica”, en el que exploró y describió los conocimientos acerca de la Ley orgánica del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia que tenían, tanto el personal de salud como las mujeres que fueron asistidas en un lapso de siete días, en la Sala de obstetricia del servicio autónomo Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, además exploró los indicadores de violencia obstétrica (en función de la ley), que experimentaron las participantes de la investigación. Urbaneja (2009), concluyó que del total de mujeres encuestadas (140), a 64 se les practicó parto por cesárea y a 43 de estas mujeres no se le requirió el consentimiento voluntario expreso (firmado); 68 mujeres de las 76 que parieron en forma natural, lo hicieron en posición supina y con las piernas levantadas, siendo esta posición la menos adecuada para el parto. Según la autora, es posible evidenciar como el/la médico/médica se apropia del cuerpo de la

mujer y deciden por ella administrándole técnicas de aceleración sin su consentimiento.

Por último, debe mencionarse que el consentimiento informado<sup>3</sup>, elemento esencial en la prestación de un servicio de salud adecuado, ha sido parte de la investigación y disertación de diferentes autores, entre los que resulta importante destacar a Uzcátegui y Toro (2008) quienes se apegan a la definición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que señala que es aquél consentimiento "...que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda". De acuerdo con esta definición, el Consentimiento Informado (CI) constituye un instrumento que garantiza y protege la autonomía de la paciente, debiendo ser firmado antes del procedimiento o carecería por completo de valor legal. Por último, las autoras explican que el CI no exonera de una mala praxis, ni tampoco obliga al médico a ejercer una medicina a la defensiva.

Finalmente, es importante destacar que en Venezuela, el Consentimiento Informado (CI) está establecido en la Constitución y demás leyes de la República, además de estar contemplado en el Código de Deontología Médica en su artículo 69. Sin embargo, y aún cuando el CI está consagrado en los documentos señalados, se continúa omitiendo en la práctica médica cotidiana, siendo este un acto punible por el impacto que puede tener en la vida de la persona, a la que se le vulnera su derecho a decidir con la información adecuada.

---

<sup>3</sup> Sobre el consentimiento puede revisarse el trabajo de Camacaro, M. (2010). *La Obstetricia develada: Otra mirada desde el Género*. Caracas, Universidad de Carabobo. Autora que lo define como manera de legitimar las prácticas médicas.



## **2.2. Conceptos teóricos referenciales**

### **2.2.1. Medicalización del cuerpo femenino**

El cuerpo humano es una entidad física y psíquica, cultural, social e individual; su conocimiento y conceptualización tiene implicaciones políticas, religiosas y económicas, entre otras. De acuerdo con González (2001) “nuestro cuerpo, objeto de atención de nuestras instituciones de salud humana, trasciende los límites que circunda la piel que lo recubre. Nuestro cuerpo es un cuerpo material, y a la vez, un cuerpo representado”. Entonces resulta imposible hablar acerca de éste si falta alguno de los elementos recién mencionados.

Para la tradición grecolatina, tal como lo expresa González (2001), el cuerpo manifestaba la presencia de la divinidad en la tierra, predominando el culto al hedonismo, lo que en la Edad Media fue extensamente reprimido en aras de valorizar la excelencia de la vida espiritual, también como consecuencia reactiva a la decadencia y muerte de la cultura grecolatina. A lo largo de la historia de la humanidad se ha tratado al cuerpo como prioridad, o se le ha denigrado, sin poder integrarlo en todas sus dimensiones.

La representación de nuestro cuerpo según la psicología infantil se estructura paralelamente a la consolidación de la función yoica: se entiende que hay un cuerpo asumido cuando hay un yo estructurado. La vivencia más arcaica parte de una escisión corporal, que progresivamente va unificándose, aún cuando no exista una meta ideal. Sin embargo, es importante destacar que donde aún permanezca esa escisión, ocupará su lugar el mito y la fantasía (González, 2001).

Entendiendo que las mujeres tienen cuerpos y que éstos son medio y producto y que juegan un rol esencial en el proceso de reproducción, dado que es en éstos en los que puede desarrollarse un nuevo ser, se evidencia que la medicalización de la biología de las mujeres está íntimamente relacionada con la percepción del cuerpo y que toda percepción es fruto de la cultura y sus elementos (Gerard, 2008).

En general se presenta el cuerpo como algo ajeno, externo, que no es para vivirse como propio. Es urgente que las mujeres aprendan a conocerse a sí mismas, para que

sean ellas quienes puedan declarar si algo es normal o no en su cuerpo y volver a integrarse física, mental y emocionalmente, en aras de la conformación de un estado real de salud, entendiendo esta última no como una ausencia de enfermedad sino como bienestar general.

Continuando con la idea antes propuesta, Pizzini (1999) afirma que la imagen corporal expresa el estilo y el sentido de cada historia personal, donde, finalmente, la construcción de la imagen del cuerpo no depende sólo de lo individual sino también de lo social.

Ahora bien, entendiendo las implicaciones de lo corporal surge el cuestionamiento sobre el término medicalización, el cual hace referencia a la declaración de una situación como algo patológico o anormal, dado que no fue considerado dentro de las definiciones de normalidad, anteriormente, que genera deseos y necesidad imperiosa de corrección. Es a partir de la necesidad de corrección que surge lo que Gerard (2008) denomina como la connotación patriarcal de la medicina, que se concibe a sí misma como un campo legitimado para intervenir, es decir, interrumpir y corregir los procesos que identifica como fuera de esa norma.

Se entiende entonces que la práctica médica reproduce tradiciones de desvalorización y extrañeza frente a lo femenino, representado a través del cuerpo y sus procesos, entendiendo que los cuerpos de las mujeres nunca fueron la base de los primeros estudios de anatomía y que la normalidad anatómica se ha equiparado a lo observado en los cuerpos de los hombres.

Ante esta perspectiva, el cuerpo femenino es anormal y, por tanto, patológico. Gerard (2008) explica que bajo esta mirada los ciclos menstruales constituyen una variación no deseada de esta norma imaginaria; los embarazos se consideran un riesgo y los partos como situaciones a intervenir, lo que los configura como si no obedecieran a ritmos precisos que han sido fruto de años de evolución; también resulta la visión de la menopausia como una enfermedad y la puerta hacia la vida achacosa de la mujer vieja.

Se hace evidente entonces que existe una medicalización de la biología de la mujer y que esto a su vez se constituye en un sistema que refuerza el androcentrismo

y limita la exploración del cuerpo de la mujer como construcción integrada y poderosa.

Los cuerpos de las mujeres se convirtieron así en los objetos de conocimiento institucional, regulado e investigado por las juntas de varones que se ocupaban del campo de la salud, lo cual se ha mantenido aun cuando mucho tiempo después la mujer ha encontrado su lugar dentro de la medicina (Happlin, 1995).

La escisión respecto al conocimiento del cuerpo y la expansión del hombre en su conocimiento médico fue permitiendo que, ante el desconocimiento de las mujeres hacia sus propios cuerpos, la medicina (y en particular, el personal médico), tuviera el derecho a decidir cuál era la mejor forma de que estos cuerpos funcionasen, independientemente de lo que las dueñas de esos cuerpos pudieran articular como coherente con las señales que recibieran de ellos (Gerard, 2008). Se observa cómo ante la convicción de las mismas mujeres de que no saben nada sobre sí mismas, la medicina fragmenta, limita y manipula los procesos biológicos femeninos como otra más de sus manifestaciones de poder.

El embarazo y el parto son aspectos íntimamente relacionados con los cuerpos de las mujeres e inicialmente eran dominio de ellas. La figura de la partera era la encargada de la atención en estas situaciones. Sin embargo, una vez que el nacimiento se trasladó a los hospitales y, tal como lo indica Happlinn (1995), los hombres obtuvieron el derecho incontestable a mirar, las mujeres entregaron todo el control y conocimiento de sus cuerpos a la medicina, y por lo tanto a los hombres. Mediante un mayor uso tecnológico, y la exclusión de las mujeres en la educación y las tecnologías, los hombres ganaron, manteniendo el control sobre los cuerpos de las mujeres y su funcionamiento.

De acuerdo a lo anterior, la medicalización de los cuerpos de las mujeres resulta de una respuesta de la modernidad a la necesidad de control social sobre la actividad reproductiva de ellas. En este sentido, puede verse cómo durante el siglo XIX la reproducción humana se ha convertido en la continuación del dominio exclusivo de la intervención médica, a través del largo proceso de medicalización de la procreación, desde el embarazo hasta el momento del nacimiento (Pizzini, 1999).

Aunque las vivencias acerca de la sexualidad y de la reproducción son propiedad de cada ser humano, de hombres y mujeres, las prácticas y el control de estos se encuentran en manos de la medicina, que según Pizzini (1999) es un lugar privilegiado para una élite profesional que se caracteriza por una fuerte presencia masculina.

Se relega entonces la experiencia de las mujeres en la maternidad, la sexualidad y el embarazo, tomando como eje primordial el estudio y las definiciones médicas, conformándose una dinámica dialéctica de oferta y demanda.

Las mujeres se adhieren a la oferta médica cuando no logran aclarar su propia demanda, colocándose en una posición débil, pasiva, a lo que le sucede una práctica medicalizada, una respuesta atomizada, individual y no colectiva que se expande por el mundo (Pizzini, 1999).

Así la medicina, específicamente el campo de la ginecología diseñó protocolos que permiten al médico estudiar el cuerpo de las mujeres, separándolo de su identidad global. En palabras de Bourdieu (1998) es "...como si se tratara de neutralizar simbólica y prácticamente todas las connotaciones potencialmente sexuales del examen ginecológico (...) ritual que tiende a mantener la barrera, simbolizada por el cinturón, entre la persona y la vagina, jamás percibidas simultáneamente".

Se hace visible cómo el patriarcado, a través de la medicina, ha mellado profundamente en las mujeres a través de sus cuerpos, disociándolas de su identidad y reforzando su posición de objeto desvalorizado, anónimo y estático, que se mantiene y debe mantenerse pasivo y expectante ante aquél "doctor" que hábilmente y debido a su posición de poder, como aquel que ostenta el conocimiento actúa del otro lado de la cama de auscultación, del espéculo, del bisturí (Gerard, 2008).

Finalmente, se pueden enumerar tres ejes desde los cuales se sustenta el discurso simbólico de la medicalización del cuerpo de la mujer, (a) La *normalización* de ese cuerpo; (b) La *subordinación* y *objetivación* de las mujeres; y (c) El *control* del cuerpo de la mujer a través de la *fragmentación* de su experiencia corporal. En este sentido, Gerard (2008) afirma que se medicalizan los órganos y sistemas sexuales (porque salen de la norma al no ser masculinos) y se invisibiliza cualquier posibilidad

de diferencia entre hombres y mujeres, reforzando la construcción de categorías de aceptabilidad entre las mismas mujeres. Sigue sin tomarse en cuenta el impacto psicológico de esta normalización, percibida muchas veces como presión o invalidación por parte de las mujeres, y su consecuencia como factor adverso en procesos naturales como el parto.

La medicalización ha logrado que las mujeres no se atrevan a sentir, a escuchar o a ver sus cuerpos porque han aprendido que éste no les pertenece y, además han aceptado que un otro (médicos/médicas) podrá conocerlo mejor que ellas. Bajo estas condiciones, es fácilmente comprensible que las mujeres acudan a consulta. Han aprendido que ser mujer implica permitir que otros decidan sobre ellas y sobre sus cuerpos (Gerard, 2008). Se entiende que estas decisiones pueden ser dolorosas, atemorizantes, desagradables, pero están normalizadas e incluso invisibilizadas por el patriarcado, aun cuando en la actualidad las mujeres también ejerzan la medicina.

#### 2.2.2. Género: una categoría de análisis.

De acuerdo con Delgado (s.f., c.p. Lamas, s.f.) un acontecimiento es una relación entre algo que pasa y una pauta de significación que subyace. En este sentido, Lamas en función de lo expresado por Delgado, se plantea que esos fenómenos, entre otros aspectos, pertenecen a una misma trama de significaciones, a una red de interrelaciones e interacciones cuya gramática oculta se intenta reconstruir y cuya lógica debe desentrañarse haciendo intervenir categorías relativas al desglose sexual, es decir, a la construcción cultural de los géneros.

Según Lamas (s.f.) incluir una perspectiva de género implica dar cuenta de la simbolización de la diferencia sexual reconstruyendo la manera como la oposición hombre/mujer ocurre o se manifiesta en el imaginario. Entonces, según Lamas (s.f.) lo que define al género es la acción simbólica colectiva, es decir que gracias al proceso de constitución del orden simbólico en una sociedad, se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres.

Según Lamas (s.f.) la lógica del género representa una especial dificultad debido a su institucionalización inscrita por milenios en la objetividad de las estructuras

sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales, por lo que es posible usar como instrumentos del conocimiento, categorías de la percepción y del pensamiento:

El orden social masculino se encuentra tan profundamente arraigado que no requiere justificación: se impone a sí mismo como autoevidente, y es tomado como "natural" gracias al acuerdo "casi perfecto e inmediato" que obtiene de, por un lado, estructuras sociales como la organización social de espacio y tiempo y la división sexual del trabajo, y por otro lado, de estructuras cognitivas inscritas en los cuerpos y en las mentes (Bourdieu, 1992 c.p. Lamas, s.f.)

Lamas (s.f.) indica que siguiendo el pensamiento de Foucault, si aceptamos que el cuerpo es un territorio sobre el que se construye una red de placeres e intercambios corporales, a los que los discursos dotan de significados, es posible pensar que las prohibiciones y sanciones que le dan forma y direccionalidad a la sexualidad, que la regulan y reglamentan, pueden ser transformadas.

El género entendido como herramienta analítica, enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad considera los componentes de género y su interacción con otras variables (nivel educativo, clase social, momento histórico), contribuye a comprensiones menos reduccionistas de la realidad, así como a la posibilidad de mejorar la calidad de la atención en salud (Camacaro, 2000).

En cuanto al género se ha dicho mucho, y desde diferentes puntos de vista; inicialmente se asociaba con sexo, por lo que se concebía que la expresión biológica de las características sexuales fueran las definitorias del género. Sin embargo, desde hace un tiempo se ha abierto la discusión sobre la posibilidad de que género y sexo se refieran a aspectos distintos y no a lo mismo. En este sentido, Huggins (2005) se refiere al género como una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con las características sociodemográficas, a partir de las diferencias biológicas de los sexos.

De acuerdo con el concepto anterior, se puede vislumbrar un enfoque de género que hace referencia a lo intersubjetivo, lo relacional y lo histórico, es decir, en palabras de Huggins (2005), haciendo énfasis en la forma en que lo femenino y lo masculino se interrelacionan en la cultura en un momento histórico particular y/o a través de la historia. Es así como el enfoque de género permite concebir que los

patrones y los roles de lo masculino y lo femenino no son estructuras naturales sino que tienen que ver con la cultura, con el momento histórico, y que por tanto pueden cambiarse.

Dentro de esta perspectiva de género se comprende que existe una socialización diferenciada, lo cual implica que lo masculino y lo femenino son aprendidos de formas diferentes y que tienen implicaciones muy profundas en cada persona. En este sentido, se toma en cuenta la forma en la que lo femenino (en oposición a lo masculino) es degradado, socavando las posibilidades de que las mujeres puedan concebirse y manejarse como personas con derechos y posibilidades más allá de los preestablecidos.

La categoría del género es por excelencia una construcción social, que comprende una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que se toman como referencia para diferenciar a hombres y mujeres (Burin, 1996). Estas redes datan de los tiempos más remotos y una de sus manifestaciones más claras se halla en los papiros egipcios de Kahun y Ebers (1900 a de C.), que son los documentos más antiguos sobre conocimientos médicos. En ellos se describe a la mujer como la habitación de un ser maligno, responsable de las migraciones del útero, que produciría toda clase de enfermedades, en otras palabras, el cuerpo de un ser endemoniado (Aponte, 2008).

El género, entonces, ha servido para designar lo que es ser mujer y lo que es ser hombre. Huggins (2005) explica en un desarrollo teórico que el concepto de género delimita el desenvolvimiento tanto del hombre como de la mujer dentro de la sociedad. Para desarrollarlo con mayor claridad explica que el género es: sexo  $\neq$  género, una construcción social, algo simbólico, normativo, relacional, jerárquico, una articulación y algo histórico.

- Cuando la autora dice que sexo  $\neq$  género, hace referencia a que hay una tendencia a expresar que el género se remite a lo construido socialmente o, en otras palabras, lo simbólico, mientras que el sexo es reflejo de un componente biológico; esto pese a que realmente el sexo también se construye socialmente.

- En cuanto al género como construcción social, habla de que la construcción de la identidad de género tiene cabida desde los principios de la infancia, ofreciéndose pautas de socialización a niños y niñas. Estas pautas son impuestas por los padres, y más tarde por la escuela, la iglesia, la comunidad y las leyes. Se inculcan así estereotipos, valores y creencias. Sobre lo que significa ser mujer u hombre, que contribuyen a formar la socialización diferencial de hombres y mujeres. Esto implica básicamente la construcción de roles e identidades femeninas y masculinas.
- Lo simbólico en el género se manifiesta en el empleo de mitos o falsas creencias sobre lo propio de lo femenino y lo masculino, definiendo contenidos que se adjudican socialmente a los estereotipos sobre cada uno y a las pautas de las expectativas de su rol. El lenguaje constituye la principal herramienta para poner de manifiesto estas construcciones. Así, por ejemplo, se define al hombre en palabras como competente, proveedor, líder y activo, mientras que para la mujer se utilizan adjetivos como incompetente, ama de casa, elemento de apoyo, pasiva y más.
- Para explicar el componente normativo del género puede retomarse lo que se ha planteado anteriormente y que consiste en que las pautas para lo femenino y para lo masculino ya están establecidas, desde antes del nacimiento de las personas, dentro de la sociedad. De esta manera, las expectativas, responsabilidades, deberes y derechos establecidos para hombres y mujeres afectan su capacidad para participar en los procesos sociales, económicos y políticos de su medio. Todas aquellas acciones que estén fuera de lo establecido serán condenadas. Así, por considerar que la mujer está hecha para el espacio privado, si ella sale a la calle y es violada esto se debe a que ella se encuentra en un territorio que no le pertenece y, por ende, “ella se lo buscó”.
- Sobre lo relacional, la socialización implica siempre el aprendizaje de las pautas sociales que determinan la posición del otro, es decir, el hombre es lo que la mujer no es, por lo tanto, lo que el hombre hace es lo que la mujer no hace.



- El aspecto jerárquico habla de una relación de poder, donde el hombre es el líder, la figura pública, mientras que la mujer representa el agente pasivo a la luz pública y la figura de apoyo de aquel líder que se ubica en el espacio privado porque no tiene las mismas capacidades del hombre.
- La articulación explica que el término género ha sido incluido dentro de categorías sociales que tienen como principal fin la discriminación de las personas. Así, por ejemplo, está la categoría de etnia, que se refiere a la cultura de origen y que es siempre puesta en discusión con la raza, pero igual es discriminativa: “lo que es él yo no lo soy”. De igual forma funciona el concepto de género: ser mujer es algo diferente de ser hombre.
- En lo histórico, finalmente, se habla del espacio y del tiempo, lo cual implica que los procesos sociales, políticos, económicos y culturales tienen lugar en los distintos momentos históricos y van a afectar la conceptualización de género dominante dentro de una sociedad. Hoy en día, debido al desarrollo de las tecnologías, es más fácil que un concepto de género tenga mayores puntos en común entre una cultura y otra. Por otro lado, la condición histórica del género también hace referencia a un espacio que ubica a la mujer en lo privado y al hombre en lo público.

Debe tenerse en cuenta que estas características explicitadas por Huggins no funcionan individualmente, sino que se interrelacionan para conformar lo que se conoce como concepto de género. Esta es una separación que se ha realizado buscando especificar de qué se está hablando cuando se hace referencia al concepto de género.

La comprensión del género sirve como una categoría de análisis capaz de evidenciar la forma en la que las mujeres que participaron de esta investigación se relacionan con los otros, al mismo tiempo que permite dilucidar los conceptos que tienen de sí mismas, de las mujeres en general y de los hombres.

### 2.2.3. Violencia contra las mujeres basada en la inequidad de género

Tomando como punto de partida la diferenciación de género y la degradación histórica de lo femenino, surge un fenómeno que expresa la desigualdad entre géneros y, más allá, el uso del poder sobre los más débiles. En este sentido, Carcedo y Molina (2003) afirman que: “la concepción de género ignora las estructuras de poder asimétricas entre hombres y mujeres en la sociedad, que coloca a las mujeres en posiciones de discriminación real frente a los hombres”, entendiendo que dichas estructuras de poder tienen como consecuencia la desigual socialización de género. Además, las autoras explican que para desarrollar aspectos sobre violencia de género, sin obviar lo antes mencionado debe precisarse que se trata, específicamente, de violencia contra las mujeres basada en la inequidad de género.

Debe entenderse que la violencia se puede clasificar según la persona que la sufre: mujeres, niños, ancianos, hombres; según la naturaleza de la agresión: física, psicológica, sexual, o de cualquier tipo.; según el motivo: político, racial, entre otros.; según donde ocurre: la casa, el trabajo, la calle. A su vez, de acuerdo con Del Olmo (2000, cp. Huggins, 2005) las violencias que se desarrollan en las ciudades tienen actores, formas y móviles variados y multicausales por lo que cada una de ellas se construye en escenarios sociales particulares (la familia, la escuela, el barrio, entre otros.).

La violencia es un acto intencional, dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a otro, ya sea física o psicológicamente, que por lo general es realizado por personas que detentan el poder mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica o política (Red Nacional de Refugios de México, 2011).

En este sentido, la Asamblea General de las Naciones Unidas define la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Art. 1 Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1994)

Debe saberse que respecto a la violencia contra las mujeres se ha estudiado desde la naturaleza que pueda tener ésta, los tipos de agresores y los mecanismos de salida, hasta las consecuencias tanto físicas como psicológicas que pueda tener en las víctimas.

En Venezuela, la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se aprobó en la Asamblea Nacional, y entró en vigencia el 17 de septiembre de 2007. Esta Ley define en el Art. 14 la violencia contra las mujeres de la siguiente manera:

La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente Ley, comprende todo acto sexista o conducta inadecuada que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado.

Para entender la definición legal de la violencia contra las mujeres es necesario referirse a la dinámica cultural e inconsciente que la sustenta. En este sentido, Villegas (2009) afirma que: “el patriarcado es la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres, los niños, las niñas y, por tanto, la ampliación de este dominio masculino sobre nuestra sociedad en general” (pp. 125-126). Relacionando esto con las diferencias basadas en el concepto de género, se puede encontrar que éstas han tenido lugar debido a una ideología patriarcal en la que han procurado colocar a la mujer como un ser inferior al hombre, y es por eso que lo que se suele hablar de las mujeres se produce en función de las fantasías que los hombres tienen sobre lo que representan éstas. Hay en los hombres una concepción misógina de lo que son las mujeres, cuyo trasfondo inconsciente se basa en un odio a la otredad por implicar un resto angustiante, al poner a lo femenino en contraposición con lo fálico (Pignatiello, 2007). Entiéndase por misoginia el odio a la mujer y la búsqueda inconsciente su destrucción (Cazés y Huerta, 2005).

Cabe resaltar que en esta esfera de la construcción de desigualdades de género se presenta también la participación de las mujeres. Ellas también forman parte de la realidad en la que los hombres representan el falo y, por ende, lo idealizado. De esta

manera, las mujeres visualizan a los hombres como seres omnipotentes a los que quieren relacionarse (Pignatiello, 2007).

Además de lo anterior, es necesario tener presente que toda violencia contra las mujeres basada en su pertenencia al género, es violencia simbólica en el sentido de que implica relaciones de poder desiguales histórica y culturalmente establecidas entre hombres y mujeres. Estas relaciones tienen su origen en pautas culturales, prácticas, estereotipos y representaciones que construyen los cuerpos de una manera determinada, inscribiendo en ellos unas significaciones culturales y sociales (Blanco, 2009). En este sentido, toda dominación simbólica en la que se instituye tal construcción social del cuerpo se fundamenta, se construye y se relaciona con la etnia, el sexo, la lengua y la religión.

Lo anterior permite vislumbrar la forma en la que la violencia contra las mujeres tiene implicaciones en sus cuerpos y en sus procesos reproductivos.

#### 2.2.4. Violencia obstétrica.

Etimológicamente, la palabra obstetricia proviene del latín Teatricus-Teatrica-Teatricum (adj.): sombrío, severo. Taetre: raíz original que quiere decir “vergonzosa, indignante, de una manera repugnante”. Taeter, Taetra, Taetrum: “horrible, repugnante, asqueroso”. Y Obs que significa “el que se ocupa de”. Entonces, el Obstetra sería el que se ocupa de lo vergonzoso, lo indigno, lo repugnante (Camacaro, 2000). De manera que la rama de la medicina que se encarga de atender el proceso de embarazo y de asistir a las mujeres durante el parto, está dotada de una carga semántica sombría, que aunque parece no conocerse de forma popular, se expresa de muchas otras. Por ejemplo, el parto natural solía ser en cuclillas, sin embargo Mauriceau, hombre y francés, tuvo la conspicua idea de imponernos la posición acostada, como la mejor manera de parir; asumiéndose así por los médicos de ahí en adelante, aun cuando dicha medida se desarrolló con la finalidad de resolver la incomodidad de los médicos. Oponiéndose a la ley de gravedad, la anatomía corporal y favoreciendo al/la médico/a e invalidando a las mujeres (Camacaro, 2000).

De acuerdo con Camacaro (2000), reconocer la naturalidad del parto coloca a los médicos/as de este siglo en el filo de una profunda contradicción e interrogante en torno a la utilidad de lo aprendido frente a la naturalidad del parto. Y la solución encontrada hasta el momento es resolver con cesáreas, sueros, episiotomías y otras prácticas médicas, por la dificultad que representa bajarse del pedestal del saber y redefinirse como profesionales. En este sentido, resulta crucial la evaluación y la crítica que permitan y apunten hacia el avance de la medicina en pro de la autonomía de las mujeres y de la mejora de los servicios de salud.

La violencia obstétrica en Venezuela es definida por la Ley Orgánica sobre el Derecho de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2009), en el artículo 15, como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (pp. 22-23).

Por su parte, Marton y Echazú (2010) dicen que referirse a violencia obstétrica es hablar de intervenciones compulsivas que el personal de salud realiza de forma rutinaria sobre la mujer, que en calidad de parturienta es considerada y tratada como enferma.

La violencia obstétrica suele verse acompañada de la violencia psicológica y de la violencia institucional. La primera abarca toda conducta llevada a cabo o dejada de hacer que consista en tratos humillantes, ofensivos y/o amenazantes que afectan la integridad de las mujeres llevándolas a disminuir su autoestima, perturbar su desarrollo e incluso llevándolas a la depresión o al suicidio. La segunda, que es la de tipo institucional, se refiere a las acciones y omisiones por parte de las autoridades, profesionales y funcionarios de cualquier agente público que retarden u obstaculicen su acceso a las políticas públicas y, por ende, a una vida libre de violencia (Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2009).

En cuanto a la violencia psicológica, Villegas (2009) menciona distintas manifestaciones de agresión verbal que surgen dentro de la sala de parto contra la

parturienta, los denomina como los “famosos gritos del personal de salud”. Estos gritos contienen frases como: “ahora sí te duele”, ‘ahora sí vas a gritar’, ‘cuando lo hacías no te quejaste’, ‘abre las piernas bien, floja’, ‘deja la quejadera’ (p. 137). Villegas aclara que este tipo de violencia se ve con mayor frecuencia en el sector público de la atención médica, pero que en el privado se experimenta violencia por el exceso de cesáreas que se practican. Este punto del exceso de cesáreas se desarrollará más adelante.

La Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia (2009), en su artículo 51, expone que serán considerados como violencia obstétrica todos aquellos actos, realizados por el personal de salud, que consistan en:

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

De acuerdo con lo expuesto por Villegas (2009) en Venezuela se han establecido límites para toda acción que evidencie violencia haciendo uso de las leyes por escrito; en ellas se define una penalización para quienes incumplan las normativas. No obstante, en las prácticas clínicas es común encontrarse con acciones que perjudican la salud de la mujer que va a dar a luz, así como la del niño que está por salir del vientre materno.

Se han realizado diversas investigaciones acerca de la cantidad y las formas de las malas praxis y las consecuencias que estas pueden tener. A partir de los resultados

encontrados la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha dado a la tarea de limitar prácticas tales como: obligar a las mujeres a parir acostadas, inducir los partos por conveniencia, romper prematuramente la bolsa amniótica, administrar oxitocina sintética (pitocín) para acelerar el parto, cortar prematuramente el cordón umbilical, afeitar el pubis y poner enema de forma rutinaria, separar a las mujeres de sus hijos al nacer, aceptar ciegamente el uso de la tecnología, crear un ambiente carente de intimidad en torno a la parturienta y practicar la episiotomía de forma rutinaria (Fernández, 2006).

En el caso de la episiotomía, se ha comprobado que ésta técnica no ayuda al bebé a salir ni evita desgarros, sino que más bien podría causar disfunciones sexuales en las mujeres a largo plazo (Fernández, 2006) y, en el caso de la posición de parto, la vertical ofrece facilidades en el trabajo de parto de la mujer, ya que hace que el peso y la presión de la cabeza del bebé presione los músculos pélvicos de la madre, contribuyendo así a que se dé la relajación y la dilatación de los estos. De igual modo, esta presión produce un impulso nervioso que estimula a la glándula hipófisis para que descargue oxitocina, apurando el parto de manera natural y espontánea, haciéndose así innecesario el uso de pitocín (Villegas, 2009).

Los partos horizontales con sueros intravenosos, realizados para garantizar una forma rápida de actuar en caso de emergencia, pueden dificultar el libre transitar de las mujeres. En palabras de Camacaro (2009), mientras la mujer está acostada sobre su columna se presionan los vasos sanguíneos dorsales, reduciéndose la presión sanguínea, que no logra llevar oxígeno suficiente al feto, de esta manera las contracciones y la dilatación se hacen más lentas, por lo que se hace necesario el uso del oxitócico para aumentar las contracciones y, al aumentarlas, son más dolorosas, lo cual, a su vez, intensifica el estrés de las mujeres y de quienes las atienden. Asimismo, hay un aplastamiento de los nervios de las piernas por la presión que las mismas mujeres ejercen al estar montadas y colgadas de los estribos de la cama de parto y, sumado a todo esto, en ocasiones se hace uso de la episiotomía sin que haya una necesidad real debido a que el feto, en la posición horizontal, no ejerce presión

suficiente sobre el periné de la madre (Villegas, 2009) y no se da el proceso natural (anteriormente descrito) que tiene lugar gracias a la posición vertical en el parto.

Otra práctica que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha denunciado es el uso frecuente de la cesárea como forma de parto (superando el 15%) que esta entidad ha establecido como límite aceptado a nivel mundial; específicamente en América Latina están los índices más elevados de cesáreas, con un rango entre 16% y 40%.

Respecto a la cesárea Uzcátegui (2010) la define como el nacimiento del feto a través de la incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en el útero (histerotomía) y, al mismo tiempo, plantea que las limitaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud se deben a las complicaciones que suelen presentarse, como infecciones (endometritis, absceso de pared), íleo paralítico, complicaciones anestésicas, hemorragias, infección urinaria, lesiones intestinales, lesiones de la vejiga (sobre todo las cesareadas anteriormente), anemia, y está la posibilidad de que se afecte el futuro obstétrico de la mujer.

En la decisión de optar por una cesárea debería primar siempre el criterio clínico, la vía que asegure un mejor resultado para ambos pacientes (madre y bebé), y en los casos de complejidad sería también válida la consideración de la autonomía de la madre. Actualmente, con la progresiva disminución de las complicaciones de la operación cesárea, la manera adecuada para disminuir la frecuencia de esta operación debe ser instaurando medidas que fortalezcan el deseo de la paciente y del médico por obtener un parto normal (Besio, 1999).

En su trabajo, Uzcátegui (2010) enumera posibles causas por las que la cantidad de cesáreas supera lo propuesto por la OMS, siendo las más relevantes:

- Utilización de la cesárea en presentaciones podálicas, hasta un 92,5 %.
- Factores socioeconómicos, clases media alta y alta piden la cesárea, se les ha vendido como lo mejor.
- Baja paridad; casi la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas que tienen más riesgo de cesárea.
- Edad materna en promedio está elevada y la frecuencia de la cesárea aumenta con el avance de la edad.



- Vigilancia fetal por medios electrónicos que a veces no son bien interpretados por falta de preparación o experiencia.
- Falta de entrenamiento obstétrico: es más fácil hacer una cesárea.
- Escasos partos vaginales en cesáreas previas.
- Inducción del parto, lo cual aumenta el riesgo de cesárea.
- Disminución de partos instrumentales.
- Obesidad y ganancia excesiva de peso de la parturienta.
- Solicitud de las mujeres o familiares, para no tener dolores de parto o por estética.
- Partos pre término.
- Herpes genital activo.
- Con el empleo de antibióticos se han disminuido las complicaciones de las cesáreas.
- Esterilización quirúrgica (los seguros no pagan la intervención) y por tanto se recurre a la cesárea para realizarla.
- Los médicos quieren disminuir el estrés, no de la mujer, sino el propio.
- Preocupación por litigios por mala praxis (en otros países).

Con respecto a las presentaciones podálicas, Villalobos (2001) halló que es seguro practicar parto normal en estos casos, entendiéndose por presentaciones podálicas o de nalgas la posición del feto en donde su polo pelviano se encuentra en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna, mientras que la presentación cefálica de vértice, que equivocadamente es la única posición aceptable del feto para practicar parto vaginal, consiste en que la cabeza del bebé se encuentra posicionada hacia el estrecho superior de la pelvis materna.

Se observa que no solamente por la problemática del exceso de cesáreas sino también por las prácticas cotidianas en su ámbito laboral, las comodidades del/la médico/médica se ubican no solamente en su bienestar económico (de gasto de energía y monetario) sino también en su buena adaptación. Lo que se quiere decir con esto es que la medicina ha visto a las mujeres como seres inferiores desde tiempos ancestrales y ha formado a sus discípulos bajo esta concepción de género, en la que las mujeres son pasivas y, particularmente, son vistas como responsables de la reproducción y la nutrición (Aponte, 2008).

En Venezuela se llevó a cabo un estudio sobre la tendencia a patologizar el parto en lugar de abordarlo como un proceso natural que, en otras palabras, no es una enfermedad. A través de entrevistas profundas realizadas a médicos y médicas, Camacaro (2009) encontró entre los discursos que en la formación en pregrado y postgrado se prepara al estudiante bajo una postura que tiende a la medicalización de los procesos reproductivos y muchos de ellos se sienten perdidos sin la confianza que tienen en las funciones de la estandarización de las rutinas. En relación con esto, quienes manifestaron mayor preocupación por el bienestar general de las mujeres y por el cumplimiento de sus derechos humanos aseguran ir en contra de la corriente, en contra de lo esperado para su gremio dentro de las prácticas médicas.

Finalmente, debe señalarse que un indicador extremo de la violencia obstétrica es la mortalidad materna, la cual según Ortiz, Quintero, Mejía, Romero y Ospino (2010), ha sido el punto de partida para investigar la calidad de la salud materna, dado que el conocimiento de las circunstancias que llevan a una muerte materna permite identificar los factores relacionados con aspectos clínicos, comunitarios y de salud pública.

#### 2.2.5. Consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica.

Las investigaciones sobre violencia obstétrica han indagado sobre el conocimiento de las leyes que amparan a las mujeres y sobre el tipo de práctica y las formas posibles en las que puede verse. Además, se han estudiado las consecuencias tanto físicas como psicológicas del maltrato y la violencia durante el embarazo, específicamente por parte de la pareja o el grupo familiar, encontrando que genera problemas a nivel físico tanto a la madre como al bebé y posibles trastornos a nivel psíquico a la mujer que la experimenta.

En general, sobre la violencia se intenta evaluar y establecer diagnósticos (Trastorno de estrés postraumático, Depresión mayor, entre otros), pero poco se conoce acerca de cómo viven las mujeres la violencia, qué experiencias tienen sobre esto y cómo se manifiesta en su subjetividad. Se cree que los aspectos

fenomenológicos, la vivencia de estas mujeres y cómo hablan acerca de la violencia obstétrica resultan fundamentales en la comprensión del fenómeno.

Sigue abierta la interrogante respecto a las consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica, más allá de la tipificación y ubicación dentro de categorías diagnósticas. En este sentido es necesario precisar que la palabra violencia indica una determinada forma de proceder que ofende y perjudica mediante el uso excesivo de la fuerza, que connota cualquier tipo de coacción que obliga a realizar alguna acción en contra de la voluntad. La violencia constituye toda agresión material o simbólica que afecta a las mujeres en su dignidad e integridad moral y física (González y Delgado, 2007).

Un acercamiento hacia la comprensión del efecto que puede tener en una mujer la medicalización del parto y la separación temprana de su bebé, entre otras prácticas, lo indican González y Delgado (2007) cuando afirman que uno de los principales efectos de la violencia de género expresados en la vida cotidiana es el quebrantamiento de la identidad y la alienación del pensamiento, lo que deviene en desestructuración psíquica, perturbando e impidiendo reaccionar frente a la agresión.

La violencia obstétrica perpetúa las pautas de dominación, inhibiendo la capacidad de respuesta y la autonomía de las mujeres, convirtiéndolas en pacientes e impidiendo su pleno desarrollo.

Se arrasa con lo que las conforma como persona, provocando una suerte de indefensión, una pasividad sellada por fuertes representaciones que condicionan formas de ser, de pensar y de actuar, ante el embarazo y del proceso del parto. González y Delgado (2007) caracterizan esto como “los sellos arquetipales que nos construyeron como lo otro, sumisas, temerosas, vulnerables, débiles, pasivas, indefensas, histéricas, fantasmales, falsas, vacías, sin ideas... entre muchos otros calificativos”.

Según Pierre Bourdieu (2000, c.p. Lamas, s.f.) :

Las mismas mujeres aplican a cualquier realidad y, en especial, a las relaciones de poder en las que están atrapadas, unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones y que se explican en las posiciones fundadoras del orden simbólico.

La atención obstétrica violenta reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica para afrontar sus procesos reproductivos. Hoy, la salud reproductiva de la mujer está intervenida por el poder médico, enajenando el cuerpo de la mujer, lo que ha traído como consecuencia la pérdida de su autonomía y la dependencia, marcando un hito de profundas repercusiones negativas en la vida de las mujeres (Camacaro, 2009).

El embarazo y el proceso de parto son situaciones vitales que generan sentimientos muy profundos y que por ser eventos particulares requieren de una atención adecuada por los efectos que puede tener sobre las mujeres. En este sentido, la presencia de personas que brinden apoyo a las parturientas es tan importante que en investigaciones realizadas en Guatemala en mujeres pobres que daban a luz en hospitales, se comprobó que la presencia de una acompañante (doula) durante el parto creaba un factor que aceleraba el trabajo de parto y reducía las necesidades de cesáreas. Estas doulas eran mujeres que tenían entrenamiento especial y hablaban el mismo lenguaje de las pacientes, estaban a su lado desde la admisión hasta el nacimiento y les otorgaban apoyo y afecto (ISIS Internacional, 1993 c.p. Camacaro, 2000).

A partir de lo antes descrito, se ha podido vislumbrar (de forma referencial) cómo a las mujeres se les ha impedido el conocimiento de sus cuerpos, así como la participación activa en los procesos de decisión sobre su actividad sexual y reproductiva. Esto ha derivado en prácticas que perpetúan la sumisión de las mujeres, restándoles protagonismo durante el parto y haciendo caso omiso al dolor y las quejas de éstas, resultado de un sistema de salud inadecuado y de la patologización de los procesos reproductivos.

### **III. PROBLEMA**

En este capítulo se delimita el problema de investigación y los objetivos generados a partir de éste, por medio de los se intentará responder a la pregunta del estudio.

#### **3.1.Planteamiento del problema**

La violencia obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que se basa en un trato deshumanizador, en la medicalización y en la patologización de sus procesos reproductivos. Como se ha visto a lo largo del capítulo correspondiente al marco referencial, se han realizado investigaciones acerca de las prácticas y concepciones médicas respecto a la atención obstétrica, el manejo de las leyes que amparan a las mujeres en el marco de su salud sexual y reproductiva, las consecuencias físicas sufridas por éstas y sus bebés a partir de las malas praxis, y los trastornos mentales asociados a un parto traumático, entre otros. No se han realizado, sin embargo, investigaciones sobre las consecuencias psicológicas que tiene la violencia obstétrica sobre las mujeres de forma amplia, entendiendo que estas consecuencias no sólo están asociadas a la posible depresión y otros trastornos que puedan evaluarse a través de instrumentos, sino que incluyen realidades, experiencias y sentimientos profundos.

Estas vivencias que tienen de sus partos van de la mano con el medio cultural del cual estas mujeres forman parte, sus características personales y demás aspectos que conforman su subjetividad, como también, el significado que le otorgan a la maternidad, su concepto de género, entre otros aspectos producto de sus características de personalidad y su entorno sociocultural y económico. Por otro lado, hay una dimensión de la maternidad que está relacionada con las expectativas respecto al/la hijo/hija y a la relación con éste/ésta, al momento del parto e incluso a los primeros momentos en los que se encuentran madre e hijo/hija; esta dimensión, no puede ni debe entenderse como algo único de la madre y que no tiene relación con el mundo exterior, sino que debe comprenderse como una dialéctica entre la madre, sus deseos, su subjetividad y ese mundo y experiencias que vive.

Para el avance en materia de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, es importante la comprensión de lo antes mencionado, dado que se ha tendido a

naturalizar las prácticas violentas contra las mujeres, pasando este fenómeno a formar parte de la realidad esperada. Las acciones que atentan contra la integridad de las mujeres en la sala de parto se invisibilizan a los ojos de los practicantes, los testigos y hasta de las mismas pacientes.

La presente investigación pretende ir más allá de lo obvio de la violencia obstétrica y ver qué hay tras la narración de estas experiencias vividas, evidenciadas en los discursos de las mujeres, en términos de su subjetividad. Se pretende hacer visible lo invisible. Se estaría contribuyendo así con una línea de investigación que luego procure encontrar medios alternativos de prevención de la violencia obstétrica y de atención en casos en los que esta suceda.

La pregunta base de este estudio es entonces la siguiente:

¿Cuáles son las formas de violencia que se presentan en el contexto de la atención obstétrica y las consecuencias y significados asociados a estas, a partir del discurso de las mujeres?

### **3.2.Objetivos**

#### 3.2.1. Objetivo general

Identificar y definir las formas y consecuencias de la violencia en el contexto de la atención obstétrica y los significados que estas tienen en el discurso de las mujeres.

#### 3.2.2. Objetivos específicos

- Identificar las formas de violencia que se presentan en el contexto obstétrico y los significados asociados a las mismas.
- Identificar las consecuencias experimentadas y percibidas respecto a la violencia obstétrica.
- Describir las características de la relación entre la mujer embarazada y el personal de salud en la que se inscribe la violencia.
- Identificar en el discurso de las mujeres los elementos que constituyen su concepto de género y que repercuten en la significación de las formas de violencia obstétrica vividas.

## IV. MARCO METODOLÓGICO

Hablar de las personas y sus vivencias implica aclarar la perspectiva de la que se parte y delimitar algunas consideraciones previas que encaminen la comprensión del trabajo a realizar. A continuación se explicita el tipo de metodología utilizada, las dimensiones que comprende el estudio, el procedimiento realizado, el modo de recolección de los datos, las características de las participantes y la forma de análisis de la información obtenida.

### 4.1. Metodología

El presente trabajo se realizó con una metodología cualitativa que, en palabras de Martínez (2006), se fundamenta en la intención de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, es decir, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. En este sentido, debe resaltarse que el diseño de esta investigación se enfocó hacia una consideración compleja de la realidad que experimentaron mujeres en período de puerperio<sup>4</sup>, atendidas en la Maternidad Concepción Palacios; lo cual parece inapropiado para plantearse mediante un enfoque cuantitativo.

Esta investigación procuró una comprensión del problema de la violencia asociada al proceso del parto<sup>5</sup> y/o cesárea como un área compleja y amplia en la que pueden conjugarse problemas diversos e íntimamente entrelazados que no pueden considerarse de manera aislada.

Se entiende la complejidad no como dificultad, sino, de acuerdo con el pensamiento de Morin (1995), una visión amplia y multidimensional de los fenómenos, lo cual se sitúa en un punto de partida para una acción más rica y menos mutilante, es decir: a los seres humanos no se les considera desde la simplificación que los encasilla y que no permite ver la riqueza que tienen como todos, como partes del todo.

---

<sup>4</sup> El puerperio, según la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003, 5 de Junio), se refiere a los cuarenta y dos (42) días posteriores al parto.

<sup>5</sup> Con Parto se indica el período en el cual se dan una serie de signos físicos que dan inicio a la expulsión o necesidad de extracción del bebé del vientre materno, momento en el que finaliza el embarazo.

Debido al interés que se tenía sobre la experiencia de las mujeres en situación de puerperio, se planteó un método fenomenológico, por considerarse esta una realidad cuya naturaleza y estructura particular solo podía ser entendida, como dice Martínez (2006) desde, el marco de referencia del sujeto que las vive y experimenta. Es decir: en este caso se trata de una realidad que no es igual para todos/todas, sino una cuya esencia depende del modo en que es vivida y percibida por las personas implicadas; es una realidad única, interna, personal y propia de cada ser humano.

Se trata de criticar ciertas prácticas, discursos y representaciones sociales que discriminan, oprimen y vulneran a las mujeres en función de la simbolización cultural de la diferencia sexual. De ahí que cobrase tanta importancia el uso de las categorías que analizan a las sujetas, la experiencia humana y la moralidad, ya que tienen implicaciones, más allá de la teoría, en las vidas concretas de las personas.

Aunado a lo anterior, Camacaro (2000) resalta la importancia de utilizar un enfoque de género, dado que, en sus palabras, resulta necesario como herramienta de análisis para la reconstrucción de lo vivido por las mujeres durante el parto, ya que esta experiencia específicamente está nutrida de las significaciones de ser mujer en lo social, en el espacio médico; este espacio está determinado a su vez por el reconocimiento que cada una de ellas tienen: de sí mismas, del derecho y conocimiento de su cuerpo y su actitud frente a la práctica médica, y cómo la construcción socio-cultural de los binomios mujer-madre; mujer-esposa; mujer-ama de casa; mujer-abnegada, han connotado en la salud de la mujer el deterioro, la marginación doméstica, la doble jornada, la violencia médica, la expropiación de su cuerpo, su sexualidad y sus derechos reproductivos.

## **4.2. Dimensiones de estudio**

### **4.2.1. Formas de violencia obstétrica**

En principio, se consideraron como tales las enumeradas en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2009), en su artículo 51:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.



2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas abiertas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En el desarrollo del discurso de las mujeres se evidenciaron otras formas de violencia no contempladas explícitamente por la ley, pero que pudieron ser vislumbradas a través de las categorías de atención hospitalaria, instalaciones y equipamiento, relación con el personal de salud y seguridad, las cuales son delimitadas en el capítulo de resultados, en función de lo expresado por las participantes.

#### 4.2.2. Consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica

Las consecuencias que se consideraron fueron aquellas evidenciadas en el relato de las mujeres. Es decir, la experiencia de las mujeres dio la pauta para la categorización de las posibles consecuencias, entendiendo que éstas pueden estar asociadas a la concepción de la maternidad, al significado que las mujeres le otorgan al embarazo y al parto, a la importancia que le asignan al apoyo externo durante el parto (por parte de médicos/médicas y familiares), así como a los sentimientos y defensas psíquicas desplegadas a partir de sus vivencias.

#### 4.2.3. Concepto de género

Hace referencia a las implicaciones de ser mujer en lo que respecta a sus cuerpos y todos sus procesos reproductivos, en este sentido se incluyen las consideraciones de las participantes de sus responsabilidades como mujeres y sus características. Además se incluyen las situaciones en las que los hombres cobran importancia en el proceso de la reproducción.

#### **4.3.Procedimiento**

Con base en los objetivos de la investigación se elaboró un guión de entrevistas que fue validado por expertas. Luego se solicitaron los permisos correspondientes para ingresar a la Maternidad Concepción Palacios, una vez obtenido éste se accedió al servicio de Puerperio de la mencionada institución y se hizo el contacto con las participantes, en el turno de la mañana. Las entrevistas se realizaron durante un periodo de cuatro semanas, en las cuales se entrevistaron a cinco mujeres, cada una por separado.

El contacto con las participantes fue directo. Al llegar al servicio, las investigadoras se aproximaron a las mujeres y les comunicaron su interés y la investigación que se proponían realizar. De todas las mujeres que escucharon acerca de la investigación, solo accedieron a ser entrevistadas ocho (8), de las cuales solo se pudo trabajar con cinco, ya que una no pudo ser entrevistada por estar de alta del servicio y las otras dos prefirieron que no se utilizaran sus datos como parte de la investigación.

Con cada una de las cinco mujeres con las que se trabajó primero se estableció el rapport, presentándose las investigadoras y ellas y respondiendo a todas sus interrogantes acerca del trabajo de investigación; luego se les proporcionó una carta de consentimiento informado en la cual se establecía el compromiso de mantener en todo momento su anonimato en lo que constituyen los datos empleados en la investigación. Respecto al anonimato, se escogieron cinco seudónimos (Julieta, Marina, Alicia, Dulce y Helena) que en lo sucesivo hacen referencia a cada una de las

participantes sin alusión alguna a sus características personales, historia de vida, condición o contexto.

Se trabajó en la Maternidad Concepción Palacios porque se trata de la institución pública más reconocida y representativa de Venezuela en términos de la atención obstétrica y por ser un centro de actividad asistencial, docente y de investigación en la actualidad a beneficio del país y la medicina en general (Camacaro, 2009).

#### **4.4.Recolección de datos.**

Los datos que reportan las experiencias personales de las participantes de la investigación se obtuvieron mediante entrevistas, entendiendo que éstas establecen una aproximación a través de la palabra, y en relación con el sujeto y el investigador. De acuerdo con Martínez (2006), a medida que avanza el proceso la estructura de la personalidad del interlocutor va adquiriendo cierta forma en la mente del investigador, de manera tal que pueda iniciarse el proceso de acercarse a la experiencia del primero.

Principalmente se intentó permitir que las participantes pudieran expresarse lo más amplia y libremente posible con la finalidad de dar cabida a sus experiencias en un sentido amplio, pero en función de los objetivos de la investigación.

A continuación se presentan los tópicos a partir de los cuales se desarrolló el guión de las entrevistas.

##### 4.4.1. Tópicos de la entrevista.

###### - Concepción del parto.

Esta temática o área permitió explorar un despliegue de información que apuntó a los conocimientos que la mujer tuviese del parto, desde los cuidados que debería recibir hasta la valoración de su participación activa o pasiva, del rol del médico como dirigente o como acompañante, las expectativas respecto al curso del parto (incluyendo el dolor, el tipo de parto, entre otros.).

- Experiencia subjetiva de la atención obstétrica.

Este tópico permitió indagar respecto a la forma en la que las mujeres experimentaron la atención recibida durante su(s) parto(s), lo cual presentó las variaciones acordes con lo que cada participante vivió. Respecto a esto, se entiende que cada persona tiene experiencias particulares producto de su historia personal y características de personalidad.

- Relación establecida con los proveedores de salud.

El personal de salud, incluyendo dentro de este grupo a médicos/as, enfermeras/os y el resto del equipo especializado, son los encargados de recibir, evaluar y atender los casos de cada una de las mujeres y sus bebés, por lo que son un eje esencial en el funcionamiento de los servicios de atención obstétrica. La relación establecida entre la paciente y este personal pudo abrir el camino a la visualización de cómo vivieron esa interacción y de cómo creen que les afecta.

- Emociones y sentimientos experimentados.

Las emociones y los sentimientos son en sí procesos psicológicos, lo cuales sirvieron para explorar las valoraciones de las participantes hacia la atención recibida. Se trabajó entonces con el agrado y el desagrado, tomando en cuenta sus repercusiones en la concepción final del parto vivido.

- Conocimientos sobre derechos y normas.

Este aspecto se diseñó con el fin de investigar acerca de si las mujeres conocían las normas de atención en los servicios de salud reproductiva, además de los derechos que tienen antes, durante y después del parto.

#### **4.5.Participantes**

La forma de selección de las participantes fue intencional o basada en criterios de carácter intensivo. Las participantes fueron cinco mujeres atendidas en el servicio de puerperio de la Maternidad Concepción Palacios, al cual fueron asignadas las investigadoras.

Las participantes fueron mujeres primíparas y multíparas con edades comprendidas entre los 21 y los 30 años, con o sin control prenatal, atendidas con

cualquier tipo de parto (cesárea, vaginal natural y vaginal por fórceps), informadas o no respecto al parto; también se tomó en cuenta que estuvieran en periodo de puerperio, es decir, en los cuarenta días posteriores al parto.

La selección de una muestra tan variada se debió a dos razones, la comprensión de que cada parto es único e irrepetible, indistintamente de la cantidad de experiencias bajo contexto de atención obstétrica que las mujeres hayan tenido, y la búsqueda de trabajar con la mayor variedad de casos posibles, que ofrecieran ángulos distintos sobre las consecuencias psicológicas que tales experiencias dejaron como secuela.

Se culminó la selección de las participantes de acuerdo con tres aspectos, en principio cuando se pudo dar respuesta a los objetivos de la investigación, en segundo lugar se atendió a la saturación de ciertos aspectos fundamentales para el área, entendiendo esto según Strauss y Corbin (2004), quienes indican que consiste en reunir datos hasta que las categorías estén saturadas y, por ende, las últimas entrevistas sólo confirmen lo que se haya venido construyendo con el análisis de las anteriores, se contó, en otras palabras, con una tendencia de la información capaz de indicar el punto de saturación, y en tercer lugar, la finalización de la entrevistas se debió a que no era posible continuar la investigación por un tiempo más prolongado en el servicio de la Maternidad.

#### **4.6. Análisis de los datos**

Dado que los datos se obtuvieron por medio de entrevistas, la unidad de análisis fue cada una de estas. En este sentido, primero se realizó una lectura general de la descripción de cada entrevista con el propósito de, tal como lo dice Martínez (2006) revivir la realidad en su situación concreta, y después con la actitud de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que pasa.

El segundo paso en el análisis de los datos consistió en la delimitación de las unidades temáticas naturales, es decir, aquellas que estaban contenidas en el discurso de las participantes. Se trató de pensar, sobre el o los posibles significados que pudiesen tener cada parte de ese discurso, respecto al todo. Martínez (2006) señala que debe hacerse una búsqueda minuciosa en la entrevista para percatarse de cuándo

se da una transición del significado, cuándo aparece una variación temática o de sentido y cuándo hay un cambio en la intención de la participante.

En cuanto al tercer paso realizado, Martínez (2006) lo denomina como la determinación del tema central que domina a cada unidad temática. En este sentido, Martínez (2006) afirma que la delimitación temática es una actividad de creación en la que el investigador debe alternar entre lo que los sujetos dicen y lo que significan. Con este paso, se pudo conectar el siguiente, que consistió en, fundamentalmente, expresar en un lenguaje científico los temas de cada unidad que se haya delimitado.

Una vez culminados los cuatro pasos se procedió a realizar el quinto, que consistió en la integración de todos los temas centrales en una estructura particular descriptiva. Lo esencial es que la estructura surgiera a partir de los datos de las entrevistas y que fuese fiel a las vivencias de las participantes, por lo que no se le puede obligar a entrar en un sistema teórico preestablecido (Martínez, 2006). Posteriormente se integraron todas las estructuras particulares en una estructura general, dando forma al grupo estudiado.

Lo anterior se realizó, específicamente, a través de la creación de un esquema de las unidades de sentido con cada una de las entrevistas y luego se hizo un esquema general, en el que se incluyeron cada una de las categorías propuestas explicando la forma y las razones de su desarrollo. Por último, se pretendía realizar entrevistas con las participantes con el fin de comunicarle a cada una, los resultados de la investigación y el análisis realizado; sin embargo, debido al funcionamiento y el manejo de la información dentro de la Maternidad Concepción Palacios, no fue posible realizar el contacto posterior.

## V. RESULTADOS

A lo largo de este capítulo se presenta el esquema con las unidades de sentido de cada una de las participantes, acompañadas de una breve descripción de lo que se entiende por cada una de estas categorías. En estas se tomaron los contenidos más relevantes en función de los objetivos de la investigación y de la experiencia de las mujeres.

### 5.1. Esquema intrasubjetivo: categorías por cada participante.

A continuación se presentan las categorías, ordenadas en función de las participantes a quienes se les realizó la entrevista, y dentro de este orden se indica el número de línea correspondiente a la posición de la idea presentada dentro de cada transcripción.

#### 5.1.1. Entrevista a Helena

##### Atención hospitalaria

Esta categoría hace referencia a la forma en la que fue atendida Helena. Sobre esto ella indica que le fueron realizados procedimientos dolorosos, sin hacer uso de agentes que pudiesen aminorar las molestias experimentadas. En este sentido ella indica “*no pudieron ponerme anestesia ni nada porque era una cuestión de emergencia*” (L56) y “*molesta mucho que a uno le hagan tactos*” (L78).

Paralelamente, esta categoría engloba la valoración de la atención recibida, entre lo cual se puede destacar la idea de la participante que explicita “*esta es la mejor experiencia que he tenido*” (L13).

Resalta entonces la presencia de una contradicción por parte de Helena, quien a pesar de que describe situaciones dolorosas producto de la atención recibida, afirma que esta experiencia de parto fue la mejor que ha tenido.

Esta categoría integra las razones, expuestas por Helena, por las cuales las mujeres eligen la ligadura como método de anticoncepción, además de los requisitos que les son exigidos para ser candidatas a este procedimiento. Algunos ejemplos que muestran sus ideas son, “*pero también yo tenía la ventaja de que tenía dos cesáreas y me tenían que ligar, en cambio si hubiese sido por parto normal a ti no te ligan sino*

*hasta que tienes cierta edad...” (L340), “Sí ya tienes tres cesáreas te ligan” (L344) y “Mientras que si tú has parido, puedes tener cinco muchachos, seis muchachos pero si siempre los has parido por parto normal no te van a ligar” (L345).*

Se plantea que el criterio de las mujeres no es importante en la decisión de realizar la ligadura de trompas, sino haber tenido tres cesáreas, lo cual es entendido por la participante como que en la Maternidad Concepción Palacios no realizan ligadura a las mujeres que solo hayan tenido partos naturales.

La participante, durante su relato, menciona el punto del funcionamiento de la institución indicando que hay en ella fallas que generan situaciones riesgosas e incómodas para ellas y sus bebés. Algunas frases al respecto que pueden señalarse son las siguientes: *“hoy te ve un médico y después vienes a la siguiente cita y te ve otro que a lo mejor leyó la historia pero que en realidad no te conoce y no sabe muy bien en realidad cuál es tú caso...” (L299); “de las 24 duró más o menos como 18 desnudita porque ella, las enfermeras no se acercaron ni a buscarle ni los monos, ni los pañales, ni nada y yo no podía ir para allá, entonces ella estuvo allí desnudita y estaba súper fríísima” (L379).*

La participante expresa un inadecuado manejo del personal que atiende a las mujeres, impidiendo una atención particularizada y la posibilidad de que los médicos manejen los casos a profundidad, al mismo tiempo que se pone en riesgo la salud de los bebés y sus madres.

### Instalaciones y equipamiento

La categoría *Instalaciones* surge de la consideración de éstas como parte importante de la vivencia de la atención *“pero sí antes a pesar de que las instalaciones de Maternidad ahorita están en mejores condiciones” (L114),* tomando en cuenta la estructura física *“estaba bien... o sea bien... se veía limpiecito y todo” (L259)* y el equipamiento disponible para brindar el servicio a las mujeres *“muy pocos equipos de instalaciones médicas y entonces se mueren muchas mujeres embarazadas esperando parir” (L278)*



En resumen, se entiende que hay una inconformidad en la participante acerca ante la insuficiencia de los recursos, al mismo tiempo que muestra complacencia hacia las mejoras de las instalaciones.

### Enfermeras

El personal de enfermería es visto por la participante como un grupo conformado por mujeres que actúan negligentemente y que generan contradicción en la participante. Algunos ejemplos de este pensamiento rezan lo siguiente: *“las enfermeras no me escuchaban entonces me levanté y, y me mareé y me caí”* (L50); *“ese golpe que... que las enfermeras no lo reportaron ni nada en historia”* (L59); *“Están pendientes en realidad, ellas están pendientes de uno”* (L243).

Esta categoría describe a un personal que no se responsabiliza de las malas praxis, ni responde adecuadamente a las necesidades de las mujeres, aunque en oportunidades se muestra amable y dedicado a ellas, mostrando una contradicción o ambigüedad en la forma en que son vistos.

### Médicos /médicas

La categoría del/la médico/médica engloba las características atribuidas y percibidas por la participante a estos/estas, así como la forma de la relación establecida con ellos/ellas.

De acuerdo con Helena, no es deseable para el personal médico que la mujer pueda quejarse de algún dolor, *“después se ponen odiosos, no te paran, puedes dar todos los gritos que quieras, todos los gritos del mundo y ahí te quedas gritando hasta que el muchacho lo tengas afuera...”*(L81), no solo porque esto pareciera molestar a los/las médicos/médicas, sino también porque se asume que la mujer debe aceptar lo que le suceda en el parto por haber tenido relaciones sexuales *“No te quejes... que nadie las mandó a ustedes a estar quedando preñadas... nadie...”*(L122). En este sentido podría explicarse la disminución de las quejas de las mujeres, producto de sus intentos por recibir un servicio adecuado a sus necesidades.

Helena se refiere a los/las médicos/médicas como “doctores”, indicando que ha desmejorado su actitud hacia las pacientes con el paso del tiempo “antes los doctores eran como menos, no sé... como menos odiosos” (L115), al mismo tiempo que las tratan bien y las reconocen “todos los doctores tratan bien a la gente... bueno por lo menos conmigo todos se portaron bien” (L322); “O sea lo reconocen a uno y todo” (L134).

Además, esta categoría incluye ideas acerca de que los/las médicos/médicas tienen un dominio apropiado y completo de los conocimientos necesarios para la atención y que no tienen la obligación de explicar sus prácticas a las pacientes para involucrarlas en los procesos de decisión. Son responsables de atender a las pacientes dado que se formaron con este propósito, no siendo plausible que se quejen ante las exigencias de su labor.

#### Medico/médica ideal

A pesar de la existencia de una categoría *médico/médica* ésta solo describe el modo como son percibidos (as) en la cotidianidad pero no incluye lo que la participante espera idealmente de la actitud con el/la médico (a), así como la relación que se establece con él/ella.

El/la médico/médica ideal “está súper pendiente” (L306), es un “doctor ya de vocación” (L310). No solo participa de las intervenciones y prácticas médicas, sino que protege, acompaña, cuida y se dedica completamente a sus pacientes.

#### Características de las mujeres

Cada unidad de sentido o categoría que se ha generado, expone significados que la participante ha atribuido a sus vivencias. En este caso, la categoría *características de las mujeres* se centra en la caracterización tanto de los aspectos que definen tanto su individualidad como el grupo de referencia.

Algunas ideas que muestran la posición de la mujer ante el dolor, sus necesidades y rasgos atribuidos son las siguientes, “estaba súper nerviosa y eso mismo influyó a que se me subiera mucho la tensión” (L92), “Dios nos mandó a este mundo fue a procrearnos” (L123) “yo fui la que los puse a ellos a trabajar de más” (L130),

“tómame una buscapina que eso es que estás nerviosa porque mañana te voy a intervenir” (L156) y “yo soy tan nerviosa y tan llorona...” (L157).

En este sentido pareciera que la mujer debe ser y estar tranquila, tener fortaleza y no quejarse por el dolor, dado que el dolor es producto de no seguir estas prescripciones, entendiendo que las quejas de las mujeres dependen de la forma en la que afrontan las situaciones.

Por último la participante le adjudica a la mujer la responsabilidad de la reproducción, no solo como fin de las relaciones sexuales sino principalmente como finalidad de su existencia. De esta manera es posible tener una primera aproximación al desconocimiento que pueden tener las mujeres sobre el proceso del parto y de la desapropiación de sus cuerpos, promoviendo en ellas sentimientos de culpa por lo que sucede durante este proceso y eximiendo al cuerpo médico de su responsabilidad.

#### Responsabilidades de las mujeres

A la mujer se le atribuyen ciertas responsabilidades, como el control prenatal “*la segunda vez que quedé embarazada, yo no me puse en control, fui realmente muy irresponsable*” (L267) y la consideración de las necesidades de atención de otras mujeres “*uno está ocupando esa cama que a lo mejor otra persona necesita*” (L276).

Entonces, la función principal de la mujer es controlar su embarazo, siendo irresponsables si no lo hace e impidiendo que la atención que necesitan otras mujeres se pueda brindar. Además, los cuidados del/la bebé dependen de la madre aún cuando se encuentren en el hospital.

#### Suerte/ Azar

Helena justifica, tanto la buena, como la mala atención como producto del azar. La categoría *Suerte/Azar*, indica el sentido que la participante le otorga a lo “bueno” y a lo “malo” que le puede suceder tanto a ella, como a otras mujeres, en términos de la atención obstétrica.

Lo anterior puede evidenciarse en las siguientes frases “*muchas otras personas que si se quejan mucho de la maternidad porque no corren con suerte*” (L74) y “*Gracias a Dios todo salió bien y he estado hasta el momento bien*” (L177).

### Embarazo

El *Embarazo* genera emociones encontradas en la participante, por una parte resulta emocionante y agradable “*yo estaba medio emocionada porque estaba embarazada*” (L90), pero por otra la contacta con la muerte “*esa latente uno siempre está más allá que de acá*” (L46), con la posibilidad de perecer “*todo el riesgo que uno corre con los embarazos sino mi propia vida pues*” (L45), entendiendo que la entrevistada durante el periodo del embarazo se experimenta una dualidad entre la vida y la muerte, lo cual le genera una serie de sentimientos contradictorios.

### Parto/Cesárea

El *parto* es descrito por Helena como una situación dolorosa que le genera miedo y angustia “*no quería que llegara el momento del parto*” (L91). La cesárea es más dolorosa que el parto natural, genera complicaciones en la recuperación de la mujer, “*horrible claro porque no siempre, en la cesárea es doloroso de por sí cuando por lo menos esta vez, como te estoy diciendo la anestesia me hizo efecto*” (L68). Se entiende el parto natural como más sano, tanto para la mujer como para el/la bebé “*a mí me hubiese gustado parir a mis hijos por parto normal*” (L337); “*los niños que nacen por parto normal nacen mucho más sanos que los niños que nacen por cesárea*” (L338)

#### 5.1.2. Entrevista a Marina

### Atención hospitalaria

Marina hace varias acotaciones acerca de la forma en la que fue atendida, señalando situaciones riesgosas de la práctica médica y en general de la atención en salud, por ejemplo “*había perdido todo el líquido y estaba corriendo riesgo de una*

*infección, entonces resultó que... no, como no vi solución, no... no tenían una decisión los médicos ya que estaba sobresaturado el hospital me... fui*<sup>6</sup> (L15). Además, denuncia la situación de déficit en cuanto personal y equipamiento, lo cual genera muchas dificultades para que las mujeres reciban una atención adecuada y eficiente “*hay una gran cantidad de personas que necesitan atención y hay una pequeña cantidad de personas que quieren colaborar pero, no se dan abasto*<sup>7</sup>” (L41); y otros aspectos sobre las condiciones bajo las cuáles la mujer logra ser atendida, “*a cada rato agarraba un tubo, mordía cualquier cosa, mordía un paño, me mordía... apretaba tanto las manos que cuando llegué al parto tenía hormigueo en las manos de tanto apretarlas, de tanta fricción que hacía con las manos, para no gritar y ser atendida*” (L208).

Por otra parte, esta categoría integra la descripción del manejo de la información entre el personal de salud y la repetición de exámenes físicos debida a la desorganización, a perversiones en la práctica médica o ambas “*ya nos estaban reventando a punta de tactos*” (L281). Sin embargo, la participante también declara cierto grado de conformidad respecto a la *atención hospitalaria*, ya no juzgando la calidad, sino haber tenido siquiera la posibilidad de recibirla, “*no me fue tan mal porque me hicieron una buena atención, tuve una buena atención, claro... hubo sus baches, hubo problemas pero por lo menos atendieron*” (L351); tomando en cuenta que para ella es un evento de azar haber recibido el servicio de salud, debido a lo difícil que considera que es tener un parto en Venezuela, “*yo creo que en ninguna parte del mundo es tan difícil dar a luz como aquí...*” (L395).

Las ideas presentes en esta categoría indican que no hay una organización capaz de mejorar las condiciones de la mujer en situación de parto, se la expone a situaciones dolorosas y atemorizantes, se la hace esperar por decisiones médicas que

---

<sup>6</sup> En esta última idea, la participante se refiere a lo que comúnmente se denomina “ruleteo” que es la movilización de las parturientas de una institución sanitaria a otra, debido a que se les niega la atención. Marina, quién primero fue al Pérez Carreño, al no recibir atención, tuvo que dirigirse a la Maternidad Concepción Palacios.

<sup>7</sup> No darse abasto según la participante denota la insuficiencia del personal para atender la demanda de servicio.

se aplazan por periodos prolongados de tiempo debido a la falta de organización y no se le atiende acorde a sus necesidades, tanto por deficiencias de personal y de insumos como por desestimación apresurada de su condición tanto física como psicológica.

### Médicos/Médicas

Los/las médicos/médicas pueden comportarse de manera inadecuada, inmiscuyéndose en la vida de las mujeres, tomando decisiones y haciendo conclusiones apresuradas sin conocer los casos a profundidad. Sobre esto, la participante comenta que *“no todos tienen ese sentido de calidad humana...y tienen la vocación de atender a las personas...”* (L44) y *“a veces es cuestión de humanidad, de cumplir con su función de ser médico y no meterse en la vida de las personas”* (L221).

Se puede observar que esta categoría está integrada por las características que la participante percibe de los/las médicos/médicas, en función de su experiencia al relacionarse con ellos/ellas, *“se molestan si uno grita, patalea... eso le molesta a ellos, increíblemente pues, aunque tú tengas una emergencia supuestamente”* (L260), *“todos tenían que tener una perspectiva de cómo iba el embarazo de cada quién, pero nadie iba a solucionar nada”* (L284).

Se evidencian aspectos como que cada médico tiene una opinión distinta y no logran ponerse de acuerdo, percepciones acerca de que los médicos creen que las mujeres se quejan porque les gusta. No hay interés ni dedicación para explicarle a las mujeres los criterios con los cuáles toman decisiones, pueden ser groseros, desconsiderados, toman decisiones apresuradas, pareciera que no fuesen capaces de sentir dolor y en última instancia, sus conductas son interpretadas por la participante como una especie de venganza.

### Características de las mujeres

Las *mujeres* son caracterizadas como irresponsables si no cumplen con los deberes impuestos por los/las médicos/as, como floja por no hacer lo que se le indica, entendiendo que si no lo hace no se debe a algún impedimento físico o psicológico.

Además, la participante considera que hay algunas mujeres que se colocan en posición de víctima quejándose por todo lo que les sucede, aunque otras solo lo hacen cuando realmente sienten dolor *“podrá haber alguna que otras que tengan esa posición de víctimas pero hay otras que no, que sí se sienten mal”* (L72). Lo cual invisibiliza la posibilidad de que las quejas sean una de las pocas salidas que encuentran las mujeres ante los maltratos que describen, al mismo tiempo que las reprende promoviendo la imposibilidad de percibir adecuadamente el dolor.

La participante indica que la mujer debería mantenerse calmada, tranquila, no alterarse, ya que esto la ayuda tanto en el momento de parir como para conseguir una pronta y adecuada atención médica *“El rol de la mujer, tiene que ser un rol centrado... de pensamientos positivos”* (L407); *“la cortesía con la que uno trata a los médicos y la paciencia que uno tiene, ayuda a que no te digan cosas feas...”* (L277)

Por otra parte, también explica que ya que no puede cuidarse, ni protegerse solo le queda hacerlo con su bebé, que tiene que aguantar lo que le sucede, aunque no quiera y son tratadas como si no fuesen seres humanos, como si no sintieran o no tuvieran memoria, pero que las quejas son producto de la debilidad de la mujer.

### Responsabilidades de las mujeres

El control de la reproducción, según el discurso de Marina, queda relegado a la mujer, es una responsabilidad asumida por ella y que no desea atribuir a otros debido a que un error en este sentido puede afectar su vida académica y profesional, *“decido colocarme un dispositivo intrauterino llamado T de cobre, para evitar la reproducción por lo menos en cuatro años, que era el tiempo que yo estimaba planificar, eh... para, para mantenerme en mi carrera y poder formarme y poder ejercer mi carrera”* (L112).

Sobre este aspecto la participante también destaca que aún cuando tome la decisión de planificar su vida reproductiva, los métodos anticonceptivos pueden tener errores o no resultar del todo efectivos incidiendo en sus planes de vida: *“todo dispositivo tiene un nivel de error, ningún método anticonceptivo es totalmente efectivo, entonces quedé embarazada con el dispositivo”* (L115).

### Sentimientos asociados a la atención

La atención generó en Marina, sentimientos de desesperación, compañerismo, tristeza y soledad, entre otros, que cesaron en el momento en el cual pudo ver a su hijo vivo y sin problemas graves de salud. En este sentido ella expresa “*a veces son aterradores estos momentos*” (L199); “*pero yo estaba nerviosa*” (L331); “*no sabía si iba a salir bien...*” (L332); “*tantas cosas que le pasan a uno, que por lo menos que te den una luz, una esperanza y que el regalo de que yo esté aquí sentada con mi hijo*” (L355).

Además, dentro de esta categoría se agrupan las creencias acerca de que las mujeres se quejan del dolor debido a que les gusta hacerlo “*no sé si es por experiencia o es por pensar de que las mujeres nos quejamos porque nos gusta*” (L68), y sobre lo importante que sería estar acompañada por algún ser querido para afrontar la situación con más facilidad “*realmente uno desea que las personas que más quiere estén con uno en momentos tan difíciles*” (L198).

### Parto/Cesárea

El parto genera cansancio y dolor físico: “*tener ese cansancio físico, de las contracciones, de los dolores y todo eso*” (L37). Deja sensaciones muy dolorosas luego de que pasa la acción de la anestesia: “*la sensación que uno siente es luego de que se despierta la anestesia, que uno siente el útero, la, la vagina desgarrada, eh... vas a hacer pipí y te duele, te vas a sentar en cualquier sitio, te duele...*” (L173). Y resulta en un dolor incomparable, el peor que se puede sentir: “*un dolor de parto no tiene comparación, de verdad...*” (L312).

Además, el parto es visto como una situación angustiante, problemática y que genera consecuencias psicológicas y conductuales a gran escala, en este sentido Marina afirma que “*el parto es un momento muy traumático*” (L393); “*uno sabe que va a una situación difícil*” (L409); “*quizás hasta la agresividad de Venezuela viene de esto, del momento traumático en el que el niño nace*” (L412)



### Parto ideal

*El parto ideal* es una categoría que integra los deseos de la participante acerca de su participación en el proceso de decisión y cómo esto se ve dificultado por la condición económica y por el funcionamiento institucional de la Maternidad. En este orden de ideas Marina expresa “*Yo quería hacer el curso psicoprofilactic y que a la hora de dar a luz, yo estaba prácticamente en una playa, tomada de la mano con mi esposo, que estuviese toda mi familia en círculo, que el bebé naciera vía acuática*” (L182); “*no tuve la oportunidad de hacer mucho el curso psicoprofilactic porque, por la condición económica uno no puede realmente acceder a ese tipo de cosas...*” (L186).

Entendiendo que para la participante el parto ideal es con la compañía de su familia, de su pareja; sin que exista dolor y con la posibilidad de que el bebé nazca en un ambiente acuático.

### Azar/Suerte

Lo que sucede en el tiempo en el que atienden a la mujer, desde que entra al hospital hasta que sale de él pareciera ser dejado al *Azar*. Hay una suerte de entrega total, en la que la mujer entiende que no es ella, ni son los/las médicos/médicas quiénes determinan cómo sucederán las situaciones, en este sentido, Marina afirma “*y la cosa no pasó a mayores gracias a Dios*” (L264); “*al final todo salió bien gracias a Dios*” (L385). Aunque también la presencia de alguna persona conocida o ser querido que labore dentro de la institución esté presente o pueda ayudar “*yo creo que si ella no hubiese estado aquí, no... no tengo esa atención que de inmediato se requiere*” (L269)

Queda claro que la sensación de haber salido bien de la atención hospitalaria no tiene que ver con sentirse bien sino con haberse librado, haber “esquivado” una situación peor; entendiendo que siempre puede ser peor.

### 5.1.3. Entrevista a Alicia

#### Atención Hospitalaria

Sobre la atención se mencionan las prácticas realizadas por la institución y el personal de salud para prestar a las mujeres y a sus bebés el servicio que les corresponde. Por un lado habla del acceso: *“Fui allá a Petare al Domingo Luciani pero el doctor me revisó y me dijo que no estaba lista, que me fuera para la casa, que cuando sintiera dolores regresara pero a otro hospital. Entonces mi hermana me dijo ‘no, vamos a \_\_\_’ y yo le dije ‘no’ que nos viniéramos derecho para acá. Sí, cuando llegamos aquí me atendieron y me dejaron de una vez en sala de parto” (L108)*. Por otro, menciona la modalidad de intervención durante el proceso de parto: *“Ellos me ayudaron también con las manos y me rompieron bastante hasta atrás y me dolió...” (L41)*, y también hace referencia al manejo de la información sobre la salud del bebé: *“Ahorita la tienen en tratamiento, no sé por qué, debe ser que tiene infección, no sé porque no me dicen nada tampoco” (L48)*.

Los testimonios indican varios aspectos de la atención, focalizándose en que la entrada a la Maternidad Concepción Palacios fue para la paciente accesible, a diferencia de otras instituciones de salud pública que rechazaron su entrada pese a la emergencia de su caso. En cuanto a la atención del parto, menciona que su experiencia fue dolorosa debido a la intervención agresiva por parte del personal para practicar el parto, dejando lesiones físicas en la participante como consecuencia.

Acerca de la atención a los bebés, denuncia que no hay acceso a la información sobre su estado de salud y que el personal toma decisiones sobre su salud sin rendirle justificaciones ni peticiones de consentimiento.

#### Médicos/Médicas

Alicia describe en este apartado las prácticas de los/las médicos/as y su actitud frente a la paciente, incluyendo su postura frente a la participación de la mujer en la toma de decisiones respecto al proceso del parto. De esta manera, comenta lo siguiente *“...Yo hacía lo que podía pero...” (L86)*; *“Más bien en ese momento,*

*verdad, ellos decidieron porque ellos me habían dicho que no porque me habían dicho que era cesárea, sin embargo, me dejaron casi de última por eso. Primero me dijeron no, que era cesárea y ya después ellos mismos resolvieron que sí, que era un parto normal” (L148).*

En las ideas textuales de la participante se explicita que para ella los/las médicos/as son quienes toman las decisiones en relación al advenimiento del/de la niño/niña y las modalidades mediante las cuales se facilita el asunto, obviándose las necesidades y la opinión de la mujer al respecto.

#### Responsabilidades de las mujeres

Dentro de esta categoría la participante informa lo que para ella constituye las responsabilidades de las mujeres al momento de ser atendidas diciendo *“Que no gritara, que me quedara tranquila para que mi niña no, no... no se me subiera más, pues...” (L84)*. El contenido de esta idea plantea que para Alicia la mujer debe ser fuerte y contar con voluntad para no quejarse y gritar, puesto que de lo contrario podría agravar la complicación del parto y, por ende, podría hacerle daño al bebé.

#### Parto/Cesárea

En esta categoría, la participante expresa cómo percibe el parto desde su experiencia, diciendo *“Primero duele, duele bastante pero después bueno, la experiencia es muy bonita porque tengo a mi hija” (L88)*. También menciona lo que la persona necesita a fin de que el proceso tenga lugar de manera satisfactoria *“Tener un hijo es una experiencia bonita pero es dura, porque hay que tener fuerzas, pues, primero, porque... todo es fuerte ahorita...” (L169)*.

De los testimonios de Alicia, se entiende que el parto es definido como una práctica que implica dolor y estrés, y que sólo una mujer con fuerza suficiente es capaz de sobrellevar la situación. Por otro lado, explica que a pesar de las molestias del proceso, el parto es fuente de las más grandes gratificaciones y que todo lo desagradable es dejado atrás cuando se tiene al bebé consigo.

#### 5.1.4. Entrevista a Dulce

##### Atención Hospitalaria

En este apartado, Dulce habla de la atención desde su acceso a la maternidad diciendo: *“De allí me trasladaron para acá, la Maternidad, me dijeron “no hay cupo” pero vamos a dejarte en sala de observación, me dejaron allí este... Cuando me dijeron “se desocuparon dos incubadoras” yo sentí un alivio muy grande”* (L168). Luego, formula una justificación para una práctica que recibe durante el parto: *“Si a mí me colocaron pitocín fue porque de verdad yo nunca me controlé aquí, ellos tampoco sabían cómo venían mis bebés, de hecho como habían problemas aquí con la seguridad y eso, este... con todo los nervios a mi mamá se le quedaron los ecos”* (L249).

En ambas verbalizaciones se denotan precariedades en la atención recibida, donde, por un lado, las instalaciones y el personal especializado son insuficientes para prestar servicio a todos los casos de mujeres que acuden a la institución bajo sus necesidades sanitarias. Por otro lado, la participante cuenta haber tenido que sufrir los efectos molestos de una práctica indiscriminada por parte del personal médico, pero que se ve justificada al colocar la responsabilidad sobre la mujer y sus familiares.

##### Instalaciones y Equipamiento

Respecto a las instalaciones, Dulce explica que los ascensores en la Maternidad Concepción Palacios no funcionan adecuadamente ni se dan abasto para brindar óptimo servicio a las pacientes en los testimonios a continuación: *“Me he recuperado bastante bien porque tengo que subir y bajar escaleras porque mi bebé está en prematuro 1”* (L30); *“Tengo que bajar y subir porque a veces el ascensor no llega, porque hay muchos pacientes”* (L398).

En estas frases, pese a ponerse en evidencia las complicaciones derivadas del mal funcionamiento de los ascensores, la participante incluye una justificación de la situación alegando que la misma en lugar de ser desventajosa para ella y el resto de

las pacientes por su condición de salud luego del parto, es una posibilidad para que la recuperación de la mujer se dé más rápidamente.

### Seguridad

Esta categoría consiste en definir las medidas de seguridad que se toman en la Maternidad Concepción Palacios en relación al acceso por parte de los familiares y cualquier otra persona que no sea paciente o personal laboral. Sobre esto, Dulce comenta: *“Aquí hay una seguridad extrema” (L285); “No los dejaban entrar, pero sí daban información de cómo estaban las pacientes, cada 4 horas daban ronda y mi mamá se quedó hasta las 4 de la mañana” (L288).*

Para esta mujer, la exageración con las medidas de seguridad sobre los familiares y allegados a las pacientes impide el acceso a la información sobre el estado del proceso del parto, llevando a que los familiares y allegados tengan que adoptar sacrificios para acompañar así sea desde las distancia a la mujer y a su bebé.

### Médicos/Médicas

En este conjunto de definen características de los/las médicos/médicas que son percibidas y que conforman el concepto que la participante se ha formado acerca de su persona y su formación. Así, introduce la siguiente frase: *“Yo no juzgo a los doctores porque los doctores saben lo que hacen” (L248).*

Observando con cuidado las implicaciones de su testimonio, debe destacarse que para Dulce el/la médico/médica es visto/vista como un/una doctor/doctora. Igualmente, habla de algo que es posible juzgar en los médicos por sus prácticas y sus actitudes pero que ella no se presta para hacerlo dado que los/las mismos/mismas son percibidos como personas cuyas equivocaciones o malas praxis se ven justificadas por el conocimiento técnico que a través de su carrera profesional los/las ampara.

Por otra parte, esta categoría hace alusión al manejo que los/las médicos/médicas tienen de los casos clínicos, donde tiende a ponerse en peligro la salud de la mujer y su bebé. En este sentido, la participante hace referencia a la espera de las pacientes para que su parto sea procesado: *“Esperaron mucho tiempo y una de mis niñas se me*

*infectó gracias que, a que tragó líquido amniótico” (L26).* También habla de equivocaciones y decisiones tardías como: *“Este... se equivocaron o no sé qué fue lo que pasó que me colocaron pitocín para que este... tuviera un parto normal pero mis bebés venían en forma de cruz, una adelante y una.... Una atravesada y otra oblicua” (L64); “Cuando tenía la quinta contracción me dijeron “paren las contracciones, vamos a hacerle un eco que ese eco va a detectar si las bebés vienen encefálicamente”. Me hicieron el eco y me dijeron “no, vienen atravesadas, hay que hacerle la cesárea” (L174).*

Dulce, entonces, informa acerca de prácticas médicas riesgosas que consisten en no atender a tiempo las emergencias, formas rutinarias de atención que no toman en consideración la particularidad de cada caso y, al mismo tiempo, la no aplicación de herramientas diagnósticas que son indispensables para la comprensión de la naturaleza y el estado del embarazo antes de la intervención, haciendo uso de suposiciones en su lugar. Esto último conlleva, de acuerdo con la participante, a que no sea posible detectar y combatir riesgos a tiempo o que se generen complicaciones por mala praxis.

#### Características de las mujeres

La presente categoría conceptualiza a la mujer en el momento del parto, incluyendo su principal interés. Las siguientes frases lo ilustran: *“Gracias a Dios este... me la pararon en ese momento porque yo soy cobarde”. (L202); “Uno lo que está es pendiente de su bebé” (L257); “Hay médicos que por su forma de ser o x tratan a la mamá... no tratan a la mamá mal sino que la mamá está muy, como quien dice delicada pues, con bajos ánimos” (L372).*

Dulce refleja en estas ideas que para ella la mujer es cobarde, responsable de los tratos que recibe por parte del personal y está sensible. Estas debilidades justifican los malos tratos recibidos. Por otro lado, en cuanto a sus intereses, afirma que lo importante en la situación del parto es el bienestar del bebé, más no incluye a la madre en esta consideración.

### Responsabilidades de las mujeres

En este conjunto aparecen medidas que a juicio de la participante toda mujer debe acatar para cuidar al bebé y no a sí misma, durante el embarazo: *“Puedes sentirte muy bien, pero no porque te sientas bien vas a caminar, vas a salir, vas a ajetrearte, no puedes, porque le haces daño a ese bebé” (L353)*; *“No es muy recomendable ir a la playa porque el agua de mar hace que revientes fuentes al mes que sea, no porque tú tienes seis, siete meses tú puedes ir” (L355)*.

Todas estas medidas se caracterizan por obligar a la mujer a dejar de hacer actividades placenteras por cuidar al bebé, cabiendo el riesgo de adelantar o complicar el futuro parto de no ser acatadas estas responsabilidades.

Por otra parte, la participante enumera normativas impuestas por el personal de salud y también autoimpuestas, al momento de tener el parto, haciéndose responsable del éxito del parto y de la salud del bebé. Varias de estas normativas son las que se destacan a continuación: *“Me dijo que estuviera tranquila, que no me desesperara, que el miedo le afectaba al embarazo” (L197)*; *“Que no hablara porque sino me iba a llenar de gases, que estuviera tranquila, que me relajara porque no me iba a doler” (L232)*; *“Ser paciente, serenarse, respirar profundo, hablarle al bebé, que todo va a estar bien, que él va a salir bien, porque ellos sienten” (L363)*.

En este sentido, la mujer debe adoptar un rol pasivo frente a la intervención que se le esté realizando y no explicitar ningún tipo de queja por dolor u alguna otra incomodidad, dado que para la participante estaría obstaculizando el proceso del parto y poniendo en riesgo la salud del bebé.

### Intereses de los hombres

En esta categoría cobra relevancia una única idea que hace referencia a la importancia que el hombre rinde a sus hijos y a la mujer, donde la misma queda relegada. Esta frase lo muestra: *“Sus hijas son lo más grande que él tiene, de verdad que sí” (L299)*

### Parto/Cesárea

En este caso, están agrupadas las ideas de Dulce que muestran su concepción del parto, como algo que le resulta agradable: “*De verdad que es lo más bonito que me ha pasado en la vida*” (L40); como algo que resulta ser difícil para la mujer pero que es posible olvidar: “*Es una experiencia que después tú dices ‘me estoy riendo de esto porque de verdad que eso ya me pasó’*” (L258); y finalmente, como una vivencia que por dolorosa que sea puede transformarse en la mejor de las gratificaciones: “*Aguantar un dolor de parto es lo peor del mundo, pero al saber que te sacan a tu bebé, que lo tienes vivo y que puedes amamantarlo es lo más bello que puede haber*” (L261).

De las ideas destacadas, se entiende que para la participante el parto es visto con ambivalencia, ya que implica altos niveles de malestar para la mujer, pero al mismo tiempo, es calificada como la mejor experiencia posible en su vida debido a la llegada del bebé. Más específicamente, afirma que el nacimiento del niño es capaz de borrar las consecuencias del trauma sufrido durante el parto.

### Importancia del apoyo

La categoría de *importancia del apoyo* agrupa tanto el acompañamiento emocional del/de la médico/médica como el de los familiares o allegados, explicando que su médico se mostró amable y cortés: “*El doctor hasta me agarró la mano, me dijo ‘ten fortaleza, todo va a estar bien, no hables mucho, te vas a llenar de gases, solamente vas a sentir que te estamos tocando’*” (L385). Pero dice también que no fue posible contar con la compañía y el consuelo de los familiares: “*Nunca me imaginé que iba poder estar sola en un quirófano, sin un familiar, sin mi mamá*” (L280).

Da a entender con estas ideas que en ocasiones los/las médicos/médicas brindan apoyo emocional a la mujer y que cuando esto ocurre ella experimenta sentimientos de gratitud y cobra fuerzas para soportar las molestias del parto. Sin embargo, el apoyo de sus familiares, que es también altamente valorado, no es posible recibirlo dado que las medidas de seguridad lo impiden. Algo contradictorio a esta última



implicación es que la situación de tener que afrontar un parto sin apoyo emocional es vista como un logro.

#### 5.1.5. Entrevista a Julieta

##### Atención Hospitalaria

Referida al modo como se le prestan los servicios a las pacientes, Julieta da los siguientes testimonios: *“La falta de información hacia el familiar es horrible, el familiar afuera está desatendido”* (L36); *“Me han tratado como a un zapato”* (L125); *“No sirve que le metan tanto real a una institución y no metan personal humano”* (L256).

Con estas palabras, la participante expresa sentirse descontenta con la atención recibida en la Maternidad Concepción Palacios, donde percibe que tratan a las mujeres como a un objeto pese a grandes sumas de dinero que se ha invertido en instalaciones y equipamiento de la institución. Sobre los familiares, observa que los mismos se mantienen en incertidumbre por largo tiempo respecto a la salud de las mujeres y sus bebés, dado que el acceso a la información es restringido.

Por otro lado, este apartado hace referencia a prácticas que de acuerdo con la opinión de Julieta, ponen en riesgo la salud de las mujeres atendidas en la Maternidad Concepción Palacios: *“¿No dicen que la atención aquí es gratuita? A eso es a lo que viene uno, no a que experimenten con uno, ni a que te traten mal”* (L128); *“Se me operó pero cuatro días después”* (L185); *“Aquí las cosas están a criterio y con la salud no basta criterio”* (L302). Éstas constituyen quejas por parte de la participante, partiendo de que la intervención sobre la mujer termina convirtiéndose en un experimento debido a que se basan en suposiciones para generar el plan de atención. Por otro lado, explica que las emergencias no son atendidas a tiempo.

Además, dentro de este conjunto Julieta hace referencia a las carencias encontradas en la organización institucional, las cuales generan incomodidades en las mujeres, sus bebés y sus familiares. Habla desde el ingreso dificultoso al servicio y a la información acerca de las pacientes y su bebés por parte de los familiares *“Si hay*

*tanta vigilancia para que tu familiar entre a traerte un pañal cómo es posible que entren buhoneros a vender” (L135).* Menciona también que no hay suficientes camas para atender a todas las pacientes que llegan alegando que es por el tiempo prolongado que cada mujer la ocupa esperando que se procese la autorización de su alta: *“Duras aquí más del tiempo previsto, utilizando una cama que puede servir para una persona que está allá abajo a punto de dar a luz” (L42);* y denuncia la falta de administración de las salidas de las pacientes: *“La salida también es engorrosa porque no tienen un control” (L39).*

Con todos estos testimonios, la participante hace alusión a que las medidas de seguridad en la institución son ineficaces, así como el control de la entrada y salida de las participantes, ya que se restringe el acceso a los servicios a gran cantidad de mujeres que acude bajo una situación de emergencia y, sin embargo, tiene que esperar a que haya una nueva vacante. Ante esto, Julieta experimenta sentimientos de culpa, indicando que la permanencia de mujeres como ella se prolonga injustificadamente.

Julieta expresa su punto de vista en función del trabajo por parte del personal de salud caracterizado, según ella, por no contar con la figura de un/una líder el cual formule, comunique y haga acatar directrices: *“Esto es un pueblo sin ley” (L376).* Agrega que, por el contrario, hay numerosas figuras pretendientes de ser la autoridad, generando molestias en el resto del personal, como los enfermeros: *“Están bravos porque son muchos caciques para seguir” (L258).* Asimismo, cuenta que las directrices por parte de los distintos médicos llegan incluso a contradecirse: *“Ningún médico está de acuerdo, todos tienen opiniones diferentes” (L26); “Tú las ves ‘Busca la historia’, ‘no ella no’, ‘no pero es que aquí se puso’, tú ves el personal así, date cuenta tú mi linda y observa que el personal trabaja asustado” (L311).*

En suma, la perspectiva de la participante se orienta a la necesidad de un líder entre el personal de salud, dado que percibe que el mismo se desempeña con inseguridad al experimentar temor a cometer errores, no siendo posible satisfacer todas las órdenes contradictorias entre sí.

### Instalaciones y Equipamiento

La unidad de *instalaciones* va referida a la descripción del equipamiento y el mantenimiento dentro de la institución, así como incomodidades que las mujeres embarazadas y sus bebés tienen que afrontar. Julieta dice en palabras textuales: “*Buscan el sitio porque está en las mejores condiciones*” (L106); “*Tenemos excelentes camas, excelentes maquinarias, todo está limpiecito como puedes ver, todo es impecable*” (L107); “*Uno cesareado subiendo escaleras, bajando escaleras, buscando al muchachito*” (L158).

Para la participante, las mujeres buscan ingresar a la Maternidad Concepción Palacios por encontrarse en las mejores condiciones, sin embargo, agrega que ésta cuenta con precariedades como el mal funcionamiento de los ascensores, con lo que se obstaculiza el reposo necesario de las mujeres que ya han tenido a sus bebés y que además, han sido ubicados a más de dos pisos de donde se encuentra su habitación.

### Médicos/Médicas

Esta unidad de sentido se enfoca en el concepto que Julieta tiene respecto a la figura del/de la médico/médica, a quien le coloca por un lado el rol más importante durante el parto de la mujer: “*Él es tu guía, él es tu confianza, él es que sabe, él es el que... el que apoya, el que está en todo este proceso*” (L247); y de quien depende el éxito del proceso y el bienestar tanto de la madre como del bebé: “*Si tú confías en el médico créeme que todo te va a salir excelente*” (L229); ya que son estos/estas los que tienen todo el conocimiento necesario sobre lo que se debe hacer: “*Si es médico es porque sabe*” (L88). Sin embargo, la participante aclara que pese a ser para ella la figura más importante del parto, son quienes mayormente violentan a la mujer “*Yo creo que más humanitarios son los militares que están aquí trabajando que los médicos*” (L175).

El/la médico/médica es entonces, para la participante, quien lleva las riendas del parto y en quien la mujer debe depositar toda su confianza, más que en sí misma, porque se trata de la persona mejor informada y capacitada para tomar las decisiones

a fin de cuidar de la salud de la mujer y su bebé, pero también es la persona menos empática y respetuosa de la institución.

### Médico/médica ideal

Julieta habla de aspectos que los/las médicos/médicas deberían tomar en cuenta antes y durante la atención que se presta a las mismas, pidiendo que de alguna manera el trato hacia ellas sea más considerado respecto a la difícil situación que para ella representa tener un parto. En las siguientes líneas se ilustran claramente sus peticiones y pensamientos: *“Lo que pido es eso, primero que se acuerden de que la mujer está sensible” (L66)*;

Para Julieta parece importante que el trato de los/las médicos/médicas hacia las pacientes incluya respeto a su vulnerabilidad y consideración a que la mujer se siente desamparada al estar lejos de sus familiares y tiene que depositar su confianza en personas no allegadas a ellas.

### Responsabilidades de las mujeres

Esta categoría significa el rol que la mujer debe asumir durante el parto, así como las responsabilidades consigo misma y con el personal que la atiende. Son por un lado, aspectos que debe cumplir para que el parto se desarrolle con éxito y para no recibir maltratos por parte del personal de salud. Estas son las frases recogidas del testimonio de Julieta: *“Si tú te desesperas empiezas a caer mal, a gritarle al doctor y el doctor te devuelve los gritos y eso se vuelve un desastre” (L54)*; *“¿Qué función cumple la mujer? Confiar, confiar y poner todo de su parte para que las cosas funcionen” (L295)*.

Con estas ideas, la participante hace notar que, en principio, la mujer es responsable de los maltratos que recibe durante el parto y que puede evitarlo siendo pasiva, dejándose guiar por el/la médico/médica y depositando toda su confianza sobre él/ella.

### Sentimientos asociados a la atención

*La unidad de los sentimientos asociados a la atención* trata de aquello que la mujer siente tras ingresar al servicio y recibir el cuidado del personal de salud.

Sobre esto dice *“A medida que te vas adentrando parece que te estuvieras metiendo en un... en una cueva de lobos” (L272); “El trato lo llena a uno como madre de confusiones increíbles” (L28); “Yo creo que del cien por ciento de las personas, el noventa y nueve aquí sufre” (L189)*. También indica sobre su pensamiento a futuro tomando en cuenta su propia experiencia durante el parto: *“Es una total angustia, ganas de volver a quedar embarazada más nunca” (L46)*.

Para ella, haber tenido su parto en la Maternidad Concepción Palacios significó adentrarse en un mundo amenazante donde una de las principales vivencias traumáticas consistieron en el sufrimiento físico y también psicológico, dadas las confusiones dejadas por el trato brindado por el personal especializado y la falta de información. Todas estas consecuencias hacen reflexionar a Julieta pensando que es preferible evitar tener más embarazos a fin de no volver a vivir momentos tan desagradables.

### Parto/Cesárea

La categoría *parto* constituye el concepto construido acerca del parto por la participante, partiendo de sus experiencias con el mismo: *“Es la cosa más hermosa que hay en el mundo, después que uno pasa todo esto uno los tiene así y dice “valió la pena”” (L381); “Bueno, no importa, pasé por todo esto pero ahí está” (L383)*.

Para Julieta, el parto representó una vivencia significativa por lo difícil e incomodo que puede ser al principio pero también por las gratificaciones que implica cuando ya se tiene al bebé en brazos. A partir de ese momento, la experiencia pasa a ser “la más hermosa” de su vida.

## 5.2. Integración de categorías de acuerdo con los objetivos de la investigación

A partir de lo antes expuesto, se ha generado una estructura que engloba todas las categorías presentadas por participante a la vez que se intenta responder o dar forma a los objetivos de la investigación.

En primer lugar se agruparon bajo el nombre de *Formas de la violencia obstétrica*, las categorías, (a) Atención Hospitalaria, (b) Instalaciones y Equipamiento, (c) Seguridad y (d) Relación con el personal de Salud (que integra las subcategorías de *Médicos/médicas*, y *de Enfermeras*), las cuales dan cuenta de las diferentes expresiones de la violencia en el contexto de la atención obstétrica.

La categoría *atención*, hace referencia a la forma y los rasgos del servicio que se le presta a las mujeres. Mientras que la *Organización institucional* está integrada por los lineamientos del control prenatal y la ausencia de autoridad, que no son más que el marco en el cual se dan todos los procedimientos institucionales, esta es una categoría que describe el funcionamiento del hospital, sin tomar en cuenta la atención brindada a las mujeres, lo cual forma parte de la categoría de atención. La tercera categoría que integra a las formas de la violencia obstétrica es la que agrupa las consideraciones acerca del estado físico y estructural de la institución, así como la calidad y cantidad de los equipos con los que se cuenta para el servicio. Por su parte, la *seguridad* resalta aspectos acerca de la entrada y salida a la institución tanto de las mujeres, como de sus familiares y de otras personas que no forman parte de estos grupos, ni del personal de salud. Finalmente, *la relación con el personal de salud* permite entender cómo son las interacciones entre los/las *médicos/médicas* y *enfermeros/enfermeras* con las mujeres, permitiendo hacer visibles tanto las características atribuidas a los anteriores como sus prácticas y las características esperadas.

Una segunda agrupación de categorías, se da bajo el nombre de *Concepto de género*, en la que se describen las *características de las mujeres* tanto *auto percibidas* como *atribuidas* a la percepción de los otros, las *responsabilidades que se le atribuyen* durante el embarazo, el parto y finalmente en cuanto al *control de la natalidad*.

En tercer y último lugar se engloban los *sentimientos, la idealización del apoyo, la confianza en el azar/suerte y las creencias acerca del parto y del embarazo* como expresión de las consecuencias psicológicas asociadas a la atención obstétrica. Estas categorías describen la forma en la que la mujer es afectada, en su psique, en su forma de relacionarse con el mundo, consigo misma, con su bebé, y con el personal de salud.

## VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se explicitan los contenidos expuestos por las entrevistadas, acerca de las formas de la violencia obstétrica, el concepto de género y las consecuencias psicológicas de dicha violencia, a la vez que se contrastan y discuten con contenidos teóricos referenciales, a modo de interpretación de los resultados de la investigación.

### 6.1. Formas de la violencia Obstétrica

En el capítulo anterior de la investigación se mostró la manera en la cual se integraron ciertas categorías bajo el tema de las formas de la violencia. La primera de estas categorías se refiere a la atención que las participantes indican haber recibido en el hospital, caracterizándola por la presencia de procedimientos médicos dolorosos, riesgos implicados en las prácticas médicas, inadecuado manejo de la información tanto hacia ellas como hacia sus familiares, intervenciones agresivas que les generaron lesiones físicas, toma de decisiones por parte del personal de salud sin consentimiento de las mujeres, atención tardía de las emergencias, dificultad de detección y atención de riesgos a tiempo, generación de complicaciones por mala praxis, trabajo realizado en función de suposiciones y, finalmente, la experimentación sobre el cuerpo de las mujeres como si éstos fuesen objetos.

Lo anterior permite visibilizar las características del servicio que las mujeres sienten que existe en el contexto obstétrico. De acuerdo con su opinión la atención que reciben es caracterizada como ambigua, dolorosa, estresante y riesgosa, impidiéndole a las mujeres centrarse en el proceso natural del parto, debido a que las enfoca a prevenir, evitar o vivir aspectos externos a esta experiencia, que aún cuando es necesario su buen funcionamiento, no deberían formar parte de las preocupaciones de las mujeres. Algunos ejemplos de lo descrito pueden ser: *“Me han tratado como a un zapato” (L125-Julieta)*; *“Después se ponen odiosos, no te paran, puedes dar todos los gritos que quieras, todos los gritos del mundo y ahí te quedas gritando hasta que el muchacho lo tengas afuera...” (L81- Helena)*.



Respecto a lo anterior, debe destacarse que el procedimiento quirúrgico por medio del cual se realiza la esterilización femenina es otro de los puntos en los que se evidencia la violencia obstétrica, debido a que, en palabras de Helena *“yo tenía la ventaja de que tenía dos cesáreas y me tenían que ligar, en cambio si hubiese sido por parto normal a ti no te ligan sino hasta que ya tienes cierta edad” (L340)*, es decir, que no se le permite a las mujeres elegir este procedimiento y solo se les da la opción cuando tienen una serie de criterios que se separan de que la mujer se encuentre en edad fértil con vida sexual activa, sea múltipara y que desee un método permanente de anticoncepción, en las condiciones de previa asesoría completa y suficiente, de otros métodos de anticoncepción, que incluya consecuencias y secuelas de la esterilización quirúrgica, paridad satisfecha, razones médicas y personas con necesidades especiales, tal como lo explicita la Norma para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. Lo que las participantes afirman que se les informa es que la elección de la esterilización femenina se realizará solo bajo la condición de que existan dos cesáreas previas y que esté por practicarse una tercera, imposibilitando a las mujeres múltiparas cuya forma de parto haya sido natural. Además, la imposibilidad de que elijan, libremente, el procedimiento de la ligadura, implica la negación del derecho a decidir el número de hijos/hijas que desean tener.

Por otra parte, las entrevistadas evidencian fallas que generan riesgo e incomodidad tanto para ellas como para sus hijos/hijas, producto de un inadecuado manejo del personal, la no profundización en los casos ni la prestación de una atención particularizada, la ausencia de autoridad, que a su vez genera molestia en el personal por las órdenes contradictorias entre sí, las cuales les producen inseguridad durante sus prácticas, además de dificultades en el acceso de las mujeres a la emergencia.

Respecto a las instalaciones y el equipamiento de los servicios de atención obstétrica, las participantes afirman que, en general, se encuentran en buenas condiciones y que existen equipos en estado óptimo, además de higiene apropiada, pero hay insuficiencia en la cantidad de los recursos y que algunos lugares de la estructura, en especial los ascensores, no funcionan correctamente.

También, se encontró en los discursos referencias a que no hay suficientes camas para todas las mujeres que acuden a los servicios de emergencia, responsabilizando por ello a las pacientes ya atendidas, de quienes se considera reciben atención y ocupan las camas más del tiempo necesario para su recuperación.

Acerca del mal funcionamiento de los ascensores, algunas participantes afirman que su recuperación se acelera al tener que hacer uso de las escaleras para visitar y atender a sus bebés, pero otra parte considera que esta situación obstaculiza su reposo necesario, y por ende, retrasa su recuperación.

Sobre la categoría de seguridad, las participantes explican que el ingreso a la institución es restringido para los familiares y personas allegadas, lo cual impide el conocimiento de estos sobre el estado de las mujeres y los obliga a hacer un acompañamiento a distancia. Contradictoriamente, otras pacientes relatan que existen medidas ineficaces de seguridad respecto a los vendedores ambulantes, quienes parecieran tener facilidades en el acceso y la salida de la institución. Además, el ingreso y salida de las mujeres de la Maternidad, resulta problemático debido a la carencia de control, lo cual también revela una situación en la que las mujeres en lugar de ser pacientes resultan, “privadas de libertad” y no pueden decidir libremente sobre su estadía. Julieta relata haber decidido exigir el alta a los médicos teniendo que enfrentarse a las advertencias de los mismos, quienes le indicaron que no se hacían responsables de su salida.

Para finalizar con las expresiones de estas formas de violencia obstétrica se encuentra la categoría de relación con el personal de salud, conformada por los relatos de las mujeres acerca de que las enfermeras, y sobre esto parece que no se toma en cuenta el personal masculino de enfermería, “prestan buen servicio”, atienden a tiempo las demandas de las pacientes, pero que no logran escuchar las necesidades y que terminan actuando negligentemente, por ejemplo, cuando Helena relata que se cayó debido a que las enfermeras no la escuchaban y que esto no lo reportaron en la historia. Además, se afirma que trabajan asustados(as), molestos(as), debido a que no están seguros(as) de lo que tienen que hacer por las múltiples directrices que reciben.

Los/las médicos/médicas, aunque forman parte del personal de salud, conforman un grupo particular sobre el cual las participantes consideran que dominan conocimientos apropiadamente, debido a que se formaron para esto y razón por la cual, por un lado no tienen obligación de explicar sus prácticas y, por otro, no tienen derecho a quejarse acerca de las exigencias de su labor. Además, pareciera que a los/las médicos/médicas con los/las que las pacientes se relacionaron, les molestan los gritos, consideran que las mujeres deben aceptar los dolores del parto por haber tenido relaciones sexuales, pueden comportarse de manera inadecuada, inmiscuyéndose en la vida de las mujeres y toman decisiones apresuradas sin conocer a profundidad los casos.

De acuerdo con Julieta, el problema más importante en la relación con el personal médico es que no logran llegar a acuerdos, mientras que para Marina, una de las dificultades que experimentó fue la impresión de que los/las médicos/médicas creyeran que las mujeres se quejan porque hacerlo les genera placer y no porque sientan dolor, además los califica como groseros, desconsiderados y en oportunidades afirma que parecen incapaces de sentir dolor y que sus maltratos constituyeran la expresión de algún tipo de venganza.

Los/las médicos/médicas interpretan el rol activo en el momento del parto y debido a que, a pesar de la descripción de dificultades en la relación con éstos/éstas, las participantes consideran que “saben lo que hacen” y que manejan el conocimiento de manera adecuada, es por esto que las mujeres sienten que no pueden juzgar sus prácticas, debiendo en todo momento confiar en ellos/ellas, ya que de sus acciones depende el éxito del proceso, sin importar las consecuencias que éstas pudieran tener ya que, como se dijo anteriormente, los más informados y capacitados para tomar las decisiones son ellos, aún cuando las mismas participantes consideran que son quienes mayormente tienden a violentarlas;

El personal médico es caracterizado por las participantes como las personas menos empáticas y respetuosas. Pareciera que esta relación con los/las médicos/médicas está integrada a una concepción idealizada del médico, quien debe estar dedicado

completamente a sus pacientes, protegerlas, acompañarlas y cuidarlas a la vez que respetarlas en su vulnerabilidad

Algunas participantes afirman que no les deben hacer daño porque son mujeres y no lo merecen, ante lo cual surge el planteamiento de que en realidad los maltratos no se merecen, no tienen justificación y pareciera que cuando las mujeres dicen “no lo merecemos”, alguien más lo pudiese merecer. En este sentido debe tomarse en cuenta la consideración de que el maltrato en sí, no es aceptable, de ninguna manera y contra ningún ser humano debido a que éste viola sus derechos.

La afirmación de Julieta acerca de que los médicos deberían considerar que la situación del parto las deja sensibles y no deben maltratarlas debido a que no lo merecen permite visualizar que las mujeres incluso desde la fantasía se relacionan pasivamente con el médico, ya que siempre son ellas las que reciben cuidado y están siempre vulnerables.

De acuerdo con lo expuesto en el marco referencial de esta investigación, las formas de violencia obstétrica contempladas por La Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia (2009), en su artículo 51, constituyen todos aquellos actos, realizados por el personal de salud, que consistan en: (1) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; (2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; (3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer; (4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; (5) Practicar el parto por vía de la cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Estas formas consideradas por el marco legal permiten visibilizar algunas prácticas que violentan a las mujeres, sin embargo lo explicitado por las participantes de la investigación permite abrir el espectro y considerar aspectos que tanto directa como indirectamente pueden vulnerar los derechos de las mujeres afectando sus estados de salud.

Según Camacaro (2000) la Maternidad Concepción Palacios se encuentra abarrotada de trabajo con parturientas, sin contar con la capacidad de cumplir a cabalidad sus funciones, al igual que los demás centros públicos del país, por lo que se dan las condiciones para poder evidenciar las formas, que exponen las participantes, en las que se las violenta dentro del contexto obstétrico.

No obstante, autores como Villegas (2009) explican que tanto en el sector público como en el privado, se observa el mismo personal de salud, provenientes de las mismas escuelas y desempeñándose bajo el mismo discurso patriarcal, pero que el apego ético varía. Además, indica que en el contexto privado se observa la ética laxa, manifestada en la práctica excesiva de cesáreas poco justificadas, el adelanto de la fecha de partos a conveniencia por vacaciones, hacer que coincidan fechas de nacimiento, bajo “recomendaciones médicas” o por la demanda de las mismas parturientas, su pareja o sus demás familiares. Mientras que en el sector público, el trato es más rígido y, por ende, la pasividad de la paciente y sus allegados se hace más clara. Un ejemplo que puede esclarecer lo expuesto por la autora, es la demora hasta el último momento de cesáreas y otros procedimientos requeridos para algunas pacientes, aspecto sobre el que algunas de las participantes exponen que su estado fue agravado por la falta de coordinación y decisión de los/las médicos/médicas. Por ejemplo, Dulce “Cuando tenía la quinta contracción me dijeron ‘¡Paren las contracciones! Vamos a hacerle un eco, que ese eco va a detectar si las bebés vienen encefálicamente’ Me hicieron el eco y me dijeron ‘¡No! Vienen atravesadas. Hay que hacerle la cesárea’” (L174), por su parte, Julieta afirma “Se me operó, pero cuatro días después”(L185).

De acuerdo con Bordelois (2009) “la medicina, en tiempos modernos, se organiza desde una perspectiva mecanicista, que se especializa en cada órgano, pero no en el funcionamiento integral de la persona, con sus necesidades y costumbres” (pp. 43). Es por esto, entre otros aspectos, que se mantiene la invisibilización de la violencia en la atención obstétrica.

## 6.2. Concepto de género.

A través del uso del concepto de género, fue posible denotar las referencias al concepto de la mujer y, por oposición, al concepto del hombre que tienen las participantes y el que le atribuyen a las creencias de otros. En principio, las mujeres se describen en su pertenencia al género femenino como lloronas, nerviosas, desconsideradas con el trabajo de otros, irresponsables, flojas, quejonas, débiles, incapaces de protegerse a sí mismas, cobardes, delicadas, sensibles y con bajos ánimos, lo cual podría dar pie a la caracterización de una mujer como “depresiva” o parada en una posición narcisista. Paralelamente, en las atribuciones que hacen a las creencias de los otros afirman que estos creen que las mujeres se quejan injustificadamente, que se merecen los maltratos y que se colocan en posición de víctimas, tal como lo expresa Marina “no sé si es por experiencia o es por pensar que las mujeres nos quejamos porque nos gusta” (L68)

Además de esta descripción de las mujeres, cuando se habla del hombre éste aparece en el rol de médico, en el rol de padre, en el que los hijos o el trabajo son su única preocupación, restándole importancia a su posición en términos de la pareja, de las relaciones sexuales, del control de la reproducción, del acompañamiento y omitiéndolo en el proceso del embarazo y del parto.

Sobre lo anterior, Campbell, Merrick y Yazbeck (2007) acotan que “las mujeres son criadas con la expectativa de que sean femeninas, no agresivas, inocentes, sumisas, listas para satisfacer al hombre, y criar hijos, para quién se espera que ellas se preocupen”, lo cual genera una marcada pasividad asociada y naturalizada en las mujeres, que oculta la violencia debido a que visualiza las quejas como producto de la “debilidad femenina”. Además, la socialización temprana de mujeres y hombres incide en la concepción de la maternidad, generando situaciones como las que Helena comenta, “*Quedé embarazada otra vez y después la segunda... y entonces ya no seguí estudiando*” (L21), entendiéndose que para ella la maternidad tiene consecuencias en su vida, impidiendo que continúe sus estudios y que pueda desarrollarse profesional o laboralmente “*tenía un trabajo fijo pero entonces después que quedé embarazada ya*

*dejé ese trabajo” (L388)*, al mismo tiempo que se exonera a los hombres de sus responsabilidades en la crianza de sus hijos e hijas.

Por otro lado, a las mujeres se le atribuyen una serie de responsabilidades que podrían separarse en cuatro partes. En primer lugar, está el control de la reproducción y el uso de métodos anticonceptivos, lo cual tiene un sustento social debido a que la mayor parte de los anticonceptivos son diseñados para las mujeres. Así queda claro cómo las participantes consideran que ellas son las encargadas de cuidarse y planificar su vida sexual y reproductiva. Sin embargo, Talamante, Salinas y Valenzuela (1994) señalan, que a pesar de los avances científicos en anticoncepción y en políticas del control de la natalidad que permiten separar la sexualidad de la procreación, los derechos sexuales y reproductivos no son ejercidos por la mayoría de las mujeres, lo cual se evidencia en el pensamiento de Helena, quien afirma “Dios nos mandó a este mundo fue a procrearnos” (L123). Entonces, se observa tal como lo señalan las autoras antes mencionadas, que la maternidad y el “ser para otros” continúa siendo el espacio de preferencia para el “reconocimiento” social de las mujeres. Poniéndose de manifiesto que el control de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres son pilares del sistema patriarcal, que legitima la inequidad de género.

Por otro lado, nunca aparece el uso de anticonceptivos de barrera como el condón masculino o femenino, evidenciando una preocupación exclusiva por el uso de métodos para prevenir el embarazo, pero una omisión de la necesidad de protegerse ante infecciones de transmisión sexual.

Posteriormente, cuando ocurre el embarazo, las mujeres indican que deben responsabilizarse de llevar el control prenatal y dejar de hacer actividades placenteras (como ir a la playa y hacer ejercicio) para cuidar el desarrollo del bebé. Mientras que para el momento del parto, reportan exigencias en torno a mantenerse calmadas y tranquilas, no alterarse, estar centradas, pensar de manera positiva, tener paciencia para que los médicos las atiendan, no quejarse, no gritar, no sentir miedo, serenarse, ser pacientes, hablarle al bebé, respirar profundo, no desesperarse, confiar y poner todo de su parte, ya que de no hacerlo, serán responsable de los maltratos que reciban

del personal de salud y dificultará el éxito del parto. Sobre esto, una de las participantes indica que la mujer debe aguantar lo que le suceda aunque no lo desee.

Una vez terminado el parto, las mujeres asumen que deben cuidar a sus bebés en todo momento, que sólo debe importarles el bienestar de ellos y están que obligadas, según sus discursos, a seguir todas las indicaciones médicas al pie de la letra, sin cuestionarlas.

Pareciera que hay un concepto de la maternidad ideal en donde las mujeres tienen que darlo todo por sus hijos/hijas, de acuerdo con criterios normativos que, según Lamas (1994), hacen recaer la responsabilidad del bienestar del hijo sobre la mujer y dan recetas para el comportamiento maternal, no obstante, Adams (1992 c.p. Lamas, 1994) señala que en la obra de Freud no se prioriza el desempeño de cada madre con respecto a su hijo sino que se acentúa que a pesar de lo que haga la madre, necesariamente, provocará siempre ambivalencias cruciales para el desarrollo normal del niño, aunque estas ambivalencias también puedan convertirse en obstáculos al desarrollo. Freud se refiere a la madre en el inconsciente, una madre que introduce al niño a la falta, a la castración, a la representación. Entonces, el concepto de realidad psíquica de Freud requiere represión del deseo por la madre, es decir, una renuncia a los instintos que es el precio de la “civilización”.

Con lo anterior, Lamas demuestra que la madre real, en contraposición a la madre en el inconsciente, no es la responsable de la salud psíquica de sus hijos/hijas. Pero la mala interpretación de las teorías psicológicas así como la naturalización y la visión literal de esto, ha generado en la cultura y, por lo tanto en las mujeres y los hombres la creencia de que las madres tienen la responsabilidad absoluta del bienestar psicológico y físico de sus hijos. Lamas resume la crítica de Adams en la siguiente frase “no se puede hacer de lo social un factor determinante de lo psíquico, pero no hay que renunciar a transformar lo social” (p. 41).

Estos son aspectos relacionados con el concepto de género femenino, el cual remonta su origen en una cultura patriarcal que vulnera a la mujer y la predispone a recibir maltrato en el ambiente obstétrico. En este sentido la concepción del embarazo, parto, cesárea y maternidad pudo incidir en la forma en la que se



desarrollaron, al mismo tiempo que el concepto de género tiene una carga, no cuantitativa, en la valoración y percepción de los procesos reproductivos de las mujeres.

La mayoría de las causas por las cuales se recurre a la cesárea como medio antes que el parto vaginal, y por las que se realizan procedimientos dolorosos y sin consentimiento de las mujeres, se debe al mismo discurso patriarcal de fondo, en el que las mujeres son vistas como objetos o como sacos donde se está formando un bebé y las mismas deben someterse a lo que el discurso del sujeto de poder, el/la médico/médica les indica.

Como pudo observarse en la descripción de las formas de violencia obstétrica vividas por las participantes, esto es una característica de los servicios de atención en tales ámbitos. Sin embargo, la violencia obstétrica se hace invisible porque está oculta en el trasfondo de la vida cotidiana y de los acuerdos sociales que se generan en torno a lo que se considera socialmente como natural en el parto. Dichas prácticas se legitiman sin importar la existencia de una ley escrita. Hay elementos entonces del concepto de género que mantienen a los/las médicos/médicas, al resto del personal de salud, a las autoridades competentes que velan por el cumplimiento del poder legislativo, a las mismas mujeres víctimas de violencia y a testigos, en esta dinámica.

### **6.3. Consecuencias Psicológicas de la Violencia Obstétrica**

En última instancia, están las consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica vividas por las participantes. Este aspecto trata diversas dimensiones, por un lado, las referidas al embarazo y el parto, que denota emociones placenteras en torno al primero pero que traen consigo una connotación de riesgo y de acercamiento a la muerte debido a que al segundo (parto), luego de todo lo que viven las mujeres, se le concibe como una situación dolorosa que genera miedo y angustia, algo traumático y difícil, que produce cansancio y dolor físico, entendido por las participantes como “el peor dolor que se puede sentir” y cuya gratificación es que se termine, siendo la señal de esto poder recibir sanos a sus bebés.

Otra de las dimensiones que se afecta a nivel psicológico es lo que sucede por ser madre, gracias a la consolidación de que se es mujer en tanto “madre de alguien” o “esposa de alguien”, que deriva en no poder continuar los estudios, ni tener una vida profesional ni académica y en la imposibilidad de mantenerse estable a nivel laboral, dejando como consecuencia a la mujer en una posición de dependencia económica, entendiéndose que ésta ha quedado en una situación compleja en la que, al mismo tiempo, necesita del cuidado y la atención de otros y tiene que dedicarse por completo al cuidado de otro ser humano. A partir de esto surge la necesidad del apoyo, que aparece desde el momento del trabajo de parto y se extiende a lo largo de su vida. Sobre esto las participantes indican que la compañía y el consuelo de familiares y médicos son sumamente relevantes aunque, al mismo tiempo, es un logro para la mujer parir sin la compañía de sus seres queridos.

Estas vivencias tan dolorosas para las mujeres, además del rol pasivo que se les asigna y en el que, simultáneamente se posicionan, las lleva a considerar que lo que ocurre antes, durante y después del parto no depende de ellas, ni del personal de salud, ni del funcionamiento del hospital, sino de circunstancias azarosas imposibles de controlar, entendiéndose que no hay nada que la mujer pueda hacer para mejorar estas situaciones, y que lo único que lo mejoraría sería la presencia de una persona conocida que trabaje en la institución. Se evidencia así una entrega total de la cual se deriva que salir bien, para las mujeres, significa librarse o esquivar una situación peor, lo cual sustenta lo expuesto en el Marco Referencial de esta investigación, de que la Violencia obstétrica perpetúa las pautas de dominación, inhibiendo la capacidad de respuesta y la autonomía de las mujeres, convirtiéndolas en pacientes e impidiendo su pleno desarrollo.

Finalmente, cuando las mujeres hablan acerca de cómo se sintieron en el momento del parto y cómo se sienten ahora, describen desesperación, tristeza, soledad, temor, incertidumbre, confusión, sufrimiento, angustia y miedo, todos referidos al momento del parto, y posteriormente, empatía hacia las compañeras con las que comparten habitación en el puerperio. Después de experimentar todos estos sentimientos se eliminan deseos de nuevos embarazos hasta el momento en el que reciben a sus

hijos/hijas, cuando sienten alivio. Un aspecto relevante es que, después de recibir al bebé no manifiestan sentir algo más, dando la impresión de que se adormecen.

Es importante señalar que hay un contraste entre los sentimientos traumáticos vivenciados y los sentimientos que se presentan luego del parto, girando en torno a un bienestar aparente: “me fue bien”, “es la mejor experiencia que he tenido”, “tener un hijo es lo más grande que hay”, “nada se compara con este momento”, evidenciando mecanismos disociativos, que le permiten a las mujeres no vivir realmente lo traumático y poder dedicarse al cuidado y la protección de sus hijos/hijas, teniendo la energía psíquica necesaria para eso.

De acuerdo con Lagarde (1994), en la última década del segundo milenio el eje conformador de la condición femenina es la sexualidad debido a que las condiciones de género son construcciones de la sexualidad y, fundamentalmente, en las mujeres ésta es, además, contenido especializante. Es decir, se trata de una sexualidad escindida compuesta por la procreación y por la experiencia sexual sobre las cuales se erigen la maternidad y el erotismo como construcciones históricas complejas. Se ve entonces una sexualidad escindida que antagoniza y descalifica en su autonomía a la maternidad y el erotismo presentándolos unidos de manera natural, subsumiendo al erotismo, estigmatizado, en la maternidad magnificada. Es así como la maternidad se vuelve aquel contenido trascendente que se le ofrece a las mujeres para realizar el sentido de su vida lo cual, debido a sus características, es uno de los fundamentos de la expropiación vital de las mujeres y por tanto de su opresión.

De acuerdo con Ford (2011) las mujeres pueden sufrir una angustia extrema como consecuencia de sus experiencias durante el parto. Una pequeña proporción de los embarazos y los nacimientos poseen características que la mayoría de la gente estaría de acuerdo en considerar potencialmente traumáticas, tales como muerte fetal, complicaciones graves, o sometimientos a intervenciones médicas invasivas sin alivio efectivo del dolor. Otras mujeres pueden tener un parto aparentemente normal, pero se sienten traumatizadas por aspectos tales como la pérdida de control, pérdida de la dignidad, o la actitud despectiva, hostil o negativa de las personas que están a su alrededor.

Sin embargo, participantes como Helena, Marina, Alicia y Dulce consideran que su experiencia no fue completamente desagradable o inapropiada, no pudiendo visualizar las consecuencias que los mismos actos que ellas, contradictoriamente, describen tienen sobre su vida psíquica.

Por su parte Bordelois (2009) afirma que un crecimiento en la conciencia biológica de la madre, lo cual implicaría la capacidad de percibir el dolor adecuadamente, acompaña el crecimiento de la criatura en su vientre, y la va disponiendo como persona apta para enfrentar las medidas necesarias para lograr un embarazo y un parto normales.

Las mujeres no parecen ser necesariamente traumatizadas por los acontecimientos del nacimiento en sí, pero pueden verse afectadas cuando no reciben la atención que esperan (Ford, 2011). En este sentido, las quejas de Julieta se centran en la atención que recibió antes y después del parto más que durante el mismo.

Otras de las consecuencias psicológicas tomadas en cuenta a nivel teórico, son producto de la relación que las mujeres establecen con el personal de salud, sobre lo que Ford (2011) explica que las interacciones con otras personas tienen un fuerte efecto sobre las reacciones traumáticas. Este efecto de las relaciones personales y el cuidado es particularmente relevante para el parto. Existen investigaciones que demuestran que un apoyo importante durante el parto mejora tanto los resultados físicos como psicológicos, y que la percepción de falta de apoyo y de atención son predictivos de respuesta a consecuencias psicológicas. Las mujeres que están traumatizadas a menudo describen las interacciones negativas con el personal, tales como sentirse presionada, acosada, juzgadas o ignoradas al pedir el alivio del dolor.

## VII. REFLEXIONES FINALES

Este capítulo incluye una explicitación de los resultados obtenidos, en función de los objetivos de la investigación, así como la experiencia que las investigadoras tuvimos durante todo el proceso en el que se realizó el presente trabajo, lo cual es posible gracias a la metodología cualitativa.

### 7.1.Experiencia de las investigadoras.

De acuerdo con Martínez (2006), el investigador se aproxima a cualquier expresión de la vida humana, no con la famosa *tabula rasa* de Locke, sino con expectativas y prejuicios sobre lo que pudiera ser el objeto observado. Todo lo que le sucede al investigador será experimentado por éste de acuerdo con su vida, a la vez que incidirá de alguna manera en la posterior interpretación de los hechos. En este sentido, la metodología cualitativa permite la inclusión de éste apartado en el que se evidencian situaciones vividas por las investigadoras.

Como investigadoras en la Maternidad Concepción Palacios, cabe tomar en cuenta la apreciación de sus estructuras y equipamiento, la relación que tuvimos con el personal de salud (médicos/médicas, residentes, enfermeros/enfermeras, vigilantes, jefes del departamento de enfermería y representantes de la dirección del hospital). La entrada a la Maternidad Concepción Palacios implicó la espera durante meses para el acceso a la misma, dada la exigencia de la Dirección de diferentes requisitos como el anteproyecto, permisos de la universidad, guión de entrevista, entre otros, los cuales eran revisados por las competencias durante tiempos prolongados, a veces no informando de los resultados de estas revisiones pese a haberlo acordado.

Luego de haber contado con el permiso para el ingreso a la institución nos topamos con que no había comunicación entre las instancias encargadas de asignarnos el servicio donde pudiéramos realizar las entrevistas. En otras palabras, los/las jefes de enfermería no estaban enterados ni se mostraron dispuestos a realizar averiguaciones sobre el permiso que la Dirección nos había concedido, al contrario,

optaron por pedirnos requisitos nuevamente para firmar la misma carta de permiso hecha por la Directora de la Maternidad.

Una vez que ingresamos al servicio de puerperio y en la realización de dos de las entrevistas, fuimos retiradas de la sala en la que nos encontrábamos por la jefa de los/las médicos/médicas del piso, quien no tenía conocimiento del trabajo que estábamos realizando y nuevamente tuvimos que exponer nuestras razones de la visita junto con las credenciales, ante lo cual la médica nos explicó que debíamos esperar a que se realizaran las revistas médicas completas para proceder con las entrevistas, no precisando un horario en específico, dado que éstas se hacen a disposición del tiempo de los/las médicos/médicas. En consecuencia, tuvimos que esperar horas en algunas oportunidades para poder ingresar a las salas y, en otras ocasiones, una vez instaladas con las participantes, debíamos suspender las entrevistas mientras realizaban una nueva revista sin previo aviso o cuando se acercaba algún guardia de seguridad exigiendo nuestras credenciales, dado que tampoco tenían conocimiento de nuestro trabajo.

Continuando con la seguridad, en una ocasión, una de nosotras fue confundida por un guardia con una paciente, y tuvo la oportunidad de experimentar un trato agresivo y señalador que buscaba impedir su salida de la institución como si se tratase de una privada de libertad antes que de una paciente que asiste allí para revivir un servicio de salud digno y con la posibilidad de retirarse voluntariamente.

## **7.2. Consideraciones finales.**

Partiendo del discurso de las participantes, se pudieron delimitar nuevas formas de violencia que dan cuenta de aspectos no tomados en la Ley, tales como: el acceso restringido de los familiares a las salas de parto y de puerperio aunque las mujeres desearan su compañía y el inadecuado manejo de la información por parte del personal de salud. A la vez, que se reafirmaron todas las formas de violencia obstétrica contempladas por la Ley. Estas formas de violencia significan para las mujeres la expresión de la práctica médica que estando legitimada impide la visibilización de lo antes mencionado como algo negativo.

Las mujeres se relacionan con el personal de salud desde un rol pasivo, asignándole a estos el poder que se les ha atribuido socialmente, sin la posibilidad de cuestionarlo, lo cual obstaculiza que se perciban las consecuencias de la violencia recibida, a la vez que la posibilitan (debido a la socialización que les ha impedido desnaturalizar este tipo de relaciones violentas), lo cual se demuestra en las constantes contradicciones en el discurso de las participantes. En esta dinámica también participa la concepción de la maternidad idealizada, en palabras de Liscano<sup>8</sup>, es una reversión de la misma producto del pensamiento judeo-cristiano que genera su “degradación vulgar y bestial en el machismo y por la desigualdad con que las leyes (...) puestas al servicio de la potestad del ‘padre’ inhibe, inferioriza y domina a las mujeres, otorgándoles tan solo el dominio de los hijos” impidiéndoles tener una conciencia de sí mismas debido a la falta de integración, estabilidad y continuidad que se explicita en los mecanismos disociativos. Entendiendo que estos se estructuran como una defensa ante situaciones traumáticas y que su mecanismo de acción consiste en la separación de las ideas o representaciones de sus ideas del contenido afectivo, negando la afectación con el fin de no experimentarla.

Respecto a lo anterior, Lamas (1994) afirma que la Maternidad como ofrenda de amor femenina por excelencia genera un alto precio de la exclusión social de las madres a sus criaturas funcionando paradójicamente como una doble coerción “hace vivir a las mujeres de manera simultánea una subordinación a los poderes establecidos en la sociedad y el disfrute de un poder casi omnipotente sobre los hijos; al ser la Maternidad un papel social con prestigio nadie cuestiona su ilimitado ejercicio de poder”.

---

<sup>8</sup> Cfr. Prólogo a Rísquez, F. (1991). *Aproximación a la feminidad*. Caracas: Monte Ávila.

## VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Hubo dificultades en el acceso a la Maternidad y para mantener el procedimiento del trabajo dentro de los servicios, primero por la organización institucional y segundo porque no había disposición a abrir las puertas a la investigación. En este sentido, hubo que modificar el proyecto presentado a la dirección de dicha institución, impidiendo así triangular la información obtenida con la realización de entrevistas a los médicos. Además, no se logró contactar a las participantes al finalizar la investigación para compartir tanto los resultados como la discusión de estos, ya que se exigió por parte de la dirección no contactar con ellas más allá de las entrevistas iniciales, debido a que las participantes partirían al poco tiempo de ser entrevistadas. Por otro lado, el proceso de la entrevista sufrió complicaciones ya que éstas se realizaron en salas que cada participante compartía con otras cinco mujeres. Esto imposibilitó la privacidad del encuentro. Además, la continuidad de las entrevistas se vio afectada por la cantidad de revistas médicas realizadas, dado que estas no tenían un horario específico sino que dependían de las decisiones momentáneas tomadas por los médicos.

Otra limitación consistió en que fue difícil que las mujeres participaran en la investigación dado que muchas se mostraron temerosas de dar alguna información relacionada con la institución, los médicos y el resto del personal de salud, la cual pudiera hacerles sufrir consecuencias capaces de afectar la atención recibida y poner en riesgo su salud y la de sus bebés.

Por asuntos de normas de atención sanitaria, no se pudo acceder a la observación de los procesos médicos al momento del parto. Para futuras investigaciones podría plantearse la realización de observación participante en las salas de parto, de emergencia obstétrica y en las salas de puerperio, para tener una visión más compleja de la situación estudiada.

Para futuras investigaciones también resultaría provechoso indagar acerca de lo que los médicos creen sobre la violencia obstétrica, cómo la viven, y aplicar estas cuestiones también al resto del personal de salud. Asimismo, se podría entrevistar a mujeres que tengan mayor tiempo de haber dado a luz o haber parido, de manera que



puedan evaluarse las consecuencias psicológicas después de un tiempo en el que se podría haber dado la elaboración de lo vivido.

También podría ser interesante trabajar con historia de vida de al menos una mujer, considerando sus vivencias en torno a la sexualidad, la reproducción, al embarazo, el parto y la maternidad. Por otra parte, cabe la consideración de realizar un estudio correlativo basado en niveles de maltrato al público en general al recibir atención médica y la atención a mujeres, y dentro de este grupo incluir la asistencia de los partos.

Por último pero no menos importante, debe destacarse la necesidad de la presencia del psicólogo en los servicios de atención hospitalaria, que pudiese mejorar la calidad de la atención y que trabajaran dinámicas dirigidas promover el mejoramiento del servicio por parte del personal de salud.

## IX. REFERENCIAS

- Aponte, E. (2008). La denuncia del discurso médico como uno de los supuestos de inaplicabilidad del derecho, *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*, 13(41), 81-92. Recuperado el 11 de octubre de la página Web <http://www.scielo.org.ve/pdf/upl/v13n41/art05.pdf>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993, 20 de diciembre). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Geneva, Suiza: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Asamblea General de la Organización de Estados Americanos. (1994, 9 de junio). *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem do Para"*. Belem do Para, Brasil: Organización de Estados Americanos.
- Besio, M. (1999). Cesárea versus parto vaginal, *Revista Médica de Chile*, 127(9). Recuperado el 17 de octubre de 2010, de la página Web [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98871999000900014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98871999000900014&script=sci_arttext)
- Blanco, J. (2009). Rostros visibles de la violencia invisible. Violencia simbólica que sostiene el patriarcado, *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), recuperado el 12 de marzo de 2011 de la página Web: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art07.pdf>
- Bordelois, I. (2009). *A la escucha del cuerpo: Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires, Argentina: Zorzal.
- Bourdieu, P. (1998). *La Dominación Masculina*. Barcelona, España: Anagrama.
- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar, E. (Eds.) *Género, psicoanálisis, subjetividad* (Pp.61-99). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Camacaro, M. (2000). *La experiencia del parto: proceso de la mujer o acto médico*. Maracay, Venezuela: Unidad de Investigación de Estudios de la Mujer.

- \_\_\_\_\_ (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica, *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162. Recuperado el 11 de octubre de 2010, de la página Web:[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131637012009000100011&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131637012009000100011&script=sci_arttext&tlng=es)
- \_\_\_\_\_ (2010). *La Obstetricia develada: Otra mirada desde el Género*. Caracas, Universidad de Carabobo.
- Campbell, A., Merrick, T. y Yazbeck, A. (2007). *Salud Reproductiva. El Objetivo Faltante de Desarrollo del Milenio. Pobreza, salud y desarrollo en un mundo cambiante*. Bogotá, Colombia: Banco Mundial/Mayol.
- Carcedo, A. y Molina, G. (2003). *Mujeres contra la violencia: una rebelión radical*. San José, Costa Rica: Cefemina.
- Cazés, D. y Huerta, F. (2005). *Hombres ante la misoginia: miradas múltiples*. México D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Código de Deontología Médica. (1985, 20 de marzo). Federación Médica Venezolana, Caracas.
- Fernández, F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil, *Medicina Naturista*, 10, 507-516. Recuperado el 11 de octubre de 2010, de la página <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985570>
- Nueva York, EEUU: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. (1979, 18 de diciembre). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Nueva York, Estados Unidos: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Ford, E. (2011). *When birth is trauma*. Recuperado el 27 de noviembre de 2011, de la página Web: <http://midwifethinking.com/2011/05/13/guest-post-when-birth-is-trauma/>
- Gerard, T. (2008). *Poseer el cuerpo: una reflexión sobre la medicalización de la biología de la mujer desde la perspectiva del género*. Recuperado el 07 de noviembre de 2011, de la

- página Web: <http://www.mujeresnet.info/2008/04/poseer-el-cuerpo-una-reflexin-sobre-la.html>
- González, G. (2001). Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido. [Versión Online], *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 15(2), pp. 145-151.
- González, M. y Delgado, Y. (2007). Cotidianidad y violencia basada en género claves epistemológicas. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(29). Recuperado el 12 de marzo de 2011, de la página web: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012007000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012007000200008&script=sci_arttext)
- Happlin, S. (1995). *Las mujeres y Obstetricia. La pérdida de parto para médicos de sexo masculino*. Recuperado el 07 de noviembre de 2011, de la página Web: <http://translate.google.co.ve/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.cyberbuzz.gatech.edu/nar/win95/shira.html>
- Huggins, M. (2005) *Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida*. Caracas, Venezuela: ILDIS.
- Lagarde, M. (1994). Maternidad, Feminismo y Democracia. En C. Talamante, F. Salinas y M. Valenzuela (Eds). *Repensar y Politizar la Maternidad: Un reto de fin de milenio*. (pp. 7-17). D.F., México: Grupo de Educación Popular con Mujeres.
- Lamas, M. (1994). Maternidad: ¿qué proponer como feministas? En C. Talamante, F. Salinas y M. Valenzuela (Eds). *Repensar y Politizar la Maternidad: Un reto de fin de milenio*. (pp. 7-17). D.F., México: Grupo de Educación Popular con Mujeres.
- \_\_\_\_\_ (s.f.). *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género*. Recuperado el 12 de marzo de 2011, de la página Web: <http://www.udg.mx/laventana/libr1/lamas.html>
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007, 16 de marzo). Ediciones de la Asamblea Nacional, Caracas.
- Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia. (1998, 18 de agosto). Palacio Federal Legislativo, Caracas.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. D. F. México: Trillas.

- Marton, B. y Echazú, G. (2010). La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre – hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna, *Sexualidad, salud y sociedad*, 5, 119-143. Recuperado el 17 de octubre de 2010, de la página Web <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/69/740>
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. (2003, 5 de junio). Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas.
- Ortiz, E., Quintero, C., Mejía, J., Romero, E. y Ospino, L. (2010). Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME). Recuperado el 2 de diciembre de 2011, del sitio Web del Fondo de Población de las Naciones Unidas de Colombia (UNFPA): [http://www.unfpacolombia.org/uploadUNFPA/file/mortalidadmaternaextrema\\_web.pdf](http://www.unfpacolombia.org/uploadUNFPA/file/mortalidadmaternaextrema_web.pdf)
- Pignatiello, A. (2007) *La violencia como exclusión de la feminidad*. Ponencia no publicada presentada en el V Congreso de AVEPSI Lo Femenino: Anatomía de sus destinos. Caracas, 14 de Junio.
- Pizzini, F. (1999). *La medicalización del cuerpo de la mujer*. Recuperado el 07 de noviembre de 2011, de la página Web: <http://translate.google.co.ve/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.women.it/quarta/workshops/epistemological4/pizzini.htm>
- Red Nacional de Refugios de México, *¿Qué es la Violencia?* (2011). Recuperado el 27 de noviembre de 2011, de la página Web: [http://www.rednacionalderefugios.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=77](http://www.rednacionalderefugios.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=77)
- Rísquez, F. (1991). *Aproximación a la feminidad*. Caracas: Monte Ávila.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2004). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (2ª ed.). Colombia: Universidad de Antioquia.
- Talamante, C., Salinas, F. y Valenzuela, M. (1994). Introducción. En C. Talamante, F. Salinas y M. Valenzuela (Eds). *Repensar y Politizar la Maternidad: Un reto de*

- fin de milenio*. (pp. 7-17). D.F., México: Grupo de Educación Popular con Mujeres.
- Urbaneja, L. (2009). *Primer Estudio sobre Violencia Obstétrica*. Cumaná: Imprenta del Estado Sucre.
- Uzcátegui, O. (2010). Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 70(1), 47-52. Recuperado el 15 de octubre de 2010, de la página Web <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v70n1/art09.pdf>
- Uzcátegui, O. y Toro, J. (2008). Consentimiento informado. [Versión Online], *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68(1), pp. 1-4.
- Villalobos, N. (2001). Evaluación del parto vaginal en presentaciones podálicas, *Revista de obstetricia y ginecología en Venezuela*, 16(1). Recuperado el 17 de octubre de 2010, de la página Web [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322001000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322001000100003&script=sci_arttext)
- Villegas, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico, *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 125-146. Recuperado el 21 de septiembre de la página Web <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art10.pdf>

## **X. ANEXOS**

A continuación se presentan el guión diseñado y utilizado en las entrevistas y el modelo de carta de consentimiento utilizado para obtener el permiso de las participantes para ser grabadas y utilizar esa información para la investigación.

### **10.1. Guión de entrevistas**

¡Hola! Mucho gusto. Yo (presentación) vengo de la Escuela de Psicología, de la Universidad Central de Venezuela y estoy haciendo una investigación (junto a otra compañera) respecto a la experiencia de las mujeres cuyo (s) parto (s) o cesárea (s) hayan sido asistido(s) en la Maternidad Concepción Palacios. Nos interesa, para ello, conocer tu o tus experiencias en relación al parto Y/o cesárea, y el impacto que eso haya tenido en tu vida. Nuestra intención es contribuir con la mejora de la atención en las instituciones de salud, de modo que mujeres como tú y nosotras recibamos un trato digno y justo en el marco del cumplimiento de nuestros derechos. En este sentido, quisiéramos saber si estás dispuesta a contestar las siguientes preguntas acerca de tu(s) parto(s) y si estás de acuerdo con ser grabada y con que esta información que nos aportes sea utilizada en la investigación manteniendo en todo momento tu anonimato.

#### **I. Identificación.**

- 1.1. Nombre y apellido.
- 1.2. Siglas.
- 1.3. Edad.
- 1.4. Nivel de instrucción.
- 1.5. Profesión u oficio.
- 1.6. Estado civil.
- 1.7. ¿Con quién vives?
- 1.8. Sector dónde vive.
- 1.9. ¿Cómo llegó a esta institución?

**II. Historia reproductiva.**

- 2.1. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?
- 2.2. ¿Qué edad tenías cuando tuviste el primer parto? ¿En qué fecha fue?
- 2.3. ¿Es este tu primer parto y/o cesárea?
- 2.4. ¿Cuántos hijos/hijas tienes? ¿Cuántos partos y cuántas cesáreas has tenido?
- 2.5. ¿Tuviste control médico durante el(los) embarazo(s)? ¿Cuántas veces asististe? ¿Cómo fue (fueron)?
- 2.6. ¿Cómo fue el parto con cada uno/una de tu(s) hijo(s)/hija(s)?
- 2.7. ¿Cómo hubieses querido que fuera (n)?

**III. Perfil de la atención.**

- 3.1. ¿En qué momento se te presentaron las contracciones?
- 3.2. ¿Cuándo llegaste aquí? ¿Cómo llegaste?
- 3.3. ¿Cómo escogiste esta institución?
- 3.4. ¿Quién fue la primera persona que te atendió en la institución?
- 3.5. ¿Cómo fue la relación (por relación se quiere decir ¿cuándo lo viste por primera vez?, ¿cómo te recibió?, ¿cómo se comunicaron?, ¿cómo te trató?, ¿te explicó el procedimiento?)) con el/la médico/médica?
- 3.6. ¿Cómo fue la relación entre el personal de salud y tú?
- 3.7. ¿Qué recuerdas que te decía el personal de salud mientras te atendía? ¿Cómo te sentiste?
- 3.8. ¿Cómo valoras el apoyo recibido por las personas que te atendieron?
- 3.9. ¿Recuerdas alguna (s) frase (s) o gesto (s) en particular?
- 3.10. ¿Cuántas personas tenías alrededor?
- 3.11. ¿Cómo eran las instalaciones donde te atendieron?

**IV. Género, derecho y normas.**

- 4.1. ¿Cómo debe ser la atención médica en el parto?
- 4.2. ¿Cuál es el rol de la mujer durante el embarazo y el parto?



- 4.3.¿Cuál, según tú debe ser el rol del (la) médico/médica y el personal de salud en el proceso del embarazo y el parto?
- 4.4.¿Cómo debe ser un médico (médica) obstetra? ¿Cómo es?
- 4.5.¿Cómo debe ser el personal de salud (enfermeras (os), paramédicos (as))?  
¿Cómo son?
- 4.6.¿Cuáles son los derechos que tiene la mujer embarazada y la mujer durante el parto?
- 4.7.¿Te hubiese gustado parir de otra forma?
- 4.8.Si tuvo cesárea: ¿Sabías que ibas a tener una cesárea?
- 4.9.¿Conoces algunas normas o leyes que traten sobre el parto humanizado?

## 10.2. Carta de Consentimiento informado

Caracas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente yo, \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad N°: \_\_\_\_\_, hago constar que se me brindó toda la información pertinente acerca de la investigación titulada: **Formas Y Consecuencias Psicológicas De La Violencia Obstétrica En El Discurso De Mujeres Con Embarazos Y Partos Asistidos En La Maternidad Concepción Palacios**, y acepto ser participante respondiendo y aportando datos acerca de mi experiencia en relación al tema de la investigación, permitiendo que se use con fines académicos, y finalmente aceptando ser grabada, respetando en todo momento mi anonimato.

---

Firma

