



Facultad de Educación y Humanidades

Departamento de Ciencias Sociales

Psicología

# Violencia Obstétrica: una mirada integrada a los procesos de parto.

Memoria para optar al título de psicóloga.

---

Estudiantes:

Casandra Chamorro Castillo.

Amanda Ramírez Fuentes.

Académica Guía: Ps.Dámaris Opazo Vega.

Diciembre, 2016.

Todo este arduo trabajo durante un año y medio no habría tenido sentido sin la participación de todas las personas que colaboraron en esta investigación, entregándonos su valioso relato y compartiendo con nosotras una parte de su historia.

Este trabajo se lo dedico a mi hijo Facundo. Creciste en la mitad de mi formación universitaria, hemos ido creciendo juntos y lo seguiremos haciendo. Cada día que llego en la tarde cansada por todo lo que implica estudiar esta hermosa carrera ahí estás tú, esperándome con un gran beso y un abrazo afectuoso. Todo este trabajo no tendría sentido si no estuvieras, eres la persona más importante en mi vida.

Agradecer a mis padres por apoyarme durante el transcurso de toda la carrera, especialmente desde que Facundo llegó a nuestras vidas y ser un pilar fundamental en mi vida. Gracias por la formación que me han entregado, es lo que me ha permitido ser la persona que soy en la actualidad.

También quiero agradecer a Dámaris Opazo, por pasar de ser nuestra guía de tesis a nuestra madre adoptiva y confidente, por apoyarnos en los momentos más difíciles y permanecer a nuestro lado.

Gracias Totales.

Amanda Ramírez Fuentes.

Agradecer en primer lugar a los y las participantes de esta investigación, los cuales son los y las verdaderos protagonistas de este trabajo. Gracias por su tiempo y disposición de relatarnos sus experiencias de vida sumamente valiosas.

También agradecer a mi familia, que son el apoyo fundamental en mi vida en todo este tiempo de carrera, especialmente durante este año.

Por ultimo agradecer a la Profesora Dámaris Opazo por su constante apoyo y paciencia entregado en todo este proceso.

Gracias, gracias, gracias.

Casandra Chamorro Castillo.

Índice.	
I. Introducción.	3
II. Presentación del problema.	3
II.1 Planteamiento del problema.	3
II.2 Justificación del problema.	4
II.3 Preguntas de investigación primaria y secundarias.	5
II.4 Objetivos general y específicos	5
III. Marco referencial.	6
III.1. Antecedentes teóricos.	6
III.2. Antecedentes empíricos.	9
III.3. Marco epistemológico/reflexividad.	15
IV. Diseño metodológico.	19
IV.1. Metodología.	19
IV.2. Diseño.	20
IV.3. Método.	20
IV.4. Técnicas.	24
IV.5. Instrumentos.	26
IV.6. Población.	28
IV.7. Análisis de datos.	29
IV.8. Criterios de calidad.	29
IV.9. Criterios éticos.	30
V. Presentación de resultados.	32
VI. Conclusiones.	87
VII. Referencias.	95
VIII. ANEXOS.	102

## **I. Introducción.**

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer la construcción de la violencia obstétrica desde el punto de vista de mujeres que han vivido un parto y personas involucradas en el proceso. Los objetivos específicos, fueron caracterizar el rol que ejercen los funcionarios y funcionarias de salud en la construcción de violencia obstétrica; identificar las experiencias de violencia obstétrica que tienen mujeres que han vivido un proceso de parto y finalmente, identificar la experiencia de personas significativas para las mujeres que estuvieron presentes en sus procesos de parto.

Para llevar a cabo la investigación se utilizó la metodología cualitativa, ya que la profundidad en la pregunta de investigación requirió una narración como resultado de las entrevistas que dieron lugar a descripciones densas para responder a las preguntas de investigación. El diseño metodológico empleado en este estudio fue el diseño fundamentado, debido a la escasez de estudios y teoría respecto del tema en nuestro país. Junto a esto se trabajó con un método etnográfico, utilizando como técnicas de recolección de información las entrevistas semi estructuradas y las entrevistas en profundidad. Finalmente, con los datos recopilados se efectuó un análisis de contenido que dio origen a categorías de contenido, ordenadas y presentadas en los resultados. A partir de éstos, se elaboraron las conclusiones para la presente investigación.

### **Presentación del problema.**

#### **II.1 Planteamiento del problema.**

En primer lugar, es necesario dar a conocer qué se entiende por violencia obstétrica. En Argentina (Ley N°26.485, 2009) y en Venezuela (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007) se conceptualiza como la privación del control de la mujer respecto de su propio cuerpo y sus procesos reproductivos, ejercida por el personal de salud que la atiende en un proceso de parto. Esto se encuentra expresado en un trato deshumanizado por parte de los funcionarios hacia la mujer que está siendo atendida en una institución de salud pública o privada, destacando además el abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales.

La violencia obstétrica es un fenómeno que atenta contra los derechos de salud y reproductivos de las mujeres (Castro y Erviti, 2014). Dentro de esto, la mujer embarazada es sólo una mera espectadora de los acontecimientos que suceden en su cuerpo, por lo cual no se respeta su capacidad de decidir y participar de su propio parto (Arguedas, 2014).

En Chile, el abordaje médico de un proceso de parto se considera exitoso en la medida en que responda a cifras estadísticas y modelos de atención estandarizados (Aleuanlli et al., 2006). El abuso o maltrato que podría provocarse por parte de diversos funcionarios y/o funcionarias de salud, se considera sólo como un problema de calidad de atención (Suárez y Oyarzún, 2007). Sin un enfoque más humanizado, queda relegado simplemente a la misión de transmitir este énfasis en la formación de los y las profesionales de la salud, y no se identifica como un elemento a incluir en el ámbito legal (Suárez y Oyarzún, 2007). Actualmente, en nuestro país hay una ausencia de ley vigente que abarque y conceptualice de alguna forma esta situación, a pesar de que existe un Proyecto de Ley en tramitación, el cual establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el código penal para sancionar la violencia obstétrica. Este proyecto de ley fue presentado el 28 de enero del año 2015 por las diputadas Loreto Carvajal y Marcela Hernando, pasando a la comisión de salud el 4 de marzo de 2015, donde se encuentra sin movimiento hasta la actualidad (Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el post parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica, 2015).

Cabe destacar, que Chile se ha convertido en uno de los países con más altas tasas de cesáreas en el mundo, registrando un 44,7% del total de partos por cesárea (Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH], 2016). Lo anterior, contrasta con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (1985), la que indica como tasa de cesáreas conveniente entre un 10 y 15% en cada país. Esto puede ser un indicador de mala atención obstétrica en Chile, puesto que no hay evidencia en relación a que los indicadores de salud materna y perinatal se optimicen cuando aumenta el número de cesáreas (Donoso, 2004).

## II.2 Justificación del problema.

La presente investigación posee una relevancia social, ya que es un tema escasamente visibilizado y abordado desde la investigación sobre todo en Chile, por lo cual podría contribuir a una mayor sensibilización de este fenómeno y una posterior comprensión de éste por parte de los diversos agentes sociales implicados, como son los/as profesionales vinculados a la salud y especialmente de las mismas mujeres que son las protagonistas de estas experiencias (González, 2002).

En relación a la relevancia disciplinaria, la presente investigación al producir un determinado conocimiento, constituye un aporte para futuras elaboraciones de enfoques en cuanto a la atención del parto, en donde se respete el derecho a la información y toma de decisiones respecto de esa experiencia a las protagonistas de esta fenómeno (Belli, 2003). Respecto del proceso de parto, Cabrera (2003) del área de ginecología y obstetricia del Hospital Guillermo Grant Benavente ubicado en la ciudad de Concepción, señala que el proceso de parto en nuestra cultura está relacionado con un acontecimiento ligado a la enfermedad. Ello porque se asocia a dolor y a las posibles complicaciones que puedan

surgir en algún momento del proceso, por lo que se ha ido transformando en un acto médico quirúrgico algo que constituía un proceso natural. Dicho autor señala la necesidad de retornar el nacimiento a su verdadero sentido y es importante para llegar a eso traer de vuelta la seguridad perdida en la capacidad de las mujeres para enfrentar este proceso tan natural. Esto es posible con la colaboración de profesionales de la salud y expertos/as en la temática del nacimiento (Cabrera, 2003), pues preparando a las mujeres desde antes con información relevante sobre el proceso de parto, las opciones que tiene junto a las ventajas y desventajas de cada una de ellas, ayudará a los equipos profesionales a que contribuyan a que las mujeres asuman el control de sus cuerpos y que tomen sus propias decisiones, además de mantener un ambiente cálido y de contención como una forma de espacio seguro para las mujeres viviendo un proceso de parto.

En cuanto a la relevancia metodológica, esta Investigación es innovadora, por cuanto abarcará diversas poblaciones que son actores y actrices relevantes en la construcción de la violencia obstétrica. Se trabajó con profesionales y/o técnicos de salud que son parte del equipo a cargo de los procesos de parto en centros de salud, con las mujeres que vivieron un proceso de parto y también con sus acompañantes, lo cual permitió considerar los diferentes puntos de vista de ellos y ellas al estar estrechamente involucrados en este fenómeno. Esto se llevó a cabo a través de una selección intencionada de éstos y éstas (Rodríguez, 1999).

### II.3 Preguntas de investigación primaria y secundarias.

#### **Pregunta General:**

¿Cómo se construye la violencia obstétrica desde el punto de vista de mujeres que han vivido un parto y personas involucradas en el proceso?

#### **Preguntas específicas:**

¿Cuál es el rol y/o roles que tienen los funcionarios y funcionarias de salud en la construcción de la violencia obstétrica?

¿Qué experiencias respecto de la violencia obstétrica tienen mujeres que han vivido un proceso de parto?

¿Qué experiencias respecto de la violencia obstétrica tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto?

### II.4 Objetivos general y específicos

#### **Objetivo general:**

Conocer la construcción de la violencia obstétrica desde el punto de vista de mujeres que han vivido un parto y personas involucradas en el proceso.

### **Objetivos específicos:**

Caracterizar el rol que tienen diversos funcionarios y funcionarias de salud en la construcción de la violencia obstétrica.

Identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen mujeres que han vivido un proceso de parto.

Identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto.

## **I. Marco referencial.**

### III.1. Antecedentes teóricos.

Recomendaciones de la OMS para el mejoramiento de la calidad en los procesos de parto

La Organización Mundial de la Salud (Organización mundial de la salud [OMS], 1985) ha hecho una serie de recomendaciones para la atención del parto, las cuales son compartidas por el organismo Chile Crece Contigo como un desafío para el mejoramiento de la calidad en procesos de parto en el país. Chile Crece Contigo<sup>1</sup> es un Sistema de Protección Integral a la primera infancia que tiene como objetivo realizar un seguimiento personalizado en el desarrollo de niñas y niños desde la primera consulta prenatal de la madre hasta que ingresan al sistema educativo formal, generando redes de apoyo para ellos y ellas. Las recomendaciones entregadas por la OMS (1985) se encuentran divididas en generales y específicas. En relación a las generales, cabe destacar que se indica que es necesario que se entregue información a la comunidad sobre las distintas formas de atención al parto, para que cada una de las mujeres que se atiendan en un hospital público o privado mantenga conocimiento de los servicios ofrecidos y pueda elegir el tipo de parto que prefiera. Además, se señala que la formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto, a fin de mantener una visión actualizada del proceso de parto y cómo enfrentarlo en la sociedad actual como profesional de salud. Ello junto a incluir en su formación técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso tanto entre integrantes del equipo de salud como con las mujeres que atienden y sus familias. En cuanto a las recomendaciones específicas, en primer lugar se menciona que para el bienestar de la mujer durante su estadía en el centro de salud, un miembro de su familia elegido por ella debe tener libre acceso durante el parto y todo el período postnatal para acompañar a la mujer. Además, se menciona dentro de este mismo punto que el personal de salud

involucrado en el proceso de parto debe prestar apoyo emocional a la mujer, aparte del entregado por los miembros de la familia como forma de contención y acompañamiento. También se indica que las mujeres que van a dar a luz tienen el derecho-que debe ser mantenido-de optar por decisión propia sobre ciertos aspectos culturalmente importantes, tales como cuál es la vestimenta que ella y su hijo o hija van a usar, la comida que requiere o el destino de la placenta. En relación al hijo o hija de la madre internada en el hospital que haya nacido sano, debe permanecer junto a ella siempre que sea posible, precisando que la observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Asimismo, se debe recomendar la lactancia inmediata, incluso antes que la madre abandone la sala de parto. Una indicación sobre lo que no se debiera hacer es el rasurar el vello pubiano o realizar enemas antes del parto. Además, no se recomienda ubicar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante el período de dilatación y el expulsivo, sino debe sugerirse caminar durante la dilatación y cada mujer debe poder decidir libremente qué posición adoptar durante el período expulsivo. Durante el parto, los profesionales deben resguardar el perineo siempre que sea posible pues no está justificado el uso sistemático de la episiotomía, la cual es una incisión que se le realiza al perineo para ampliar el canal de parto (Berzaín y Camacho, 2014). En relación a la inducción del parto, ésta debe reservarse para indicaciones médicas específicas, pues no debiera un país tener más de 10% de inducciones. Esto junto a la rotura precoz y artificial de membranas como un procedimiento de rutina que no está justificado. Además, durante el parto no es aconsejable utilizar rutinariamente analgésicos o anestésicos salvo que surja la necesidad de corregir o prevenir alguna complicación. Finalmente, se expresa que la aplicación de estas recomendaciones sobre el parto deben adaptarse a cada circunstancia que pueda presentarse (OMS, 1985).

#### Violencia obstétrica.

La violencia obstétrica se considera un tipo de violencia de género y también otro tipo de violación a los derechos humanos de las mujeres, tales como los derechos a la vida, a la salud, a la dignidad, que deben comprenderse en conjunto de forma integral y no separados (Belli, 2013). Este tipo de violencia hacia la mujer, siendo un tipo de violación a los derechos humanos, se presenta a través de diferentes manifestaciones como regañones, burlas, insultos, amenazas, manipulación de información, aplazamiento de la atención médica urgente, actitud de indiferencia ante las solicitudes o reclamos que las mujeres puedan realizar, no informarles o consultarles sobre las decisiones que se toman durante el transcurso del trabajo de parto, incluso utilizar el manejo del dolor como forma de castigo para obtener el consentimiento de éstas (Villanueva- Egan, 2010). Sumado a estas variadas expresiones de violencia obstétrica, éstas podrían clasificarse de acuerdo de las distintas dimensiones que afectan a la persona, en este caso, a la mujer. Sobre esto se distingue la violencia obstétrica de tipo física, la cual consiste en prácticas invasivas que se le realizan a la mujer, junto con brindarle medicación no justificada por su estado de salud y el del bebé que nacerá. También se considera violencia obstétrica física el hecho de no respetar los tiempos del parto biológico. Por otra parte, la violencia obstétrica de tipo



psíquica abarca un trato deshumanizado, humillación y discriminación en el momento en que la mujer demande atención o cuando se le realiza alguna práctica obstétrica. Además de esto, se considera violencia obstétrica la omisión de información acerca del desarrollo de su parto, del estado de salud de su hijo o hija y que no se le permita a la mujer ser participe de las diversas actuaciones de los profesionales de la salud (Medina, 2009).

El grupo de información en reproducción elegida (Grupo de información en reproducción elegida [GIRE], 2015), organización civil mexicana sin fines de lucro define la violencia obstétrica como:

“forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015, p.12).

En el contexto nacional, existe un proyecto de ley que define a la violencia obstétrica de manera similar a como la definen las leyes de Venezuela y Argentina, con la diferencia que se incorpora la atención ginecológica y no sólo la atención en el parto por parte de funcionarios y/o funcionarias de salud, llamando a esta problemática violencia Gineco-Obstétrica. El proyecto de ley en Chile denominado Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el post parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica (2015) señala que será violencia gineco-obstétrica:

“Toda acción en contra de la mujer que no está embarazada, en el contexto de atención ginecológica u obstétrica, que le produzca algún daño, la pérdida de su autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción” (Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el post parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica, 2015).

Este proyecto de ley considera este tipo de violencia como una situación que perjudica a las mujeres que se encuentran en su proceso de parto, concretándose en malos tratos de tipo verbal por parte de los/as diversos/as funcionarios y funcionarias de salud que asisten el parto, también incluye someter a la mujer a un estrés innecesario, la realización de cesáreas para acelerar el nacimiento sin ser necesarias, ejercer maniobras violentas, entre otras acciones (Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el post parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica, 2015). El proyecto busca promover el derecho de las mujeres frente al sometimiento de éstas a cualquier procedimiento ginecológico, o durante los momentos de trabajo de parto, parto y post parto, protegiendo así su integridad ya sea física y/o psíquica de modo de sancionar cualquiera de las manifestaciones de violencia gineco-obstétrica

que afecten las condiciones en las cuales las mujeres deben ser examinadas ginecológicamente o atendidas en el momento de tener a su hijo/a (Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el post parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica, 2015).

Como se mencionaba anteriormente, el proyecto de ley Chileno se fundamenta en otras legislaciones ya establecidas en otros países pertenecientes a América Latina. En este contexto, es necesario dar a conocer lo que en otros países se ha conceptualizado respecto de este problema, a través de investigaciones y más puntuales a partir de leyes que se han promulgado, desde donde se pueden extraer definiciones concretas y precisar los actos constitutivos de violencia obstétrica, para así delimitar los hechos que involucran y que se consideraron en la presente investigación, que fue realizada en el contexto local (Provincia de Ñuble, VIII región, Chile).

Por un lado se encuentra Argentina, donde existe en primer lugar, la Ley N°26.485 (2009) de violencia contra la mujer donde se busca prevenir, sancionar y erradicar esta acción hacia el género femenino; también, se tiene por objeto promover y garantizar que se encuentren las condiciones idóneas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos. Dentro de esta ley -vigente desde el 2009- se expone a la violencia obstétrica como una forma más de expresión de la violencia de género, la cual es aquella que “ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (Ley N°26.485, 2009, p.44). Además, en el mismo país existe una Ley sobre parto humanizado aplicable tanto al sector público como el privado de salud (Ley N°25.929, 2004), donde se busca que haya un respeto de los derechos de las mujeres en el momento en que su hija o hijo llega al mundo, además de indicar la importancia de que la mujer sea acompañada en el parto por un persona a elección de ella, junto con los beneficios que esto significa para la madre y su hijo/a. Dentro de esta ley, se considera el parto humanizado o parto respetado como una modalidad de atención del parto en donde se respeta los derechos de los padres y sus hijos/as en el momento del nacimiento, proporcionando un espacio para que el nacimiento se produzca de la manera más natural posible (Ley N°25.929, 2004). Para ello, las instituciones deben ajustar acciones que favorezcan el bienestar de sus pacientes en su proceso de parto, brindando las condiciones adecuadas durante el período de internación.

En Argentina (Ley N°26.485, 2009) y en Venezuela (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007) se conceptualiza a la violencia obstétrica de manera similar, pues se repiten variados elementos dentro de su definición. En primer lugar, se señala a la violencia obstétrica como la privación del control de la mujer respecto de su propio cuerpo y sus procesos reproductivos, ejercida por el personal de salud que la atiende en un proceso de parto. Esto se encuentra expresado en un trato deshumanizado por parte de los/as funcionarios/as hacia la mujer que está siendo atendida en una

institución de salud pública o privada, destacando además el abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales. En la Ley N°26.485 (2009) de Protección integral de las mujeres de Argentina, se considera trato deshumanizado al “trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de atención del embarazo, parto y postparto” (p.75).

Por otro lado, en Venezuela existe la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” (2007), donde en el Artículo 51 se especifica a la violencia obstétrica como una forma de maltrato hacia las mujeres y se realiza un listado donde se indican cuáles son los actos que se consideran constitutivos de violencia obstétrica ejercidos por el personal de salud, los cuales son:

1. No atender, oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (p.52)

En cuanto a las sanciones por cometer violencia obstétrica en contra de una mujer que se encuentre en trabajo de parto, parto, postparto o alguna emergencia obstétrica, en Venezuela se establece que el tribunal impondrá al/la responsable una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.) en equivalencia a la moneda local de ese país, debiendo remitir una copia certificada de la sentencia condenatoria al colegio profesional o institución gremial para que proceda el conducto disciplinario que corresponda (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007).

Dentro de este tipo de violencia hacia la mujer, se pueden visualizar diversos/as actores o actoras relacionados/as: la mujer que tiene un proceso de parto, los funcionarios y funcionarias de salud que la atienden en ese momento y las personas que acompañan a esta mujer, las cuales son consideradas significativas para ellas.

## Roles

Los funcionarios y funcionarias de salud ejercen determinados roles en la atención que brindan a las personas, los cuales son parte de su quehacer profesional. Los roles se definen como “un conjunto de expectativas de comportamiento exigidas a quienes ocupan

una posición determinada particular dentro de un grupo” (Sau, 2004 PÁGINA?). No son estáticos, sino que se negocian continuamente de forma implícita, determinando un tipo de relación (Zupiria, 2009). Dentro de los roles se distinguen distintos tipos: el rol prescrito, el rol subjetivo y el rol actuado. Para fines de esta investigación, se considera que el rol de los funcionarios y las funcionarias de salud en su calidad de profesionales es un rol prescrito ya que es lo que se espera de los profesionales (Zupiria, 2009). Cada uno de los roles lleva implícita una forma de relación, siendo la relación entre el profesional de la salud y el paciente de tipo asimétrica, debido a que éste último solicita ayuda sobre un problema respecto del cual no tiene mayor conocimiento y el/la profesional de salud debe brindarle la ayuda necesaria al paciente. Desde esta perspectiva, la relación que se establece entre estos dos actores adquiere mayor relevancia en las profesiones vinculadas a la salud, siendo un instrumento más en el trabajo que realizan (Zupiria, 2009).

Desde hace mucho tiempo la relación entre médico y enfermo se asemeja a la relación padre-hijo, en donde el medico posee el conocimiento (lo cual se relaciona con el poder) (Zupiria, 2009), y dice lo que se debe hacer, mientras que el enfermo simplemente obedece lo indicado. Los cambios sociales y culturales han generado una variación en esta relación, volviéndose más horizontal. El enfermo acude a un técnico, el cual le dirá lo que sucede e informará sobre las opciones a las cuales recurrir, siendo el enfermo el que decidirá lo que se va a hacer (Zupiria, 2009). En base a esto pueden visualizarse dos tipos de relación entre médico y enfermo: vertical, donde el primero se posiciona desde un lugar de poder por el conocimiento que posee, mientras que el segundo es dependiente y participa pasivamente en esta relación; horizontal, siendo el primero un técnico y el segundo un cliente que tiene una participación más activa (Zupiria, 2009).

Respecto al rol que ejerce como profesional la matrona o el matrón en el proceso de gestación de la mujer, el manual de atención personalizada en el proceso reproductivo (Ministerio de salud [MINSAL], 2008) indica las acciones a realizar en el primer control y luego en el segundo y demás controles médicos dirigidos a la mujer embarazada junto con su acompañante. Algunas de estas acciones son acoger empáticamente a ambos, realizar diagnóstico de la condición fetal y estado de la gestación, evaluar a la mujer de posibles riesgos a nivel biomédico, psicosocial familiar y laboral, motivar a la mujer en cuanto al cumplimiento y continuidad de las indicaciones, enfatizando el monitorear la evolución de la gestación en compañía del acompañante de ésta (pareja u otra persona significativa). Respecto al ingreso de la mujer en la unidad de urgencia maternal, el rol de la profesional matrona abarca aspectos como brindar apoyo psicológico a la gestante y su acompañante, informar y orientar a la mujer junto con su acompañante acerca de los procedimientos que se realizan en admisión de urgencia, diagnosticar el trabajo de parto y actuar de acuerdo a lo detectado, identificar y abordar eventuales complicaciones y solicitar una evaluación médica si es necesario. (MINSAL, 2008). Luego en la atención de trabajo de parto, la profesional debe preocuparse de generar un espacio de intimidad y seguridad, lo que contempla también las condiciones físicas (sala de parto temperada, con música de relajación o en silencio, etc). Además de esto, brindar acompañamiento y apoyo

psicoafectivo permanentemente a la mujer y su acompañante junto con estimular el rol protagónico de ambas personas, entregar información acerca de los procedimientos que se realizan y no intervenir si el proceso fisiológico de la mujer evoluciona sin mayores complicaciones. Además se debe favorecer la participación del acompañante en este proceso, motivándolo a brindar apoyo a la mujer en ese momento, estimular la comunicación de la mujer, la pareja o persona significativa y el equipo de profesionales para plantear dudas e inquietudes sobre el trabajo de parto y condición del hijo o hija y la participación en las decisiones que se tomarán durante el proceso al evaluar la intensidad y tolerancia al dolor de la mujer en ese momento. Durante el parto, el rol es brindar apoyo psicoemocional tanto a la mujer como a su acompañante, evitar la posición supina junto con la posición de litotomía (piernas abiertas), respetar el reflejo de expulsión fetal, no realizar episiotomía de rutina a menos que se considere necesario. En el momento de apego precoz, el rol consiste en controlar la termorregulación del recién nacido en el menor tiempo posible, promover la interacción de los padres con su hijo/a y la participación del padre en el apego, además de brindar atención inmediata al recién nacido (MINSAL, 2008). Finalmente durante el puerperio y el post parto, la matrona debe controlar signos vitales en la mujer (pulso, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, dolor) examinar estado físico y obstétrico, controlar el sangramiento, monitorear el grado de contracción uterina, detectar factores de riesgo psicosocial y derivar a profesionales como psicólogo o asistente social si fuera necesario al generar la vinculación con un centro de atención primario de salud (MINSAL, 2008). Otro rol relevante a considerar es fomentar la lactancia materna durante el puerperio inmediato o mediato según el caso, educando acerca de los beneficios tanto para la madre y su hijo/a junto con técnicas de amamantamiento. Todo esto con la finalidad de tener una lactancia exitosa y prolongada en el tiempo (MINSAL, 2008). En la etapa de post parto, las acciones a realizar por parte de la profesional incluyen principalmente, educar respecto al autocuidado de la mujer, incentivar la participación del hombre ya sea en su rol de padre y/o pareja, orientar acerca de la sexualidad en el post parto y respecto a los métodos anticonceptivos adecuados para este periodo considerando también la lactancia materna (MINSAL, 2008). Estas acciones abarcan tanto el aspecto técnico de la atención, como también las acciones vinculadas a la relación entre el/la profesional de la salud y la mujer embarazada con su acompañante durante la atención.

Vinculado a lo mencionado anteriormente, de acuerdo a una investigación cualitativa realizada en el contexto nacional durante el año 2012 denominada “Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile” (Valdés, Palavecino, Pantoja, Ortiz y Binfa, 2016) cuyo objetivo fue describir la satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto de una maternidad perteneciente al sistema de salud público, en la ciudad de Santiago de Chile, utilizándose para la recolección de información entrevistas semiestructuradas, aplicadas a 14 mujeres puérperas de parto vaginal con edades entre 19 y 43 años sin patologías asociadas, surgieron desde el análisis de las entrevistas cinco categorías: 1) experiencia general del parto, 2) la

matrona/matrón: un/a profesional cercano y cómplice en el proceso, 3) la matrona/matrón como un pilar en el manejo del dolor, 4) habilidades comunicacionales y entrega de información, y 5) la matrona/matrón como ente de empoderamiento durante el parto. En la primera categoría llamada experiencia general, mencionan que la compañía y el apoyo brindado el/la matrón/matrona a lo largo del proceso es de suma relevancia para las mujeres participantes de esta investigación, considerándolo como determinante en la experiencia de parto. Otros actores al que se le otorga importancia por las mujeres, es que el parto evolucionara de forma rápida y que el sexo del bebé fuera el deseado por ellas previo al nacimiento, siendo estos componentes de una buena experiencia de parto. Además se mencionan algunos actores que determinan que la experiencia de parto sea catalogada como negativa. El sentimiento de soledad de la mujer asociado a la despreocupación e indiferencia que pudiera demostrar el/la profesional que está a cargo en ese momento, junto al desconocimiento y la desinformación respecto al dolor del parto, aspecto que relatan mujeres que vivieron por primera vez un parto normal, ya sea porque fue su primer embarazo o anteriormente vivieron una cesárea. La segunda categoría, matrón/matrona: un/a profesional cercano/a y cómplice en el proceso, se expone que las mujeres destacan el apoyo y la contención emocional de carácter permanente por parte de la matrona en el trabajo de parto. Relatan haber sido apoyadas emocionalmente a través de la compañía, la entrega de información y la capacidad de la matrona de motivarlas durante el proceso. Referido a la compañía, las mujeres consideran importante que la profesional brinde compañía cuando no está la pareja o algún familiar. Sobre la capacidad de la matrona para motivar, las mujeres destacan que ésta las ayudaba a no darse por vencidas cuando sentían dolor y cansancio, consiguiendo que ellas se sintieran capaces de poder parir.

Por otra parte, las mujeres consideraron la no existencia de apoyo cuando la matrona tenía un comportamiento indiferente frente a la experiencia de dolor, afectando la compañía, la comunicación y la entrega de información que ellas esperaban durante el proceso, contribuyendo al aumento del miedo frente al parto y a la sensación de sentirse poco comprendidas. Respecto a la tercera categoría, nombrada matrón/matrona: un pilar en el manejo del dolor, las mujeres participantes consideran que el/la matrona/matrón ejerce influencia respecto al manejo del dolor, por medio del apoyo emocional y físico, utilizando estrategias como guiar la respiración, brindando compañía, la realización de masajes, entre otras, las que permitieron disminuir la percepción del dolor durante el parto. También las frases de apoyo empleadas por el/la matrón/matrona, que reforzaban las capacidades de las mujeres, ayudaron a desviar la atención de las mujeres centrada en el dolor. La cuarta categoría corresponde a habilidades comunicacionales y entrega de información, en donde la ayuda emocional de el/la matrona supone para las mujeres un verdadero apoyo, generando en ellas tranquilidad, disminución de la ansiedad, y gestionar los sentimientos de soledad y el dolor. Además las mujeres esperan que el/la matrón/matrona sea amable, que les entregue información y que sea empática/o rente a la situación de dolor; es decir, que el/la profesional sea capaz de ponerse en el lugar de la mujer, que entienda el dolor que siente y que las apoyan y comprendan. Las participantes también describen una mala comunicación cuando existió cierta aspereza en el trato y

cuando hubo indiferencia frente al dolor por parte de la/el profesional. El/la matrn/matrona al imponer sus conocimientos e ignorar las peticiones de la mujer, genera en las madres sentimientos de soledad y desamparo. Por último la quinta categoría, La matrona/matrn como ente de empoderamiento durante el parto, donde la mayoría de las mujeres participantes consideraron que las matronas lograron el empoderamiento de éstas, cuando las profesionales consultaban sobre las preferencias ante determinadas acciones y al permitir que las mujeres tomen sus propias decisiones, respetando sus vivencias en relación al parto. Desde estas categorías, Valdés, Palavecino, Pantoja, Ortiz y Binfa, (2016), concluyen que es necesario en la preparación de los/as profesionales de la salud que acompañen a las mujeres en su proceso de parto, orientar las competencias tanto técnicas como relacionales, con el fin de entregar una atención de calidad basado en el buen trato, el apoyo emocional, el acompañamiento, la cercanía y la entrega de información veraz y oportuna.

En su rol médico, Cabrera (2003) indica que el control del dolor de las usuarias se ha convertido en una de las razones principales del actuar de ellos/as, lo que lleva al uso de anestesia y la creencia de que sin ella la mujer pierde toda capacidad de tolerar el parto. Y es que la anestesia es sólo el principio de la medicalización, ya que se hace mención a los procedimientos habituales en un proceso de parto como parte de la medicalización, los cuales son: aplicación de suero endovenoso, utilización de oxitocina para conservar una buena contracción del músculo uterino, fórceps y cesárea, la cual implica una cirugía y pese a que podrían surgir en ese procedimiento mayores complicaciones, ésta es la forma más usual de parir en Chile. Además, se señalan otros procedimientos como el rasurado, enema, realizar un parto en posición horizontal, episiotomía, revisión instrumental de útero y canal, suturas de desgarros, entre otras prácticas (Cabrera, 2003).

### Experiencia

Considerando que dentro de los objetivos de la investigación se buscan identificar las experiencias de mujeres que han vivido violencia obstétrica y de sus respectivos/as acompañantes, se conceptualiza a la experiencia como sucesos que personas o grupos sociales viven o han vivido, los cuales se hacen presentes en la conciencia de éstos, produciéndose un contacto con emociones, cogniciones, valoraciones y deseos (Avenburg y Martínez, 2014). No es un acontecimiento interno o un estado psicológico permanente, tampoco inmediato y estable (Díaz, 1997). Tampoco precede un esquema conceptual que la ordene u organice, debido a que los dispositivos tecnológicos de expresión, los símbolos que sirven de referente de la existencia social son atemporales, ambiguos y recreados. La experiencia se organiza a través del lenguaje, siendo un producto y también un proceso histórico y cultural, la cual va formando expresiones, relatos, narrativas, dramas sociales y realizaciones culturales que se muestran y se comunican, es decir, se hacen públicas (Díaz, 1997). El significado que le atribuimos, los valores que le asignamos, los afectos que genera, las expresiones que permiten organizar la experiencia, son siempre cambiantes y reconstituidos en el tiempo, constituyendo un todo en movimiento (Díaz, 1997). Salinero (2013), menciona respecto de la experiencia, que ésta

se configura por un tiempo, existiendo un antes y después de esa experiencia, respecto de la cual no solemos ser los mismos que éramos. Además la experiencia transforma nuestra subjetividad ya que lo que somos y lo que sentimos genera pensarnos de manera diferente a como lo hacíamos. El autor agrega que la experiencia se vive en soledad y de forma individual, sin embargo, tiene que poder expresarse a los/as otros/as, por lo cual es comunicable y también transformadora para los/as otros/as (Salinero, 2013).

Sobre la experiencia de mujeres que han vivenciado Violencia Obstétrica, en Chile se realizó una investigación cualitativa llamada “El discurso de la violencia obstétrica en Chile” (Cruz, Jaurés, Leiva, Ruiza y Troncoso, 2015), en la cual participaron 4 mujeres residentes en la ciudad de Santiago entre 18 y 55 años, que afirmaron haber vivido violencia obstétrica al menos una vez durante la atención perinatal. En esta investigación se aplicaron entrevistas semiestructuradas, de las cuales surgieron como resultados cuatro categorías principales: 1) maltrato por parte del personal médico, 2) naturalización de la violencia, 3) roles de género, 4) combatiendo la violencia.

En cuanto a la primera categoría “maltrato por parte del personal del personal médico”, se menciona que el equipo médico no respeta las decisiones de las mujeres entrevistadas tomando decisiones basadas en protocolos, lo cual utilizan como justificación. Esto hace sentir a las mujeres desplazadas e ignoradas. Las mujeres participantes de esta investigación consideran el momento del parto como una instancia que propicia una forma de intimidación por parte de profesionales de la salud, generando en ellas desorientación y la sensación de estar perdidas. Esto debido a que no se les explica a las mujeres lo que ocurre y los procedimientos que se van realizando, produciéndose en ellas la percepción de no poder ser incluidas en su propio proceso. Se identifican como formas de maltrato: burlas por parte del equipo médico ante las decisiones de las mujeres, bromas y menosprecio frente a las decisiones u opiniones de las mujeres durante el proceso perinatal, esto causa incomodidad y temor en las mujeres, contribuyendo a disminuir el poder de agencia a la mujer. Además, se considera como una forma de maltrato ignorar por completo las decisiones que tomen las mujeres, apropiándose de su cuerpo sin importarle a funcionarios/as las secuelas físicas y/o emocionales que ello pueda traer. Frente a esto, se identifica como secuela en las mujeres el rechazo de ellas a embarazarse nuevamente por miedo a vivenciar lo mismo.

Respecto a la segunda categoría: “naturalización de la violencia”, las mujeres entrevistadas expresan que la violencia obstétrica está normalizada en la sociedad, que ellas junto con su entorno cercano y familiar consideran la violencia obstétrica como algo estructural vinculado a la sociedad, además de considerar que es un tipo de violencia presente en todas las modalidades de atención de salud. A nivel de creencias, se observaron diferencias en relación al trato esperado por las mujeres de los/as profesionales que las atenderían, considerando el nivel socioeconómico que tiene la persona vinculándose con el centro de salud al cual pueda tener acceso, por ende, en los niveles socioeconómicos más bajos, estaría naturalizado un trato más violento, mientras que en los niveles socioeconómicos más altos se espera un trato menos violento y más



respetuoso con las personas. Esto último asociado al hecho de pagar por la atención médica recibida. También las mujeres expresaron ser vistas como objetos al momento de pasar por los diversos procedimientos médicos, identificándose con la idea de que ella no tienen injerencia en relación a estos procedimientos, limitándose solo a contemplar las acciones que realizan en su cuerpo, sin la existencia de un mayor contacto vinculado a la dimensión emocional de la mujer por parte de los funcionarios y funcionarias de salud. Dentro de esta categoría, se evidencia en las entrevistas, el desconocimiento por parte de las mujeres participantes acerca de información del trabajo de parto, como procedimientos, personal involucrado, tiempo, consideraciones, expectativas, etc. Por último, las mujeres entrevistadas desconocían la existencia de la violencia obstétrica hasta antes del parto, la cual se hizo evidente cuando la vivenciaron. Lo consideran como un tema delicado, el cual puede ser conversado con sus personas más cercanas, y que al ser poco visible es poco probable actuar adecuadamente, brindando contención y apoyo a la persona que es víctima de este fenómeno (Cruz, Jaurés, Leiva, Ruiz y Troncoso, 2015).

En cuanto a la tercera categoría de esta investigación “roles de género”, las entrevistadas reconocen haber experimentado vulnerabilidad debido al agotamiento físico y mental luego del nacimiento de su hijo/a, en donde el no sentirse partícipes ni dueñas de su propio parto, consideran inútil discutir o hablar acerca de las prácticas o acciones que consideraron como violentas. Estas mujeres reconocieron roles de pasividad y conformismo impuesto, actuado también por ellas, un rol de vulnerabilidad tanto por las condiciones propias del parto, como de las secuelas físicas y mentales. Además las participantes de esta investigación reconocen el legítimo derecho a ser partícipes de su proceso de parto, como seres humanos creadoras de vida (Cruz, Jaurés, Leiva, Ruiz y Troncoso, 2015).

Respecto a la experiencia de los/as acompañantes, en una investigación realizada en Cuba durante abril del 2007 y marzo de 2010, denominada “El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica”, en la cual para recopilar datos se realizaron entrevistas y observación participante en tres hospitales ginecobstétricos. Se entrevistaron a 36 mujeres, 10 acompañantes y nueve obstetras de los servicios seleccionados. En cuanto a la observación, se realizó en el parto, parto, puerperio inmediato y salas de puerperio en las 48 horas posteriores al nacimiento. Las entrevistas dirigidas a las mujeres fueron realizadas en varios momentos, desde el ingreso de las mujeres en el servicio de partos hasta el puerperio hospitalario. Los datos recopilados se analizaron según la teoría fundamentada.

### III.2 Antecedentes empíricos.

Cabe destacar, que Chile se ha convertido en uno de los países con más altas tasas de cesáreas en el mundo, registrando un 44,7% del total de partos por cesárea (INDH, 2016). Lo anterior contrasta con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la que indica como tasa de cesáreas conveniente entre un 10 y 15% en cada país, lo cual puede ser un indicador de mala atención obstétrica en Chile, puesto que no hay evidencia en relación a que los indicadores de salud materna y perinatal se optimicen cuando aumenta el número de cesáreas (Donoso, 2004). Además, si se compara la tasa de cesáreas en Chile en el servicio de salud público y privado, se obtiene que un 40.5% de los partos son vía cesárea el sistema público y un 76% en el sistema privado (MINSAL, 2015), lo cual es alarmante y demuestra la gran variación que hay entre sistemas.

Sobre el fenómeno de la violencia obstétrica se han realizado variados estudios dentro del contexto hispano y Latinoamericano. Se puede mencionar un estudio realizado en Cuba, de metodología cualitativa donde se realizaron entrevistas a 36 mujeres, 10 personas que las acompañaron y 9 obstetras, además de observación de tipo participante en tres hospitales gineco-obstétricos. Uno de los resultados de este estudio, es que se refiere que el proceso de parto se desarrolla en una relación asimétrica entre la paciente mujer y el médico o médica (García-Jordá, Díaz-Bernal y Acosta, 2011).

Este punto también es mencionado en un estudio sobre la violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica realizado en España por Bellón (2015), a partir del cual se concluye que el discurso médico tiene poder institucional y es legítimo desde la esfera social, lo cual le permite administrar, regular la vida, determinar lo enfermo de lo sano, lo normal y anormal, produciéndose así relaciones de poder asimétricas, donde la ciencia, el paradigma médico representado por los profesionales de la salud, obtienen una posición privilegiada respecto de la persona-paciente, en este caso la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres en proceso de parto (Bellón, 2015). Esta apropiación se manifiesta a través de un trato deshumanizante, en donde la institución de salud que brinda sus servicios objetiviza a las mujeres, sus familias y/o personas que las acompañan, determinando cuándo y quién acompañaría a la mujer. También dentro de este aspecto, el centro de salud determinaría en qué momento la reciente madre recibiría a su bebé, interrumpiendo un primer contacto inmediato con su hijo o hija (Acosta, Díaz y García, 2011). Además, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales en este caso se evidencia al realizar procedimientos médicos por parte del equipo de salud a cargo, siendo en ocasiones excesivos e innecesarios (Acosta, Díaz y García, 2011) considerando el parto no como acto natural individual, sino como enfermedad o acto médico (Villegas, 2009). En cuanto a los efectos asociados a la violencia obstétrica, Acosta, Díaz y García (2011) indican como

efectos negativos en la experiencia del parto de las mujeres, vivencias intensas de dolor físico, incomodidad y preocupación.

En relación al concepto de experiencia de madres que han vivenciado violencia obstétrica, se hará referencia a los siguientes estudios. En Colombia, se realizó una investigación cualitativa sobre experiencias de mujeres durante el trabajo de parto y parto (Giraldo, González y Henao, 2015), en la que participaron 13 mujeres: ocho primigestantes, cuatro secugestantes y una multigestante. Con cada una de ellas se hicieron dos sesiones de entrevista en profundidad, partiendo de la pregunta general: “¿cómo fue su experiencia del trabajo de parto y el parto?” (Giraldo, González y Henao, 2015, p. 272). Más tarde, a través de un grupo focal en el que participaron cuatro mujeres se trianguló la información más relevante y luego de efectuar el análisis de contenido utilizando el Software Atlas ti se llegó a tres categorías núcleo. La primera categoría núcleo corresponde a síntomas desagradables para las mujeres vivenciados durante el proceso de parto y parto destacándose la ansiedad, el miedo y diversas sensaciones negativas junto al dolor físico por procedimientos rutinarios para el personal de salud al momento del trabajo de parto y parto como el tacto vaginal, el uso de fórceps o la maniobra de kristeller. También, dentro de estos síntomas desagradables la fatiga es señalada como una sensación presente en el embarazo, el trabajo de parto y parto, siendo en estas dos últimas instancias la fatiga asociada a problemas en el lugar físico donde se encontraban las mujeres y por la posición en la que debían mantenerse. En relación a la segunda categoría núcleo, surge la vivencia de soledad como importante en las mujeres participantes de la investigación ya que queda demostrado que es de suma relevancia para ellas estar acompañada de alguien que les entregue apoyo y contención durante un proceso tan difícil como el trabajo de parto y parto. Por su parte, la preocupación de parte de los funcionarios de salud del hospital en el que la mujer se encuentra internada se visualiza como una forma de acompañamiento positiva demostrada al asistir a sus llamados oportunamente y al entregarles la información actualizada de cómo evoluciona su estado y el de su hijo o hija a medida que va transcurriendo el tiempo. Finalmente, la tercera categoría núcleo se relaciona con el momento del nacimiento de sus hijas o hijos, donde las madres justifican de cierto modo los sucesos ocurridos durante el trabajo de parto y parto vinculados con los síntomas desagradables y la soledad y éstos son minimizados por las madres refiriéndose a ellos como “algo normal”, para luego enfocarse primordialmente en el cuidado de recién nacido o nacida (Giraldo, González y Henao, 2015).

Para la realización de estudios en Chile, se han tomado en cuenta las iniciativas de la OMS que hace un llamado a establecer como práctica habitual el parto humanizado, delimitándolo como aquel que respeta los derechos de las mujeres y sus bebés, como también la importancia de la atención integral en el trabajo de parto y parto por parte de los/as funcionarios/as de salud como agente que presenta relevante influencia en el bienestar materno. En este contexto, Valenzuela, Uribe y Contreras (2011) realizaron una investigación cualitativa llamada “Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno”, en la que se hizo una revisión de bases de datos Scielo, Science

Direct, PubMed y Cinahl, donde se recogieron artículos de investigación relacionados con la temática de atención en el parto, publicados a partir del año 2000, y cuyo texto completo fuera accesible y sin costo. De los artículos seleccionados, 16 fueron cuantitativos y 4 cualitativos. Dentro de los resultados de la revisión de estos artículos se encuentran tres categorías principales tratadas: en primer lugar la situación actual de la asistencia del parto, donde se señala la preocupación en conferencias mundiales de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad de madres e hijos/as en el parto. Además se evidencia preocupación respecto de las altas tasas de cesárea y la ineficaz asistencia en el parto, que podrían aumentar la probabilidad de mortalidad materna en esta instancia. A partir de lo anterior, se menciona como desafío la realización por parte del personal de salud de intervenciones de una forma efectiva para lograr reducir la tasa de mortalidad (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011). Otro desafío relevante, es mejorar la calidad de atención entregada por el equipo de salud trabajando en el área de maternidad, de modo de orientar las prácticas hacia el resguardo del bienestar físico de la madre, evitando con ello la sobre intervención en el trabajo de parto y parto, además de entregar información actualizada y oportuna a la mujer en estas instancias (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011).

La segunda categoría son las modalidades de asistencia del parto. Al respecto, los autores exponen desde una perspectiva histórica la situación de asistencia al parto, indicando cómo pasó el parto de ser un evento que se vivía en casa asistida por una mujer partera, a una intervención dentro de un hospital asistido por personas especializadas en la ciencia obstétrica y utilizando la medicalización durante el trabajo de parto y parto (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011). A partir de lo anterior, se destaca el hecho de que el proceso de parto dejó de ser un evento natural, lo cual genera en muchas mujeres temor al parto, al ser percibido como un evento riesgoso.

La tercera categoría, es el bienestar materno y su relación con la asistencia de parto. Este bienestar está asociado a un buen trato por parte del profesional de salud, que acompaña a la mujer en su proceso de parto de forma permanente, generando con ello la percepción de la madre de un acompañamiento oportuno, efectivo y cariñoso. También el bienestar materno se relaciona con la situación de permanecer junto a su pareja o alguien de su familia que sea significativo durante el trabajo de parto y parto, además de percibir la madre que tiene el control de su cuerpo y de lo que le está pasando durante el proceso (Valenzuela, Uribe y Contreras, 2011). Otro elemento que se asociaría a un mayor bienestar materno es la necesidad de llevar a cabo durante un proceso de parto una menor medicalización en la mujer, no para exponerlas a mayores riesgos, sino que a una mayor información respecto del proceso, de modo que recuperen la capacidad y la confianza para enfrentar este proceso y no depender de la medicalización. Lo anterior, mediante el compromiso de los profesionales de la salud con las usuarias que están atendiendo, a través de un trato humanitario y de apoyo.

Finalmente, Valenzuela, Uribe y Contreras (2011) explicitan la necesidad de desarrollar estrategias de intervención para ofrecer a las mujeres que van a vivir un proceso de parto un cuidado más integral y humanizado, trabajando con los profesionales de modo de atender adecuadamente las demandas de las usuarias y proyectar esta forma de trato en la formación de futuros profesionales, manteniendo con ello capacitaciones continuas para ofrecer un servicio de calidad.

Pese a que las recomendaciones entregadas por la OMS en relación a la atención en el proceso de parto fueron en 1985, no es hasta el año 2008 que Chile comienza a integrar normativas y políticas (Sadler y Leiva, 2016). Incluso con esta implementación de normativas, la implementación del modelo personalizado de atención ha sido lenta y no se ha traducido en una disminución de intervenciones evitables a gran escala. Si bien, existen cada vez más iniciativas locales de implementación del modelo personalizado de atención, son pocas las que han sistematizado sus datos con el fin de generar una evidencia científica que acredite las buenas prácticas que se están realizando (Sadler y Leiva, 2016).

En Chile, se realizó un proyecto FONIS (Fondo Nacional de Investigación y desarrollo en Salud [FONIS] SA06I20034, 2010) llamado “Oportunidades y resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación - parto - nacimiento”, el cual fue realizado por profesionales de ciencias sociales, de la salud y diseño, desde el Departamento de Antropología de la Universidad de Chile, entre abril de 2007 y abril de 2009 en las regiones I, VIII, IX y Metropolitana. Este proyecto fue realizado para poder ser utilizado por personal de salud como orientación para una mejora en la calidad de atención personalizada a mujeres internadas que se encuentren en su proceso de parto, esto a través de una serie de temáticas para ser usadas como guía y llegar a un cambio en la atención a mujeres.

Los resultados de este proyecto se estructuran de acuerdo a temas que se consideran como claves para una implementación de modelos personalizados de atención en el período de gestación-parto-nacimiento (FONIS, 2010). En primer lugar, se propone que un cambio en el modelo de atención es posible si existen transformaciones en las actitudes de las personas involucradas en la atención de salud. También se establece la necesidad de que cada equipo de salud conozca sus fortalezas y debilidades para generar un plan de acción coherente con sus aptitudes y su contexto particular. Junto a esto, se indica que es importante que existan variados tipos de actividades que sean un aporte para adquirir y difundir conocimientos y experiencias de atención en el modelo personalizado, tales como cursos, capacitaciones o pasantías. En relación a este modelo, como resultado del proyecto FONIS (2010) se destaca la importancia del acompañamiento en las mujeres atendidas, ya que necesitan no sólo apoyo técnico, sino también emocional y afectivo durante el período de embarazo, parto y post parto. Este acompañamiento incluye tanto al apoyo que proporcionan familiares o personas significativas para las mujeres, como el que brinda el personal de salud. Además, se hace énfasis en la importancia de tener consideración en relación a la diversidad en lo que respecta a la cultura de origen de la

usuaria o usuario, con el fin de entregar una atención con pertinencia cultural. Finalmente, este proyecto recalca que el modelo de atención personalizada cuenta con toda la evidencia científica a su favor (FONIS, 2010). En términos del proyecto, la atención personalizada se caracteriza principalmente por una integración del cuerpo y las emociones de la mujer atendida, la entrega de información para la toma de decisiones de la mujer ya que se espera que haya una responsabilidad compartida dentro del proceso de atención, el cuidado personalizado y empático de las usuarias, ver a la familia como sujetos activos en la atención y el uso de la tecnología sólo si es necesario. (FONIS, 2010).

En Argentina se constituye un organismo competente como autoridad de aplicación de la Ley N°26.485 (2009), el cual es el Consejo Nacional de las Mujeres. Dentro de este consejo y como resguardo para dar cumplimiento a la Ley, es que se crea el Observatorio de la violencia contra las mujeres, con el fin de monitorear, recolectar, producir, registrar y sistematizar datos e información sobre la violencia contra las mujeres.

Durante el año 2015, se crea en Chile el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile), el cual es

“Un organismo multidisciplinario, no gubernamental y sin fines de lucro que nace con la necesidad de visibilizar, denunciar y acompañar a las mujeres y sus recién nacidos; parejas, familias y profesionales de la salud que han sido víctimas de violencia obstétrica en las instituciones de salud pública y privada de nuestro país” (OVO Chile, 2015, p.1).

Los directores de este organismo son la antropóloga Pilar Plana Gómez junto al matrón Gonzalo Leiva Rojas. Se hace mención que este observatorio busca visibilizar la temática de violencia obstétrica, la cual hasta hoy poco ha sido dada a conocer por autoridades, colegios profesionales y la comunidad en general (OVO Chile, 2015).

De acuerdo a lo referido por Sadler y Leiva (2016), desde que la OMS publicó la serie de recomendaciones para el parto en 1985 no se han notado grandes cambios en relación a la atención obstétrica y a las excesivas intervenciones médicas sin justificación en los procesos de parto, las cuales podrían evitarse en muchos casos con la ayuda de un consentimiento informado con la finalidad de que la mujer se encuentre informada de los procedimientos médicos y tenga la posibilidad de elección (Sadler y Leiva, 2016).

Otro elemento importante que permitió estructurar los instrumentos para recolectar información considerando el diseño fundamentado en el cual se sustentó este estudio, se asocia a los momentos asociados al proceso reproductivo que están contenidos en el “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (MINSAL, 2008). Los momentos son los siguientes:

#### Atención prenatal:

Se define como una atención integral, la cual se realiza con una cierta regularidad en el tiempo, incluyendo atención multidisciplinaria hacia la mujer embarazada. Esta atención se considera biopsicosocial, donde se integra a la persona más significativa para la mujer (que podría ser su pareja) y familia. Esta atención incluye controles prenatales y programa educativo de preparación para el parto y nacimiento (MINSAL, 2008). Los profesionales relacionados con la atención prenatal de la gestante son matrona o matrócn, técnico paramédico y ginecólogo/a (MINSAL, 2008). Dentro de la atención prenatal se incluye seis controles (ingreso, control a las 20 semanas y siguientes (25- 30- 34- 37- 40 semanas), además de la inclusión de seis talleres prenatales con fines educativos (MINSAL, 2008).

#### Atención de trabajo de parto y parto fisiológico:

En primer lugar, se realiza una recepción de la gestante en la unidad de urgencia maternal con el fin de diagnosticar el trabajo de parto y parto y según ellos decidir si corresponde o no un ingreso. Por ser con un enfoque personalizado, se incluye a la pareja o acompañante y familia en relación a la entrega de información (MINSAL, 2008). Durante el trabajo de parto y parto, la atención que entrega el equipo de profesionales es acompañar a la mujer en todo momento con el fin de ofrecer una asistencia técnica evaluando la evolución del proceso, privilegiando la privacidad y vivencia de la mujer junto a su acompañante y atendiendo las necesidades afectivas y emocionales de la mujer y su acompañante (MINSAL, 2008). Los profesionales participantes durante este proceso son: médico obstetra, médico anesthesiólogo, matrona o matrócn, técnico paramédico y auxiliar de apoyo (MINSAL, 2008).

#### Apego precoz:

Es el vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre, que los impulsa a permanecer juntos en el espacio y en el tiempo. Como objetivo de los profesionales presentes, se encuentra el apoyo a la madre y su pareja en el inicio de la crianza y favorecer conductas de apego seguro (MINSAL, 2008).

#### Atención integral durante el postparto

##### Puerperio:

Es la primera etapa del postparto, comienza desde la salida de la placenta hasta la regularización de la menstruación de la madre, se encuentra dividida en tres: puerperio inmediato (24 horas), puerperio mediato (2° a 10° día) y puerperio tardío (se extiende hasta los 45 días aproximadamente). Se caracteriza por importantes cambios en el ámbito físico, psicológico, social y la rápida adaptación que debe hacer la mujer a estos cambios. Los profesionales involucrados en esta etapa son: unidad de puerperio, matrócn/a a cargo de binomio madre-hijo/a, neonatólogo y/o pediatra, médico obstetra, matrócn/a a cargo de clínica de lactancia, técnico paramédico a cargo de binomio madre-hijo/a, técnico paramédico a cargo de clínica de lactancia, psicólogo/a y asistente social (MINSAL, 2008).

##### Postparto:

Es el período posterior al parto, de duración variable (6–12 meses). Este período es esencial para la recuperación de la madre, para el desarrollo de los niños y niñas, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca un vínculo afectivo sólido entre los padres y sus hijos/as (MINSAL, 2008).

Dentro de la Ley de Salud 20.584 (2012) de Chile, sobre los derechos y deberes los/as usuarios/as de los centros de salud en relación a acciones vinculadas a su atención de salud, se indica como derecho el ser tratado/a con dignidad y respeto en todo momento, por lo que por parte del funcionario/a de salud se espera que vele por mantener un lenguaje adecuado con los/as usuarios/as, adoptar una actitud que se ajuste a las normas de cortesía generalmente aceptadas socialmente, junto con respetar y proteger la vida privada de la persona durante su atención de salud. También, se señala como derecho del/la paciente el tener compañía de personas cercanas o significativas para ellos/as durante su hospitalización o prestación ambulatoria por lo que funcionarios/as de salud deben facilitar que esto ocurra. Además, las personas usuarias de los centros de salud en su atención tienen derecho a recibir información oportuna, verídica y comprensible por parte de funcionarios/as de salud ya sea de forma verbal, visual o por escrito, en relación a su estado de salud, posible diagnóstico, alternativas de tratamiento y los posible riesgos que ello conlleva. Junto a esto, toda persona tiene derecho a consentir o rechazar su voluntad para que se le proceda a realizar cualquier procedimiento en su atención de salud (Ley 20.584, 2012).



### III.3. Marco epistemológico/reflexividad.

El constructivismo es una corriente epistemológica (Feixas y Villegas, 2000), la cual considera que las personas ya sea de forma individual o colectiva producen conocimiento acerca de su medio físico social o cultural. Esta corriente conceptualiza al conocimiento como resultado de un proceso de construcción de la realidad, teniendo su origen en la interacción entre las personas y el mundo en el cual están insertas (Bautista, 2011).

Von Glaserseld (citado en Bautista, 2011) establece tres principios básicos del constructivismo, los cuales son: (a) el conocimiento no se adquiere pasivamente, sino que el sujeto lo construye activamente; (b) la función del conocimiento es adaptativa y finalmente, (c) la cognición que posee el sujeto ayuda a la organización del mundo experiencial de éste, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva. La realidad nunca se conocerá de forma exacta, ya que al acercarse al objeto de conocimiento, se ordenan los datos que este objeto ofrece bajo el marco teórico del que se dispone.

En el ámbito de la investigación, cuando se obtiene un relato éste se considera como una aproximación a la verdad, entendida como una realidad construida por el sujeto ya sea a nivel individual o grupal, en relación a los conceptos que estén vinculados al hecho. Para esta corriente epistemológica, la descripción exacta de cómo son las cosas no existe, porque la realidad no existe sin el sujeto. Siguiendo esta línea, los resultados de las investigaciones no proveerán verdades absolutas de los hechos o situaciones estudiadas, sino que sus resultados corresponderán a una construcción de lo universal, de las cosas existentes, siendo distinto para cada persona o grupo (Bautista, 2011).

Dentro de esta corriente epistemológica existen diversos posicionamientos, respecto de lo cual Serrano y Pons, (2011) establecen una clasificación a niveles generales: Un constructivismo radical, en el cual su mayor exponente es Von Glasersfeld; el constructivismo cognitivo, basado en los postulados teóricos de Jean Piaget; un constructivismo socio – cultural o social, inspirado en los planteamientos de Vygotsky; y finalmente el construccionismo social, relacionado con las ideas de Berger y Luckmann. El constructivismo radical, cuya referencia principal es Von Glasersfeld postula que el conocimiento está en la mente de las personas y que el sujeto cognoscente construye lo que conoce sobre sus propias experiencias. Todas las experiencias son en esencia subjetivas y aunque pudiera afirmarse que la experiencia de una persona podría ser similar a la de otra, no existiría alguna forma de saber esto. Este tipo de constructivismo considera irrelevante el componente social en la construcción del conocimiento, asumiendo esta construcción como individual. En relación al constructivismo cognitivo, basado mayormente en los planteamientos de Jean Piaget, se asume que el proceso de construcción del conocimiento es individual, pero a diferencia del constructivismo radical, toma en cuenta el componente social, ocupando un rol de coayudante en la adquisición de

los conocimientos, sin llegar a ser este componente condición necesaria para la construcción del conocimiento, enfatizando mayormente un nivel intramental. El tercer tipo de constructivismo dentro de esta clasificación es el constructivismo socio – cultural o social. Aquí, el aspecto social es condición necesaria, pero no lo suficiente para la construcción del conocimiento. Enfatiza la interacción entre las personas y el mundo social en la construcción del conocimiento (Ernest, 1994). La última clasificación corresponde al constructivismo social, en donde el aspecto social es condición necesaria y suficiente para la construcción del conocimiento. Posiciona al conocimiento dentro del proceso de intercambio social, debido a que postula que la realidad es una construcción social, humana. También considera al individuo como un producto social, definido en base al conocimiento que es parte de su biografía, ambiente y experiencia.

La presente investigación se posicionará en el constructivismo socio – cultural o social, basado en los planteamientos e ideas de Vygotsky principalmente. En este tipo de constructivismo, el conocimiento se construye primeramente a nivel intermental y posteriormente a nivel intrapsicológico, en donde el actor social es relevante en la construcción de este conocimiento. Este proceso de construcción del conocimiento Vygotsky lo denominó la Ley de “doble función”, la cual menciona que el sujeto establece contacto con la realidad a través de agentes culturales los cuales pueden ser otras personas, actuando como mediadores externos, interpretando la información que se transmitirá. Existe entonces, un proceso inicial de mediación externa, lo que conlleva interacciones sociales, para luego volverse un proceso de mediación interno que es perteneciente al ámbito mental del sujeto. Este modelo presenta al sujeto construyendo significados, esquemas cognitivos, afectivos y conductuales a medida que va actuando en un entorno determinado e interactuando con otras personas intencionalmente. Se plantea que el conocimiento no es una mera copia de la realidad preexistente, sino un proceso interactivo en que la información externa es reinterpretada por la mente del sujeto (Serrano y Pons, 2011). Por lo tanto, esta construcción del conocimiento se considera social, ya que se aprende en las interacciones sociales, convirtiéndose en una experiencia compartida que meramente individual (Araya, Alfaro y Andonegui, 2007), considerando también que los diversos contenidos que se adquieren han sido construidos socialmente por otras personas y/o culturas, siendo éstos acumulados a través de la historia (Cubero, 2005). Este tipo de constructivismo adopta una ontología relativista, es decir, que hay un mundo exterior del cual no tenemos un conocimiento seguro. El sujeto no tiene acceso directo a la realidad, ni conocimientos de tipo universal pertenecientes a un mundo real externo a él, por lo cual dispone de recursos simbólicos provenientes de su contexto social e histórico para generar un marco referente que le posibilite negociar en su mundo social. El mundo es socialmente construido, que produce la experiencia compartida de la realidad física latente. Esta realidad construida está constantemente modificándose e interactuando, sin brindar nunca una “verdadera imagen” de ésta (Ernest, 1994). En cuanto a la epistemología, ésta es transaccional y subjetiva, quiere decir que el investigador y los/as participantes de la investigación están vinculados interactivamente, en donde los hallazgos se construyen al avanzar en la investigación (Guba y Lincoln,

2002). Finalmente, en relación al aspecto metodológico, el constructivismo social menciona que las construcciones individuales producidas mediante la interacción entre el investigador y los/as participantes, se interpretan utilizando técnicas hermenéuticas. La finalidad es producir una construcción en relación al objeto de estudio más sofisticado y consensuado que las construcciones anteriores (Guba y Lincoln, 2002).

Desde esta epistemología, se buscó conocer las construcciones que poseen diferentes personas acerca del fenómeno de violencia obstétrica, desde una perspectiva integrativa abarcando diversos actores; los y las funcionarios/as de salud vinculados/as en los procesos de parto, las mujeres que han vivido un proceso de parto junto con sus respectivos acompañantes. La particularidad de éstos y éstas que se abordaron es que fueron participes directos de la construcción de la Violencia Obstétrica.

Reflexividad (Casandra).

En nuestro país aún no está en vigencia alguna ley que proteja a las mujeres respecto de sus propios cuerpos en el momento del parto. Por otro lado, el paradigma médico tampoco le concede un papel más activo a la paciente mujer en esta situación, no respetándolas como personas autónomas y con capacidad de decisión acerca de cómo vivir sus partos.

Sin el amparo de una ley que pueda proveer algún sentido de protección a las mujeres, es relevante realizar estudios que brinden algún tipo de conocimiento que pueda ser útil para generar ciertos modos de abordaje de este fenómeno, en primer lugar probablemente visibilizando este tema, que las mujeres puedan ir tomando conciencia de lo que sucede, ya que es algo que se observa naturalizado por un gran cantidad de personas.

Considero que me involucro como mujer y por tanto como una persona que pretende adquirir conciencia de experiencias que son particulares a mi género como el embarazo y parto. Conocer como el sistema en el que vivo participa o actúa en relación a esta situación que creo relevante en la vida de una mujer.

Reflexividad (Amanda).

Mi interés por este tema parte en el momento en que me sentí violentada como mujer en mi experiencia de parto y no sabía qué nombre ponerle al trato tan denigrante que recibí por parte del personal de salud de ambos hospitales en los que estuve interna durante mi trabajo de parto. Más tarde supe que existía la violencia obstétrica como concepto y al informarme supe que eso era lo que me habían hecho. Arruinaron un proceso que se suponía debía ser hermoso según mis expectativas y terminé estando sola, desinformada y al borde de pensar en la muerte como salida a tal sufrimiento.

Al llevar a cabo la investigación, mi intención es lograr en cierto punto justicia social y también contribuir a la información sobre el tema, para que el resultado esté accesible

hacia las personas, sobre todo hacia las mujeres, para que haya consciencia de la existencia de la violencia obstétrica en nuestro país y ya no se sigan manteniendo en secreto las malas prácticas naturalizadas por parte de algunos funcionarios de salud en un proceso tan importante como lo es el parto.

## **II. Diseño metodológico.**

### **IV.1. Metodología.**

En la presente investigación se utilizó la metodología cualitativa, que según Ruiz (2003) es un modo de investigar los fenómenos sociales que busca comprender la realidad humana y social, con el propósito de orientar la acción humana a partir del conocimiento de la realidad subjetiva. Esta comprensión considera la singularidad de las personas y/o comunidades, enmarcadas en su propio marco de referencia y contexto histórico – cultural. Se busca analizar la realidad como los otros y otras la experimentan, a partir de las interpretaciones de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores (Martínez, 2011). En este método de investigación, las palabras de los participantes son vitales en relación a la transmisión de los significados que éstos puedan tener, los cuales eventualmente se convertirán en los resultados o descubrimientos de la investigación.

Flick (2012), establece algunas características esenciales de la metodología cualitativa. El primer rasgo hace referencia a la elección correcta de métodos y teorías, en donde el objeto de estudio determina qué método se utilizará. Estos objetos de estudio se abordan en toda su complejidad considerando su contexto cotidiano, es decir, las prácticas e interacciones de las personas en la vida cotidiana. El segundo rasgo, es la perspectiva de los y las participantes y su diversidad, ya que la metodología cualitativa considera la variedad de perspectivas sobre el objeto de estudio y parte desde los significados subjetivos y sociales relacionados. Estos diversos puntos de vista y prácticas en el campo investigativo son diferentes a causa de las distintas perspectivas subjetivas y los ambientes sociales relacionados con ellas. El tercer rasgo, alude a la capacidad de reflexión del investigador durante la investigación, siendo la subjetividad del investigador y de los participantes parte esencial del proceso investigativo. Las reflexiones de los investigadores acerca de su actuar y de las observaciones en el campo de estudio se convierten en datos, los cuales pasan a formar parte de la interpretación y se documentan en diarios de investigación. Finalmente, el último rasgo hace referencia a la variedad de enfoques y métodos en la investigación cualitativa, ya que no se basa en una perspectiva teórica y metodológica única, sino que existen variados enfoques teóricos y métodos caracterizan la práctica de la investigación.

En el caso de esta investigación, la pregunta general requirió una narración profunda que permitió identificar cómo se construye la violencia obstétrica en un proceso de parto. Al efectuar el proceso investigativo, se visualiza a las personas con las que se trabaja en el

mismo nivel de las investigadoras, no como un objeto de estudio. Además, la subjetividad (Ruiz, 2012) cumple un rol importante, ya que se busca el reconocimiento de ésta por parte de las personas investigadas y por parte de las investigadoras, a través del ejercicio de la reflexividad.

#### IV.2. Diseño.

El diseño que se utilizó en la presente investigación corresponde al diseño fundamentado, también llamado Teoría Fundamentada. La Teoría Fundamentada (en adelante TF) es definida por Carrero, Soriano y Trinidad (2012), como una “Aproximación que propone un método de análisis, el cual implica la utilización de un conjunto de técnicas sistemáticamente aplicadas” (p. 15). Corbin y Strauss, (1994) citados en Rodríguez, Gil y García, (1999) la definen como una “Metodología general para desarrollar teoría, la cual está fundamentada en la recogida y análisis sistemáticos de los datos. Esta teoría se desarrolla durante la investigación y se realiza a través de una continua interacción entre el análisis y la recogida de datos”. La característica principal de la teoría fundamentada es la fundamentación de los conceptos en los datos. En este diseño de investigación no se parte de una demarcación a priori del objeto que se estudiará, sino que los conceptos son construidos y probados en terreno en el proceso de investigación, esto quiere decir que los conceptos se construyen a partir de los datos obtenidos en el campo de investigación, siendo los conceptos representaciones abstractas de los datos brutos (Raymond, 2005). Este método de análisis extrae de las experiencias vividas por las personas aspectos significativos, a partir de los cuales se van generando y relacionando conceptos o proposiciones teóricas (Andrade, De Carvalho, Luzia y Soares de Lima, 2009) y el investigador espera construir lo que las personas ven como su realidad social (Rodríguez, Gil y García, 1999). El producto final de esto es una formulación teórica, que constituyen generalizaciones de tipo conceptuales y no meras descripciones de lo que ocurre, que permitan explicar los diversos fenómenos y/o procesos sociales (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). Estas generalizaciones conceptuales no son inmutables, sino que están sujetas a modificaciones continuamente desde los datos y las acciones en donde se aplican. La finalidad de la TF, es el desarrollo de teorías que puedan explicar el fenómeno estudiado (Arantzamendi, Gordo, López – Dicastillo y Vivar, 2010). Un fenómeno se entiende como patrones repetidos de acontecimientos, sucesos, acciones, que representen lo que las personas hacen ya sea estando solas o acompañadas, como una forma de respuesta a un problema o situación en la que se encuentren (Corbin y Strauss, 2002).

Por lo tanto, el objeto de investigación de la TF a grandes rasgos es la vida social, interesándose en cualquier área de conocimiento (Clarke, citado en Raymond, 2005). Es muy probable que este objeto varíe desde el inicio al término de la investigación, siguiendo el camino trazado por el investigador o investigadora y sus fuentes (Raymond, 2005). Este diseño de investigación desarrolla los conceptos y proposiciones teóricas desde una lógica

inductiva, es decir, basado en la realidad tal como se presenta, buscando mantener los significados que expresan las personas (Campo-Redondo, 2009). Por lo anterior, es posible afirmar que la teoría surge luego de que se recogen los datos (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012).

Hay tres elementos fundamentales para elaborar la teoría desde la TF: el método comparativo constante, el muestreo teórico, y el criterio de saturación teórica, los cuales deben aplicarse sistemáticamente (Corbin y Strauss, 2002).

El muestreo teórico, es una estrategia de análisis que se va produciendo a medida que emergen los datos en el campo de investigación. La finalidad de éste es encontrar información que sea destacada para las formulaciones teóricas que se buscan generar. Al principio el muestreo es mayormente abierto, en donde el investigador busca en diversas situaciones información que pueda ser de utilidad para la investigación. A medida que se van analizando los datos, los resultados deben utilizarse para dirigir la investigación a otras localizaciones que permitan expandir las interpretaciones de los datos (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). Según Rodríguez, Gil y García (1999) el muestreo teórico es una estrategia de selección vinculada a la fase de interpretación de los datos en la investigación. Se busca identificar información y los informantes concretos quedan en segundo plano. Los datos nuevos dan origen a nuevas explicaciones que requieren de información que se debe rechazar, comprobar, verificar e integrar como parte de la interpretación del problema planteado. Se elige un nuevo caso en la medida que aporta datos nuevos y significativos para explicar las proposiciones planteadas hasta ese momento. Lo determinante en esta selección es la capacidad de los y las informantes de brindar una manera diferente de interpretar la realidad respecto a lo ya conocido. El muestreo teórico no finaliza hasta que dejen de surgir nuevos conceptos, es decir, hasta que se produzca la saturación de los datos. El procedimiento de este muestreo consiste en codificar los incidentes por medio del método comparativo constante desde el inicio de la recogida de datos y en la medida que éstos vayan apareciendo. Este muestreo se detiene cuando el código está saturado, elaborado e integrado en una teoría emergente y se utiliza para comprobar el marco teórico, no como una verificación de hipótesis previas (Corbin y Strauss, 2002).

Respecto de la saturación teórica, se trata de un criterio por el cual el/la investigador/a detiene el muestreo de los grupos de datos pertenecientes a diversas categorías. Esto quiere decir que la saturación se produce cuando no se encuentra información nueva que permita al investigador ya sea el desarrollo de nuevas características o cualidades de una categoría existente o generar nuevas categorías. Rodríguez, Gil y García (1999) consideran la saturación teórica como el criterio para saber cuándo detenerse en el proceso de selección de los diferentes informantes, relacionados con una determinada categoría de análisis. Lo anterior significa la imposibilidad para encontrar nuevos datos que aporten nuevas propiedades a una categoría. La saturación se genera en conjunto con la recogida y análisis de los datos, lo cual comienza cuando el investigador codifica

inmediatamente cuando surge una nueva categoría y se añaden características y propiedades hasta que la categoría esté saturada. Por lo cual, cuando una categoría ya está saturada no se vuelven a buscar nuevos datos que puedan aportar características o cualidades a esa categoría. En la teoría fundamentada, no se comparan poblaciones, sino la creación de diversas ideas que a su vez contienen patrones de comportamientos y actitudes. El análisis se guía por el muestreo teórico y la saturación teórica de las categorías (Corbin y Strauss, 2002).

Otro elemento relevante en el desarrollo de la teoría fundamentada, es el método comparativo constante, el cual permite sostener el criterio de saturación teórica. El método de comparación constante consiste en la búsqueda de diferencias y similitudes a través del análisis de los incidentes de los datos recogidos. Los incidentes se entienden como alguna porción del contenido de un dato en el que aparece una palabra clave o tema que se considera importante para responder al objetivo de la investigación (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). En el método comparativo constante, el investigador codifica y analiza los datos simultáneamente para desarrollar los conceptos (García, Gil y Rodríguez, 1999). El método comparativo constante no busca comprobar una hipótesis, sino que se busca generar categorías de tipo conceptuales y propiedades para estas categorías. Para la práctica de este método se distinguen cuatro etapas: la primera es la "comparación de incidentes y su categorización". En esta etapa se comparan constantemente los incidentes, construyendo las categorías que sean necesarias. Los incidentes se comparan con nuevos incidentes que surjan, agregándolos a categorías ya existentes o creando nuevas categorías. La segunda etapa es la integración de categorías y sus propiedades, ya que las categorías al inicio se encuentran inconexas; y a través del conocimiento de las propiedades de éstas y sus constantes comparaciones, dichas categorías se integran. La tercera etapa consiste en la reducción de la teoría, donde el investigador va descubriendo regularidades en las categorías como también en sus propiedades. La teoría se va produciendo a partir de un grupo reducido de categorías de alto nivel conceptual (Carrero, Soriano y Trinidad, 2012). El método comparativo constante se realiza en conjunto con la codificación de los datos (Jones, Manzelli y Pecheny, 2004). Corbin y Strauss (2002) definen tres tipos de codificación dentro de la teoría fundamentada: codificación abierta, axial y selectiva. En la codificación abierta se realiza la identificación de conceptos en los datos, como también sus propiedades y dimensiones. El concepto es una representación acerca de un fenómeno, acontecimiento, acción, etc., que el investigador logra identificar como relevante en los datos que posee. Al hacer esto, se busca reunir estos acontecimientos, fenómenos, bajo una etiqueta o nombre que permita una clasificación común. A medida que se van identificando conceptos en los datos, también se va observando si hay acontecimientos, sucesos, acciones que compartan características comunes con otros acontecimientos, y si se produce esto, se le otorga un mismo código. Entonces, inicialmente se lee el texto y se van identificando los conceptos y observando si poseen características comunes para otorgarles un mismo código. Luego el investigador debe agrupar los conceptos en categorías, lo que significa que los conceptos se van agrupando en un orden más abstracto, basado en la potencial capacidad de explicar lo

que está sucediendo. Las categorías agrupan los conceptos que representan los fenómenos. Al definir las categorías, éstas podrán desarrollarse a través de sus propiedades y dimensiones. Las propiedades son las características generales o específicas de una categoría, mientras que las dimensiones representan la ubicación de una determinada propiedad en un continuo o rango. Se produce la especificación de una categoría por medio de las definiciones de sus características particulares. La diferenciación de las categorías se produce al ir bosquejando sus propiedades y dimensiones. En la codificación axial se van generando las relaciones de las categorías con sus subcategorías, a través de sus propiedades y dimensiones lo cual permite observar cómo se vinculan unas con otras. Estas relaciones no son descriptivas, sino que conceptuales. Las subcategorías responden a las preguntas sobre los fenómenos como: ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué?, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Qué consecuencias?. Esto permite producir explicaciones precisas y más completas acerca de los fenómenos. Entonces, este tipo de codificación se produce en torno a un eje de la categoría, para una profundización de ésta (Corbin y Strauss, 2002).

Strauss (2002) establece algunas tareas básicas en la codificación axial: (a) acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones, tarea que comienza durante la codificación abierta; (b) identificar la variedad de condiciones, acciones/ interacciones y consecuencias asociadas a un fenómeno; (c) relacionar una categoría con sus subcategorías por medio de oraciones que denotan las relaciones de unas con otras; y (d) buscar claves en los datos que denoten como se pueden relacionar las categorías principales entre sí.

Corbin y Strauss (2002), mencionan que para distinguir u organizar las relaciones de las categorías, se utiliza un esquema organizativo llamado paradigma. El paradigma es una herramienta analítica que ayuda al orden sistemático de los datos de forma que la estructura y el proceso puedan integrarse. Los componentes del paradigma son: las condiciones, las acciones/ interacciones y las consecuencias.

Las condiciones tienen que ver con las respuestas a las preguntas, ¿Por qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo? y ¿Cómo?. Éstas tienen que ver con la estructura, situaciones en donde están insertos los fenómenos. Estas condiciones deben descubrirse en los datos y para que el investigador las considere pertinentes debe identificar alguna vinculación con el fenómeno estudiado, y ser explicado de alguna forma. Las condiciones pueden ser causales, intervinientes y contextuales. Las condiciones causales son acontecimientos que ejercen influencia en los fenómenos. Sobre las condiciones intervinientes, éstas suelen surgir de los acontecimientos inesperados y alteran en alguna medida las condiciones causales en un fenómeno. Mientras que las contextuales, son condiciones específicas que se encuentran en un tiempo y espacio, que permiten crear circunstancias a los cuales las personas o grupos responden por medios de acciones o interacciones (Corbin y Strauss, 2002).



Acerca de las acciones- interacciones, son las respuestas ejercidas por los sujetos o grupos a problemas que emergen bajo las condiciones. Tiene que ver sobre el cómo las personas manejan diversas situaciones, siendo realizados a propósito para la resolución de un problema. Al hacer estas acciones moldean el fenómeno de alguna forma. Finalmente las consecuencias, siempre que haya una acción para manejar alguna situación, habrán consecuencias las cuales pueden ser buscadas o no. Distinguir y explicar cómo las consecuencias afectan el fenómeno estudiado nos permite tener explicaciones más completas. Pueden ser singulares o múltiples, visibles para algunos pero no para otros, ser inmediatas o acumulativas, reversibles o no reversibles, impredecibles o predecibles. Pueden generar un impacto pequeño a más amplio. El investigador debe percibir estas cosas lo máximo que pueda. Es en la codificación axial donde se construye la teoría (Corbin y Strauss, 2002).

Por último en la codificación selectiva, se produce la integración de la teoría. Esta integración se da a partir de la interacción entre el investigador y los datos. Para realizar la integración lo primero es determinar una categoría central. Esta categoría representa el tema principal de la investigación. Debe ser capaz de reunir las demás categorías, aparecer en los datos frecuentemente, esto quiere decir que en casi todos los casos debe existir algún tipo de indicador que oriente hacia la categoría central y las explicaciones que se generan a partir de la relación entre las categorías, deben poseer una lógica (Corbin y Strauss, 2002).

La elección de este diseño de investigación, se justifica debido a que el fenómeno de violencia obstétrica es una realidad escasamente investigada en Chile. En nuestro país, es un tema que está siendo visibilizado recientemente en comparación a otros países de América Latina en los cuales existen leyes que sancionan este tipo de violencia hacia la mujer (Vivar, 2010). En relación a esto, la teoría fundamentada brinda un modelo de análisis de los datos que permite conceptualizar, realizar abstracciones que puedan explicar este fenómeno en base a los datos que se obtengan del campo de estudio, contribuyendo a la elaboración de conocimiento contextualizado en el país.

#### IV.3. Método.

Como método para la realización de la investigación se escogió la etnografía, definida por Aguirre (1995) como “el estudio descriptivo de la cultura de una comunidad, o de alguno de sus aspectos fundamentales, bajo la perspectiva global de la misma” (p. 3). Este es un método ajustable a lo que se busca en la investigación porque se quiere conocer sobre la violencia obstétrica desde dentro del contexto y desde la perspectiva de las personas que están involucradas en un proceso de parto, las cuales son una unidad social concreta y se espera aprender sobre el modo de vida y funcionamiento de este sistema (Rodríguez, 1999). Se buscó reproducir una descripción de la realidad en el caso de los roles que

ejercen los funcionarios y funcionarias, como también conocer la experiencia de las mujeres junto con sus acompañantes en el proceso de parto y parto.

#### IV.4. Técnicas.

Para la recolección de la información que permitió responder al primer objetivo de la investigación se utilizó la entrevista semiestructurada, mientras que para el segundo y tercer objetivo específicos de la investigación, se emplearon las entrevistas en profundidad.

La entrevista semiestructurada es un tipo de conversación en donde existen preguntas más o menos abiertas en forma de guía de entrevista, en la cual el entrevistado responderá de forma libre (Flick, 2012). El investigador ejerce una escucha activa con la finalidad de recoger información a través de preguntas abiertas, reflexivas, las cuales ayudarán a develar las categorías de interés para la investigación. También deberá estimular la expresión de las personas dentro de su propio marco de referencia, considerando su propio contexto, el lenguaje verbal y no verbal (Bautista, 2011). En este tipo de entrevista hay un cierto margen de libertad para formular las preguntas y respuestas, junto con algún grado de espontaneidad, siendo mayor o menor según el tipo de entrevista que se realice. Bautista (2011), establece diversos tipos de entrevistas semiestructuradas. Para efectos de la presente investigación se empleará la entrevista focalizada. La entrevista focalizada se caracteriza por la exposición de los entrevistados a un problema o experiencia social concreta. Aquí el/la entrevistador/a brinda orientaciones básicas acerca del tema a tratar, pero no restringe al entrevistado/a en su respuesta, prestando atención a que lo respondido no se desvíe a otros temas diferentes al considerado inicialmente (Flick, 2012). El objetivo de este tipo de entrevista es explorar a fondo alguna experiencia vivida por el entrevistado (Flick, 2012). Se buscan las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante alguna situación, por lo cual se centra en las experiencias subjetivas de quienes han estado expuestos al suceso. Para esto, el entrevistador debe estimular al entrevistado a dar respuestas concretas, facilitando que surjan las implicaciones afectivas y valóricas asociadas a dichas respuestas (Flick, 2012).

Por otro lado la entrevista en profundidad, según Taylor y Bodgan (2013) es definida como: “Reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (p. 101). Rodríguez, Gil y García (1999), mencionan que en la entrevista en profundidad, el entrevistador busca obtener información sobre un determinado problema a partir del cual es establece un lista de temas con los que irá focalizando la entrevista, en donde el entrevistador podrá sondear razones y motivos, sin apoyarse en una estructura previa de entrevista. El investigador desea acercarse a las ideas, creencias y supuestos expresados por otros/as. Taylor y Bodgan (2013), también se

refieren a la relación que se debe establecer entre entrevistador y entrevistado: “La relación que se establece es un proceso de entendimiento y confianza mutua entre los dos sujetos” (p. 171).

Vinculado a la realización de este tipo de entrevistas, Taylor y Bodgan (2013) mencionan el uso de una guía de entrevista, la cual consisten en una lista de temáticas o áreas generales que deben explorarse con cada entrevistado o entrevistada. No es un protocolo estructurado, sino que permite a los investigadores/as recordar que se deben hacer preguntas sobre determinados temas. Aquí el/la investigador/a es el instrumento de la entrevista, no un protocolo y/o formulario de entrevista. El rol entonces no sólo implica obtener las respuestas del entrevistado, sino también saber qué preguntas realizar y cómo hacerlas, también lograr que las personas se relajen y puedan responder por completo las preguntas o temas que se consultarán. El diálogo que se establece en este tipo de entrevista es asimétrico, el entrevistador formula las preguntas y la entrevistada o entrevistado habla sobre sus experiencias, sin preguntarse mutuamente por sus perspectivas acerca de la temática en cuestión.

En el inicio de la entrevista, ésta se asemeja a una conversación libre en el que las personas hablan sobre distintos temas cotidianos. El/la entrevistador/a de a poco va introduciendo preguntas, buscando diversas respuestas como puntos de vista acerca de un problema, descripciones de acontecimientos, narraciones, etc. En este momento se persigue una primera aproximación a la perspectiva del entrevistado o entrevistada, además de desarrollar un sentimiento de confianza en él/ella. En las entrevistas posteriores, el/la entrevistador/a irá enfocando cada vez más la conversación hacia un grupo determinado de temas. En el desarrollo de las entrevistas, se podrá reconducir ésta hacia otro tema, o también a preguntas ya planteadas y/o preguntas que no están lo suficientemente aclaradas. Existen algunos elementos que pueden facilitar algunos procesos dentro de la entrevista, ayudando a generar un clima de naturalidad y libre expresión, los cuales son: no emitir juicios sobre el entrevistado, ni reprimendas si no se está de acuerdo con los planteamientos que exprese; permitir que los entrevistados hablen, esto ya que las personas deben poseer un espacio y tiempo suficiente para hablar sobre un tema; realizar comprobaciones cruzadas, esto quiere decir, volver una y otra vez a lo expresado por la persona con el fin de aclarar aspectos o comprobar la estabilidad de una opinión. También se considera prestar atención, esto es, que el/la entrevistado o entrevistada perciba que hay un seguimiento de la conversación y que el/la entrevistador o entrevistadora interpreta correctamente sus ideas; y finalmente ser sensible, es decir, seguir las implicaciones afectivas de los relatos que vaya diciendo el entrevistado o entrevistada (Rodríguez, Gil y García, 1999).

#### IV.5. Instrumentos.

Los instrumentos serán expuestos de acuerdo a cada objetivo específico y en relación a las técnicas mencionadas anteriormente.

##### Objetivo N°1:

Caracterizar el rol que tienen diversos funcionarios y funcionarias de salud en la construcción de la violencia obstétrica.

##### Técnica:

Entrevista semiestructurada focalizada.

##### Instrumento:

Las entrevistas semiestructuradas fueron aplicadas a funcionarios/as de salud que se encuentren en la actualidad o hayan estado vinculados a procesos de parto en un determinado centro de salud. Estuvieron compuestas por un grupo de preguntas, delimitadas por las diferentes etapas que conforman el proceso de embarazo, parto y posparto. Para la elaboración de estas etapas, se tomó como referencia el documento elaborado por el MINSAL (2008), llamado Manual de atención personalizada al parto, en el cual se encuentran explicitados los diferentes momentos del proceso reproductivo donde se produce la atención de los funcionarios y funcionarias de salud. Este grupo de preguntas separadas por las mencionadas etapas, estuvieron graduadas partiendo desde la esfera cognitiva de los y las participantes, siguiendo con preguntas más profundas que indagaran aspectos afectivos, para finalmente terminar con preguntas que implicaran un área más social y conductual respecto a lo consultado. Se utilizaron elicitadores neutros que permitieron profundizar y obtener respuestas de calidad, junto a la realización de un encuadre previo a la realización de las entrevistas y cierres pertinentes.

##### Objetivo N°2:

Identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen mujeres que han vivido un proceso de parto.

##### Técnica:

Entrevista en profundidad.

##### Instrumento:

Las entrevistas se realizaron en un lugar cerrado, libre de ruidos externos e interrupciones que puedan interferir en el desarrollo de la entrevista. Esto, junto con el uso de una grabadora de voz, la cual estuvo situada cerca de las entrevistadas.

Estas entrevistas se aplicaron en 2 a 3 sesiones, considerando también la disponibilidad de las participantes. Cada sesión duró aproximadamente entre 50 minutos a 1 hora, dependiendo de las respuestas que las entrevistadas expresen en el desarrollo de la entrevista. Como se menciona en el apartado de técnicas, para la realización de este tipo de entrevista se confeccionó una guía de entrevista, es decir, un listado de temáticas generales a través de las cuales se orientarán las preguntas que las investigadoras realizaron a las participantes. Esta guía se delimitó en base las diferentes etapas que conforman el proceso de embarazo, parto y posparto. Para la elaboración de estas etapas, se tomó como referencia el documento elaborado por el MINSAL (2008), llamado Manual

de atención personalizada al parto, en el cual se encuentran explicitados los diferentes momentos del proceso reproductivo donde se produce la atención de los funcionarios y funcionarias de salud.

#### Objetivo N°3:

Identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto.

#### Técnica:

Entrevista en profundidad.

#### Instrumento:

Las entrevistas se realizaron en un lugar cerrado, libre de ruidos externos e interrupciones que puedan interferir en el desarrollo de la entrevista. Esto, junto con el uso de una grabadora de voz, la cual estuvo situada cerca del entrevistado.

Estas entrevistas se aplicaron en varias sesiones, proponiendo 2 sesiones, considerando también la disponibilidad de los participantes. Cada sesión fue de aproximadamente 50 minutos a 1 hora, dependiendo de las respuestas que los entrevistados expresen en la entrevista. Como se menciona en el apartado de técnicas, para la realización de este tipo de entrevista se confeccionó una guía de entrevista, es decir, un listado de temáticas generales a través de las cuales se orientarán las preguntas que las investigadoras realizaron a los participantes. Esta guía se delimitó en base las diferentes etapas que conforman el proceso de embarazo, parto y posparto. Para la elaboración de estas etapas, se tomó como referencia el documento elaborado por el MINSAL (2008), llamado Manual de atención personalizada al parto, en el cual se encuentran explicitados los diferentes momentos del proceso reproductivo donde se produce la atención de los funcionarios y funcionarias de salud.

#### IV.6. Población.

Para la elección de la población se utilizó la selección intencional (Rodríguez, 1999), donde las personas que formaron parte de la investigación se eligieron de acuerdo a criterios establecidos por las investigadoras. Al ser una selección intencionada, se eligieron diversos actores tomando como criterio que éstos y éstas se encuentren más ligados con el problema objeto de estudio (Bautista, 2011). Para el primer objetivo específico, los criterios de inclusión fueron hombres y/o mujeres profesionales de salud vinculados/as a la atención de un proceso de parto, residentes en la provincia de Ñuble y que actualmente se encuentren trabajando en un centro de salud. En relación a los criterios de exclusión fueron hombres y/o mujeres profesionales de salud vinculados/as a la atención del parto, residentes en la provincia de Ñuble y que actualmente no trabajen en un centro de salud. Respecto del segundo objetivo a la investigación, los criterios de inclusión fueron ser mujeres de nacionalidad chilena residentes en la provincia de Ñuble, mayores de edad, que hayan expresado haber vivido violencia obstétrica al menos una vez en alguna de las etapas **DE?** delimitadas en la investigación. Los criterios de exclusión fueron mujeres que no tengan nacionalidad chilena, no residentes en la provincia de

Ñuble, menores de edad, que no hayan expresado haber vivido violencia obstétrica en las etapas delimitadas **DE?** en la investigación. Finalmente para el tercer objetivo específico de investigación, los criterios de inclusión fueron: hombres y/o mujeres chilenos/as, residentes en la provincia de Ñuble, mayores de edad, los cuales hayan acompañado a las mujeres participantes en la investigación en su proceso de parto. Los criterios de exclusión fueron hombres y/o mujeres no chilenos/as, no residentes en la provincia de Ñuble, menores de edad, que no haya acompañado a las mujeres participantes de la investigación.

Siguiendo con la idea anterior, el muestro fue no probabilístico por conveniencia el cual tiene un carácter práctico principalmente, que consiste en obtener la información en un periodo de tiempo limitado, en relación con las circunstancias concretas del investigador y de los y las participantes de la investigación, siendo esto coherente con el contexto de construcción de la tesis, por parte de las investigadoras (Quintana y Montgomery, 2006).

La muestra con la cual se trabajó en la presente investigación fue la siguiente:

Objetivo específico 1 (funcionarios)

-Matrona, 25 años de experiencia laboral en Hospitales. Actualmente se desempeña como matrona en CESFAM perteneciente a la provincia de Ñuble.

-Técnico de Enfermería de Nivel Superior TENS (mujer), 20 años de experiencia laboral en Hospitales, específicamente en asistencia a trabajo de parto y parto. Actualmente se desempeña como TENS en Centro de Salud público perteneciente a la provincia de Ñuble.

Objetivo específico 2 (mujeres)

Mujer 1, Estudiante Universitaria, edad actual de 21 años. Las experiencias de violencia obstétrica las vivenció en su primer parto, vía vaginal en el sistema público a los 18 años.

Mujer 2, estudiante de Universitaria, edad actual 21 años. Las experiencias de violencia obstétrica las vivenció en su primer parto, vía vaginal en el sistema público, a los 19 años.

Objetivo específico 3 (acompañantes)

Acompañante 1, pareja actual de la mujer 1. Acompañó a su pareja durante todo el proceso de gestación y post parto.

Acompañante 2, pareja actual de la mujer 2. Acompañó a su pareja durante todo el proceso de gestación y post parto.

#### IV.7. Análisis de datos.

Se utilizó el análisis de contenido, usando categorías *a posteriori*, las cuales son coherentes con el diseño fundamentado, que permite generar categorías a partir de los datos recabados, para su posterior análisis.

El análisis de contenido es una técnica para leer e interpretar los contenidos de los documentos escritos, en el cual se recoge la información para luego analizarla y elaborar alguna teoría sobre ella. La lectura es el instrumento de recogida de información, la cual debe ser científica, es decir, una lectura sistemática, replicable y válida (Ruiz, 2003). El análisis de contenido realiza un proceso de identificación, codificación y categorización de los ejes más importantes del significado subyacente en los datos. Es más que la descripción de los componentes visibles de los datos y se produce una abstracción de los

datos para así acceder al significado oculto de los mismos (González y Cano, 2010). La secuencia concreta para realizar el análisis de contenido es en primer lugar “Obtener la información” de las diferentes técnicas seleccionadas para la investigación, las cuales son entrevistas semiestructuradas y entrevistas en profundidad. Luego, se procede a capturar, transcribir y ordenar la información en un formato donde quede explícita y comprensible. A continuación se realiza la codificación de la información, en la cual se agrupa y se designan etiquetas para organizar temas y conceptos que surjan a partir de los relatos y notas de campo. Por último, se procede a integrar la información, en donde se relacionan las categorías que se obtendrán entre sí y también las fundamentaciones teóricas de la investigación que se realizará (Fernández, 2006). El análisis de contenido entonces, permitió abstraer e interpretar inicialmente los determinados contenidos que surgieron a partir de las transcripciones de las entrevistas que se realizaron a los diferentes participantes de la investigación.

#### IV.8. Criterios de calidad.

##### Coherencia interna.

La coherencia interna, trata de que la investigación debe poseer una consistencia lógica, que permite al investigador tener claridad en el método elegido, aplicado y los conceptos que están en el proceso investigativo (Cornejo y Salas, 2011).

Ruiz (2012) señala que la coherencia interna puede ser comprobada asegurándose que los resultados concuerden con los objetivos planteados al principio de la investigación. Como dispositivo, se utilizó la triangulación de los marcos, además de la realización de una matriz de coherencia basada en los momentos definidos por el Ministerio de Salud de Chile asociados al proceso reproductivo que están contenidos en el “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (2008).

##### Auditabilidad.

Este criterio implica que la investigación debe tener la propiedad de permitir que un investigador externo siga la pista de lo que hizo el investigador original (Cornejo y Salas, 2011). Se ha hecho la elección de este criterio ya que se buscó resguardar el principio de transparencia en todas las decisiones tomadas a lo largo del proceso investigativo. Para resguardar este criterio se utilizaron adecuadamente las normas APA 6ta edición para facilitar las fuentes para quien pretenda seguir esta investigación.

##### Validez ecológica.

La validez ecológica se refiere al proceso de análisis de datos en torno al contexto donde fueron producidos. Para esto es fundamental considerar las condiciones de vida y también el ambiente de las personas o grupos que se estudian (Mora, 2004). Para resguardar este criterio se realizó la selección intencional de la población a utilizar y la descripción densa de los datos que se fueron recolectando.

Validez argumentativa.

La argumentación que se realizó estuvo guiada por determinadas reglas para ser comprensible para otras personas. El/la investigador/a valida sus interpretaciones utilizando como base los conocimientos que posee, los cuales comparte con los lectores (Mora, 2004).

IV.9. Criterios éticos.

Valor social y científico.

Esta investigación posee valor social, ya que buscó contribuir a una mayor visibilización del fenómeno de violencia obstétrica en las personas. Como importancia científica, al producirse algún tipo de conocimiento, podría ser un aporte para nuevas formas de ver y abordar la atención respecto al proceso de parto de las mujeres en diversos centros médicos, contribuyendo al bienestar de éstas (González, 2002).

Consentimiento informado.

Dentro de los aspectos éticos considerados está el consentimiento informado, el cual tiene por finalidad que las personas participen en la presente investigación por su propia voluntad teniendo la información necesaria para poder decidir por sí mismos. Esto enmarcado en una visión de respeto a las decisiones autónomas de las personas. Para salvaguardar este aspecto se utilizó como dispositivo el documento de Consentimiento informado o contrato el cual fue firmado por los y las participantes, donde quedaron explicitados los objetivos, componentes de la investigación y las condiciones respecto de la participación de éstos y éstas (González, 2002).



## V. Presentación de Resultados.

La presente tesis tiene como objetivo general: “Conocer la construcción de la violencia obstétrica desde el punto de vista de mujeres que han vivido un parto y personas involucradas en el proceso”.

**El objetivo específico uno de la investigación fue caracterizar el rol que tienen diversos funcionarios y funcionarias de salud en la construcción de la violencia obstétrica, para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es el rol y/o roles que tienen los funcionarios/as de salud en la construcción de la violencia obstétrica?** Para responder a este objetivo, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con una matrona y con una técnico de enfermería de nivel superior TENS. Los resultados para este objetivo específico, se estructurarán en función de los momentos asociados al proceso reproductivo que están contenidos en el “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (2008), por lo que los roles de los funcionarios de salud se integrarán de acuerdo al esquema propuesto por este documento. Las categorías de contenido, se describirán de acuerdo a los momentos del proceso ya descrito:

### **-Ingreso del embarazo:**

Durante el ingreso del embarazo, la profesional matrona reporta que el rol principal que ejecuta en este momento es llevar a cabo procedimientos técnicos tales como: identificar grupo familiar, realizar anamnesis de la gestante para indagar en historia de embarazos anteriores si es que los hubo; evaluar riesgo biopsicosocial, detectar precozmente posibles cuadros depresivos, indagar para evaluar la existencia de posibles hábitos de vida no saludables; realizar consejería de salud gestacional y consejería de VIH y derivar a otros profesionales en caso de ser necesario. En el caso de la TENS, los procedimientos que efectúa son: controlar signos vitales, indagar el motivo de consulta de la gestante y notificar la información recabada a matrona de controles prenatales. La matrona entrevistada por su parte, hace énfasis en las características del trato que se espera que tenga el o la profesional y/o técnico hacia la mujer mientras le efectúa estos procedimientos: empático, de acogida hacia la mujer y su acompañante e incluso grupo familiar y de contención frente a sentimientos e inquietudes del grupo familiar. En el caso de la TENS, refiere como características del trato hacia la mujer: afectivo, cercano y propiciador de confianza.

*“Bueno uno obviamente tiene que preguntarle el nombre completo, le hace una anamnesis, si tiene antecedentes obstétricos anteriores, si ha tenido hijos, cómo han sido esos partos, si han sido partos normales, por qué fueron cesáreas, si están vivos, si están todos vivos, por qué fallecieron, es muy largo, muy largo, además se hace una evaluación de riesgo biopsicosocial, se hace también una evaluación de Edimburgo para determinar o detectar si hay depresión entonces para mandarla al equipo de cabecera del Chile Crece, y además bueno preguntarle quién es, el nombre del papá, qué edad tiene, si fuma, si no fuma, podemos hacer consejería ahí de distintas cosas y ver dónde lo vamos a derivar, en*

*general a todas las derivamos a la nutricionista, al odontólogo, a la asistente social por si se nos pasó alguna cosa a nosotros, ellos evalúan la parte social, la parte psicológica y luego tenemos media hora para hacer la consejería de VIH que en los servicios públicos es con consejería y eso significa con consentimiento informado, o sea si la paciente se le enseña, se le educa con respecto a que es lo que es el VIH y se le lee la carta de consentimiento informado que está determinado por una ley, la ley nos obliga a que se tiene que hacer con consentimiento o sea con esta pequeña educación y con consentimiento de que si se toma el examen ella tiene que consentir con su firma, eso lo tomamos, se lo tomo enseguida, y cuidando todo la confidencialidad del documento, la paciente y la entrega posterior de educación también del consentimiento post test...por eso dura una hora y media el ingreso, donde se hacen todas estas cosas, es largo, es largo” (Matrona).*

*“Es que generalmente nosotros el rol es controlar, control de signos vitales ya que significa presión arterial, pulso, temperatura, y preguntarle el motivo de su consulta para avisarle a la matrona porque ya a veces cuando van con mucho dolor, con mucha contracción la matrona la tiene que ver inmediatamente para ver cuál es el caso, si va con trabajo de parto franco o está empezando la fase latente, entonces ahí uno ve po, conversa primero, control de signos vitales, se conversa cuál es su motivo de consulta y avisar a la matrona ese es principalmente el rol nuestro” (TENS)*

*“Bueno tener también empatía con la paciente, ya eh una acogida, sobre todo en el primer ingreso” (Matrona)*

*“Generalmente uno trata de tener una relación amena, porque va como muchas veces cuando son primigestas van con miedo, miedo a qué va a pasar, cómo las van a tratar, como es un tema sensible entonces uno tiene que ser lo más amena posible, lo más cercana, lo que uno pudiera darle confianza, eso más que nada” (TENS)*

Ambas indican que el disfrute del ejercicio de la profesión o del ejercicio técnico influye positivamente en el trato hacia la mujer en esta etapa del proceso, generando con ello un trato acogedor frente a las usuarias y sus problemáticas, por lo cual valora positivamente la experiencia profesional como facilitador del buen trato hacia la mujer. Asimismo la capacidad de derivar oportunamente a la mujer a otros profesionales en caso de ser necesario. En el caso de la TENS, refiere que el trato está mediado por la disposición que presente la usuaria respecto de la funcionaria, por lo cual se activa la necesidad de brindar un buen trato sobre todo cuando las usuarias presentan resistencias frente a la funcionaria. Los factores que influyen en esta disposición de las usuarias y que deben ser considerados en el trato hacia ellas son: clima familiar, presencia o ausencia de hijos/as anteriores, estabilidad en la relación de pareja, embarazo producto de violación o embarazo deseado o no deseado.

*“Yo en general a mí me gusta mi trabajo entonces no me molestan las pacientes, puedo tener un poco de flojera porque generalmente se hace después de las dos de la tarde pero en general yo eh trato de que se sientan cómodas” (Matrona)*

*“Si tienen algún problema soy observadora, entonces no soy de modelo a seguir pero considero que soy acogedora con las pacientes, cuando tienen problemas me logro dar cuenta, generalmente de repente uno no capta todo, por eso es que uno las deriva a otro miembros del equipo” (Matrona)*

*“Porque hay gente que va como a la defensiva y ahí uno dice cómo la atiendo po, cómo puedo darle confianza, cómo uno puede llegar a ser más cercana porque uno la ve y no sabe cómo está ella, cómo es su entorno familiar, cuántos hijos ha tenido, en qué condición va ahora de tener hijo, si tiene una pareja estable, puede ser hasta una violación de la que va a tener un parto, si ella realmente quiere a su hijo o no lo quiere, entonces uno en ese aspecto se va haciendo preguntas, depende de cómo llegue la persona en realidad uno va viendo cómo tratarla mejor” (TENS)*

*“Lo que más me gusta son los nacimientos, yo creo que todo técnico, toda persona que trabaja en el hospital tiene que querer mucho su trabajo pero yo creo que la maternidad es uno de los servicios más lindos, porque empieza la vida, ahí comienza, nace la persona, y empieza la vida, años atrás decía un medico la odiosa maternidad...yo le decía y si no fuera por la odiosa maternidad usted no tendría trabajo, porque ahí empieza todo po, él no tendría pacientes si no nacieran niños, por eso yo quiero mucho a mi maternidad, y es mi trabajo y el que nazca una guagua, nazca bien, es alegría para uno, porque si nace una guagua con un poco de dificultad respiratoria obviamente la matrona sabe qué hacer le va a poner oxígeno inmediatamente y no va a quedar con daño, pero el susto que uno pasa en el momento, si la madre no puja bien, si no sale bien es terrible po, pero yo soy una persona de harta fe y siempre cuando salgo de aquí de la casa, digo señor que nos vaya bien, todas las guaguas que vayan a nacer nazcan bien, que no tengamos problemas y eso te ayuda mucho también, porque uno ser ya creyente uno va a irle bien si uno confía en dios porque sabe que la vida es de dios, dios no va a querer algo malo para la gente, eso” (TENS).*

La profesional matrona refiere que en lo que respecta atención prenatal, la mujer cuyo embarazo fue planificado y es detectado tempranamente debe asistir en promedio a 13 controles de salud gestacional y si el embarazo es de alto riesgo, la mujer debe asistir a más controles de los ya señalados debido a su condición de salud. Asimismo, destaca como rol profesional promover la inclusión del acompañante que puede ser el padre del bebé u otras personas, valorando positivamente la participación del/la acompañante en los controles prenatales. Esta situación contrasta, desde la perspectiva de las funcionarias, con las prácticas efectuadas años anteriores respecto de la posible inclusión del/la acompañante en los controles prenatales, ya que indican que antes no se permitía esta práctica y que esto estaba asociado entre otras cosas a condiciones de infraestructura

deficientes en los centros de salud. Además indica que dentro de su rol profesional le corresponde evaluar en forma oportuna las condiciones de salud de la mujer para evitar posibles riesgos en el embarazo.

No obstante, refiere que las demoras en la atención de ingreso se atribuyen a la multiplicidad de tareas de la matrona en el centro de salud. Cabe destacar que la matrona percibe que existe una diferencia entre el trabajo intrahospitalario por turnos con mujeres gestantes y el trabajo con mujeres en Centros de Salud Familiar, siendo éste último más agradable para la profesional debido a que se lleva a cabo un seguimiento de cada caso, lo cual supone construir un vínculo con las pacientes atendidas.

*“La embarazada generalmente con un embarazo planificado se ingresa muy precozmente ya, es decir, le falta su regla y ya se está haciendo el test de embarazo y el ingreso ya se está haciendo a las 8, 9 semanas, ya entonces en promedio nosotros controlamos como trece veces a la paciente que ingresa precozmente, digamos antes de las 14 semanas, y puede tener más controles si existiera un embarazo de alto riesgo porque se controla también en el policlínico de alto riesgo que eso significa en especialidad con el ginecólogo” (Matrona)*

*“El acompañante bueno, puede ser la pareja emm porque está permitido y se promueve eso, se promueve que tiene que estar, por algo ahí hay dos sillas, a veces entra más de una persona pero la verdad es que cuando entran más personas, tiene que ser la persona más significativa porque si no se pierde el objetivo, se pueden distraer, el otro se aburre, se mueve, no tiene adonde sentarse; no sé aquí la persona más significativa puede ser el padre de la guagua, eh o la mamá, a veces me ha tocado y en general o sea a mí no me molesta que vengan a acompañarla, al contrario, yo creo que eso es una ayuda bien importante para las embarazadas por muchas razones, que cómo come, de repente ellos mismos la acusan, viste te dije, qué se yo, no si está comiendo, qué se yo más de lo que o no de esta manera, eh y si está con los niños también po, o sea si el niño oh mamá, por ejemplo una vez, oh mamá la tía te está inflando, o sea él creía que estaba, porque le estaba tomando la presión, la tía te está inflando...en general no me molesta ya, porque como te digo es distinto cuando uno lleva hartoo tiempo trabajando, tiene experiencia y lo otro es cuando tienes el tiempo pa hacerlo ya eh la atención es muy distinta a como era antes, antes era poco menos que no, que el papá no entraba, eso era una cosa, además las condiciones en que se trabajaban eran otras, totalmente inhóspitas, de repente no teníamos calefacción en el invierno, en el verano era muy caluroso” (Matrona)*

*“Mira en turno es diferente, emm uno no conoce a todas las pacientes, es diferente cuando tú trabajas en atención primaria porque puedes tener una relación con la paciente, es más relajado, el trabajo no es estresante como el trabajo intrahospitalario” (Matrona)*

**-Trabajo de parto y parto:**

La profesional matrona refiere que en trabajo de parto, el trato que se debe brindar a las gestantes debe ser acogedor, se deben evitar las descalificaciones y uso de tono agresivo al hablar, tener la capacidad de tranquilizar y contener a la paciente cuando experimenta dolor. Sin embargo, refiere que el trato de parte de los/las profesionales que podría ser percibido como negativo por las mujeres, puede estar influido por factores como cansancio por exceso de turnos de noche y por el estrés laboral, que influye en el trato hacia las usuarias dependiendo de la cantidad de trabajo que se realice en cada turno y también estaría asociado a si la paciente es percibida como “complicada” o no por parte de la profesional. La TENS indica que los años de experiencia laboral son importantes para generar un buen trato hacia las mujeres y que sus roles dentro del trabajo de parto son: elaborar ficha clínica, realizar exámenes de salud, tranquilizar a la mujer a través de la explicación de procedimientos, consultar respecto de presencia de acompañante y su participación, educar a la mujer sobre ejercicios y tipo de respiración a realizar para disminuir dolor y al acompañante para ayudar a la mujer a aliviar el dolor.

*“Y en un servicio de emergencia, pero no soy quien para calificar mi trato pero en general, valga la redundancia, trato o trataba de que se sintiera acogida, que de obviamente no hablarle golpeado, si está con dolor, tranquilita qué se yo, ya te voy a ver, o ya va a pasar emmm, en fin tratar de también de hacerla sentir acogida, obviamente que a veces el cansancio, el agotamiento por excesos de turno, hace que no sea tan, tan, como decirte, que no, que la paciente no sienta que no está acogida porque está muy sensible, en ese periodo obviamente, entonces puede percibir que no la están tratando bien, porque uno viene de un parto, de una emergencia, o tiene algo que está saliendo, ya apúrese, súbbase, súbbase, rapidito, rapidito, no ve que estoy apurá, entonces eso obviamente le va a ser percibir a la señora, pucha como me atiende po, si yo soy importante, yo la entiendo perfectamente pero a veces me toca, ya, ya, rápido, rápido, tengo una paciente qué se yo, va a tener guagüita así que te voy a ver rapidito a ti, acuéstate rapidito, ya señorita, ya señorita, entonces esas cosas ocurren, y dependen del nivel de estrés que uno tenga y de cansancio puede no actuar tan suavemente, eh la verdad es que yo, yo no tengo eh, no he tenido así como, quizás las cosas malas no se dicen, pero en general hartas pacientes quieren atenderse conmigo porque me conocen de antes, me han visto en el hospital, quizás no hice tanto turno, entonces no estaba tan requeté cansá me entiendes, emm entonces yo percibo que no era tan mala mi atención, mi acogida, por la llegada de los pacientes que veo aquí ah usted me atendió en el parto, ah chuta les pregunto yo y como te traté, no si me trató bien, pero de repente también tenía que, me acuerdo haber tenido pacientes complicás, complicás en el sentido que se descontrolaban, se tiraban al suelo, haciendo su poco de escándalo” (Matrona)*

*“Emmm, yo pienso que uno va como con el tiempo uno va, yo llevo más de veinte años es como la seguridad que uno tiene ya po, claro y que de repente a uno también la bloquean*

*porque hay gente que llega así como que poco menos nosotros la vamos a tratar mal” (TENS)*

*“bueno obviamente después de ingresar y tomar los signos vitales uno va con la matrona, en ese momento no está en ingreso o tiene otra función, uno le explica que llegó una persona que viene con trabajo de parto dice ella, me ha tocado que ha llegado gente muy asustada, que no escuchan su guaguüita por ejemplo, yo afortunadamente he aprendido a usar por ejemplo el monitor y le escucho los latidos y la tranquilizo primero y después voy a avisar a la matrona, yo le dije sabe que viene porque no escucha su guaguüita, pero yo ya se la escuché, la guagua está bien, así que vaya tranquila no más, no vaya corriendo porque la guagua está bien y la señora viene por esto, viene porque ella está asustada y no escuchaba la guagua” (TENS)*

*“A la paciente se le hace toda una ficha que lo hace la matrona, se le toman exámenes de rutina” (TENS)*

*“También se le pregunta si le tomaron el del SIDA, eso deberían hacérselo en su consultorio porque hay muchas mamás que llegan sin su examen y ahí también hay que hacerlo y la relación es como si es primigesta sobre todo tranquilizándola que le explicamos más que nada que le decimos nuestro nombre le decimos le vamos a tomar exámenes, todas las mamás que llegan acá se le toman exámenes igual a no ser que vayan con una preclampsia y uno le va explicando ahí le va diciendo que respire profundo y ahí cuando van como muy adelantaditas hay que hacerle igual la ficha y cuesta unos quince minutos más o menos, entre quince veinte minutos hacerle la ficha los datos y todo, y en ese momento uno la va como tranquilizando, esto es normal, respire de esta manera, esto le va a doler, tiene que llegar hasta diez centímetros de dilatación, después la va a atender otra técnico que en el parto hay otras técnicas con otra matrona y ahí le van a poner un suero, la van a llevar a parto, le pregunta uno si la va a acompañar alguien, su pareja o la mamá, o la persona más cercana que ella crea que la va a tranquilizar, le va a dar seguridad para estar en el momento del parto, esa es la relación que uno tiene en el momento del ingreso hasta cuando uno hace el ingreso y la pasa a parto y después la matrona obviamente siempre la matrona le va diciendo a la otra técnico prepara esto, prepara esto otro, e igual uno la acompaña, hay como unos balones ahora para que hagan ejercicio, uno se las pasa, les enseña cómo se hace, cómo tiene que hacerlo, le enseña al marido que puede hacerle masaje en la espalda en forma circular para que no le duela tanto, la matrona le ofrece el óxido nitroso que está ahora para que la mujer se relaje y esa es la función nuestra” (TENS)*

La matrona establece que desde su percepción existen pacientes que definen como complicadas con las cuales se debe trabajar en este proceso. Frente a estas pacientes, indica que se deben entregar indicaciones cortas, concretas y haciendo uso de una forma de lenguaje denominada como “firme” para facilitar la comprensión de las indicaciones en la mujer. Esta forma de comunicarse, es atribuida al hecho de que la mujer se encuentra

en un estado de conciencia que no le permite responder adecuadamente a los estímulos, al sentir mucho dolor.

*“Cuando la paciente es complicada ehh, hay que hablar golpeado, porque a las pacientes, cuando están en trabajo de parto les funciona...como que le funciona un cerebro primitivo, entonces ellas obedecen a ordenes así bien firmes y cortas, entonces como que de repente, ya mírame le decía yo, mírame, mírame, mírame a los ojos y escúchame, ya, viene una contracción ahora, por ejemplo si estaba en parto, vas a tomar aire, y así o sea como un niño chico, realmente como un cerebro primitivo, y vas a empujar, vas a pujar abajo para sacar tu guagua, en esos momentos es súper estresante, entonces ehh ahí uno tiene que dar órdenes firmes, cortas, claras y a veces golpeadas, pero después que tienen la guagüita, el parto se les pasa eso, se les olvida, no se dan cuenta, no, no la mayoría es como que ah viste tú decías que no ibas a ser capaz, qué se yo en el momento que están suturando, sacando la placenta, emm se quedan como tranquilas porque realmente ellas ven que pasó lo más terrible que son las contracciones que son más dolorosas” (Matrona)*

Frente a lo anterior, se refiere que es necesario mejorar la atención del parto, principalmente a través de la preparación educativa de la mujer para enfrentar el parto que le permita a la mujer sentir menos miedo ante este momento. Lo anterior supone que en salud pública se deberían invertir más recursos para generar instancias de educación de la mujer para el parto y con ello humanizar el parto.

*“A lo mejor no fueron, no estaban bien preparadas porque eso hay que reconocerlo que falta a pesar de que hay mucho, mucho, adelanto, mucho, como decir, mucha atención, mejoramiento de la atención en todo tipo, también nos falta preparar más a las pacientes por falta de recursos, emm para que lleguen al parto con menos miedo, o sea de hecho existe por el Chile Crece Contigo una visita guiada pa que conozcan el lugar donde van a tener su guagua, el recorrido que van a hacer que se lo hace una matrona, que va con la pareja o la persona que va a hacer más significativa que la podría acompañar, entonces todas esas cosas que antes no se veían, pero obviamente que faltan los talleres, falta humanizar el parto, o sea el parto siempre ha sido humano pero, ese es el nombre que se le dio” (Matrona)*

*“amm, a mí a veces me da pena, a veces me da un poco de rabia porque deberían de preparar a la parturienta y también a los acompañantes que el trabajo de parto es doloroso, que el trabajo de parto a veces no es tan corto, es un poquito largo porque a veces los trabajos de parto pueden ser diez, doce horas en una primigesta, y más encima después si no bajó la guagua o nunca le hicieron cesárea , ahí peor quedamos po, porque ven la hicieron sufrir, ese es el concepto que la gente tiene, la hicieron sufrir y después le hicieron cesárea” (TENS)*

*“sí, debería venir esa preparación del consultorio, como todo porque ellos controlan su gente, nosotros acá recibimos a la parturienta casi para tener su guagua no más y la relación que tenemos con ella es en el ingreso, el parto y siendo puérpera y después perdemos toda relación” (TENS)*

En el trabajo de parto, se señalan como aspectos negativos el exceso de monitoreo electrónico, el uso de prácticas de manipulación para apresurar el parto dentro de lo cual se menciona el tacto vaginal, respecto del cual debería disminuirse su uso como procedimiento de control de la dilatación y además se señala como necesidad el hecho de disminuir la instrumentalización en el proceso de parto.

*“Ahora el uso de la tecnología ha sido incorporada ya hace mucho tiempo y a mi juicio y a juicio de personas que han estudiado esto respecto a la violencia obstétrica, se abusa mucho del monitor, entonces, yo no era, de repente era antinorma, me ponía en el caso de la señora que no le apretaran tanto la cinta, de repente no le hacía monitoreo y la auscultaba a la antigua, solamente con la mano como cuando no teníamos tanto monitor, entonces, que pudiera caminar, que pudiera desplazarse, que pudiera moverse, que pudiera ir al baño, porque eso ayuda, o sea ese es el mejor inductor, es la mejor oxitocina, el deambular, entonces bueno, controlar el trabajo de parto es ver si hay contracciones de buena calidad como pa que produzca un avance del trabajo de parto y eso se puede medir con el monitor en diez minutos se calcula y se puede medir con la mano, tocando la guatita de ellas, eso es como más, es como más cercano” (Matrona)*

*“Y también hacer tactos vaginales cuando sea realmente necesario, también eso implica riesgo de infección de la herida operatoria de las membranas, entonces hay un mínimo de tacto que se debería, deberían hacer porque ya se le hizo un buen ingreso en el trabajo de parto, lo ideal sería no manipular nada, ver que avance el trabajo de parto no más pero nosotros tenemos la tendencia a manipular por apurar, por apurar, por apurar el parto, entonces eso es lo que se hace ya y ahí la examinamos, en general eso y posteriormente cuando estuviera con dilatación completa pasarla a parto, eso son los procedimientos que se hacen y bueno cuando se produce alguna emergencia o el monitoreo también es bueno cuando se producen desaceleraciones o bajas de latido y ahí uno tiene que avisar al médico, ya, poner vías venosas, ehh en realidad con la no violencia al parto, cierto, con la menos instrumentalización, yo muchas veces atendí parto sin poner vía, sin poner vía porque tenía buena contracción la mujer y poner vías no era necesario” (Matrona)*

Tanto la matrona como la TENS indican que el trabajo de parto y parto es un momento del proceso difícil y muy agotador, por lo cual de parte de la paciente se requiere una actitud de colaboración. Sin embargo, cuando esto no ocurre, se producen sentimientos de frustración, angustia y cansancio, específicamente asociados a la dificultad de la mujer para obedecer órdenes e indicaciones. En esta instancia, la matrona reconoce que la frustración ante las mujeres que no obedecen indicaciones genera una pérdida de paciencia en la funcionaria, lo cual puede provocar el uso de retos hacia la mujer. Además,



se señala el temor que surge a raíz de la utilización de ciertas maniobras como la de Kristeller, generando preocupación por la posible muerte del bebé. El alivio en la profesional y satisfacción asociada, surge cuando el bebé nace sin complicaciones. Respecto de los procedimientos efectuados en el trabajo de parto, la TENS indica que el uso de anestesia está vinculada al criterio del médico y debería ser incluida la mujer en la decisión de ser anestesiada o no. Además, se valora positivamente el uso del óxido nítrico como recurso de alivio del dolor en esta fase del proceso. A lo anterior, referente a la relación entre acompañante y TENS, esta indica que en ocasiones la relación se vuelve difícil debido a que los acompañantes perciben el trabajo de parto como causante de sufrimiento en la mujer, en circunstancias que el dolor es parte de este proceso lo cual a veces no es comprendido por los acompañantes, quienes solicitan cesárea en algunas ocasiones; sin embargo, la TENS indica que la cesárea es una intervención que se aplica sólo en ciertos casos y bajo criterio médico ante la aparición de complicaciones de salud en el feto o en la mujer.

Se refiere que durante el trabajo de parto inicial existe una mayor facilidad para comunicarse con la mujer, la cual está asociada a una mayor conciencia de ésta respecto del momento que está viviendo, así como también a la menor intensidad del dolor producto de las contracciones. Sin embargo, señala que la comunicación con la mujer se dificulta en el trabajo de parto avanzado, ya la intensidad del dolor por las contracciones es mayor. Esta dificultad en la comunicación se asocia también al nivel de preparación de la mujer respecto del parto y porque se considera que el funcionamiento del sistema nervioso durante el trabajo de parto avanzado la dispone a descontrolarse emocionalmente por la intensidad del dolor. Esto último es conceptualizado como “funcionamiento del cerebro primitivo de la mujer” en el trabajo de parto avanzado.

*“Ah, generalmente uno le dice que es normal el dolor, porque uno no le puede mentir que no le va a doler, es un momento difícil y muy cansador, porque el dolor es normal en el parto, lamentablemente pero es así, o sea uno no le puede disminuir que no le va a doler, ahora hay gente que no tiene nada, llegan con siete ocho centímetros y nunca sintieron nada y nos dijeron, pasaron a parto y tuvieron su guagua, pero son cuantas las mínimas po, y uno sabe, uno les dice esto le va a doler, pero es que duele yo no soy capaz, sí, sí le va a doler pero si tienen un umbral bajo del dolor, nada que hacer pu, y ahí es como están como muy, si hay médico ahí conversan con ella, porque lo que le ofrece la matrona es el óxido nítrico, es lo que se tiene, porque es auge, pero más allá la matrona, si tiene médico, ginecólogo y le puede ofrecer, obviamente que la parturienta lo va a recibir, y va a ser mejor para ella porque va a tener menos dolor porque va a ser capaz de soportar las ocho diez horas de trabajo de parto bien po” (TENS)*

*“Uno en general se puede comunicar con las pacientes, en la primera etapa del trabajo de parto, que es la parte en que las contracciones oh son pa ellas divertidas que dan como cosquillas, sí duele un poquito, entonces uno ahí, ellas las pacientes están más conscientes y más presentes mejor dicho, más presentes” (Matrona)*

*“En cambio cuando ya tienen un trabajo de parto avanzado, ehh a uno le cuesta comunicarse más con ellas, lo que decía ayer que muchas veces hay que dar instrucciones así como bien precisas, cortas y suenan a veces golpeadas, dar órdenes bien firme porque si no, no obedecen, se descontrolan, se dejan llevar solamente por el dolor, ehh y bueno influye mucho que, qué tipo de educación tengan las pacientes también y a veces no ah, a veces igual hay pacientes que tienen otro nivel de instrucción e igual se descontrolan, o sea ahí viene a primar el cerebro primitivo que decía yo ayer” (Matrona)*

La profesional matrona indica que la posibilidad de establecer una relación más positiva con la mujer en el parto se vincula a la percepción de mayor o menor cercanía afectiva con ésta, señalando que algunas mujeres son “más de piel”. Sin embargo, esta relación se torna difícil con pacientes conceptualizadas como complicadas.

*“entonces claro, una tiene una mejor relación con una paciente tiene mejor relación con la paciente cuando ellas son de piel también” (Matrona)*

*“hay pacientes que son pesá, hay pacientes que son difíciles, que no miran, entonces uno por más que trate ser suave al comienzo no llega mucho ahí ya, hay pacientes que se descontrolan, sencillamente que no obedecen nada” (Matrona)*

También se señala que el trato proporcionado a las pacientes en el trabajo de parto, está influido a nivel personal por el nivel de agotamiento asociado a exceso de turnos, lo cual dificulta brindar el apoyo adecuado a algunas pacientes en este proceso.

*“y de repente del agotamiento y de las horas en que uno, porque en el servicio público ustedes tienen que saber que se repiten muchos turnos, entonces a veces uno no anda con la mejor eh, el mejor ánimo de atender, tiene toda la buena disposición quizás pero no le da, no le da el cuerpo, no le da la cabeza, y no le dan las ganas, no las ganas si no que, es un inercia tal que, ya la deja no más, eso es una realidad.” (Matrona)*

Respecto de la relación entre matrona y acompañante en el trabajo de parto y parto, se refiere que actualmente el rol consiste en promover la inclusión del acompañante en esta fase del proceso y que a nivel personal, tiene una actitud positiva hacia la inclusión del acompañante, de preferencia el padre del bebé quien es considerado como un par colaborador en el proceso. Lo anterior se lleva a la práctica mediante prácticas inclusivas del acompañante en esta fase del proceso tales como: brindar instrucciones de apoyo y ánimo a la mujer y acompañarla permanentemente. A pesar de que se promueve la inclusión del acompañante, se percibe que existen mayores dificultades en la relación con éste en el trabajo de parto y parto que ocurre en la noche, debido al cansancio físico y emocional y a los miedos asociados al proceso en el acompañante. Cuando el acompañante se percibe descontrolado, surge la necesidad de no conectarse emocionalmente con la intensidad de su reacción emocional para no perder como

profesional el control de la situación. Si bien la matrona refiere una actitud positiva hacia la inclusión del acompañante, esto contrasta con la actitud negativa de algunos pares profesionales hacia la inclusión del acompañante. En este punto surge una crítica al sistema público de salud ya que señala que faltan instancias de preparación de la mujer y su acompañante para enfrentar mejor esta etapa del proceso.

*“El acompañante, ehh uno lo tiene que hacer participar como si fuera uno, o sea eso es lo que se promueve ahora en el trabajo de parto, a través del ministerio de salud hace que una persona significativa en general con que sea el padre idealmente de esa guagüita, que participe y que ojalá haya sido instruido que eso también lo mencioné ayer, que el servicio público adolece mucho de esto también, de esta preparación para el parto, ya y la preparación para el parto tiene que ser con el acompañante que actúa como una doula, cierto, uno, puede ser doula uno, puede ser doula la persona más significativa para la paciente, entonces hay que decirle, ayúdele, sóbele la espalda qué sé yo, yo si no saben, hágale masaje en la espalda, ayúdela en que se siente, dígame que se siente o si está uno ahí que use el balón kinésico o que camine, acompáñela por el pasillo por aquí para allá, que se pasee porque eso le hace bien, entonces también uno tiene que relacionarse con el acompañante, o sea a mí personalmente no me molestaba” (Matrona)*

*“hay colegas que les molesta el acompañante, que les molesta el papá y les molesta un hombre adentro en general, eso hace años ya que se viene promoviendo y tiene menos, digamos, menos rechazo, pero yo creo que todavía tiene rechazo en la noche” (Matrona)*

La matrona señala que en general las relaciones con el resto del equipo de parto son positivas, donde todos y todas tienen claridad de sus roles y además disposición a ejercer un trabajo colaborativo para que el proceso concluya con éxito. Las dificultades para el adecuado trabajo en equipo de parto son asociadas al cansancio por exceso de turnos, a la asistencia de trabajos de parto en la noche y a la demora en la asistencia al parto de otros profesionales y en este contexto, señala que el rol de la matrona es fundamental y es quien debe mantenerse firme en el proceso de acompañamiento de la mujer.

*“Con el resto del personal, claro bueno en el trabajo de parto siempre hay una técnico que está trabajando, una técnico de enfermería y es lo mismo en realidad, o sea en el día uno puede andar con poco menos de cansancio, ehh en la noche puede estar más agotada, pero uno en general se lleva bien con el personal, pero en general bien, en general bien porque incluso los ginecólogos saben que uno sabe un poquito más que ellos, que lleva más años en la obstetricia, entonces los va guiando más, va guiando y uno sabe en el fondo qué se tiene que hacer pero a la hora de una emergencia tiene que saber hacer un fórceps, o una cesárea de urgencia ehh en general uno se tiene que relacionar sí o sí con ellos, ahora si uno tiene que separar un poco las cosas también, si un médico que anda arrastrando el poncho siempre, y anda enojado, o se demoran en llegar a veces, otros no, otros uno los llama por citófono y ah ya voy y se quedan dormidos porque el cansancio*

*también los agota, todas esas cosas suceden, todas esas cosas son probables, pero la que está ahí en el pie del cañón es uno, la matrona”(Matrona).*

Respecto de la asistencia del parto propiamente tal, la profesional señala que el rol es asistir el parto sobretodo en la fase expulsiva y que este rol integra la contención emocional de la mujer, la entrega de indicaciones claras para facilitar su colaboración, el monitoreo permanente del estado de salud de la madre y el bebé y la solicitud de colaboración concreta del acompañante. Lo anterior se considera importante dada la percepción del trabajo de parto y parto como un momento agotador tanto para el profesional como para la paciente. Se indica además que la profesional que acompaña debe tener una actitud positiva hacia un acompañamiento sensible de la mujer en este momento del proceso, ya que disminuye el estrés asociado y actúa como facilitador, en tanto el trato afectivo constituye un recurso de regulación del estrés en la mujer. Indica estar a favor también de que se facilite el parto en posición vertical considerando la comodidad de la mujer, no la del profesional y reconoce que algunos pares profesionales y/o técnicos no son partidarios del parto en posición vertical.

*“El trabajo de la matrona consiste en la atención directa del paciente, que uno asiste el parto, porque el parto tiene su mecanismo que es normal que ocurre, o sea uno acorta etapas del trabajo de parto, o sea el parto se puede producir solo, pero uno lo puede acortar, cierto, con indicaciones, si uno ya le ha enseñado, mira vamos a pasar a la sala de parto, estás con dilatación completa, vas a hacer lo que yo te diga, durante el trabajo de parto tienes que respirar de esta forma, tienes que respirar por acá por esta mascarilla que es el óxido nitroso que es el gas que le produce, el gas inhalante que se llama, que produce una relajación que es momentánea y que ayuda a tolerar mejor las contracciones para que no se haga tan largo el trabajo de parto, porque promedio el trabajo de parto puede ser 18 horas en una primigesta, eso quiere decir que doce, diez, veinte horas, entonces es agotador, y pa poder llegar a la fase final que tiene que tener tanta energía para poder pujar, hay que tratar de que la paciente no se descontrole pu dentro de lo posible, va a depender mucho de la labor que hace uno como doula, como control de trabajo de parto y del acompañamiento que tenga para que disminuya el estrés, eso está comprobado que disminuyendo el estrés de la espera digamos del trabajo de parto, y que sea lo más natural posible, acompañado, con acompañamiento, con algunas cosas que son que van a relajar, van a producirse o a secretar la oxitocina necesaria y no la secreción de otro tipo de hormonas o sustancias que van a ayudar a bloquear a la paciente emocionalmente y le van a provocar eh que el trabajo de parto sea más largo y más doloroso para ella, más traumático, entonces esas cosas las que tiene que hacer uno previamente al parto” (Matrona)*

*“Uno sigue dando instrucciones, haz esto, haz lo otro, ahora, toma aire, guarda aire, empuja, el caballero si está al lado, caballero, tómela de la espalda, ayúdela porque ella se cansa, entonces hay unas camillas que son especiales para que no quede en posición*

*como quedaban antes, para uno era cómodo como médico que atendía el parto, la matrona que atendía el parto, pero pa la paciente no” (Matrona)*

*“La comodidad tiene que ser para la paciente, entonces yo dentro de lo posible trataba de, y eso de repente les molestaba, yo sentía que eso les molestaba a algunas técnicas cuando no eran de mi turno, las que eran de mi turno ya sabían y mi colega también sabía que todo eso era, era por el bien de las pacientes entonces eso fue, para promover el parto en vertical porque obviamente si es por gravedad es mucho más fácil y es más cómodo porque donde la guagua, cuando la paciente está acostada la guagua les comprime el diafragma, entonces además les cuesta respirar, entonces ehh por lo menos aquí en la maternidad en y en muchos hospitales públicos hay una camilla que es articulada, con un botón, con botones que se pueden subir la espalda, bajar, subir, tiene asas a los lados para tomarse, tiene una asa arriba para colgarse, para tomarse desde arriba y para poder tener su guagüita más en posición vertical” (Matrona)*

*“Y obviamente sin despreocuparse de la parte técnica que es escuchar los latidos y que los latidos estén dentro de lo normal para un periodo expulsivo y esperar, esperar hasta que se produzca el expulsivo del feto, la expulsión del feto ya, y posteriormente la expulsión de la placenta, entonces eh en ese momento también po, también hay un momento que hay pacientes que se empiezan a desesperar, que se mueven mucho, que no puedo, que no puedo, que me duele, ahh, a ofrecerles un poquito de agua, a tratar de calmarlas, es puro cariño no más que tiene que ponerle, puro cariño no más a la persona que está ahí, en un trabajo de parto, realmente es un trabajo de parto, y el trabajo que hace uno también es cansador, pero principalmente el trabajo de parto de la paciente” (Matrona)*

*“En el expulsivo ahí uno ya no se puede separar de la paciente, está ahí hasta que nace, entonces el periodo más importante es el expulsivo, no quiere decir que el otro no sea importante, el más relevante en el sentido que tiene que producirse ehh con latidos normales que quiere decir que está, que el agua con una reserva de oxígeno y oxigenándose su cerebro y sus órganos vitales durante todo el tiempo, eso” (Matrona)*

Quando se considera que en el trabajo de parto avanzado se hace necesario usar órdenes, con tono de voz fuerte que es conceptualizado como “golpeado” a modo de evitar el descontrol emocional de la mujer, surgen sentimientos de pena posteriormente, sobre todo cuando la mujer pide disculpas a la profesional por haberse descontrolado en el parto. En este contexto, surge la necesidad de demostrar paciencia hacia la mujer, sobre todo debido a que se enfatiza que si se está ejerciendo la obstetricia, es porque se eligió la profesión. Se manifiesta una actitud favorable y a la vez la facilitación de partos normales por el menor riesgo en el proceso de recuperación de la mujer. Asociado a esto, se indica que el aumento de las cesáreas en Chile se debe a la necesidad de disminuir el riesgo de muerte del bebé en el parto, asociado además al temor de los profesionales frente a demandas judiciales por dicha causa. También se indican varios factores asociados al

aumento de las cesáreas a nivel país. Se destaca que en la actualidad hay una diferencia positiva en el manejo del parto respecto de cómo se manejaba hace años atrás y que uno de los aspectos que ha mejorado es la relación inclusiva con el acompañante por parte del profesional.

*“Cuando se empiezan a descontrolar, o sea va a depender de la paciente, eh y obviamente de la paciencia que va a tener uno, ya, hay pacientes que se descontrolan con más facilidad, que no obedecen, entonces ahí ahí tiene que hablarle un poco más golpeado y después cuando le pasa todo el estrés del parto, la señora creo que lo mencioné ayer disculpe señorita qué sé yo, pero en realidad uno, uno lo hace porque si no te obedecen uno no puede seguir con la etapa siguiente o con la instrucción siguiente, entonces eh a mí me daba pena, me daba pena cuando pedían disculpas porque la verdad es que uno si está ahí uno es porque eligió, eligió este trabajo uno tiene que tener esta paciencia y tener la disposición para hacer todo lo que se debe hacer, de relacionarse con ellas y de repente claro uno va a hablar un poco más golpeado, o decirle cállate, cállate, escúchame, entonces de repente suena como muy fuerte, muy fuerte, esas cosas de repente pasan” (Matrona)*

*“Pero el parto normal es con menos riesgo, eh con menos riesgo de infección que una cesárea, ahora con toda la técnica de los, eh de raquídeas de agujas más finas, de dosis menores, de personal más entrenado, tenemos mucho progreso en ese sentido, eh hay mucho menos riesgo de accidentes del parto, digamos cesárea eh, pero obviamente que la recuperación es muy distinta, o sea en las dos horas la paciente está comiendo y está caminando y se está haciendo aseo y amamantando a su guagua, entonces eh hay una diferencia enorme” (Matrona)*

*“Y después si no terminan una cesárea imagínate...eso hace que el personal, la matrona, el médico todos estén asustados de las demandas, entonces ahora el por qué se hacen tantas cesáreas, ya, ahora, justamente por eso, porque hay susto que la guagua se muera, se detecta más patología, eh ahora hay mucha patología crónica, entonces eh tenemos pacientes que o se nos embarazan muy jóvenes, o se nos embarazan más tarde, porque el periodo digamos de vida fértil, sí de vida fértil, la mujer en general la posterga, posterga la maternidad por el trabajo, entonces aparecen enfermedades que son crónicas como la diabetes por los hábitos de alimentación también y con esas enfermedades del embarazo y que obligan a interrumpir el embarazo antes, entonces por ejemplo una paciente tiene una diabetes de la gestación, ella tiene 38 años y está en trabajo de parto y hay una baja de latido y paciente o familiares ahí insistentes al final si existe un posibilidad de operarla, la van a operar, porque ante el mínimo, la mínima como se llama esto que se agrave, es estresante, estresante, entonces es distinto a lo que pasaba antes, no digo que no pasaran esas cosas, quizás no se denunciaban, la gente era más tímida o había menos contacto” (Matrona)*

*“De hecho no participaba en el trabajo de parto antes el acompañante, ni siquiera a la guagua se les entregaba al tiro como ahora, entonces se pasaban como seis horas, una aberración entregar la guagüita, al otro día se les entregaba, entonces la mamá apenas la veía, todo lo que era apego, esas cosas no existían, emm entonces antes se les daba la oportunidad, ahora se le da la oportunidad de trabajo de parto” (Matrona)*

*“Uno tiene que tratar de que participe también el acompañante, caballero, le decía yo sujétela a la señora, anímela y ahí el caballero ya mi amor y qué sé yo jaja, ya tenís que pujar, ya, dígale que respire para que no se sienta tan ajeno a lo que está sucediendo que le ayude cuando se vaya a sentar a las asas, ya afirmele la espalda, pa que ella no, haga la contención en la espalda, ehh pero eso más que nada porque no hace más que eso, ya cuando se produce el parto obviamente que es su guagua, la puede tocar, se le caen las lágrimas obviamente es una parte muy emocionante” (Matrona)*

Respecto de la relación con los otros profesionales y/o técnicos del equipo de parto, la profesional indica la necesidad de propiciar un trabajo colaborativo, respetando el rol de cada uno de los/las funcionarios/as en el proceso, lo cual implica que cada uno/a tenga claro los límites de su actuar.

*“La verdad es que, lo que yo vi, ehh y lo que yo también pude haber hecho ehh que de repente uno, quiere que las cosas salgan bien, hay o habemos personas que somos como más incisivas o más impacientes, hay momentos en que uno tiene que dar, tiene que quedarse callado, o sea cada uno tiene que estar en su pega en realidad, por ejemplo si hay una matrona que va a recibir a un recién nacido y la otra matrona está dando instrucciones de que tiene que pujar de esta manera, que tiene que respirar, caballero sujétela la espalda, uno no puede meterse en el medio, o sea uno confunde a la paciente, entonces la verdad es que uno tiene que hacer la pega que está haciendo no más, si puede colaborar, colaborar lo más prudentemente posible sin interrumpir y yo cometí el error también de meterme, de meterme y que me dijeran oye yo estoy atendiendo, yo estoy asistiendo al parto y la verdad es que eso va a depender del nivel de estrés que uno tiene y de repente de manejar un poco los impulsos” (Matrona)*

#### **-Apego precoz:**

Se indica que los roles durante la fase de apego precoz, consisten en propiciar el contacto inicial piel a piel entre la madre y su recién nacido, resguardar la confortabilidad de las condiciones ambientales de recepción y cuidado del recién nacido y detectar condiciones del recién nacido que sean de riesgo con objeto de derivarlo a urgencia neonatal. Sólo en caso de urgencia en el recién nacido se interrumpe el contacto inicial sensorial entre madre y recién nacido, sin embargo si la urgencia es leve y se resuelve en poco tiempo, se facilita que se retome el contacto sensorial entre madre y recién nacido.

*“Bueno la matrona que recibe, que atiende el parto, que asiste el parto, le pone el recién nacido en la guatita de la señora; uno siempre le descubre un poco la, le desabrocha la*

*camisa, que es una camisa especial del hospital ehh para ponerla encima del pecho y encima de la guatita de manera que tengan contacto piel con piel y la matrona que está con el recién nacido se preocupa de secarlo y de cubrirlo con una sábana que esté calentita para que no pierda calor, porque hay que cuidar eso, porque los recién nacidos pierden calor con facilidad y es lo que más uno tiene que cuidar” (Matrona)*

*“Ahora lo que se privilegia es el apego y lo que se debe hacer porque tiene un beneficio para el niño, para la madre por el vínculo que se produce y por la presencia del padre también ehh hay que privilegiar eso ehh se supone que tienen que ser treinta minutos que es lo que pide el ministerio que de a poco se ha ido mejorando, si antes eran dos minutos, tres minutos, cinco minutos, diez minutos cada vez va siendo más y ahora lo van exigiendo, entonces ya se está y aunque sean cesáreas ah, también se está, por lo que yo sé ahora, se está tratando de cumplir, eso, se exige, para tener niños más seguros con todos los estudios que ustedes también conocen del apego” (Matrona)*

*“Entonces en el momento si yo estoy con el paciente treinta minutos tengo que estar ahí, aparte que lo seco, lo miro, lo veo si sigue llorando, si está rosado, uno tiene que ir aplicando el test de APGAR que es para medir, en el fondo si su bienestar es óptimo, tiene que ver con la frecuencia cardíaca que al final es la que uno evalúa, primero evalúa el color si está llorando quiere decir que está respirando, que abrió los alveolos y se produjo la primera inspiración y después ya no paró, ehh bueno si no respira altiro, no llora altiro uno tiene que...se acabó el apego y tiene que ir a reanimación, entonces eh si la reanimación resulta cortita uno lo lleva de nuevo a, porque a veces se requiere nada más que al lado de la mamá uno lo seque y lo estimule para que respire y otras veces no, cuando ha habido un parto que ha sido más complejo, que tiene una circular de cordón porque venía en una posición inadecuada y estuvo mucho rato en expulsivo, pueden nacer un poco más deprimido y no inspira altiro, no inicia la respiración, entonces uno tiene que reanimarlo, en la sala de reanimación con oxígeno y después bueno si se recupera uno lo lleva devuelta donde la mamá, em hay salas de parto en que tienen la sala de reanimación o la cuna calor radiante para atención del recién nacido al ladito de la mamá y otras que no, por ejemplo aquí está al lado en una sala continua, pero no es lejos tampoco, pero uno puede volver y llevarla para que continúen con el apego, esa es la labor de nosotras las matronas ahí” (Matrona)*

La profesional matrona y la TENS indican que en la fase de apego precoz y en relación a la interacción entre la madre, el acompañante y el recién nacido, ellas asumen un rol secundario y de observación, propiciando que tanto la madre como su acompañante establezcan contacto sensorial y se conecten emocionalmente con su recién nacido.

*“ehh, qué ocurre, ocurre harta emoción, porque generalmente el papá llora, se emocionan mucho, hay papás muy agradecidos, hay papás que nunca han entrado a los partos de sus hijos porque es primera vez, cuando han sido ya multíparas y las primigestas igual o sea uno trata de...hay que tener una sillita porque a veces los papás se emocionan tanto*



*que pueden llegar a desmayarse, o están tan nerviosos que no saben lo que va a pasar, pero generalmente es el apego ha sido bueno con eso, yo creo que al principio estábamos todas así como oh el apego, no, yo creo que es bueno para como pareja, como pareja para que ellos crezcan, hay harta emoción en el parto cuando está el padre, porque hasta uno po si uno es persona, a veces a uno igual le salen sus lágrimas, cuando hay tanto así una relación linda que uno igual se emociona, y ahí es cuando uno llega a entender que el parto debería ser tan en silencio, tan tan en silencio, un silencio así como penetrante debería ser” (TENS)*

*“es que generalmente nosotros no hablamos, no , tratamos de no hablar, de no decir nada, porque como le digo yo, debería ser totalmente silencioso para que ellos vivan y gocen ese momento como padres como por una felicidad que ellos tengan no más po, porque si uno ta conversando obviamente que ellos se van a y nosotros generalmente les decimos, porque dicen podemos sacar fotos, nosotros les decimos sí, saquen fotos pero traten de estar en este momento, de tocar su guagua, porque fotos a lo mejor van a poder tomar siempre pero ese momento para su hijo, para ellos va a ser inolvidable, no es necesario sacarle fotos, una foto, dos fotos, porque esos momentos es de ellos, de ellos no más po, entonces uno generalmente trata de hacer más silencio, uno trata de que no le falte nada a la matrona y que la púérpera este bien, ese es el momento del apego” (TENS)*

*“En realidad uno ahí pasa a segundo plano, uno pasa a segundo plano y uno lo único que me animo a decirle es de que eh, de que la toquen si está el papá, que obviamente que se va a emocionar, va a estar lloriqueando, la mamá igual, lo mira, le saca la sabanita, lo mira si tiene las manitos, qué se yo los ojitos, y al papá le digo yo tóquelo le digo yo, póngale la manito por debajo de la sábana y tóquelo, que está calentito para que tengan ese contacto de piel también po, porque la mamá es la que lo está sintiendo, pero el papá no lo tiene, entonces ahí que se produzca ahí la fusión de los tres, de los tres ahí tocándose, entonces uno como que pasa a segundo plano, porque uno ahí más que nada observa o de repente uno pregunta ¿le gusta o no le gusta la guagua?, o sino la devolvemos les digo yo jaja también así como hacerlo un poco más, ya después de todo el estrés pa bajarle el estrés a la paciente, al papá o al acompañante, entonces uno como que pasa a ser espectador ahí no más, de ver cómo está el recién nacido y la matrona que está asistiendo el parto, bueno en ese momento a lo mejor está haciendo puntos, está sacando la placenta, está suturando...entonces es como un momento de ellos no más, de la pareja y de la guagua” (Matrona)*

Respecto de la relación entre profesionales en el post-parto, se señala que se producen conversaciones sobre la evolución del parto y que además el rol fundamental en esta fase es fomentar el inicio de la lactancia materna desde el nacimiento del bebé y en adelante.

*“Lo ideal es que la guagua tome pecho, se pegue altiro o sea se acople la guagua y tome pecho inmediatamente, que amamante a su hijo para que haya también ese apego entonces es fundamental que uno eduque en ese aspecto a la mamá porque no es gracia*

*que la madre se levante sola y se caiga se puede pegar en la cabeza en cualquier parte del cuerpo no es bueno para ella ni tampoco para todo el cuerpo del equipo de la salud es que eso no habla bien , uno tiene que estar preocupada de la puérpera siempre, pero las primeras dos horas son fundamentales ella no debería sangrar más de lo normal, no debería levantarse y debería estar pasando su suero con oxitocina para la retracción del útero” (TENS)*

*“Ehhh, bueno uno puede conversar del mismo parto, ehh oh se ve grande, se ve chico, oh no era tan grande qué se yo, ehh estuvo largo el trabajo de parto ah, estuvo largo, fue cansador, como cosas que son como del mismo trabajo, ehh esas cosas uno comenta” (Matrona)*

*“Y generalmente ya después, uno dice permiso caballero me acompaña, me lo voy a llevar para pesarlo, sígame por acá usted, mire desde acá y lueguito te lo llevamos uno le dice a la mamá pa que empieces a amamantar, después de ser espectadora los niños empiezan a buscar y pueden mamar también ahí en la sala de parto y cuando se llevan casi juntos a la sala siguen con su apego, con su alimentación precoz, con lactancia materna exclusiva, digamos temprana” (Matrona)*

Otros roles en el post-parto son evaluar la evolución de la lactancia materna y evaluar la recuperación de la madre posterior al parto.

*“Entonces por ejemplo si yo recibí ese recién nacido del que estaba hablando recién, va la técnico se lo entrega y uno va a evaluar también si, si está mamando, aparte de hacer todo el papeleo que hay que hacer, el trabajo administrativo, uno va a evaluar si hay vínculo que generalmente lo hay, son muy raros los casos en que se produce algún problema de relación mamá guagüita, ehh y generalmente está el papá al lado en el puerperio inmediato, o sea si le da pecho y lo acaricia todo uno se da cuenta que, que la relación que tiene de apego es buena” (Matrona)*

*“Y la matrona que está en parto tiene que ver, en la parte digamos física y la recuperación de esa paciente que ha tenido su parto reciente, a revisar el sangrado, la involución uterina, ehh y la técnico tiene que preocuparse del aseo y del confort de la paciente, ehh de proporcionarle a las dos horas cuando ya se puede, cuando ya se sabe uno se da cuenta, esas evaluaciones uno de las involución uterina, del sangrado, uno la hace varias veces entonces ya si a las dos horas, o tres evaluaciones está bien ya se puede empezar a alimentar, porque muchas veces sucede que han pasado varias horas así en la noche que no comió, que vomitó porque respiraba mal ehh qué se yo porque se estresó, obviamente que es un estrés el trabajo de parto entonces después ya, uno puede ayudarle con un tecito, si no tiene, tiene unas galletitas porque obviamente que lo que viene es hambre po, jaja, es hambre, en un caso de trabajo de parto y en un parto normal, entonces esas cosas son las que uno hace, que hace la técnico, que hace la matrona que está con recién nacido, que está encargado de la paciente que recién tuvo su guagua” (Matrona)*

Respecto de la relación entre profesional y madre en este momento del puerperio, la matrona indica que es positiva.

*“En general buena también porque la paciente ya está tranquila, si tuvo su parto normal, su recién nacido, no quiere más po o sea no puede estar más dichosa entonces, en general es súper receptiva y agradece” (Matrona)*

**-Puerperio mediato:**

En la etapa del puerperio mediato, los roles son: evaluar a la mujer después del alta post-parto y monitorear su recuperación ginecológica; control del puerperio y del recién nacido; realizar trabajo administrativo consistente en registro en fichas clínicas la evolución de cada caso, evaluar evolución del estado anímico y físico de la mujer y volver a promover la lactancia materna exclusiva.

*“Bueno uno tiene que evaluar obviamente toda la parte ginecológica, la recuperación, pero también preocuparse de, y hay una pauta de eso porque una mamá, de hecho ahora también el control del puerperio y del recién nacido dura una hora y media, media hora para ver la mamá, media hora para ver al recién nacido y media para dedicarse al tema de la lactancia, y entre todo eso tiene que escribir una cacharrá de papeles ahí, ficha electrónica, ficha de papel, libro, etc., etc...entonces uno lo alcanza a hacer, lo alcanza a hacer, ehh y obviamente que ahí uno tiene que evaluar cómo te sientes, cómo has estado, cómo te fue, siempre andan con ojeras las puérperas, duermen a ratitos, y ahí uno eh igual que como en el embarazo uno tiene que detectar o tratar de detectar de cómo está su estado anímico, de cómo se siente, ehh hay pacientes que no tienen problemas para amamantar y hay algunas que sencillamente no tienen intención, uno tiene que promoverla pero por más que intenta a veces no resulta, porque en eso no hay un lenguaje común también, ni muy difundido por el tema de la lactancia entonces cuando uno las ve acá tiene que evaluar todas esas cosas po, el estado anímico, el cansancio y cómo se sienten” (Matrona).*

Uno de los roles más destacados por la profesional se asocia a promover la lactancia materna a través de la entrega de indicaciones para que la lactancia sea exitosa, comprendiendo que el puerperio es un momento agotador en la relación madre-hijo/a. También este rol implica promover la inclusión del acompañante en la educación sobre la lactancia.

*“Una de las cosas que yo les digo es que cuando amamanten en la noche porque las guagüitas son como un reloj, o sea una radio a pila, encendía, encendía, encendía, entonces como son demandantes y tienen que dar pecho a libre demanda tienen que justamente hacer eso cada vez que pidan, si piden a las dos de la mañana y después a las cuatro de la mañana, ya entonces a las seis, siete de la mañana y si tiene otro hijo, y tiene que levantarse estar arreglando la guagua, estar preparándole el desayuno al cabro chico*

*que va al colegio, la señora está con unas ojeras ya pero horribles, entonces no tiene que, por lo menos yo les digo, si tienen que dar pecho en la noche, el cansancio es horrible así que tienen que sentarse mejor, usar el cojín de lactancia, apoyarse en la espalda, en la cama, para que si te vas a quedar dormida se te caiga la cabeza y no le des pecho acostada porque la puedes aplastar, así de trágico, eso sucede porque están cansadas, están con sueño, pasan con sueño todo el día, y lo ratos que puedan dormir, tienen que dormir, porque ahí la guagua llora y hay que atenderla, es una labor súper cansadora la de la puérpera, entonces uno cuando vienen a control uno tiene que evaluarle todas esas cosas” (Matrona).*

*“Así como uno le habla a la paciente, también le tiene que decir al acompañante, porque tienen que apoyarla en lo que van a estar transmitiendo porque la señora tiene que dar puro pecho, la leche materna es una, es un fluido vivo qué se yo, no tiene que darle agua porque la leche materna tiene agua, la leche materna es leche humana, qué se yo entonces tiene que también uno dirigirse a la persona y de repente mirarla también po, porque también está ahí presente”(Matrona)*

*En el período de post-parto se efectúa un control para indicación de método anticonceptivo y la toma del PAP. (Matrona)*

*“Bueno cuando uno hace el control del puerperio, que se hace en puerperio mediato, así se le llama, a lo máximo diez días, después uno la paciente la cita a iniciar un método anticonceptivo, que eso se inicia a los 40 días, y a los 40 días se inicia porque está normado que tiene que ser así, antes lo hacíamos a los treinta días por el riesgo de que se quedara embarazada como en ese periodo y de hecho hay embarazos en el periodo de lactancia, pero se tiene que hacer a los 40, para evitar o sea después de un parto tienen el riesgo de hacer trombos, pueden alojarse en otras, pueden alojarse en el cerebro, en el pulmón, en el corazón, qué se yo, entonces uno tiene que esperar a los cuarenta que inicie un método anticonceptivo, entonces uno las recibe en esa fecha y más o menos ellas traen claro lo que quieren usar, si están amamantando obviamente van a usar un método que no vaya a interrumpir la lactancia” (Matrona).*

*“Dependiendo, si no se ha hecho el PAP a los tres meses tomar el PAP, entonces darle a conocer todas esas cosas que continúan” (Matrona).*

Respecto de los controles del recién nacido, estos están a cargo del equipo del Programa Chile Crece Contigo. En estos controles se evalúan además las condiciones anímicas, físicas y psicosociales en la que se está llevando a cabo la crianza del lactante y se deriva la información a través de fichas al programa mencionado.

*“Y los otros controles ya del recién nacido los hace el equipo del Chile Crece Contigo, la enfermera, el médico, hay talleres de estimulación adonde se le va entregando unos, material que*

*tiene el chile crece para la estimulación del desarrollo psicomotor del niño, que esa parte no la conozco, no la manejo, la sé no mas pero no la manejamos nosotros” (Matrona).*

Finalmente, se establece la necesidad de tener una relación cercana con la mujer en los controles del puerperio, una relación contenedora y se valora el ejercicio del rol profesional en atención primaria por ser una instancia que permite una mayor cercanía con la mujer, con un seguimiento de ésta en el tiempo. Este tipo de relación en donde la cercanía juega un rol fundamental, se ve reforzada por el disfrute de la profesión, que se asocia a un mejor trato hacia la mujer.

*“Las mujeres le cuentan a uno cómo está su guagua, uno pregunta ¿le estás dando pecho?, generalmente dicen que sí porque le pedimos nosotros que den pecho, ehh y en general la matrona es como la psicóloga que le falta a la mujer, le cuenta como todo, señorita qué se yo, siempre recurre como a uno emm, uno tiene que ser como bien cercana a las pacientes, eh yo me considero una persona que soy cercana porque si no, no me golpearían la puerta a cada rato, emm porque trato de ponerme en el lugar de la paciente, por lo demás uno eligió esto y siempre digo o dije en algún momento uno, si uno eligió esta pega uno tiene que pasarlo bien, uno tiene que pasarlo bien, eh en general uno tiene que conversar con las pacientes, por eso esto es lo que tiene de rico de estar en la atención primaria, que es distinto a la atención hospitalaria”(Matrona)*

*“O sea en atención primaria uno ahí establece una relación con las personas pu, las conoce, entonces después de verla durante todo el embarazo, después de verlas uno establece eso, las conoce más, en cambio en la parte intrahospitalaria no po, las ve una vez no más y después las ve si es que las llega a ver, si es que las llegas a atender en el parto de nuevo, es como menos personal digamos” (Matrona)*

**El objetivo específico dos de la investigación fue identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen mujeres que han vivido un proceso de parto, para responder a la pregunta de investigación: ¿Qué experiencias respecto de la violencia obstétrica tienen mujeres que han vivido un proceso de parto?** Estos resultados, se estructurarán en función de los momentos asociados al proceso reproductivo que están contenidos en “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (2008), por lo que las experiencias de las mujeres participantes se integrarán de acuerdo al esquema propuesto por este documento. Las categorías de contenido, se describirán de acuerdo a los momentos del proceso ya descrito:

### **1. Atención prenatal:**

Previo al inicio de los controles prenatales, y respecto de la vivencia de las mujeres participantes referentes a su embarazo, se desprenden las siguientes categorías:

- Reacción inicial frente a noticia de embarazo.

En relación a los datos obtenidos a través del relato de las mujeres entrevistadas, se destaca inicialmente una respuesta negativa al conocer su condición de embarazo, donde surgen diversos sentimientos asociados a esta nueva situación (evento) en sus vidas. Esta categoría en ambas mujeres integra por una parte, la negación de la condición de embarazo, acompañada de desconcierto, donde en una de ellas se presentan síntomas físicos, los cuales son atribuidos a razones académicas; esto junto a una prolongada evitación de conversación sobre embarazo con su pareja (mujer 2).

*“...nos seguimos haciendo los tontos un mes y nada, nada como que lo hablábamos pero como que cambiábamos el tema, ya después, ya era mucho, porque no me llegaba la regla y yo me sentía extraña, así como que sentía en la noche como que la guata me dolía, no me podía ganar de guata acostada, me dolían los pechos, no dije esto es estrés, ah los certámenes de la u, ah porque yo estaba en primero, yo dije esto tiene que ser el estrés por eso me siento así, como que cada vez que pensaba como que le daba una justificación...” (Mujer 2).*

Junto a la negación, ambas comparten angustia y sentimientos de soledad, asociado en un caso a la falta de compañía familiar durante parte del proceso de embarazo de la mujer. También, se presentó en ambos casos rabia hacia la pareja frente a la noticia de embarazo, destacando además el miedo a develar condición de embarazo a la familia, expresando en su caso la mujer 2 culpa por haber fallado a sus padres al quedar embarazada.

*“...fui de vacaciones, fue horrible, no disfruté nada porque estaba mal, porque yo sabía, como que me sentía culpable, culpable que les había fallado, así me sentía...” (Mujer 2).*

*“yo estaba enojada, así como que a mí me estaba pasando todo y a él nada, estaba muy enojada, no quería contestarle, como que hasta incluso sentía odio hacia él porque yo estaba pasando todo lo horrible y él nada...” (Mujer 2).*

Además, se menciona como fin de la reacción inicial negativa frente a la noticia de embarazo la confirmación de éste, a la cual se llegó mediante una búsqueda de confirmación externa frente a síntomas físicos asociados al embarazo que se presentaron hasta lograr la aceptación del embarazo en ambas mujeres.

*“...yo quedé embarazada el 2013 y mis papás habían fallecido en el 2011, entonces igual como como que me sentía un poco sola porque fallecieron los dos al mismo tiempo y vivía con mi pareja sola en la casa que me habían dejado mis papas, entonces era como que uuy me iba a hacer cargo de una guagua y ahí me puse a llorar, me puse a gritar, no quería abrir la puerta porque él estaba afuera con una amiga ehmm después ehmm mi amiga empezó a hablarme porque él tampoco atinaba a... (se ríe) ya y abrí la puerta y*

*como que quería abrazarlo como que me contuviera pero abrió la puerta y lo empecé a agarrar a palmetazos (se ríe) y después ehmm él me dijo que ya que estuviera tranquila... ya al otro día era como lo más hermoso del mundo..." (Mujer 1).*

- Reacción familiar frente a noticia de embarazo.

En relación a la reacción que el círculo familiar tuvo al momento de conocer la condición de embarazo de ambas mujeres, ésta se puede dividir en positiva y negativa. Se destaca el apoyo familiar percibido como positivo por la mujer, al ser una instancia social que le permitió llevar el proceso de embarazo de mejor forma.

*"...le conté a mi hermana que era como contarle a mi mamá (se ríe) y se puso a llorar conmigo pero dijo que era de felicidad emm y eso po que me iba a apoyar en todo y yo después quería seguir estudiando, que ella me ayudaba hasta que después lo tomé normal no más..." (Mujer 1).*

Respecto de la mujer 2, hubo una reacción negativa frente al embarazo, destacándose la dificultad familiar para asumir condición de embarazo, lo que trae como consecuencia una rabia externalizada de parte de la madre, lo cual lleva a la expulsión de la pareja, prohibición de contacto con el mismo y a un aislamiento familiar general durante este primer período, además de un quiebre en la relación con el padre, que se mantiene hasta la actualidad. Estas reacciones produjeron en la mujer 2 sentimientos de tristeza, soledad y angustia. Además de esta rabia externalizada, la madre de la mujer 2 expresa miedo a sanción social, reflejado en la prohibición que le impone a su hija de asistir a control ginecológico y en un trato descalificatorio hacia ella.

*"...mi mamá quería pegarle, como que lo zamarreó así, y yo me tragué, como que me fui pa adentro, no podía hablar, mi intención era llorar, pero no pude llorar, eso fue como súper horrible ese momento y ya le contamos y ya nos dio como un sermón enojada, ósea como que a lo ella más le preocupaba era la universidad, así como oh que dirá la gente, que va a decir la gente, a mí no me importaba lo que decía la gente, pero a ella sí..." (Mujer 2).*

*"Ya y ella lo echó de la casa, a mi pololo, le dijo no te quiero ver nunca más aquí en la casa y se fue. Se fue porque lo echó y yo quedé así, ahí sin decir nada y fue como una semana sin que nadie me hablara..." (Mujer 2).*

*"nadie me decía nada, o sea nadie me conversaba, yo me levantaba, tomaba desayuno, me iba pa mi pieza, después esperaba que todos almorzaran y yo almorzaba y me iba pa mi pieza, fue como una semana. Fue súper triste po, me sentí como muy sola en ese momento..." (Mujer 2).*

*“lo peor fue cuando mi papá supo, no en el caso que mi mamá me retó, pero es que es que él no me retó, pero no me habló hasta el día que nació mi hija y él no me dirigió la palabra nunca más o sea en ese tiempo, para él era una vergüenza de que estuviera embarazada...” (Mujer 2).*

*“Y lo más triste fue cuando, yo le conté, o sea yo no le conté, mi mami le contó y yo ni siquiera supe que ella le había contado sino que yo estaba en mi pieza y me llamaron, estaba en la pieza y ella le contó y él estaba enojado así, con una cara así, nunca lo había visto tan enojado, entonces yo lo fui a abrazar y él no me abrazó eso fue muy, como que hasta ahora como que ese hecho de no abrazarme, como que cambió mi relación con él hasta ahora...” (Mujer 2).*

Más tarde aparece una aceptación positiva tardía por parte de la familia de la mujer 2, en el momento en que pueden conocer al feto a través de una ecografía y adopta un nombre específico, dejando a un lado las dificultades expresadas anteriormente.

*“Y ahí supimos por primera vez que era mujer la guagüita y entonces como que donde fue, donde yo dije ah es mujer como que más quisieron ah una niñita, que bonito y así y ahí si cambio todo, ya le pusimos nombre, Andrea se llama y todos le hablaban a la Andrea, y como está la Andrea...” (Mujer 2).*

- Reacción de otras figuras significativas.

Se menciona también la reacción a la noticia del embarazo de otras personas consideradas como significativas para las mujeres, esta reacción fue percibida como positiva y como una fuente de apoyo, e incluye a diversas personas tales como agentes escolares, compañeros de universidad y familia de la pareja.

*“...tuve que ir, pasar por orientación, ir a contar que había quedado embarazada y todo ehm después conté en dual y ahí la señora siempre fue súper buena onda conmigo igual y no, me apoyó en todo, ehh me dijo que igual podía seguir mi dual ahí que.. que podía comer (se ríe) todo el día ehm no, y sentí hartito apoyo igual de parte del colegio y de parte del centro de práctica...” (Mujer 1).*

*“...en la casa de él era diferente, ellos estaban felices, felices porque iban a tener un nieto...” (Mujer 2).*

*“...en la u todos me vieron embarazada y como que mis compañeros me preguntaban, me tocaban la guata, como eso me hacía sentir feliz y bien y así de a poco fue creciendo...” (Mujer 2).*

- Atención prenatal.

En relación a la atención prenatal de las gestantes, ésta se divide en tres:



## Atención prenatal en CESFAM

Dentro de los controles prenatales realizados en el Centro de Salud Familiar, existe un contraste de percepciones de las mujeres acerca de la atención y trato recibido por los/as profesionales de salud. En primer lugar, se destaca una percepción positiva de atención y trato dentro del cual se hace mención a la entrega de información sobre el estado de salud de la madre y del bebé, una actitud positiva de inclusión del acompañante, y en general, respuesta a dudas e inquietudes tanto a la mujer como al acompañante respecto del proceso gestacional.

*“...de partida ella me preguntaba así, cómo estas, cómo te has sentido, cómo, cómo duermes, eh qué comes, no eso no debes comer, cambia eso por esta cosa, eh trata de dormir no sé po para la izquierda no sé po, eh me dijo me acuerdo, y porque viene sola, una mujer embarazada no puede venir sola a control me dijo, ósea si puede pero no debe, tiene que venir con acompañante, porque le puede pasar algo en el camino, no tanto en el consultorio pero de camino a su casa hacia acá me dijo o de vuelta, además es necesario de que por ejemplo en este proceso participe el papá o alguien importante para usted, entonces eso fue bueno porque, como incorporar a alguien más en el proceso, además cada vez que me decía, por ejemplo eh así como que me preguntaba si estaba hinchada, si acumulaba líquido y por qué acumulaba líquido y me daba información por ejemplo, de esta semana a la otra semana a la guagüita le va a estar pasando tal cosa, y te va a ocurrir esto y así, era súper buena porque yo sabía lo que me estaba pasando...” (Mujer 2).*

*“Yo los encontraba como súper completos, hasta que después me di cuenta que nunca me mandó a donde me tenía que mandar, pero yo lo encontraba que lo hacía bien ella, porque aparte que era amable y todo pa hablar era como media bruta, no no sabía decir bien las cosas, pero pa atender no ahí era súper amable emm por ejemplo me preguntaba cómo me había sentido ehh era como una entrevista primero, que estábamos los dos, le preguntaba a él como me veía a mí, como llevaba el embarazo...” (Mujer 1).*

Por otro lado, existe una percepción negativa de atención de parte de algunos profesionales de salud de un CESFAM, donde existe una falta de entrega información acerca del estado de salud de la mujer y del bebé; una falta de explicación sobre procedimientos obstétricos; trato impersonal y poco acogedor y finalmente, una derivación tardía al programa Alto Riesgo Obstétrico (ARO) lo que supuso la realización de controles insuficientes durante el proceso de embarazo.

*“ella era la que yo llegaba y me decía, buenos días sáquese los zapatos y pésese, después me decía ya siéntese arriba de la camilla y me medía la guata y me decía ha crecido tanto, no ha crecido y a veces no crecía de un mes a otro la guatita, entonces me decía y por qué no le está creciendo la guata, acaso no descansa, no ha comido bien me decía así y como que ni siquiera me daban información como, al final tenía que empezar a buscar información por mis propios medios, en internet, no sé preguntarle a otras mujeres*

*que han estado embarazadas y así era como me brindé información porque ellas no me daban nada de información, como que yo iba y salía más desmotivada del control...” (Mujer 2).*

*“Me dijo es que tu embarazo es de alto riesgo me dijo tus papeles de aro los andai trayendo y yo ahí dije y que es lo que es eso y me dijo es que es un programa acá del hospital que ingresan a todas las mamás con embarazo de alto riesgo le hacen controles mensuales y en tu caso debió haber sido cada dos semanas me dijo y después viendo la evolución ahí control mensual y yo ahí u otra vez empecé con la angustia la preocupación y le decía no a mí no me mandaron a eso, no es cosa que yo no haya ido irresponsabilidad mía no nada...” (Mujer 1).*

Atención prenatal en hospital.

Dentro de los controles prenatales llevados a cabo en el hospital, existe la realización de ecografías en la mujer 1 para una revisión del estado de salud del bebé y del avance del embarazo. Dentro de estos controles ecográficos, cabe mencionar un trato restrictivo frente a la participación de acompañante, esto debido a la prohibición de entrada de acompañante a ecografía, y una vez que el ingreso se hizo efectivo, ocurrió una limitación del contacto del acompañante con la mujer y el profesional dentro de la sala.

*“porque en el hospital acá mandan la ecografía la de los tres meses que le corresponde a uno y ahí le pusieron hartos atados para que pasara le dijeron ya pero usted no puede hacer esto, hacer esto otro, apague el teléfono, pero todo bien pesao y emm le dijeron se va a sentar aquí y usted no va a hablar nada no va a preguntar nada no va a interrumpir nada porque esto es grabado para el hospital emm no, como que tenía que estar ahí como momia así sin hacer nada poco menos y lejos de mí po no podía estar al lado mío eeh tenía que estar lejos de mí y él igual me tapó con un biombo a mí y él como que no veía nada de lo que me hacían a mí sino que había una pantalla para mí, una para el doctor y una pantalla hacia allá para el acompañante, emm y eso eran más como los que me atendían poh...” (Mujer 1)*

Talleres prenatales.

En relación a los talleres realizados en período prenatal, en ambas mujeres surge una percepción positiva sobre ellos, en relación a las temáticas abordadas y la metodología práctica utilizada en los talleres. Sin embargo, en una de las mujeres se aprecia una contradicción entre información brindada en talleres versus la vivencia de trabajo de parto y parto que esta mujer refiere que fue negativa, ya que se les brindó información sobre lo que les ocurriría una vez internadas en el hospital, lo cual no se correspondió con los hechos vivenciados por una de estas mujeres.

*“había mucha gente, ósea varias mamás, varias mujeres embarazadas con sus parejas, incluso gente mujeres mayores o más chicos que nosotros y entonces como que se sintió*

*como mas, como más aceptado no sé si será la palabra, se sintió como más cómodo, donde habían más hombres y entonces ahí me pintó la guatita, como que no sabía que dibujar y ahí hizo una flor, un mono no sé y como que después me dijo ay me gustó lo que hicimos, deberíamos hacerlo de nuevo y ya después me pintó la guata en la casa y fue bonito, nos sacamos fotos y después fuimos al último control y estaba nuestra foto...” (Mujer 2).*

*“explicaban igual sobre el parto se supone es (se rie) eh lo ideal es que uno tiene puede elegir po si lo quiere en el agua o si lo quiere con pelota o esas cosas, que dicta mucho de la realidad porque uno llega y como llegó no más pa aentro, pero si hacen eso ideal (se rie) como del hospital ideal que se puede ir con con la mamá, con el papá de la guagua con el papá de uno y aonde pero ahí ahí explican eso como que es un derecho de uno que no lo hacen valer en el hospital pero en el cesfam a uno le explican que si se puede que uno puede pedir parto en el agua con asistencia de me que se puede exigir la asistencia del médico emm que tiene que estar el médico, que tiene que estar la matrona tiene que haber un enfermero tiene que haber un técnico explican como todo todo lo que debiera ser emm hay otro de ese es de parto ah y el otro es de eran cuatro si el otro de la guagua de después que nace el bebé porque a uno como que le explicaron el proceso de embarazo, después el preparto, el parto eh la lactancia materna y el apego y después el mm el como el bebé...eh ahí también como los cuidados de uno como en el puerperio como se tenía que hacer el aseo como como tenía que ir a los controles para que fuera más fácil que a uno le revisaran y no doliera tanto al sacarse la ropa y esas cosas...como tenía que llevar al bebé emm como se tomaba el bebé eh por ejemplo...” (Mujer 1).*

Como categoría transversal al proceso del embarazo de ambas mujeres, aparece un compromiso positivo del acompañante en todo el proceso gestacional. Esto debido al constante apoyo y contención afectiva entregado hacia las mujeres gestantes desde un comienzo, resguardando el bienestar de su pareja en todas las atenciones prenatales.

*“O sea es que siempre estuvo conmigo entonces me sentía super segura eh me sentía bien po al lado de él aunque eran como momentos de angustia y todo...” (Mujer 1).*

*“me dijo porque pensai así si estoy todo el día preocupado por ti, ehh trabajo para poder juntar la plata, eh quiero que tengai lo mejor, que la Andrea tenga lo mejor y así como que ahí me dí cuenta que eso de que el odio que le tenía el enojo, era mío no más, no era, porque él también lo estaba viviendo, también estaba viviendo el embarazo pero, desde otra perspectiva, no solamente la mía. Y así fue, igual no nos veíamos tanto, porque como yo estaba en la u, él trabajaba, no veíamos en las tardes a veces o los fines de semana, y bueno que siempre ha sido así, ósea desde que estamos juntos, yo estudio, él trabaja y así, es como normal en nuestra relación...” (Mujer 2).*

Un hallazgo importante de esta investigación, se asocia a la experiencia de una de las participantes en la Atención de urgencia maternal.

- Atención de urgencia maternal

Dentro del “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (2008), no se encuentra contemplada la atención en la unidad de urgencia maternal. Desde la experiencia de una de las mujeres participantes, aparecen tres aristas asociadas a esta atención: la atención recibida por profesionales, lo que ocurre en la mujer y con el acompañante vinculado a esta atención.

En relación a los profesionales, se ejecutan malas prácticas hacia la mujer consultante, ya que hay una ausencia de notificación de embarazo de alto riesgo, trato minimizante permanente frente a condición ARO, esto junto a una inconsistencia entre profesionales sobre el diagnóstico de alto riesgo obstétrico. Además, frente a consultas en urgencia maternal, existe nulo resguardo a la privacidad en la atención, junto a una falta de preparación para procedimientos y un trato que es referido como represivo y poco acogedor.

Sobre lo que ocurre con la mujer frente a estas malas prácticas llevadas a cabo en la unidad de urgencia maternal, expresa insistencia frente a la necesidad de atención y apoyo, seguida por sentimientos de indefensión, angustia frente a procedimientos (tacto vaginal) y miedo intenso a posible daño del feto. A esto se le suma resignación vinculada a la inconsistencia de diagnóstico de ARO entre diversos profesionales y desesperación por no obtener una atención eficaz y que resolviera su molestia y dolor físico constante. Además, en la atención en urgencia maternal, hay una interacción restrictiva en la relación profesional, mujer y acompañante. Hacia este último existe una disposición negativa a responder dudas, acompañado de un trato devaluador y falta de entrega oportuna de información.

*“a veces habían por ejemplo acá estaba la sala que atendían y para acá había una sala de una paciente parto y acá otra parto cuando estaba muy lleno ymm era atendían en el lado que estaban arreglando por el terremoto entonces eh le entraba de repente no sé si era auxiliar, no sé qué es lo que era andaba entero vestido de verde y entraba a sacar algo salía eh o entraban a sacar la basura salían y mm y uno ahí con las piernas abiertas ni siquiera tapadas y a veces da vergüenza yo pero me ponía muy colorada porque afuera ehh eh habían mamás con sus o sea embarazadas con sus maridos po y la puerta daba justo para el pasillo, justo para la sillas de la sala de espera y ellas no po como era lo más normal del mundo pa ellas, pero uno igual po o sea la primera vez que me hizo sentarme ahí fue una vergüenza horrible, porque la primera vez estaba ella y estaba un matró. Ella me atendió todo y el matró estaba como de espaldas escribiendo y después le dijo mire venga a ver qué opina usted y yo quedé como ohhh y no me está atendiendo ella y ahora le está pidiendo opinión a él, después ya dije yo hay que aguantar no más ya eh fue a ver él y después le dijo no si está bien a ver dijo y ahí él me palpo igual después le dijo no está bien a ver le dijo ya ve tu igual porsiacaso y estaban así como que cada u ehh revisaban los dos y se confirmaban la info como que estaba segura de lo que*

*me estaba diciendo y yo dije ya mejor que esté segura y que llame al otro no importa dije yo, ya después la mayoría de las veces había una matrona pero pasaba así gente o pasaba la que recogía la hojita de urgencia hablaba con ella yyy unos dos minutos un minuto y se iba pa fuera, pero a veces se les quedaba la puerta abierta igual po y ahí cuando la matrona se daba cuenta la cerraba, trataba de cerrarla emm pasaba sola si a mi pareja lo dejaban afuera después y me revisaban todo la guatita, le escuchaban el corazón, la presión y después me dejaban en la sala de espera y como a los veinte, treinta minutos entregaban una hoja y eso era todo, esa era toda la atención. No no podía uno preguntarle a la matrona eh que significa esto eh porque me da reposo y uno tenía que leer la hoja po y yo no o sea, no leía la hoja no sabía que tenía reposo incluso... (Mujer 1).*

## 2. Atención del trabajo de parto y parto fisiológico.

- Manejo del parto fisiológico (trabajo de parto).

En relación a la experiencia de las mujeres participantes durante el trabajo de parto, ambas lo vivencian de forma diferente por lo que se hace necesario dar a conocer por separado lo que ocurre con cada una de ellas.

En relación a la mujer 1, al encontrarse hospitalizada, por parte de los profesionales de salud se realizó (luego de una evaluación ecográfica) una inducción de parto por posible embarazo post término a través de la aplicación de suero con medicamentos. En ese momento, se vio evidenciada la inclusión del acompañante con el fin de que éste fuera partícipe del proceso de trabajo de parto. Previo al momento de trabajo de parto, la mujer experimentó sentimientos de tranquilidad y seguridad. En esta misma instancia, la mujer 1 presentó malestar físico (vómitos) y dolencias. Ella señala una percepción generalizada de maltrato por parte de la mayoría de los funcionarios de salud, esto debido al trato devaluador al que estuvo expuesta a nivel psicológico, maltrato físico y negligencias. Por parte de los funcionarios participantes en el trabajo de parto hubo expresiones de descalificación hacia ella, invalidando su experiencia de dolor y culpabilizándola por lo que estaba viviendo, además de maltrato físico (bofetada) y maltrato verbal (burla) desde una funcionaria de salud. Frente a este maltrato, se presentó luego una imposición de silencio frente al malestar físico asociado al parto, habiendo además una inconsistencia entre profesionales respecto de la inclusión del acompañante, ya que éste fue incluido en primera instancia, pero posteriormente tuvo que retirarse del recinto por petición de otro funcionario. Atendiendo a lo anteriormente expuesto por la participante 1, relata haber tenido una vivencia traumática en el trabajo de parto, lo cual produce en ella a nivel afectivo sentimientos de soledad, sentimientos de abandono por parte de funcionarios de salud, miedo permanente, sentimientos de invisibilización del dolor físico asociado al parto, sentimientos de exposición frente a funcionarios (comentarios) y temor a la pérdida del bebé.

Ante las respuestas negativas de los funcionarios de la salud ante las demandas de la mujer y abandono por parte de ellos hacia ésta, ella experimenta sentimientos permanentes de indefensión/vulnerabilidad, angustia y sensación que ella refiere de shock (no saber qué hacer).

En relación al acompañante, la mujer señala una percepción positiva de rol de éste, debido a que ante su presencia siente seguridad, pero frente a la inconsistencia en relación a la inclusión del acompañante (relegación), se percibe un cambio en el trato por parte de los funcionarios, ya que ante presencia del acompañante la mujer 1 relata haber sido mejor tratada.

Una vez que el momento del parto, hubo procedimientos tardíos y falta de explicaciones frente a éstos (rompimiento de bolsa) y una inclusión tardía del acompañante.

También cabe señalar que la mujer 1 indica que hubo inconsistencia entre la entrega de información respecto del parto en la educación prenatal y la vivencia negativa generalizada que experimentó en el trabajo de parto.

*“eeh me pusieron suero con medicamentos para inducir el parto y empezar las contracciones todo bien eem llamaron a mi pareja para que estuviera conmigo...” (Mujer 1).*

*“y a él lo mandaron para la casa porque dijeron que yo no iba a tener la guagua ese día...” (Mujer 1).*

*“me explicaron que lo intentara otra vez al otro día y así después al otro día si no funcionaba eran máximo tres veces o si no me hacían una cesárea eem al final no ellos daban por seguro que no iba a nacer entonces yo seguía con los dolores y había una matrona que estaba durmiendo a eso como de las dos de la mañana y yo ya estaba pero muerta no podía más no estuve como 17 horas en trabajo de parto entonces estaba pero muerta y nadie me creía me decían que era una alharaca que no dejaba de gritar que no dejaba dormir a nadie...” (Mujer 1).*

*“después fue esa matrona y ahí la balsa me dijo que qué me pasaba que gritaba tanto yo le dije que me dolía que ya no podía más que no aguantaba y ella me dijo pero cómo a ver me dijo me revisó el suero y me dijo así te están calmando el dolor me dijo si tú ya no tenías dolor me dijo y yo le decía no si me duele dentro de lo que podía hablar y al final me hizo así, me cacheteó por los dos lados con una mano me hizo así en la cara y ahí ella me dijo córtala que no puedo dormir y yo le dije pero si me duele y lo único que atinaba y me dijo uuuy si ahora llaman a la mamá dijo eeh después que se meten a hacer cosas de grande lo único que me acuerdo porque después siguió alegando pero yo estaba tan sin fuerza se puede decir...” (Mujer 1).*

*“y después vino la matrona que me atendió el parto y ella vino como a los diez minutos que se fue la otra y me dijo haber chiquilla por qué gritai tanto? No sé le dije yo me duele y ya no puedo más y ahí me ve me dijo porque él a todo eso no me habían ido a revisar en*

*toda la tarde desde que se fue mi pololo que no me revisaban y en el día igual me revisaron si estaba dilatada y todo y después nada después que me pusieron ese suero que se supone que era para relajarme no me fueron a revisar más...” (Mujer 1).*

*“y me dijeron te va a acompañar alguien sí le dije yo, el papá de la guagua ya me dijo, llámalo altiro o lo vai a tener que tener sola no más porque no había tiempo así que lo llamé y se me fue en taxi... eem pasó a la sala y no se alcanzó a poner la bata y esas cosas sino que osea se puso la pura bata y un...una toca y nada más en los pies no se puso las botas no alcanzó a ponerse guantes, mascarilla nada nada...” (Mujer 1).*

*“yo me lo imaginaba lindo (risas) aunque no me crean porque en los talleres en la visita que le hacen al hospital uno buta todo color de rosa te dicen te va a pasar acá y ahí uno la atiende, siempre va a tener una enfermera, va a tener un técnico al que le puede pedir ayuda, acá hay un botoncito que si usted lo toca vienen donde usted sobre todo si es maternidad y a’onde nunca fueron cuando estaba aquí en la cuestión...” (Mujer 1).*

*“bueno al ingreso yo me sentía tranquila igual porque no sabía tampoco que daban dolores tan fuertes nada entonces yo estaba tranquila aparte que me dijeron que iban a llamar a mi pareja todo así que igual me sentía segura... me sentía super relajada, tranquila cuando iban igual, daban el desayuno, el almuerzo, esas cosas eeh igual me preguntaban cómo estaba las señoras de la de la comida así que ahí me sentía bien pero después más lo traumático...” (Mujer 1).*

*“estaba súper asustada sobre todo después, es que me dejaron sola entonces yo tocaba el timbre y nadie venía, me sentía súper asustada porque yo yo sabía que me dolía sabía que no era en mi cabeza porque ellas como que me decían que era yo la que pensaba que todavía me dolía pero con el medicamento no me tendría que doler más y yo no poh yo no podía quedar tranquila con eso porque yo sabía que me dolía sentía que me dolía y sentía que la guagua estaba inquieta y una lo sabe poh si estuvo todo su embarazo así y la guagüita está inquieta está molesta y no, estaba súper asustada después sobre todo después que fue la matrona a pegarme porque las cachetas que me dio! Eemm no, estaba súper asustada estaba sola, no había nadie, nadie iba a verme, mi pololo no estaba porque se había ido, yo no alcanzaba el velador para llamar a alguien porque sí tenía mi teléfono tenía mis cosas pero no lo alcanzaba y yo no me podía ni mover entonces estaba pero aterrada que qué es lo que iba a pasar que aparte que justo en ese tiempo el hospital tenía muchas demandas por mamás que habían perdido a sus bebés así que estaba súper asustada y nadie me explicaba nada, nadie me iba a ver que eso fue lo que más me dejó como sorprendida porque se supone que ahí en la maternidad lo más importante cuando está el pre parto y el parto porque las otras mamás que están en la sala tienen enfermeras de sala o en la urgencia hay un médico pero en el pre parto siempre tiene que haber alguien poh y no había nadie más encima después viene la otra a retarme porque estaba durmiendo y no la dejaba dormir...” (Mujer 1).*

*“me retaban por todo del auxiliar hasta el médico todos me repetían lo mismo que ahora llama a la mamá o que ahora pide ayuda y para hacer la guagua no pidió ayuda o que ahora ahora está débil y cuando estaba haciendo la guagua no, así, puras cosas así y lo que más repetían que tenís que aguantar nomás porque si hiciste cosas de grande tenís que aguantártelas...” (Mujer 1).*

*“Hasta que llegó mi pololo y ahí como que omitían comentarios...” (Mujer 1).*

*“me sentía como intimidada porque aparte que entre ellos como que conversaban eeh o a veces pasaban a hacer aseo o cosas así y conversaban no sé poh el auxiliar con la técnico cuando ponía los remedios y a mí no era como que no había nadie ahí o como que hacían las cosas de todos los días no más y listo y si yo me quejaba no no importaba entonces después cuando empezaban así como a hablar cosas de que uuuy y ésta tan alharaca o cosas así uno igual se siente mal poh dan puras ganas de irse si yo me hubiese podido ir me voy porque igual es fome estar así...” (Mujer 1).*

*“fue una matrona eeh me dijo ya a ver de qué hora que está aquí y yo le dije de la mañana y revisó la ficha no dijo ya con qué está usted no sé le dije yo me pusieron algo en el suero y dijo aah ya le indujeron el parto y dio vuelta el suero y salían los medicamentos que me habían puesto aah no dijo usted no va a tener la guagua hoy día el joven se puede retirar no más le dijo y yo le dije pero no puede estar en el parto conmigo noo dijo porque después llega otra mamá y es incómodo dijo...” (Mujer 1).*

*“él estaba al lado mío pero por ejemplo yo no le podía hablar o él me preguntaba cosas y yo no no me daba el tiempo para responder porque estaba tan adolorida tan delicada pero siempre estaba conmigo yo siempre en todo momento por ejemplo quería ir al baño por ejemplo él estuvo las primeras horas así que yo me podía parar emm yo podía ir al baño y él me acompañaba lo dejaba pasar conmigo al baño para que me afirmara y eso eem me subía a la camilla y él se sentaba otra vez al lado mío o cosas así pero siempre estaba al lado mío...” (Mujer 1).*

*“bueno el ingreso a él igual le explicaron todo y es así igual que a mí le explicaron todo, después en las horas que estuvo eeh poco porque igual fueron poco a verme pero las veces que fueron eeh no era como cordial no má hola tú eres el acompañante sí decía él, ya la vengo a ver a revisarle tal y tal cosa pero eso no más y después cuando llegó otra vez ahí no sé porque yo estaba preocupada del dolor no más porque él llegó cuando estaba yendo ya al parto...” (Mujer 1).*

En relación a la mujer 2, hubo una decisión voluntaria de tener un parto vaginal. Durante el momento del ingreso, la mujer expresa una demora innecesaria en la admisión a la unidad de urgencia maternal. En su caso, se menciona el hecho de que se permitió que ella tomara decisiones respecto al uso de anestesia, donde firma consentimiento para no usarla. Durante el transcurso del trabajo de parto, se mencionan dolencias debido a las



contracciones y una respuesta tardía a la demanda del acompañante desde los funcionarios de salud en los momentos en que la mujer necesitaba revisión. También, frente a la condición de urgencia de parto, hubo una ausencia de atención por parte de los profesionales de salud del recinto hospitalario. Además, se utilizó por parte de funcionaria un lenguaje inadecuado debido a la negativa de la mujer a la utilización de anestesia y suero. La mujer 2, señala que durante el transcurso del trabajo de parto, vivenció sentimientos de temor vinculados a vivencias de pares que experimentaron maltrato durante el parto y parto, por lo que tuvo la necesidad de reprimir toda expresión de dolor con tal de no ser maltratada por los funcionarios de salud. Además indica que ser joven es un factor de riesgo ante la violencia obstétrica, debido al nulo conocimiento que los funcionarios de salud creen que tienen las mujeres jóvenes frente a los procesos de parto.

*“así que él me preguntó si yo quería o no el bono para empezar a trabajar más y yo le dije que no, yo le dije yo me las voy a poder, yo sí voy a poder tener un parto normal, una es más barato y voy a poder sentir que, va a sentir más humano le dije, porque como incorporando los conocimientos de aquí de la u, como lo que aprendí eso en desarrollo yo dije no si va a ser mejor, va a hacer menos invasivo, bueno va a doler pero va a ser como menos sufrimiento para la guagüita por las cosas de la anestesia...” (Mujer 2).*

*“hasta que fui al hospital, porque se me rompió la bolsa y empecé a botar agua y me dio susto porque agua con sangre y yo dije oh voy a perder a la Karen aquí, así que ahí me fui .. al hospital y ahí no fue tan bueno porque no nos atendieron altiro, el guardia no dejaba pasar, o sea a mí iba yo en silla de ruedas porque no podía caminar y mi mamá me iba empujando e iba mi pololo y mi hermana y no querían dejar pasar a nadie...” (Mujer 2).*

*“entonces la doctora que estaba de turno no era matrona sino doctora de turno me dijo, ahí me explicó ella si que el hospital contaba con la posibilidad de que sí yo quería utilizar esa anestesia la epidural me parece que se llama yo podía acceder po, pero para eso tenía que firmar un consentimiento y esas cosas, entonces yo le dije que no quería nada, que no quería nada, que quería que fuera todo rápido, porque me dijo si usted la quiere tenemos que hacerle un procedimiento y yo dije, yo no aguanto media hora más con estos dolores yo dije que no, no quería nada, entonces ya me hicieron firmar, ya me vistieron y todo y me llevaron a la sala de parto...” (Mujer 2).*

*“entonces yo ya sentía que la cabeza de la guagua estaba asomada y era horrible, entonces yo le dije al Daniel, anda a buscar a alguien porque yo voy a tener la guagua aquí, entonces él fue a buscar y nadie, dijo, según lo que él dijo porque yo no escuchaba nada, entonces él fue a hablar dónde estaba como la central de matrona ahí y dijo ehh vengan por favor porque ya va a tener la guagua, ya está botando más líquido y ellas lo quedaron mirando y no hicieron nada... y entonces volvió y me dijo, no hicieron nada me dijo se quedaron paradas ahí y entonces también estaba enojado po, así como asustado porque yo estaba ahí con todos los dolores entonces él fue de nuevo y dijo va a tener la*

*guagua aquí y ahí me fueron a buscar y me llevaron para la sala de parto caminando...” (Mujer 2).*

*“yo tenía miedo de que no pudiera tener la, poder tener la guagua y que me retaran, porque yo siempre escuchaba de que a las niñas jóvenes que iban a tener guagua les pegaban, las retaban, no sé le decían cosas, que había escuchado compañeras del colegio que le pegaron a una o que le decían cosas, cosas horribles, entonces yo tenía miedo, entonces yo dije no voy a llorar, ni voy a gritar para que no me digan nada porque bueno eso pasa, o sea no es normal pero se normaliza de que si eres joven es como que no sabes nada, entonces yo dije no, no voy a llorar y ahí me prepararon, me pusieron, tampoco quise el suero nada y entonces me pusieron ahí y dijo Ah esta chiquilla no quiso nada, ni anestesia, ni suero ni una cosa y así animal no más dijo así...” (Mujer 2).*

- Asistencia del parto fisiológico.

Ambas mujeres durante el parto consignan una vivencia positiva que es conceptualizada como una “experiencia bonita y emocionante”. Señalan una percepción positiva del trato recibido durante el parto de parte de la matrona de parto y el resto de los integrantes del equipo de parto, percibido como humano, destacando como prácticas la entrega de información asociada a los procedimientos en los cuales la mujer iba a participar, la validación de la sensación de dolor en el parto y un trato contenedor y amoroso. En relación a la vivencia personal de cada mujer, cabe señalar la ansiedad y preocupación durante el parto de la mujer 1, asociada al maltrato sufrido en el trabajo de parto. Además, se destaca la diferencia en el trato hacia ella entre los/as funcionarios/as presentes durante el trabajo de parto (trato negativo) y los/as funcionarios/as presentes en el parto (trato positivo), los cuales conformaron equipos diferentes para estos dos momentos.

En el caso de la mujer 2, surgió temor en relación a la posibilidad de pérdida de su hija asociado a la percepción y ansiedad de no ser capaz de tenerla. Además, se hace mención que la posición supina fue incómoda y poco beneficiosa para su parto. Durante la etapa del parto, al igual que en el trabajo de parto, se mantuvo el temor al maltrato de tipo verbal por parte de funcionarios/as de salud, por lo que se mantuvo en términos de ella “reprimida”. Frente al parto de la mujer 2, los/las profesionales de salud no informan ni solicitan el consentimiento de la mujer para llevar a cabo la realización de episiotomía, por lo que ocurre una imposición de este procedimiento.

En ambos casos, hubo inclusión del acompañante durante el parto propiciada por parte de los funcionarios, quienes les brindaron información y apoyo. Además, ambas mujeres percibieron positivamente el trato brindado hacia ella por parte de sus acompañantes, quienes llevaron a cabo prácticas comunicativas no verbales contenedoras y afectuosas hacia sus parejas.

“bueno con todos desde el auxiliar hasta la matrona fueron súper comprensivos conmigo porque igual estaba asustada por como venía después de todo lo que había pasado durante el día eeh me notaban que estaba así aparte el momento que una va a vivir y todo una está nerviosa y no, la matrona me explicaba todo todo lo que ella iba a hacer me decía emm por ejemplo cuando nos hacen la.. el cortecito la episiotomía emm me explicaba todo cuando me ponían la anestesia ehh a mí no me tomó la anestesia entonces me la puso como cinco veces, ahí después me cortó porque antes no me tomaba y no, ella ni siquiera me decía como la otra me refiero como me trataban las otras que cómo era tan alharaca cosas así no, ella me decía siente dolor y sí le decía yo, ya me decía le vamos a poner otra más, esperemos un ratito, así fue, me decía que lo estaba haciendo bien o por ejemplo cuando yo cuando yo iba a pujar ella hacía como los gestos como que ella estaba pujando conmigo entonces me sentía igual más más segura como apoyada por así decirlo, la enfermera igual estaba al otro lado de la camilla, acá estaba mi pololo y allá estaba la enfermera, entonces la enfermera me tomaba la mano o me hacía cariño en el pelo, emm el auxiliar que había se preocupaba igual si yo necesitaba algo me pasaba toallitas para secarme la frente, la otra no sé si era técnico o enfermera pero igual estaba súper preocupada si por ejemplo me preguntaba la auxiliar si necesitaba algo lo iban a buscar afuera cosas así pero súper preocupadas...” (Mujer 1).

“se nota hartito el cambio, está a la vista porque uno o sea los que me atendieron en el parto son súper humanos súper comprensivos eeh yo encuentro que hacen bien su trabajo porque explican todo el proceso, la acompañan a uno, que yo.. esa es como mi idea del parto y de los funcionarios de la salud como que a una la acompañen y le expliquen las cosas que no entiende que la ayuden a hacer las cosas que una no sabe pero no los otros lo del trabajo de parto eran nooo pero horribles en el trato que tenían eeh tampoco hacían su trabajo porque el auxiliar que me retó fue porque yo vomité en el piso no por denigrarlo ni nada pero él ese es su trabajo poh él limpiaba y yo no lo hice a propósito, no lo hice porque quería hacerlo fue porque no podía no alcancé a llegar a la chata que me tenían y la técnico no me dijo nada, para qué era el remedio, qué me iba a pasar, qué iba a sentir o en tantos minutos usted va sentir dolor, nada, ella fue a poner el remedio y después nada más, puso el medicamento en el suero, le puso un nombre y eso fue todo como que ahí no había nadie y la.. no, la matrona que fue pa’ qué hablar de ella, un trato súper inhumano, pa’ mí denigrante porque a mí nunca me pegaron en la vida, ni mis papás y ella más encima que venga en ese momento que una está súper débil y aparte que por dormir ni siquiera no sé que la interrumpí en su trabajo o que la interrumpí en algún procedimiento que yo pedí la ayuda y no era para nada, no poh si yo ni siquiera pedía ayuda sino que yo me estaba quejando, aparte que yo tocaba el botón y nadie me pescaba, después lo dejé de tocar y era que me quejaba entonces fue ella me diga que no la dejo dormir y para qué está ahí? Si le tocara dormir estaría en su casa...” (Mujer 1).

“en eso llegó mi pareja, se puso la bata, la toca y se ganó al lado mío y ahí la matrona me dijo ya, estamos listas cuando yo le diga que puje usted puja y ahí me dijo que pujara y pujé y ahí me dijo ahí ahí no tanto porque la guagua va a nacer me dijo ya aguanta y ahí

*tenía que aguantar emm después me dijo ya poh y ahí nació el xx pero no fue así como tan largo fue eso no más al segundo pujo salió y me lo pusieron en el pecho y estuve un ratito con él...” (Mujer 1).*

*“eso más que nada porque igual estaba nerviosa, me sentía un poco nerviosa por cómo había llegado ahí al parto pu porque se podía caer y todo pero ya una vez que estaba en la camilla eeem noo estaba bien estaba después que lo tuve igual estaba tranquila el proceso del parto fue súper tranquilo porque aparte que la matrona me iba diciendo que lo estaba haciendo bien que no me preocupara que íbamos bien o después que todo había salido bien entonces no era para preocuparse o nada sino que estaba relajada ahí con mi hijo no más y con mi pareja, ahí era como puro amor...” (Mujer 1).*

*“no, cambiaron, porque por ejemplo esa que me trató mal a mí alegaba porque no la dejaba dormir y se fue para ese lado porque yo estaba como acá y ahí estaba la puerta y la matrona que me fue a revisar que por qué yo gritaba tanto entró de este lado y ella gritó parto y vinieron los que la acompañaron en el parto pero los otros por ejemplo la auxiliar que fue cuando yo vomité y eso no, no era lo mismo, las que me pusieron los remedios en el suero, la técnico y la enfermera tampoco era las mismas que estaban en el parto, eran súper diferentes, se notaba altiro el trato todo no que uno las conociera pero y andaban todas vestidas igual pero una igual podía distinguir porque cómo nos trataban, súper diferente...” (Mujer 1).*

*“yo estaba concentrada en cuando me decían puja o deja de pujar y esas cosas pero sí sentía por ejemplo la mano de él todo el rato conmigo me tenía tomada una mano y la otra la enfermera me la tenía tomada o él me secaba con esas toallitas yo veía que él me secaba la frente y esas cosas pero más allá de eso no me acordaba tanto, él después si me dijo por ejemplo que yo le apretaba fuerte la mano o que le agarraba la ropa o esas cosas poh, o me decía igual ya amor tranquila o cosas así pero ahí yo no le decía nada porque no, no podía hablar, estaba concentrada en pujar, si lo hacía bien o no...” (Mujer 1).*

*“Y entonces, ya y me pusieron y me enseñaron a pujar y como yo me mentalicé a no llorar, a no gritar, nada, como que fue todo súper rápido, como que al tercer puje, como que el primero fue de ensayo y me salió mal, al segundo fue como que salió la cabeza, y al tercer nació y ahí había una matrona encargada del apego, no me salté una parte muy importante. Mientras estaba pujando me dijo la matrona que estaba encargada de recibir la guagüita, me dijo esto es de rutina, le vamos a hacer un corte y me hicieron la episiotomía...De repente me dijo la matrona que recibió a la xx, ahora la vamos a coser aquí me dijo, esto es como un procedimiento de rutina ya y se cosió ahí, me dijo le voy a poner anestesia y no me tomó la anestesia y sentí cómo me cosió todo eso” (Mujer 2).*

*“y entonces ellas como sabían cuando venía la contracción porque me tenían cosas puestas en la guata y entonces me decían, ya ahora, puje, puje, puje, puje, fue el primer*

*puje, lo hice súper Y salió la cabeza, me dijo ya muy bien, muy bien, me hacía cariño, entonces después me dijo ya ahora cuando venga la segunda contracción, ósea pasó, respire, respire, respiré y después la segunda, puje, puje ,puje, y ahí salió la aurora, fue como al tercer puje porque yo me había mentalizado que saliera rápido y ahí nació..” (Mujer 2).*

*“yo pensé que me iban a retar, que iban a ser mañosas, pero la matrona, me trataba así de mi niña, ya mi amor, puje fuerte, así muy amorosa, que sea como cálido el momento, susto, fue agradable ese momento, pero después de que tuve a la aurora se la llevaron la tenían que limpiar y ahí fue cuando me cosieron, y fue sin anestesia sí, eso fue lo más, como que ni siquiera me preguntaron que me iban pero eso, lo que les decía la otra vez, quizás fue, obvio que fue innecesario, porque la guatita era chiquitita, yo iba preparada para el parto y como que lo hizo no más de rutina y eso...” (Mujer 2).*

*“además que la posición es súper incomoda, porque la guagua se sube cada vez que uno respira, se sube como pa acá así, el corazón no sé y súper incomoda la posición y además como que, es como la, he leído cosas y dice que es como la peor posición para tener una guagua, acostada, se supone que la gravedad debe como traerla hacía abajo y el dolor es súper grande, es un ardor gigante, como que quema, va quemando así, y...si po además como pensar de que, de que no vai a ser capaz de pujar, de que la fuerza del puje no va a ser capaz de salir...” (Mujer 2).*

- Apego precoz.

El primer contacto con el bebé en ambas mujeres es percibido como positivo ya que hubo una vivencia de apego inmediato entre el bebé, la madre y el acompañante. Existieron sentimientos positivos compartidos entre las mujeres y sus acompañantes en relación a este momento, tales como alegría y conexión emocional con su hijo/a. En el caso de la mujer 1, se menciona la percepción del fortalecimiento de la relación entre ella y su pareja a partir del nacimiento del bebé, además de la preocupación de la mujer hacia su acompañante para que éste participara activamente del momento de apego precoz contactándolo físicamente con el bebé. Además, se señala la desaparición del dolor físico en las mujeres luego del parto.

*“fue lo más hermoso de mi vida, porque lo vi y mi bebé nació altiro limpiecito entonces no me lo sacaron para limpiarlo y pa esas cosas, tampoco nació moradito porque hay algunos bebés que nacen morados, en ese tiempo estaba de moda que los bebés nacieran así, no el mío nació blanquito, respiraba bien, entonces fue altiro que me lo pusieron y tuve altiro el apego con él y me miraba y le hacíamos cariño y él como que nos buscaba igual, lo abrazábamos entre los dos con mi pololo y fue bonito, fue súper hermoso, lo más lindo...” (Mujer 1).*

*“yo igual en ese momento me preocupé de él poh, que lo viera, que lo tocara porque como que le daba miedo tocarlo pero igual me preocupé como que yo le acerqué la mano y todo, después cuando él lloraba igual lo como que yo lo abrazaba porque ahí después que nació la guagua había cero dolor cero concentración en el dolor y era como todo normal como que aquí nada ha pasado, entonces me sentía bien porque lo podía apoyar igual yo a él yo, ahí fue más más de los dos, y me preocupaba igual que lo viera todo, ahí fue mejor la relación...” (Mujer 1).*

*“ellos como que se limitaron a quedarse ahí donde estaban no más, la enfermera me puso a mi hijo y cuando vio que yo ya lo tenía bien tomado y todo se ganó a los pies de la camilla, y nadie hablaba nada, nadie se movía, nadie decía nada sino que era un momento como de nosotros, nadie nos interrumpió, de decir algo, de preguntar algo, nada, entonces o sea igual encuentro que ahí no hubo relación pero sí hubo como respeto, por el momento que estábamos pasando nosotros y como que dieron más el espacio para nos afiatáramos más como familia porque ellos no no hablaron nada, no dijeron nada sino que antes, la matrona había dicho que había salido todo bien que estaba todo bien, el bebé y yo, y después cuando me lo pusieron en el pecho no, no me dijeron nada sino que después igual cuando lo sacaron ahí volvieron a explicarme todas las cosas pero cuando estábamos los tres ahí no, no, no me dijeron nada, a él tampoco...” (Mujer 1).*

*“no nos hablaban nada, nos dejaron a nosotros no más, ni a él ni a mí nos dijeron nada, fue como algo de nosotros tres no más, y nos dejaron como solitos dentro de lo que se podía pero sí, nos respetaban ese espacio, eso lo agradezco hartito igual porque eeh somos super apegados los tres y yo encuentro que ahí empezó porque igual si él no hubiese podido estar ahí o si me lo hubiesen sacado altiro eem yo bien, o sea no me hubiese sentido tanto pero quizás no hubiera sido tan apegado a mí porque es algo que sentimos los tres, igual sentimos latir su corazoncito y apegado de nosotros, igual fue bonito...” (Mujer 1).*

*“igual lo incluían a él mientras como que estaban, ya había nacido la Andrea, estaban hablando, no sé, no me acuerdo realmente lo que estaban hablando, pero hablaban cosas del apego, y entonces ahí le explicaban cosas a él también po... fue súper agradable el ambiente y ahí ellas le explicaban por ejemplo, el cordón, que función tenía el cordón, nos explicaban ahí que era los cuidados que debíamos tener del cordón y por ejemplo, que tenía hartos pelitos en el cuerpo la Andrea, entonces ella nos explicaba ahí que después eso se iba saliendo que era el pelito que venía dentro de la guatita, para protegerlo no sé, y así po como que lo incluyeron a él también, como que no solamente me hablaban a mí, sino que a él también explicándole cosas del momento así, pero después la pesaron a ella y después nos explicaban el peso, después puede que bajara de peso, era como liquido acumulado adentro y así, eso fue como bonito, ese momento, recordarlo así...” (Mujer 2).*

*“en ese momento yo lo miré y él estaba emocionado también, le habían salido unas lágrimas, y es que no pudimos hablar tanto, como que no sé, como un mensaje implícito,*

*nuestras miradas, no sé, como que estábamos felices en ese momento porque tanto tiempo esperarla por fin estaba ahí y además que, como ya llevábamos harto tiempo juntos, como que, yo siento que, fue como algo que nos unió más...” (Mujer 2).*

*“cuando recién la, me la pusieron acá arriba así, oh la miré sentí su carita, y venía chupándose el dedo, como que no lloró tanto sí, como que se quejó no más y entonces, yo la tomé, la abracé así y ella su dedito a la boca, y se empezó a chupar el dedo, y le miré su cara, súper linda su carita y me sentí feliz porque era mía y además su olor, como que me encantó su olor, como olor a limpio no sé qué olor es, y si po me sentí súper feliz, no sé, como algo que conectó con ella en ese momento...” (Mujer 2).*

### 3. Atención integral durante el postparto.

#### - Puerperio.

##### a) Puerperio inmediato.

En el caso del puerperio inmediato, ambas participantes lo vivieron de forma diferente, por lo que se analizarán las experiencias particulares de cada una de las mujeres.

En relación a la mujer 1, se percibe el puerperio inmediato como un momento difícil y agotador. Surgen sentimientos de angustia, vulnerabilidad e indefensión frente a la presencia de la matrona que ejerció maltrato físico y verbal hacia ella durante el trabajo de parto, lo que provoca en ella temor por posible maltrato hacia ella y hacia su hijo. Al momento de intentar conocer la identidad de esta matrona, ocurre un encubrimiento por parte de otros funcionarios y de ella misma, y los otros funcionarios de salud reaccionaron con incredulidad frente a los hechos mencionados por la mujer. Debido a la experiencia de maltrato vivida durante el trabajo de parto, la mujer experimenta diversas reacciones psicológicas como retraimiento y disminución de la interacción social con otras madres de la sala de post parto. La mujer también señala que la matrona que asistió su trabajo de parto no le brindó educación para colaborar con el proceso de puerperio, al no enseñarle a realizarse ella misma los masajes necesarios en el abdomen, frente a lo cual la TENS de turno ejerció un rol de apoyo en este período en cuanto a la educación de la puérpera.

Debido al procedimiento realizado de episiotomía realizado en el parto a la mujer 1, surgen complicaciones físicas y sentimientos de exposición frente a funcionarios, por comentarios de ellos en relación a las consecuencias físicas de la sutura mal efectuada. Durante este periodo la mujer 1 indicó mantener una preocupación constante sobre el estado de salud del bebé y la necesidad de apoyo permanente del acompañante, el cual por motivos de protocolo sólo podía ingresar breves horas al día, frente a lo cual surgieron en ella sentimientos de soledad en su ausencia, ya que para ella su pareja le entrega seguridad y tranquilidad.

En relación a la mujer 2, tuvo una vivencia de desorientación luego del parto. Se menciona la percepción de exposición frente a otras puérperas, vinculado a instrucciones de las

funcionarias sobre el cuidado de su hija, ante las indicaciones entregadas acerca de cómo amamantar que ella no podía seguir. La mujer vivencia este episodio como incómodo y desagradable ya que hubo un trato brusco al educar, generando sentimientos de rabia y deseos de romper en llanto en la puérpera. Además, se refiere a la diferencia en el trato entre enfermeras, ya que se percibe un trato poco adecuado desde profesionales de mayor edad hacia madres jóvenes. Frente a esto, se destaca la buena relación que tuvo con una enfermera presente en el puerperio inmediato, la cual mostró preocupación constante hacia el estado de salud de la mujer. En cuanto al acompañante, la mujer 2 tiene una percepción positiva sobre su relación con él durante el puerperio inmediato, pese a que ella no se sintió cómoda para comunicarse verbalmente con su acompañante, en el contexto en el cual se encontraban que era la sala de puerperio, donde habían más mujeres en su misma condición y ruido ambiental.

*“bueno yo como estaba así, como que recién volviendo en mí, no la vi al tiro que era ella yo dije ah cualquier matrona, aparte que se ganan como así como con la cabeza agachá a leer la ficha y eso...a mí no me dijeron nada, ni buenos días, ni el médico ni la matrona, ni uno de los dos, eh pensé que estaban leyendo no más como yo había ingresado en la noche, a medianoche...no po después me fue a revisar ella no más, el doctor no me hizo nada, el doctor como que seguía en la ficha escribía cosas y eso, y ella me fue a revisar y me dijo que me destapara el abdomen y ahí cuando le escuche la voz, la miré y ahí vi que era ella y ahí le quise mirar la identificación y no la tenía po, y todas andaban con identificación menos ella , así ahí más segura estaba de que había sido ella pero no quise decir nada, no sé si fue por miedo, me puse nerviosa, fue como un montón de cosas que me dieron ganas de llorar, me dieron ganas de llamar a alguien y que me fueran a ver, pero como había más gente igual como que después se me pasó porque empecé a mirar pa todos lados y dije ah aquí grito no más y alguien me ayudará po jaja, y aparte que habían señoras que andaban caminando todo que ya estaban bien de sus bebés, yo dije alguien me va a ayudar porsiacaso y ahí me destapé no más y ella me presiono fuerte el abdomen y yo me quejé y me miró feo otra vez , yo sospeché dije como decía que yo era alharaca y todo, pero me dolía po si ella me hizo fuerte y después yo la vi cuando pasaba por las otras señoras y no le hacía tan fuerte po, les enseñaba a hacerse masajes a ellas y a mí no me enseñó no me dijo nada y después vino una técnico a enseñarme me dijo, usted me dijo no se ha hecho masaje, no le dije yo que masaje, los que le dijo la matrona, no le dije yo, no me dijo nada, si dijo a todas les dice, no le dije yo, si no me dijo nada, imposible dijo si a todas les enseña, me dijo ya pero no importa, si se le olvido no importa yo le voy a enseñar y ahí me enseñó ella y la matrona no me dijo nada, aparte que me destaparon nada más y después me apretó y me dijo ya listo, y yo me cambié al tiro y corría mi guagua pa onde mi si, lo primero que hice, porque yo dije a la guagua no la toca, a mí me habrá podido hacer lo que quiso, pero a la guagua no, y uno igual es como que el instinto de mamá al tiro po, que uno lo primero que es proteger a la guagua no más y nadie me la tocó...” (Mujer 1).*



*“y yo ahí preguntando si alguien sabía como se llamaba algo no y nada, y ella me escuchó antes de que se fuera que yo le pregunté a la segunda señora, le pregunté a la tens y me escuchó y miró así pa atrás no más y se fue, así como si nada y siguió por las otras salas, pero no nadie después me dijo como se llamaba ni nada y fue como eso no más, tampoco me dijo nada como cuando yo estaba sola, a lo mejor porque había más gente habían más profesionales y ella andaba con el médico igual, pero las caras...eran las mismas...” (Mujer 1).*

*“como que la Andrea lloraba y estaba justo la sala esa la salida de estación de enfermería y lloraba y quizás les molestaba y cada rato venían a mirarme, y entonces me decían pero como no va a saber darle pecho, yo podía darle por este puro lado, por este otro lado no, no me podía poner por este otro lado, entonces ahí me decían y me la ponían, me la ponían, como que me sentía mal, donde yo no sabía hacerlo como que retaban el yo no saber, eso fue, yo me quería ir pa la casa luego, como que me dan ganas de llorar pero no he llorado porque no era pena, sino que me daba rabia y yo quería irme luego porque sabía que en la casa no me iban a decir esas cosas como dele pecho a su guagua y eso, fue como desagradable ese momento, ah y además eh cuando estaba en la primera sala, me dijeron, una enfermera me dijo aquí nosotros le cambiamos paños a las guaguüitas porque usted como perdió sangre en el parto puede que le pase algo, así que no se preocupe, así que no puede bajarse de la cama, entonces ella le cambiaban paños y la iban a lavar al baño a la guaguüita y volvían po con ella cambiada, entonces en la otra sala no po, y entonces en la mañana, a las 6 de la mañana era como el cambio de sábanas, de todo, uno tenía que ir a lavarse, cambiar a la guagua, entonces yo me había quedado ahí, como me habían dicho eso, entonces llegó una enfermera que era mayor, que las otras niñas eran, joven la que me dijo, entonces me dijo y usted que no se ha parado a cambiarle paños a la guagua y yo le dije ah pero si a mí me dijeron de que acá le iban a cambiar, no pu me dijo si aquí cada una se las arregla como puede, y yo no sabía cambiarle paños y no sabía qué hacer...” (Mujer 2).*

*“no hablamos tanto porque eh estábamos en la otra sala po donde había más gente y había harta visita, cada cama tenía su visita y había hartos ruidos en la sala, así que como que conversamos poco, como estabas, como te sentís, ah y me trajo, me llevó que diga, un remedio más fuerte, como me dieron diclofenaco me llevó otro, que yo le pedí por teléfono que me llevara otra cosa y me dijo que en la noche no había podido dormir, que estaba ansioso, y no pasaba nunca las horas para ir a ver a la Andrea...” (Mujer 2).*

b) Puerperio mediato.

Se hace mención que esta etapa se percibe de forma negativa en ambas mujeres por la persistencia de dolor físico, agotamiento e incomodidad física asociado a aparición de leche materna, a procedimiento de episiotomía y los ajustes necesarios por la llegada del nuevo bebé.

En el caso de ambas mujeres, surgen complicaciones a distintos niveles en relación a la episiotomía realizada durante el parto. En el caso de la mujer 2, ésta señala haber tenido sentimientos de enojo e irritabilidad junto a dificultades para dormir debido a dolor asociado a sutura abierta correspondiente a procedimiento de episiotomía. En el caso de la mujer 1, por haber una ausencia de revisión médica de la sutura antes de dar el alta médica tuvo complicaciones físicas asociadas al mal procedimiento de sutura como angustia, llanto permanente y dolor físico intenso. Frente a estas complicaciones, la mujer 1 acudió a urgencia maternal donde le realizaron procedimiento de quemado de granuloma, dado que este procedimiento se realizó más de una vez con profesionales distintos, la mujer señala que matrn tuvo un trato brusco hacia ella, demostrando una falta de sensibilidad frente al dolor físico de la mujer y luego, cuando fue otra matrona quien la atendió, ésta le demostró apoyo para disminuir el dolor en el procedimiento. Ambas mujeres destacan el acompañamiento y apoyo que les entregaron sus acompañantes durante el período de puerperio mediato, ya que en ambos casos ellos fueron un aporte en el cuidado del bebé y de la mujer, entregando contención emocional y protección hacia su pareja.

Durante el período de puerperio mediato, existe un control pediátrico del bebé, al cual en el caso de ambas mujeres asisten junto a su acompañante. Este control lo visualizan como positivo, ya que tuvieron el apoyo de su acompañante y se percibió positivamente de la atención pediátrica en el consultorio, ya que les brindaron información adecuada acerca del estado de salud de sus hijos y hubo una inclusión del acompañante por parte del profesional. Durante este período ambas mujeres asistieron a un control con matrona en CESFAM, donde, por un lado, en la mujer 2 hubo una percepción positiva en cuanto a la atención de la matrona por dar refuerzos positivos a la mujer por los cuidados que le entrega a su hija, por una derivación oportuna a la unidad de urgencia debido a sutura abierta de episiotomía, además de entregar información relevante en relación a la lactancia materna y sobre cuidados durante el proceso de cicatrización de sutura de episiotomía. La mujer 1, destaca el lenguaje inadecuado que utilizó la matrona durante este primer control luego del parto frente a la sutura mal efectuada en el parto, lo que activa preocupaciones y angustia.

*“mi bebé tenía cinco días cuando fui a urgencias y me dijeron que tenía un granuloma por la mala cicatrización y la mala suturación que me había hecho la matrona, así que tenían que quemarlo, y yo me dio terror po, aparte que el matrón era súper bruto, era un matrón que había en urgencias, entonces me decía siéntese ahí, ya abra las piernas y me las abría así el con sus manos y así súper bruto y yo aparte que tenía miedo porque me habían dicho que parecía arrollado como estaba en cualquier momento se me rebanaban los puntos y él llegaba y me abría y yo como que hacía así, como que me congelaba pensando que se me iba a rebanar un punto y me tenían que coser de nuevo po y ahí me mando a comprar nitrato de plata y me empezaron a quemar, fui al otro día y me empezaron a quemar el granuloma con nitrato de plata y lo activaban en agua y me lo ponían en la piel, ni siquiera me ponían anestesia nada, oh era un dolor pero muy grande,*

*muy grande, mas encima que estaba al lado de la como del último punto y oh ese me dolía pero horrible...” (Mujer 1).*

*“y no me hacían nada y yo como seguía yendo a urgencias porque me seguían quemando, fue como una semana que me quemaron con esa cuestión, me dolía pa caminar todo po, no podía nada si iba con pantuflas pal hospital, porque no podía mover los pies, ósea si levantaba los pies hacia mucha fuerza y me dolía mucho...” (Mujer 1).*

*“me hicieron comprar otra vez el nitrato y que otra vez me tenían que empezar a quemar pero había una matrona ahora y ahí ella me dijo que me lavara con agua de matico tibia cuando fuera al baño, cada vez que fuera al baño para que se me pasara y así se me pasó, pero porque ella me dijo porque los otros me quemaban no más y era como hacer cualquier cosa...” (Mujer 1).*

*“les había contado la vez pasada que había salido al otro día de alta y se me abrieron los puntos, se me cortaron y tuve que sacármelos, sacármelos yo, porque me habían dicho que los puntos se absorbían solos, pero como se me abrieron no alcanzaron a secarse ni nada po, así que me los tuve que tirar yo así, fue doloroso y tuve que comprar unas cremas que eran cicatrizantes y como que me dolían andaba como enojada, andaba como irritable así, me acuerdo que para el tercer día, después que llegué a mi casa, me bajó la leche, me sentía mal era como una gripe, como la sensación de la gripe, fiebre me dio, y era porque me estaba bajando la leche y además del dolor que sentía donde se me habían abierto los puntos...” (Mujer 2).*

*“la primera semana fue así como súper agotadora, no podía dormir por el dolor de la episiotomía, tenía que dormir como con las piernas levantadas, además hacía frío, porque fue en pleno invierno po, en junio y fue, si fue fome esa semana, si me acuerdo, y después de eso ya, cuando bajó la leche mía, ahí no sentía más dolor y el dolor de la episiotomía como compré cremas y tomaba calmantes, ya no me dolía tanto como los primeros días, aunque sí se demoró en cicatrizar...” (Mujer 2).*

*“como que ahí cambio todo, cuando nació la aurora como que él venía en la mañana a verme, porque él vive en su casa y yo en la mía, él venía en la mañana y en la tarde, estaba toda la tarde, pidió permiso en el trabajo como por una semana pa poder estar ahí con nosotros pu, me iba a ver todos los días, estaba ahí, no podíamos hacer muchas cosas así como, porque la Andrea estaba chiquitita, lo único que hacía era dormir, dormir y comer, dormir y comer, y él estaba ahí todo el día, sí, me ayudaba a ordenar la pieza, armamos la cuna...” (Mujer 2).*

*“fuimos juntos porque fuimos en auto es que la Andrea estaba chiquitita además hacía frío y yo no podía caminar bien por los puntos, así que fuimos juntos y ahí el me ayudó a vestirla, porque oh era tan chica que no me atrevía, me daba cosa, me ayudaba, siempre*

*vamos juntos a los controles porque me ayuda a vestirla más rápido además que dicen ya vístela rapidito así, igual cuesta , el me ayuda a ponerle las cosas...” (Mujer 2).*

*“yo encontré que la matrona lo reviso bien igual, lo reviso por todos lados, lo pesó lo midió, eh lo hizo caminar, que caminaban las guaguas recién nacidas jaja, eso po...fuimos con el papá igual y bueno como yo andaba así él le sacaba la ropita lo vestía o le ponía el bambino en la pesa y él lo llevaba, yo más que nada mire no más po, porque no podía, era un trabajo enorme sentarme, entonces pa pararme y sentarme otra vez era terrible...” (Mujer 1).*

b) Puerperio tardío.

En el período de puerperio tardío, ambas mujeres asistieron a controles con matrona en CESFAM. La mujer 1 se le niega por parte de la matrona el tratamiento anticonceptivo solicitado (inyección por falla previa de anticonceptivos), esto ya que la matrona emite un juicio de valor negativo asociado al uso de inyección en personas jóvenes frente a la opción personal de la mujer de cuidado anticonceptivo. Esto causa en la mujer 1 sentimientos de temor asociados al uso de inyección anticonceptiva, ya que hay un desprendimiento de responsabilidad de la profesional asociada a posibles consecuencias negativas relacionadas con la inyección, y no explica pros y contras de cada método. En la mujer 2, al momento de asistir a control con la matrona, consulta por molestias que aún persisten por herida de sutura, que la lleva a tener diversas molestias en su vida cotidiana como dificultad para sentarse, comer sentada, ir al baño y curarse sin apoyo de terceros. Como método anticonceptivo, la mujer 2 escoge cambiar a método anticonceptivo por dispositivo intrauterino. La mujer 1, señala la percepción positiva que tiene de control con nutricionista en consultorio, donde evalúan mejores y más económicas opciones para alimentar al bebé y disminuir problemas gástricos (cólicos). En relación a controles con el bebé, la mujer 1 menciona que le brindaron información sobre indicaciones de estimulación para replicar con su hijo por lo que su percepción es positiva. La mujer 2 en cambio, tiene una percepción negativa de controles de su hija con una enfermera del consultorio, ya que ella realiza gestos de carácter despectivos o que se perciben como rechazantes por parte de la mujer, y el acompañante, lo cual se ve influido en la atención de su hija. La enfermera realiza juicios de valor negativos acerca de decisión de la mujer de no continuar con lactancia materna por motivos de continuidad de estudios. Esto provoca en la mujer desmotivación, sensación de incompreensión y deseos de llorar. Además, se mencionan síntomas depresivos postparto en la mujer 2 manifestando síntomas como irritabilidad e hipersensibilidad, frente a lo cual se percibe apoyo del acompañante.

*“y al final me dijo, yo te la voy a dar me dijo, te doy la inyección pero lo que te pase no es responsabilidad mía, si tú te mueres me dijo por esa inyección y los cambios que hay en tu cuerpo no es responsabilidad mía y me asusto po, así que, que la iba a querer, no le dije*

*yo deme las pastillas no más y después igual me quedé con el bichito así que pedí hora pa otra matrona...” (Mujer 1).*

*“tuve que pedir hora con matrona después pa los anticonceptivos... me tocó una ahí tan simpática ella, es que no me quería dar la inyección, porque yo era muy joven, yo le dije que tiene que ver que sea joven porque yo le fui a pedir tratamiento y todo, me atendió como a cualquiera de primera que buenos días, que cómo está, que bien y todo, y yo le dije que quería la inyección porque las pastillas me habían fallado, estaba tomando pastillas cuando quedé embarazada, entonces yo le dije que estaba estudiando en la universidad y que quería cuidarme no quedarme embarazada otra vez que quería la inyección y ella oh me dijo como tan joven quiere la inyección, no dijo eso es pa pura libertad pa andar aquí y allá y que universidad así pero fue como el sermón po...” (Mujer 1).*

*“así que iba cada cuatro meses, ella me dijo que había sido por mala voluntad de la otra no más y me dijo que pidiera los controles con ella, así que seguí con ellas no más hasta que hoy día estoy con la inyección y no me morí jaja, y me dijo que me metía miedo no más porque ella era así con todas las jóvenes, con todas las niñas jóvenes que habían tenido hijo era así de pesá y que ella no estaba de acuerdo con que las niñas tuvieran hijos antes de los 25, 27...” (Mujer 1).*

*“le empezaron a dar cólicos así que lo tuve que llevar a urgencias y la pediatra me dijo que no era la mejor leche el nan, que todos pensaban que eran el nan, que no, no porque sea cara me dijo va a ser buena la leche así que me dijo que fuera con la nutricionista... después fui donde la nutricionista y me dijo que le diera S 26 con purita fortificada de la que dan en el consultorio y ella me cambio todo que en vez de purita mamá, me dieran la purita pa la guagua, me dijo haces esa mezcla y le echas aceite de pepita de uva y eso era harto más barato po valía tres lucas y me duraba como el mes y medio, así que de ese le daba...” (Mujer 1).*

*“respecto a mí todavía tenía la cicatriz, o sea la herida abierta y...igual me costaba hacer cosas, o sea por ejemplo sentarme en la cama me costaba, sentarme, comía parada, sí, comía parada, me costaba ir al baño, no podía ir al baño, y por ejemplo mi mamá me ayudaba a curarme, porque como me había comprado las cremas y ahí me ayudaba, también me lavaba bien harto así a cada rato, a cada rato me lavaba e igual tenía varios controles de la matrona porque como había...por la cicatriz porque se me podía infectar, pero cada día iba evolucionando bien, iba bien, entonces como iba bien la cicatrización, aprovecharon de...ella aprovechó de en relación a anticonceptivos, yo elegí la T de cobre, como no tomaba anticonceptivos ni nada, no quiero nada con eso ya...” (Mujer 2).*

*“tuve controles con la enfermera, con enfermera en el consultorio y hasta ahora siempre me toca con ella y es muy pesá esa mujer, es como súper asquenta, como que por ejemplo el diego es mecánico y tiene sus manos con grasa como son los mecánicos, ósea*

*no sucias pero manchadas, entonces ella lo saluda como así, como que apenas la mano, y apenas toca a la aurora cuando tiene que...desde el mes hasta ahora siempre me ha tocado con ella, como que, no sé si será así con todas las guagüitas pero como que la toca con la puntita de los dedos, como que les da asco, no sé...” (Mujer 2).*

*“me dijo la enfermera me acuerdo, yo soy súper fan de la lactancia materna y me dijo yo nunca le di pecho a mis hijos pero yo soy fan de la lactancia materna, entonces yo le dije que no podía darle pecho no más po, que no quería, que tenía que seguir teniendo mi carrera y no podía, entonces ella me dijo, o sea que le importa poco su hija me dijo, yo le dije que nah que ver eso que no significaba que no me importaba y me acuerdo de que me aplicó un test para ver si tenía depresión post parto y salió como medio, como casi...” (Mujer 2).*

- Postparto.

Durante el transcurso del momento de postparto, las mujeres participantes expresan experiencias diferentes entre sí. En el caso de la mujer 1, luego de la negación de la inyección como tratamiento anticonceptivo de una matrona hacia ella, tuvo un cambio de profesional, la cual realiza una crítica a colega matrona por falta de voluntad de no indicar inyección anticonceptiva debido a tener un hijo joven. La mujer 1 señala también que las matronas mujeres son más maltratantes y los matrones son más delicados. La mujer 1, refiere que su hijo estuvo hospitalizado durante un tiempo, donde percibe un trato amable y explicativo de los procedimientos con modelado de éstos a ambos padres, sin embargo hubo una confrontación entre el acompañante y practicantes de enfermería por procedimiento inadecuado e inyectado frente a enfermedad, lo que pone en riesgo la salud del niño. Enfermera percibe esta confrontación como una falta de respeto a los practicantes, por lo que hubo una denuncia ante el comité de bioética hacia el padre. Hubo una exposición a practicantes con poca experiencia a ejecutar procedimientos complejos con lactantes, donde la enfermera no se hace responsable.

En relación a la mujer 2, durante el período de postparto continuó el proceso de cicatrización de sutura de procedimiento de episiotomía realizado en el parto, y apariciones de diversas complicaciones físicas asociadas a esta sutura tales como la pérdida temporal de sensibilidad en la zona, dolor en algunas situaciones (frío, menstruación), además de temor por parte de la mujer a tener relaciones sexuales con su pareja por molestias, a lo que el acompañante responde con una actitud comprensiva. Ante las molestias, en control con matrona ésta le entrega indicaciones de ejercicios en relación a herida de sutura. La mujer 2 señala una percepción negativa de atención por parte de enfermera en CESFAM, donde hubo un trato tajante asociado a la escolaridad de la mujer atribuida por la profesional, y al esclarecer que la mujer posee estudios universitarios se percibe un cambio en el trato. La enfermera en los controles de la niña no hace inclusión del acompañante. Además, la mujer 2 refiere la atención en el sistema de

salud privado en control de su hija como positiva, ya que hay un trato amable, cordial, afectuoso con la paciente (hija) y se brinda información acerca de diagnósticos posibles.

*“estuvo hospitalizado una semana y yo lo tenía que cuidar 12 horas yo, 12 horas el papá... ahí lo veían las enfermeras y la doctora y eran súper buena onda así que no, nos explicaban todo igual, hacían los procedimientos con nosotros no lo hacían solas, sino que nosotros...mi pololo tuvo una pequeña pelea ahí con una enfermera parece que era, porque habían unas niñas en práctica que les tiritaba la mano así, unas practicantes de TENS del Santo tomas, entonces les tiritaba así la mano y mi guagua es súper blanquito tiene las venas súper finitas, nunca se la encuentran, nunca, nunca, yo les tengo que ayudar a encontrar la vena...ellas no le encontraban la vena y le reventaron dos venas, acá se les reventaron llegando a la mano y después le fueron a poner acá y también le reventaron la venita y empezaron a conversar entre ellas que casi le pasaron a llevar una arteria, entonces ahí yo le dije a mi pololo, no le dije yo, estas niñitas no saben... al final mi pololo se enojó, se paró se enojó y dijo no quien es la encargada de esto dijo y ahí había una enfermera con otra niñita, porque mi bebé estaba aislado, tenía el virus sincicial igual y había otra niñita que tenía lo mismo, eran dos no más en una sala, eh las niñas igual habían entrado sin mascarilla, eran como súper poco profesional, haciendo sus cosas, y ahí fue la enfermera, como que fue corriendo a buscar a la profesora de ella y a la enfermera, encargada igual de ahí de pediatría, y ahí mi pololo les dijo que no iba a dejar que tocaran a su hijo que lo hiciera alguien responsable...” (Mujer 1).*

*“como al tercer mes ya cicatrizó bien la episiotomía igual quedó extraña esa parte, se nota la, supongo que se nota porque no se me ve, o sea yo no puedo ver, no alcanzo a ver y siento yo por ejemplo que es más como más, perdí la sensibilidad de esa parte entonces es complicado porque por ejemplo cuando me va a llegar la regla me duele, como que se me inflama esa parte, es súper doloroso, como que me duele sentarme, eh por ejemplo cuando hace frío, no sé si será cosa mía, pero como que siento que se me pone súper gruesa esa parte esa piel, por ejemplo al principio cuando empezamos a tener relaciones de nuevo yo no estaba preparada po, tenía miedo porque me había dolido entonces como que me costó eso volver a tener relaciones...Fui a la matrona, entonces le expliqué eso y me dijo de que era normal, que la piel se había cortado, porque se cortó piel, mucosa y musculo, entonces obvio que la piel estaba sentida en esa parte, entonces me dijo que se podían hacer unos ejercicios y ahí los hice como para poner más firme esa parte y ahora no hay problema...” (Mujer 2).*

*“me toca esa enfermera que es muy pesada y no puedo cambiar, o sea yo pregunto si hay otra y no po, porque el consultorio se divide por sectores y mi sector es esa enfermera y siempre me toca ella como que siempre encuentra algo malo, como que o la Andrea está comiendo mucho o sube muy rápido de peso o no ha crecido así como que no entiende que todas las guaguas son diferentes... algo súper importante me acuerdo que al principio ella era súper pesá, porque me dijo y usted a que se dedica y yo le dije soy estudiante, ella creía que estaba en el liceo, me dijo ya, en ese tiempo yo tenía 19 y*

*entonces se supone que a los 19 todavía están en la escuela algunas niñas po, y entonces ella estaba así como súper pesá conmigo, me hablaba súper cortante y entonces me dijo estudiante entonces está en el liceo, yo le dije no estoy en la universidad y como que cambió el trato completamente, se volvió más amable, aun así media cortante con sus cosas, nada de amabilidad pero como que el trato fue otro”...” (Mujer 2).*

**El objetivo específico tres fue identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto y los resultados a exponer responderán a la pregunta específica de investigación: ¿Qué experiencias respecto de la violencia obstétrica tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto?** Estos resultados, se estructurarán en función de los momentos asociados al proceso reproductivo que están contenidos en “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (2008), por lo que las experiencias de las figuras significativas de las mujeres en proceso de parto, se integrarán de acuerdo al esquema propuesto por este documento. Las categorías de contenido, se describirán de acuerdo a los momentos del proceso ya descrito, pero previamente se expondrán resultados relativos a la experiencia de los acompañantes desde que toma conciencia del embarazo de la mujer.

- Reacción inicial frente a la noticia de embarazo.

Como primera reacción de ambos acompañantes al momento de conocer la noticia del embarazo de sus parejas, surge preocupación, desconcierto (1) y temor (mujer 2). En el caso de la mujer 1, la pareja expresa haber realizado actos de contención (1) hacia la mujer embarazada cuando ésta externaliza su rabia hacia él. En cambio, en el acompañante de la mujer 2, junto a este temor inicial aparece miedo a la reacción de la familia de su pareja al momento de revelar la noticia.

*“Eh aparte que se puso a llorar, me pegó, me empujó jajajaj, pero después no, después se relajó y la abracé y ahí se calmó más, fue todo más...pasó el enojo, el enfado que tenía en ese momento...” (Acompañante 1)*

*“eh bueno no hallaba que hacer como le digo no sabía qué hacer, que como la vi a ella, estaba estudiando todavía, por sus estudios todo eso, como se dice me corte todo no supe que hacer en esos momentos...” (Acompañante 1).*

*“Cuando supimos estábamos los dos solos, fue un día domingo, no era un sábado feriado, año nuevo, si, se me había olvidado y tabamos los dos solos,, hicimos un test y salió positivo, yo altiro como que no le tomé el peso, sino que fueron a los días siguientes y ahí al principio me dio miedo después se me pasó, después fue a hablar con los papas de mi pareja, ahí fue...ósea en el fondo ese era el miedo, los papas, pero no, no se lo tomaron tanto mal, igual se enojaron de un principio porque esa cuestión es común, pero después todo bien...” (Acompañante 2).*



- Relación del acompañante con la mujer embarazada.

Ambos acompañantes perciben una relación mayormente positiva con sus respectivas parejas embarazadas durante el proceso gestacional. Esta relación integra un trato amoroso, compañía en todo el proceso gestacional y un trabajo conjunto en la búsqueda de información sobre el embarazo. Además, el acompañante de la mujer 2 menciona que luego de conocer la noticia de la condición de embarazo de ella, ocurrió un cambio en la relación de pareja, puesto que previo al embarazo de ella su familia era aprensiva y coartaban la posibilidad de contacto entre la pareja. Una vez que la familia se entera, otorgan mayor libertad a la pareja para estar juntos durante el embarazo y se produce una asimilación progresiva de embarazo en la pareja.

*“más adelante buta, como te explico, no sé po, la acompañaba en todo lo que quería, en el embarazo todo el embarazo andábamos juntos para todos lados, para todos lados...taba trabajando, pedía permiso o faltaba no más y la acompañaba pa todos lados juntos...”* (Acompañante 1).

*“a ver...puede ser todo más, pude hacer cosas con más libertad con la Karen porque la mamá es como muy aprensiva, pero ya como que se abrió, todo se abrió, que antes no era todo muy cartucho...”* (Acompañante 2).

*“la acompañaba a los controles, eh regaloneaba con ella, la atendía, eh eso, le hacía cariño en la guata, jugaba con su guata jaja, todo lo que se puede hacer en esa situación digamos...”* (Acompañante 1).

*“al principio no hallábamos qué hacer después no sé fuimos investigando con la Karen, fuimos madurando más el tema pa poder sacarlo a flote...”* (Acompañante 2).

- Atención prenatal.

Respecto de la atención prenatal, existen diferencias en cuanto a la asistencia y participación de los acompañantes a los controles prenatales. En el caso de la mujer 1, el acompañante refiere que asiste a controles prenatales pero no participa en estos activamente y refiere haber observado preocupación por parte del profesional (matrona) que atendió a su pareja, acerca del desarrollo del bebé. Por otro lado, el acompañante de la mujer 2 da a conocer que no asistió a controles prenatales de su pareja por motivos de trabajo, lo que lo llevó a mantener una preocupación constante respecto de la o las personas que acompañarían a su pareja a los controles en ausencia de él. El no haber podido asistir a estos controles por razones laborales, genera en este acompañante sentimientos de culpa asociados al hecho de sentir que le falló a su pareja en este ámbito.

*“bueno lo que yo hacía era estar sentado al lado no más porque yo soy bastante vergonzoso digamos, nunca comparto en nada de eso, así en ese sentido, pero como te*

*digo la acompañaba pa todos lados aunque no hablara nada, solamente escuchaba, siempre estuve ahí con ella...” (Acompañante 1).*

*“bien porque, como le digo hacía su trabajo bien, se preocupaba de que la guagua viniera bien y los explicaba eh como venía cuantos meses tenía, como se estaba formando, bien para mí estaba bien...” (Acompañante 1).*

*“por pega no podía, cuando ella estaba embarazada, no podía por tiempo, si era por más tiempo que no podía, porque aparte que tenía que saber trabajar y hacer las monedas, no podía faltar y a ella yo le preguntaba siempre, no que iba sola no más o que iba con la mamá, pero yo de haber podido hubiera ido...” (Acompañante 2).*

*“ahí la embarré con no haberla acompañado pa que hubiera sido al 100%, haber estado con ella, en eso fue en lo que fallé pero el resto siempre con ella...” (Acompañante 2).*

- Atención de urgencia maternal.

En variadas ocasiones, la mujer 1 debido a su condición de embarazo de alto riesgo obstétrico tuvo que concurrir a la unidad de urgencia maternal del hospital por complicaciones físicas (sangrado recurrente y riesgo de pérdida). Desde el acompañante, se destaca el haber brindado compañía a su pareja durante los momentos en los que acudieron a urgencia maternal, brindándole a la mujer apoyo psicológico que es conceptualizado como dar ánimo y manteniendo una actitud de tranquilidad para no alterar emocionalmente a su pareja. Además, en relación a la situación de asistencia de su pareja a urgencia maternal, el acompañante señala haber experimentado sentimientos de tristeza.

*“igual triste po, por el sentido de que estaba muy complicada ella, estaba muy adolorida, podía hacer casi nada porque podía complicarle con el bebé...” (Acompañante 1).*

*“lo que yo pensaba, buta uno piensa hartas cosas en ese momento...pero no, estaba tranquilo, era como si yo me desesperaba iba a desesperarla a ella y se iban a complicar más las cosas por eso trataba de yo siempre alegre, siempre dándole ánimos de no achacarla más con el problema que tenía...” (Acompañante 1).*

*“En ese momento que es lo que hacía, bueno aparte de ayudarla, de estar con ella, darle ánimo, que todo iba a salir bien, así...” (Acompañante 1).*

Atención del trabajo de parto y parto fisiológico

- Manejo del parto fisiológico (trabajo de parto).

Durante el proceso de parto, el acompañante de mujer 2, señala que hubo una atención tardía por parte de funcionarios de salud a su pareja, en circunstancias de que él como acompañante demandaba revisión médica debido a que su pareja experimentaba

dolencias en el trabajo de parto. Esto provocó en él temor a complicaciones en el proceso de parto de su pareja.

*“ahí volví a sentir como susto a que pudiera salir algo mal, aparte que la Katy la llevábamos, la mandaron primero pa la casa, estuvo todo el día acompañándola en la casa ese día que estaba con trabajo de parto, después volvimos ya en la tarde, que se le rompió la bolsa y volvimos la tuvieron ahí tirada en una cama, yo le hablaba a las, cuanto se llama, ya la Katy estaba lista y le hablaba a las enfermeras para que le hicieran algo po y no, no me pescaban, ahí estuvieron un buen rato hasta que al final la pasaron a la sala de parto...” (Acompañante 2).*

- Asistencia del parto fisiológico.

Durante el parto de las mujeres participantes, ambos acompañantes estuvieron presentes y brindaron apoyo a sus parejas. El acompañante de la mujer 2, refiere la vivencia de un fuerte impacto emocional asociado al dolor físico de su pareja en el trabajo de parto y parto. El acompañante de la mujer 1 señala que experimentaba ansiedad por ver su hijo nacido. Respecto de la interacción con los funcionarios de salud en el parto, el acompañante de la mujer 1 indica que no hubo mayor interacción con estos funcionarios en el parto y el acompañante de la mujer 2 indica que hubo interacción y ésta consistió en entrega de información respecto de algunos procedimientos para cooperar en el trabajo de parto y parto, además de la entrega de indumentaria física para participar del parto.

*“intentaba tomarle la mano se me enojaba po, no quería que nadie la tocara, eh le tomaba la mano, se enojaba porque me decía que la ayudara en algo pero que era por lo mismo donde estaba tan nerviosa y tanto los dolores, si tú lo tocabai se enojaba y yo lo que más estaba preocupado era que se saliera el Ignacio quería conocer al Ignacio jajaja, quería verlo a él no más...” (Acompañante 1).*

*“en algunos momentos pensé como pudo haber sido pero nunca me lo imaginé que era tan, tan fuerte todo, porque al verla a ella sufriendo por así decirlo y uno no poder hacer nada, supongo que marca...” (Acompañante 2).*

*“le ponía el nitrógeno en la nariz jaja, a mí me explicaron cómo aplicárselo y estaba cuando le bajaban le daban las contracciones tenía que ponérselo, ayudarla a caminar, eso...” (Acompañante 2).*

*“la pusieron en la camilla, a mí me hicieron ponerme unas ropas raras, me dejaron a una orilla, no podía mirarla de frente, de lado no más y dándole apoyo al lado, eso fue bonito...” (Acompañante 2).*

*“con ellos casi ni me topé digamos porque me paré en un lado y no me moví más hasta que ellos hicieron su trabajo...” (Acompañante 1).*

- Apego precoz.

En ambos acompañantes de las mujeres participantes se reporta una experiencia positiva de conexión emocional con la pareja tras el nacimiento de su hijo/a, estableciéndose contacto físico con él y la recién nacida, señalando una actitud contemplativa por parte del acompañante 1 en ese momento. Esta experiencia se vincula con un trato amoroso demostrado hacia sus parejas en el post-parto, además de la existencia de sensaciones de relajación y sentimientos de alegría compartidos con sus parejas. Además, se indica una interacción entre los profesionales y acompañantes vinculada a la realización de procedimientos técnicos propios del post parto.

*“buta, alegría, una sensación que se siente en el cuerpo, no sé po de tener tu guagua ahí de verlo, mas encima que el otro miraba pa todos lados así como que yo le hablaba y no me tomaba en cuenta, prefería mirar no sé po pal techo, pa otro lado pero eh abría su boquita, no sé, es una alegría que te da, una sensación no tan explicable digamos, pero es bonito, tenerlo ahí verlo cuando nace y todo, no había tenido nunca esa experiencia...” (Acompañante 1).*

*“ah no nada, aparte le di un besito, le hice cariño todo, teníamos al Ignacio, ahí fue bonito, fue una experiencia bonita, como que todo ya más relajado, ya que como que ahh está aquí, ta bien, ta sanito y no, estábamos contentos...” (Acompañante 1).*

*“Oh, lo más lindo que me pudo pasar, tomarla en bracitos, chiquitita... (Acompañante 2).*

*“emoción no más po, miedo ya no sentía ya, ya estaba todo bien...” (Acompañante 2).*

*“Ninguno, sí a las enfermeras cuando la sacaron pa pesarla y medirla cuando nació pero, casi nada, o sea la única interacción que tuve con los funcionarios fue cuando me pasaron las cuestiones para que me las pusiera pa que entrara a la sala de parto, a uno lo toman ni cuenta jaja...” (Acompañante 2).*

Atención integral durante el postparto.

- Puerperio.

Puerperio inmediato.

En relación al puerperio inmediato, ambos acompañantes indican necesidad de contacto con su hijo/a, y en el acompañante 1 se experimenta sensación de impaciencia asociada a la necesidad de contacto. El acompañante 2 refiere preocupación por acompañar a su pareja durante ese momento, junto con la percepción de relación positiva con ésta, asociado al establecimiento de una buena comunicación entre ambos.

*“al otro día fui a la hora de visita y como siempre no más po, desesperado por pasar a verlo, de estar con él, de tenerlo en brazos, todo y no podía porque le estaba dando pecho*

*así que, estaban enseñándole ahí las niñas a darle pecho al Ignacio, pero después cuando tomó pecho todo en la hora de visita, ahí pude tomarlo en brazos, caminé en la sala con él, le conversaba y como siempre igual despierto con sus ojos abiertos, nada, me saqué fotos con él...” (Acompañante 1).*

*“A ver mi hija nació en la tarde, ya a la Karen la llevaron a la sala para que descansara, a mí me echaron, como a los 15 minutos me echaron pa fuera ya porque no era horario de visitas nada, volví a dejarle el teléfono, hablé con ella en la noche, y hasta el otro día, cuando fui a la visita, iba a ser el primero en entrar pero llegó una amiga primero, me jodió jaja, la ayudé el primer día un poco, después entraron la mamá, todos querían pasar a verla, pero igual entraba a cada rato para estar con ella un ratito...” (Acompañante 2).*

*“buena relación, buena comunicación en todo, tabamos bien...” (Acompañante 2).*

Puerperio mediato:

Durante el puerperio mediato, ambos acompañantes de las mujeres participantes indican algunos sentimientos asociados a los cuidados iniciales de su hijo/a. El acompañante 1 expresa un sentimiento de protección y cuidado constante hacia su hijo, mientras que el acompañante 2 refiere un sentimiento de culpa asociado a la dificultad de acompañar a su pareja en la realización de estos cuidados. Además de lo mencionado, en cuanto al acompañante 1, éste indica compañía en controles de salud de su pareja, indicando una actitud positiva frente a mejoría del estado de salud de ella.

*“cuando lo llevamos pa la casa, uita no quería que nadie metiera boche, no quería que nadie lo molestara, que no se tiraran encima de la cama a molestarlo, como demasiado protector digamos pero después ya con el tiempo uno se va relajando más y no sé todo más tranquilo...” (Acompañante 1).*

*“no sé, como que falta una parte en la historia, me faltan esas traspas heavy con mi hija, que se las ha llevado la Karen sola, yo no las he pasado...(Acompañante 2).*

*“igual preocupado por ella, pero igual la acompañaba en sus curaciones, todo lo que tenía que ver andaba con ella yo, pa arriba y pa abajo con ella digamos y el Ignacio yo me quedaba con el Damián afuera y ella entraba a sus curaciones eh todo eso, esa semana que estuvimos ahí en ese tratamiento que le hicieron...” (Acompañante 1).*

*“nah po que se iba a mejorar que iba a estar todo bien y que íbamos a estar con el Ignacio si era lo único que pensaba que íbamos a estar juntos con el Damián y a salir de ahí en adelante todo...y ella se mejoró también...” (Acompañante 1).*

Finalmente en la etapa de puerperio tardío, en el acompañante 1 se destaca la vivencia positiva respecto al proceso de crecimiento de su hijo, mientras que el acompañante 2

brinda compañía a su pareja en los controles médicos de su hija correspondientes a esta etapa. Además existe una percepción positiva de atención por profesional pediatra vinculado a un trato agradable hacia él y su pareja, a diferencia de una percepción negativa de atención por parte de una profesional enfermera durante estos controles, asociada a mantener actitud defensiva, emitir juicios de valor respecto a decisiones expresadas por su pareja vinculadas al crecimiento de su hijo (lactancia materna).

*“bueno él estaba más grande, hacia más cosas o ehh alegaba el solo así como, como alega una guagua digamos pero no, fue bonito uno todavía va viendo cómo va creciendo el Ignacio y cuando hacen alguna tontera algún no sé gesto o algo uno ya ve que está más grande y ahora mismo que se da cuenta de las cosas, eh eso...” (Acompañante 1).*

*“Sí lo mismo, estaba siempre con ella...” (Acompañante 2).*

*“Los controles de la Karen sí, a todos... Con una enfermera, con uno...cuanto se llama los que revisan los niños...pediatra, con el personal que trabaja en el vacunatorio...” (Acompañante 2).*

*“buena porque, ósea, si a mí por decir yo voy a una parte y me atienden mal igual voy a actuar de mala forma, pero si la persona es agradable a estar con uno, ta bien po, va todo bien...” (Acompañante 2).*

*“Malo, mal me acuerdo de la súper enfermera, mala la atención, mañosa, es la profesional pero se las cree saber todas pero no es así como nos cuenta ella... (Acompañante 2).*

*“No sé yo creo que es mala porque es mañosa, porque anda todo el rato, así a la defensiva, como pa tirar un mordisco jaja, no sé es rara la tipa, retaba a la Karen por cualquier cosa, la obligaba a hacer cosas que no se podían hacer tampoco.” (Acompañante 2).*

- Postparto.

En relación al post parto, en ambos acompañantes se destaca la asistencia a los diversos controles médicos correspondientes a esta etapa junto con su pareja, en donde los dos acompañantes de las mujeres participantes indican una relación con los funcionarios de salud caracterizada por responder a consultas, asociado a un rol observador por parte del acompañante 1 durante estos controles. También se presentan sentimientos de rabia respecto al estado de salud de su hijo, debido a una enfermedad que sufrió durante este periodo y la perspectiva positiva acerca de la relación con su pareja, donde se destaca el apoyo mutuo entre ambos. En cuanto al acompañante 2, se mantiene la percepción negativa de atención por parte de una profesional enfermera durante los controles médicos.

*“no que yo lo único que hago, los miro como hacen su trabajo, pero no voy a preguntarles doctor por qué le hace esto si esto es aquí o es allá que yo no entiendo de eso, sino que si ellos me hacen una consulta, respondo la consulta que me hicieron no más, pero nada más que eso.” (Acompañante 1).*

*“al ver a Ignacio así enfermo, puta rabia e impotencia de no poder hacer nada...” (Acompañante 1).*

*“buena pu, siempre tratando de apoyarnos entre los dos, entre los dos cuidar al Ignacio no más, es más regalón ese, pero no, no hemos llevado bien, podemos discutir entre nosotros pero lo que es el Ignacio es aparte jajaja.” (Acompañante 1).*

*“buena, no, sí la relación con los profesionales siempre fue buena, pero la espinita de la enfermera, que es pesá la enfermera, todo el mundo dice lo mismo de esa enfermera y es verdad...” (Acompañante 2).*

## VI. Conclusiones

**El objetivo específico uno de la investigación fue caracterizar el rol que tienen diversos funcionarios y funcionarias de salud en la construcción de la violencia obstétrica, para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es el rol y/o roles que tienen los funcionarios/as de salud en la construcción de la violencia obstétrica?**

Respecto del ingreso del embarazo, ambas funcionarias de salud indican el rol principal que se ejecuta es efectuar procedimientos técnicos que incluyen la caracterización de la gestante, control de signos vitales, toma de exámenes de rutina, consejerías, evaluación de riesgo biopsicosocial y de posibles riesgos en la gestación, junto con derivación oportuna a otros profesionales. Más allá del rol técnico que cumplen en esta fase del proceso, enfatizan la necesidad de entablar una relación con la gestante, su acompañante e incluso familiares, caracterizada por un trato empático, acogedor, contenedor, afectivo, cercano y propiciador de confianza, habilidades que deberían ser entrenadas a través de talleres prácticos a nivel de formación de pre-grado y de capacitación a funcionarios que son parte de equipos de procesos de parto. Todos estos elementos mencionados por las profesionales de la salud se visualizan en las acciones contempladas en el Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo (MINSAL, 2008) en donde aparecen las acciones que debe realizar la profesional matrona en conjunto con otros profesionales de la salud, conformando un equipo de trabajo en las diversas etapas que abarca el proceso de parto. Por lo cual considerando lo anterior, el rol de los profesionales de la salud como la matrona y la TENS entrevistadas pueden situarse en diferentes ámbitos; por un lado el rol técnico, vinculado a los procedimientos médicos y de cuidado que se realizan para el estado de salud de la mujer y el/la recién nacido/a, mientras que por otro lado, un rol relacionado al ámbito afectivo y relacional tanto de la mujer como del acompañante (pareja o persona significativa). Se desprende de este rol más vinculado a lo afectivo y relacional la empatía, actitud de acogida, contención, cercanía hacia la mujer y su acompañante, categorías que se observan también en los resultados de la investigación realizada en Chile (Valdés, Palavecino, Pantoja, Ortiz y Binfa, 2016). Este último rol mencionado adquiere gran importancia debido a que forma parte de la relación que se establece entre profesional de la salud y la persona que requiere de atención, siendo un instrumento más del quehacer profesional (Zupiria, s. f). relación en donde también se genera la Violencia obstétrica.

Las diferentes subcategorías que se agrupan en este rol más vinculado a lo afectivo favorecerían una relación más amena con la usuaria que se está ingresando y a la vez disminuir las resistencias y el temor que muchas de ellas sienten de ser maltratadas por los funcionarios de salud en los procesos de parto. Siguiendo en esta línea, el buen trato de parte del/la funcionario/a de salud hacia la mujer en proceso de parto se ve influido positivamente por el disfrute del ejercicio profesional y/o técnico y por los años de experiencia laboral lo que también contribuye a un mejor manejo de cada caso. Otros factores que se deben considerar para mejorar el trato a las mujeres, son aquellos aspectos particulares de cada caso que hay que ponderar con la suficiente sensibilidad



como para no incurrir en malos tratos, dentro de los cuales se menciona el clima familiar, presencia o ausencia de hijos/as anteriores, estabilidad en la relación de pareja, embarazo producto de violación o embarazo deseado o no deseado.

También se menciona que es necesario llevar a cabo un trabajo en equipo en donde se produzcan derivaciones oportunas y trabajo colaborativo dentro de un marco de respeto y funciones claras del rol de cada uno de los miembros del equipo que asiste el trabajo de parto y parto. Por otra parte, se considera que las condiciones en las cuales se atiende a la mujer gestante en atención primaria, constituyen otro factor protector contra malos tratos, ya que el tener la posibilidad de efectuar controles de parte de un mismo profesional en un CESFAM, se propicia el seguimiento adecuado de cada caso y el establecimiento de un vínculo de mayor cercanía con la paciente. La permanencia del profesional de la salud en todo el proceso de gestación sería un aspecto influyente en el establecimiento de una relación menos proclive a los malos tratos entre ambos/as actores/as.

Lo anterior, genera la necesidad de que en los servicios de salud se generen políticas de atención que disminuyan al máximo las rotaciones de profesionales en la atención a la mujer gestante, ya que se considera el vínculo afectivo y la cercanía como un recurso que contribuye a la regulación del estrés en la mujer respecto de sus procesos. Asimismo, aparece la necesidad de que se generen instancias de coordinación entre los equipos que trabajan con las mujeres en los hospitales, es decir, entre los equipos de ingreso, trabajo de parto, parto y puerperio, con el fin de generar espacios de comunicación para lograr acuerdos no dispares entre los distintos equipos, de modo de resguardar a las mujeres y asegurar que su estadía en el hospital suponga una vivencia continua de buen trato. Esto, en función de lo referido por las mujeres, quienes en algunas fases del proceso vivieron violencia obstétrica y en otras fases no, lo cual dependió en gran medida del equipo de trabajo a cargo de la mujer en los distintos momentos del proceso y de la capacidad de estos equipos de trabajar colaborativamente por el bienestar de la mujer.

En cuanto a los controles de salud gestacional previos al trabajo de parto, la matrona y técnico indican que mientras más temprano se detecta el embarazo, más controles gestacionales se debe hacer la embarazada (en promedio 13) y que estos controles deben ser más cercanos temporalmente en caso de embarazo de alto riesgo. Lo anterior contrasta con la situación vivenciada por la Mujer 1, quien indica que en atención primaria no se detectó tempranamente su condición de embarazo de alto riesgo, lo cual llevó a cometer una serie de negligencias en la atención de urgencia maternal que impidieron que ella recibiera la atención correspondiente en el programa ARO del Hospital, lo cual es constitutivo de violencia obstétrica. Un aspecto a mejorar en este sentido, tiene relación con generar una adecuada coordinación entre profesionales que atienden la gestación, debido a que la disparidad o inconsistencia entre criterios técnicos entre profesionales y/o técnicos expone a la mujer a prácticas que generan sentimientos permanentes de temor, desesperación, angustia y dudas permanentes respecto de su estado de salud, desde lo que se obtuvo en los resultados referidos a las mujeres.

Se destaca como rol protector frente a la violencia obstétrica, la promoción y las prácticas concretas de inclusión del acompañante en todo el proceso gestacional, trabajo de parto, parto, puerperio y post-parto. Se valora positivamente la inclusión particular del padre del bebé en gestación, quien es considerado como un par colaborador en el proceso. En este sentido se señala un cambio positivo a nivel de disposiciones del Ministerio de Salud en Chile, ya que se debería en todos los servicios de atención primaria y maternidades intrahospitalarias velar por la inclusión y participación lo más activa posible del acompañante como figura que otorga seguridad y contención a la mujer, evitando a toda costa su exclusión ya que desde lo que vivenciaron ambas mujeres participantes, contar con la pareja en todo el proceso constituyó para ellas un factor de protección y contención afectiva indispensable para sobrellevar de la mejor manera posible sus procesos de parto. Respecto del trabajo de parto y parto, ambas funcionarias recalcan en varias ocasiones que son las fases más difíciles y agotadoras del proceso, tanto para ellas como técnicos como para las mujeres con sus respectivos acompañantes. Dentro de las características del trato que se debe brindar a la mujer, se señala que debe ser acogedor, que se deben evitar las descalificaciones y uso de tono agresivo al hablar y que se debe exhibir la capacidad de tranquilizar y contener a la paciente cuando experimenta dolor ya que estas son las fases más dolorosas del proceso, donde la mujer se encuentra más proclive al descontrol emocional. En este contexto, se hace una diferencia entre paciente cooperadora y paciente complicada y se refiere que las situaciones que podrían ser percibidas como maltrato de parte del profesional hacia la usuaria se asociarían más a la paciente que se conceptualiza como complicada (no coopera, no obedece órdenes, se descontrola emocionalmente por el dolor). Frente a estas pacientes, se deben entregar indicaciones cortas, concretas y haciendo uso de una forma de lenguaje denominada como “hablar golpeado” para facilitar la comprensión de las indicaciones en la mujer. Esta forma de comunicarse, es atribuida al hecho de que la mujer se encuentra en un estado de conciencia que no le permite responder adecuadamente a los estímulos, al sentir mucho dolor. Si bien se toma conciencia de que estas situaciones ocurren en la relación con la mujer, surge la necesidad percibida de generar una preparación de la mujer más eficaz para el parto, de modo que sienta menos miedo frente a esta fase del proceso. Desde ahí surge una crítica al sistema de salud pública chileno, ya que se considera de que se invierten pocos recursos en educación de la mujer para el parto y que los recursos actuales, que son canalizados principalmente a través de las prestaciones prenatales del programa Chile Crece Contigo son insuficientes. A partir de lo anterior, se considera necesario cambiar el enfoque de las prestaciones en la etapa prenatal para la mujer y su acompañante, ya que las mismas mujeres participantes perciben que existe un contraste importante entre lo que se les enseña a nivel expositivo en las educaciones prenatales y lo que realmente vivencian en etapa de trabajo de parto y parto. Un cambio posible en el enfoque tendría que ver con generar instancias más centradas en lo práctico, que permitan ayudar a la mujer a entrenar ciertas habilidades de manejo de su propio proceso de parto, pero en forma transversal a todo su proceso, es decir, desde la gestación en adelante e idealmente con un funcionario de salud con el cual se tenga una relación más cercana. Al respecto, la inclusión del acompañante es central ya que desde la perspectiva

de las funcionarias éste constituye un par colaborador en el proceso de parto, por lo cual el conocimiento de éste respecto de su colaboración específica y la mejor forma de llevarla a cabo en la práctica deberían ser parte de este entrenamiento práctico, ya que también el acompañante experimenta reacciones emocionales intensas cuando se enfrenta al sufrimiento y dolor de la mujer en el proceso de parto. Por otra parte, es necesario incluir este punto en la formación de futuras y futuros profesionales que asistirán procesos de parto, abordando aspectos como: trabajo de la relación cercana y afectiva con la mujer; capacidad de preparar adecuadamente a la mujer frente a los procedimientos propios del proceso a través de la entrega oportuna y clara de la información; capacidad de contención emocional en aquellas fases del proceso que por sus características generan reacciones emocionales intensas tanto en la mujer como en el acompañante, evitando todo tipo de trato brusco hacia ambos; trabajo personal vinculado a las resonancias surgidas en el trabajo con mujeres; capacidad de trabajo colaborativo con el acompañante, dando instrucciones claras para que la colaboración beneficie a la mujer, entre otros aspectos. Es importante también que se incluya como contenido en las mallas curriculares de futuros obstetras, los actos que son constitutivos de violencia obstétrica desde las leyes existentes en Latinoamérica y que también se puedan utilizar los resultados de los estudios que comienzan a aumentar respecto de esta temática, para caracterizar y socializar las buenas prácticas de trato hacia la mujer.

Otro aspecto se relaciona con el cuidado dentro del sistema de salud de los profesionales que asisten los trabajos de parto y parto, ya que se percibe que el trato que se brinda a las mujeres está muy influido por factores como cansancio por exceso de turnos de noche y por el estrés laboral, dependiendo de la cantidad de trabajo que se realice en cada turno.

Ambas funcionarias refieren que tienen actitudes favorables hacia la disminución de prácticas de manipulación para apresurar el parto dentro de lo cual se menciona el tacto vaginal como procedimiento de control de la dilatación y además se señala como necesidad el hecho de disminuir la instrumentalización en el proceso de parto. Además, se señala se debe evitar a toda costa el uso de la maniobra de Kristeller, ya que genera riesgo de muerte del bebé, propiciar la el acompañamiento de la mayor cantidad de partos vaginales posibles para contribuir a la disminución de cesáreas, que serían necesarias sólo en casos especiales. Asimismo, se indica que se debe promover por la comodidad de la mujer la realización de partos vaginales en posición vertical ya que existen dispositivos instrumentales (sillas especiales) en las maternidades que posibilitarían ejecutar esta práctica y que no hacerlo constituye un acto de comodidad del profesional que no beneficia a la mujer. Respecto de los procedimientos efectuados en el trabajo de parto, la TENS indica que el uso de anestesia está vinculada al criterio del médico y debería ser incluida la mujer en la decisión de ser anestesiada o no. Además, se valora positivamente el uso del óxido nitroso como recurso de alivio del dolor en esta fase del proceso.

Respecto de la asistencia del parto propiamente tal, la profesional señala que el rol es asistir el parto sobretodo en la fase expulsiva y que este rol integra la contención emocional de la mujer, la entrega de indicaciones claras para facilitar su colaboración, el monitoreo permanente del estado de salud de la madre y el bebé y la solicitud de colaboración concreta del acompañante. Se indica además que la profesional que

acompañía debe tener una actitud positiva hacia un acompañamiento sensible de la mujer en este momento del proceso, ya que disminuye el estrés asociado y actúa como facilitador, en tanto el trato afectivo constituye un recurso de regulación del estrés en la mujer.

Respecto de la relación con los otros profesionales y/o técnicos del equipo de parto, la profesional indica la necesidad de propiciar un trabajo colaborativo, respetando el rol de cada uno de los funcionarios en el proceso, lo cual implica que cada uno tenga claro los límites de su actuar.

Respecto al apego precoz, como momento posterior al parto, el rol principal consiste en propiciar el contacto inicial piel a piel entre la madre y su recién nacido, resguardar la confortabilidad de las condiciones ambientales de recepción y cuidado del recién nacido y detectar condiciones del recién nacido que sean de riesgo con objeto de derivarlo a urgencia neonatal; a la vez se señala como importante incorporar al padre en este contacto inicial promotor de un apego sensorial exitoso con el recién nacido. Asimismo, señalan como importante la evaluación de la evolución de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento del bebé y de la recuperación de la madre posterior al parto. Respecto de la lactancia, se destaca la necesidad de promover la lactancia materna a través de la entrega de indicaciones para que la lactancia sea exitosa, comprendiendo que el puerperio es un momento agotador en la relación madre-hijo/a. También este rol implica promover la inclusión del acompañante en la educación sobre la lactancia.

Finalmente, se establece la necesidad de tener una relación cercana con la mujer en los controles del puerperio, una relación contenedora y se valora el ejercicio del rol profesional en atención primaria por ser una instancia que permite una mayor cercanía con la mujer, con un seguimiento de ésta en el tiempo. Este tipo de relación en donde la cercanía juega un rol fundamental, se ve reforzada por el disfrute de la profesión, que se asocia a un mejor trato hacia la mujer.

**El objetivo específico dos de la investigación fue identificar experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen mujeres que han vivido un proceso de parto, para responder a la pregunta de investigación: ¿Qué experiencias respecto de la violencia obstétrica tienen mujeres que han vivido un proceso de parto?**

Previo a la atención prenatal, surge en los resultados una reacción negativa en ambas mujeres frente a la noticia de embarazo, la cual incluye negación, sentimientos de angustia y soledad, rabia hacia la pareja y miedo a develar situación de embarazo a la familia. Además, se hace mención a la reacción familiar frente a la noticia de embarazo, donde se observa el contraste que existe cuando ésta es positiva y existe apoyo, lo que permite llevar el embarazo de mejor forma, frente a una dificultad familiar para asumir la condición de embarazo, lo que genera en la mujer sentimientos de tristeza, soledad y angustia. En este sentido, se hace presente la necesidad de realizar un trabajo previo con familias en relación a la situación de embarazo en jóvenes, ya que para que este proceso sea llevado por las mujeres de una forma más sana necesitan el apoyo de las personas más cercanas

en su entorno social para evitar la aparición de sentimientos negativos como sucedió con una de las mujeres participantes de la investigación.

En relación a la atención prenatal, desde el Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo (MINSAL, 2008), se hace mención al hecho que es necesario durante el ingreso en primer control, llevar a cabo una evaluación con el fin de detectar si es un embarazo de “bajo riesgo” o necesita de alguna atención especial de parte de profesionales de salud, frente a lo cual queda en evidencia el tardío diagnóstico de alto riesgo obstétrico de una de las mujeres (1) a las 37 semanas de gestación. A partir de los resultados obtenidos, se puede efectuar un contraste en relación a lo que es percibido por las mujeres como positivo en la atención y trato y lo que sería percibido como negativo. En cuanto a lo que es percibido como positivo por ambas mujeres se encuentra la entrega de información sobre el estado de salud de la mujer y del bebé, la actitud positiva de inclusión del acompañante, la cual está presente en el Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo (2008) y la respuesta a dudas e inquietudes tanto de la mujer como del acompañante respecto al proceso gestacional. En relación a lo que es percibido como negativo en la atención y trato en atención prenatal, se encuentra la falta de información sobre el período gestacional, la falta de información respecto a procedimientos obstétricos, trato impersonal y poco acogedor y controles insuficientes.

Dentro de la atención prenatal, se incluye control ecográfico de la mujer 1 realizada en el hospital, donde se refiere la existencia de trato restrictivo frente a la participación del acompañante, debido a una inicial prohibición de ingreso de éste y luego una limitación demarcada de contacto entre el acompañante con la mujer y profesional en la sala. Ante esta situación, queda en evidencia la violación a la Ley de salud 20.584, (2012), donde aparece explícito el derecho de los/as usuarios/as de centros de salud a ser acompañados/as durante su atención y los funcionarios/as deben velar por el cumplimiento de esto.

Como aspecto positivo dentro de la educación prenatal, se encuentra la realización de talleres prenatales con el fin de educar a las gestantes, donde por parte de ambas mujeres se menciona una percepción positiva de éstos. Sin embargo, se sugiere que la educación entregada en estos talleres sea más realista y se logre una preparación real para que las mujeres enfrenten su proceso de parto en el hospital una vez que llegue el momento y tengan el conocimiento necesario de lo que ocurre. Además, como sugerencia, en los talleres prenatales debería darse información a las mujeres sobre los derechos y deberes que tienen como usuarias del centro de salud en el momento de su atención, ya que quedó expresado a través de las mujeres participantes de la investigación que en muchos momentos estuvieron desinformadas de lo que ocurría con su proceso de parto y sobre el estado de salud de ellas y de sus hijos.

Dentro del “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (MINSAL, 2008), no se encuentra contemplada la atención en la unidad de urgencia maternal, sin

embargo en el relato de una de las mujeres (1) surge como importante dentro de su experiencia gestacional. Por parte de los profesionales quedan en evidencia malos tratos hacia la mujer consultante, destacando una inconsistencia entre profesionales sobre el diagnóstico de alto riesgo obstétrico, además de un trato minimizante por parte de funcionarios hacia la mujer, el nulo resguardo a la privacidad de ésta junto a una falta de preparación para procedimientos con un trato represivo y poco acogedor. Estas prácticas generan en la mujer sentimientos de indefensión, angustia frente a procedimientos (tacto vaginal) y miedo intenso a posible daño del feto. Además, las prácticas mencionadas se contrastan con lo mencionado por Bellón (2015), donde profesionales de salud obtienen una posición privilegiada respecto a el/la paciente, apropiándose del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, generando una relación asimétrica con ellas.

Dentro de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” (2007) de Venezuela, uno de los actos constitutivos de violencia obstétrica es “no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas”, lo cual estuvo presente en la experiencia de una de las mujeres (1), ya que asistió en reiteradas ocasiones a la unidad de urgencia maternal por complicaciones debido a su tardío diagnóstico de alto riesgo obstétrico, frente a lo cual no obtiene una atención eficaz que resolviera su molestia y dolor físico permanente.

Dentro del trabajo de parto, existe un contraste entre lo que dictamina el Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo (MINSAL, 2008) con las prácticas y trato ocurridos en los relatos de las mujeres participantes por parte de los funcionarios de salud que las atendieron. En el manual, se expresa como objetivo de los funcionarios de salud durante el trabajo de parto el acoger y brindar apoyo psicológico y emocional a la mujer y el acompañante, junto a la entrega de información y orientaciones en todo momento respecto a la evolución del proceso, evitando lo máximo posible medicalizaciones innecesarias. En el caso de las mujeres participantes, una de ellas (mujer 1) conceptualiza al período de trabajo de parto como una “vivencia traumática” ya que por parte de los funcionarios recibió un trato devaluador a nivel psicológico, físico y negligencias, donde hubo expresiones de descalificación hacia ella, invalidando su experiencia de dolor y culpabilizándola por lo que estaba viviendo, además de maltrato físico (bofetada) y maltrato verbal (burla) desde una funcionaria. Además, se menciona la inconsistencia entre profesionales respecto de la inclusión del acompañante, ya que fue incluido en primera instancia, y posteriormente tuvo que retirarse del recinto por petición de un funcionario, para luego reincorporarlo tardíamente, lo cual no tiene coherencia frente al discurso de las profesionales de salud participantes de la investigación, las cuales mencionaron la inclusión del acompañante como algo fundamental. Además, en Chile la Ley 20.584 (2012), establece como derecho de los/as pacientes el permanecer con un/a acompañante, por lo que debiera resguardarse el que ocurra.

Cabe mencionar, que durante el momento del ingreso a la unidad de urgencia maternal, se le da a la mujer 2 la facultad para decidir respecto al uso de anestesia y posteriormente

sobre el suero a través de consentimiento informado, lo cual es considerado como una práctica positiva donde se hace eficaz el derecho a autonomía de la mujer en su atención de salud (Ley 20.584, 2012). Contrario a esto, otra funcionaria se refiere a la decisión de la mujer a través comentarios frente a ella utilizando lenguaje inadecuado, tal como queda expresado en la siguiente expresión extraída de su relato: “*esta chiquilla no quiso nada, ni anestesia, ni suero, ni una cosa y así animal no más*” (Mujer 2).

En relación a las vivencias de las mujeres frente a estos actos, se producen sentimientos de soledad, sentimientos de indefensión/vulnerabilidad, angustia, sentimientos de abandono por parte de funcionarios, miedo permanente, sentimientos de invisibilización del dolor físico asociado al parto, sentimientos de exposición frente a funcionarios y temor a la pérdida del bebé. Además, en el caso particular de la mujer 2, surgen sentimientos de temor asociado a vivencias de pares que experimentaron maltrato durante parto y parto por lo que tuvo necesidad de reprimir toda expresión de dolor. Estas experiencias de las mujeres participantes, concuerdan con lo que mencionan Acosta, Díaz y García (2011), los cuales indican como efectos negativos en la experiencia de parto de mujeres que han sufrido violencia obstétrica las vivencias intensas de dolor físico, incomodidad y preocupación. Además, concuerda con lo expuesto en la investigación realizada por Giraldo, González y Henao (2015), donde se estudió la experiencia de mujeres que han vivido un proceso de parto y surgió como resultado la presencia de síntomas desagradables (sensaciones negativas como miedo, ansiedad y dolor físico) y la vivencia de soledad durante el proceso.

Cabe señalar que se desprende que ser joven y encontrarse viviendo un proceso de parto es un factor de riesgo ante la violencia obstétrica, debido al nulo conocimiento que los funcionarios de salud creen que tienen las mujeres jóvenes frente a los procesos de parto.

Respecto al parto, en general, por parte de ambas mujeres hubo una vivencia positiva, teniendo una percepción positiva del trato recibido durante el parto por los profesionales de salud presentes en el momento que fue humano. Dentro de las prácticas consideradas como positivas se encuentra la entrega de información asociada a procedimientos, la validación de la sensación de dolor en el parto y el trato contenedor y amoroso. Sin embargo, por motivos de la vivencia considerada como traumática anterior, es que persiste en la mujer 1 la ansiedad y preocupación durante este período. En el caso de la mujer 2, se hace mención de la posición supina en el parto como incómoda y poco beneficiosa para ella, lo cual no concuerda con una de las recomendaciones de la OMS (1985) donde se recomienda que la mujer no esté ubicada en posición dorsal de litotomía durante el período de dilatación y expulsión.

Una vez que ocurre el nacimiento y acaba la etapa de parto, se refiere por parte de ambas mujeres una desaparición del dolor físico, lo que concuerda con los resultados del estudio realizado en Colombia sobre experiencias de mujeres que han vivido un proceso de parto (Giraldo, González y Henao, 2015), donde surge una desaparición del dolor físico una vez

ocurrido el nacimiento del bebé, donde las madres justifican de cierto modo los sucesos ocurridos durante el trabajo de parto y parto.

Durante el momento de apego precoz, se creó un ambiente íntimo dentro de lo posible entre la mujer, su hijo/a y acompañante en ambos casos, compartiendo sentimientos positivos y la percepción del fortalecimiento de la relación entre ellas y sus parejas. El rol del funcionario/a en ese momento fue acorde a la situación, dejando un espacio para el apego. Según las experiencias de las mujeres participantes, el rol del funcionario/a en ese momento fue adecuado ya que ocurrió lo que se indica en el Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo (MINSAL, 2008), debido a que se favoreció el primer contacto físico y psicológico en la relación madre-hijo-acompañante y se apoyó a la mujer y su pareja en el inicio de la crianza

Durante el postparto, ambas mujeres tuvieron consecuencias en relación al procedimiento de episiotomía realizado en el parto, el cual les afectó en su vida cotidiana, en la relación con sus parejas y, en un comienzo, en su adaptación con sus hijos por las dolencias asociadas a este procedimiento. La episiotomía aparece dentro de las recomendaciones de la OMS (1985), donde se indica que durante el parto, los profesionales deben resguardar el perineo siempre que sea posible pues no está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3: En relación a la tercera pregunta específica de investigación ¿Qué experiencias respecto de la violencia obstétrica tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto?**, se considera el concepto crítico “experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto”, sobre el cual surgieron diversas categorías divididas empíricamente a través de varias etapas correspondientes a un proceso de parto, las cuales fueron extraídas del documento “Manual de atención personalizada durante el proceso reproductivo” (MINSAL, 2008).

Previamente a la etapa de atención prenatal, aparece en los resultados una reacción inicial de los acompañantes frente a la noticia de embarazo, categoría en la que incluye reacciones emocionales como preocupación, desconcierto y temor de ellos frente a esta nueva situación, realizando actos de contención y también es presente el miedo a la reacción de la familia de su pareja al momento de expresar esta noticia. Otra categoría a mencionar es la relación del acompañante con su pareja embarazada, la cual es mayormente positiva en ambos participantes, donde se desprende el trato amoroso, la compañía en todo el proceso gestacional y un trabajo en conjunto vinculado a la búsqueda de información sobre el embarazo. Es relevante mencionar que la condición de embarazo generó un cambio en la relación de pareja en uno de los participantes, debido a que anteriormente a la noticia de embarazo esta relación se caracterizaba por ser un tanto limitada asociada a la actitud de la familia de la mujer, la cual ejercía prácticas aprensivas hacia ella coartando la posibilidad de verse y contactarse con su pareja. Por lo cual, luego



de que la familia se entera del embarazo, ésta otorga una mayor libertad a la mujer para estar su pareja durante el proceso de gestación, produciéndose además una asimilación paulatina del embarazo entre ambos.

Siguiendo con la primera etapa establecida denominada atención prenatal, se distinguen diferencias en cuanto a la asistencia y participación de los acompañantes a los controles médicos correspondientes a la etapa mencionada. En el acompañante 1 surge la asistencia a estos controles prenatales, sin embargo, no participa activamente en ellos, donde él desde un rol mayormente observador de lo que ahí ocurre, rescata una preocupación por parte del profesional de la salud (matrona) que atendió a su pareja, acerca del proceso de desarrollo del bebé. Por otro lado, el acompañante 2 no asiste a los controles junto con su pareja debido a motivos de trabajo, produciéndose una preocupación constante respecto de las personas que acompañarían a su pareja respecto de su ausencia. Este hecho de no asistir a los controles médicos, genera en él sentimiento de culpa asociado a la percepción de fallarle a su pareja en esta situación.

En base a los resultados expuestos, aparece una nueva categoría la cual no fue contemplada previamente en la división empírica de las experiencias de los y las participantes para el desarrollo de la investigación, categoría que corresponde a la atención recibida por una de las mujeres participantes, la cual vivió un embarazo de alto riesgo (A.R.O), por lo cual se añadió posteriormente y se denomina como atención de urgencia maternal.

Dentro de esta categoría, emerge desde el acompañante 1 la constante compañía brindada a su pareja cuando ésta acudía a la unidad de urgencia maternal, donde el acompañante proveía mayormente apoyo psicológico a la mujer, conceptualizado por él como “dar ánimo” junto con mantener una actitud de tranquilidad durante esos momentos con el fin de no alterar significativamente el estado emocional de ella. Además el participante expresa sentimientos de tristeza debido a esta situación de asistencia a la atención de urgencia maternal. (violencia obstétrica).

La siguiente etapa contemplada en el proceso de parto corresponde a la atención del trabajo de parto y parto fisiológico, la cual se subdivide en manejo del parto fisiológico (trabajo de parto), asistencia del parto fisiológico y apego precoz. Respecto del manejo del trabajo fisiológico, el acompañante 1 menciona que no existió mayor interacción entre él y los profesionales de la salud. En cuanto al acompañante 2, indica que existió atención tardía por parte de los/as funcionarios/as a su pareja, en donde él demandaba la realización de revisión médica debido a que su pareja experimentaba dolencias en el trabajo de parto, provocando en él temor a complicaciones de salud en el proceso de parto de la mujer. Sobre la atención y la relación en ambos acompañantes con los profesionales de la salud, se contrasta con lo expuesto en el Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo (MINSAL, 2008), en que la matrona junto con otros funcionarios debe brindar acompañamiento permanentemente a la mujer y su acompañante, además de estimular el rol protagónico de la pareja.

Luego del trabajo de parto se encuentra la asistencia del parto fisiológico, desde el cual se extraen como categorías el apoyo hacia sus parejas por parte de ambos acompañantes,

en donde también surge un fuerte impacto emocional en el caso del acompañante 1, asociado al dolor físico observado en su pareja durante el trabajo de parto y parto, mientras que en el acompañante 2 expresó ansiedad por ver a su hijo nacer. En relación a las relaciones entre los acompañantes y los/as funcionarios/as de salud, se destaca en el acompañante 2 una interacción caracterizada por la entrega de información respecto de algunos procedimientos con la finalidad de cooperar en el trabajo de parto y parto, además de entrega de indumentaria física adecuada para participar en el parto. Sobre el acompañante 1 aparece una nula interacción con los funcionarios y funcionarias de salud durante este momento. La experiencia con el/a funcionario/a del acompañante 2, aparece en el Manual de Atención personalizada en el proceso reproductivo (MINSAL, 2008), a diferencia del acompañante 1 en el cual estas acciones no aparecen en esta etapa.

Finalmente se encuentra la etapa de apego precoz, en donde aparecen experiencias positivas en este momento por ambos acompañantes, desde donde surge conexión emocional, contacto físico, y en el acompañante 1 una actitud contemplativa frente a su hijo. También está presente un trato amoroso de los acompañantes hacia sus parejas, sensación de relax y sentimientos de alegría compartidos. Sobre la relación con los funcionarios y funcionarias existe una interacción entre ellos y los profesionales, asociada a la realización de procedimientos técnicos propios de esta etapa.

La próxima categoría correspondiente al proceso de parto es la atención integral durante el post parto, la cual se subdivide en puerperio y post parto.

Durante estas etapas se destacan la necesidad de contacto con su hijo/a, impaciencia, preocupación por acompañar a su pareja en estos momentos, junto con una percepción positiva de la relación de pareja entre ambos, sentimientos de protección y cuidado constante a su hijo, compañía en los respectivos controles de salud, apoyo mutuo entre la pareja. Respecto de la relación que establecen los acompañantes con los/as funcionarios/as de salud se destaca una interacción caracterizada por responder consultas de él hacia estos/as funcionarios/as.

En general, los acompañantes no identificaron experiencias respecto de la violencia obstétrica en la que sus parejas fueron las afectadas. Sin embargo, es relevante mencionar la categoría transversal a todas las etapas consistente en el apoyo y acompañamiento continuo por parte de los acompañantes hacia sus parejas, caracterizada por brindar apoyo de tipo psicológico y emocional, validar las experiencias de dolor de las mujeres, demandando inmediatamente atención a los funcionarios y funcionarias de salud, realizar contención cuando su pareja lo requería, entre otras manifestaciones. Así como se mencionó en el primer objetivo de la investigación los roles de los profesionales de la salud, el acompañante de cada mujer participante ejerció un rol mayormente positivo, realizando acciones que están ya prescritas para los funcionarios y funcionarias de salud respecto de cómo atender a las mujeres gestantes.

## VIII. Referencias.

- Aguirre, A. (1995). *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Aleuanlli, C., Carmona, S., Carrasco, B., Erazo, M., Erij, D., Ide, R., Opazo, D., Pastén, J., Preisler, J., Salinas, H., Sepúlveda, P., Sougarret, A. y Vásquez, M. (2006). Indicadores de calidad de asistencia en obstetricia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71, (2), 114-120.
- Andrade, M., De Carvalho, C., Luzia. y Soares de Lima, S. (2009). Teoría Fundamentada en los datos – aspectos conceptuales y operacionales: Metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Revista Latino – am enfermagem*, 17, (4).
- Araya, V., Alfaro, M. y Andonegui, M. (2007). Constructivismo: Orígenes y perspectivas. *Laurus*. 13, (4), pp. 76-92. Extraído de <http://www.redalyc.org/pdf/761/76111485004.pdf>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos intercambio sobre Centroamérica y el caribe*, 11, (1), 145- 169.
- Averburg, K. y Martinez, B. (2014). Experiencias e interpretación en performances rituales (Iruya y El Cajon, Noroeste Argentina. *Cuadernos de antropología social*, (39).
- Arantzamendi, M., Gordo, C., López – Dicastillo, O. y Vivar, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa de Enfermería, 17, (4).
- Barreto, C., Gutiérrez, L., Moreno, C., y Pinilla, B. (2006). Límites del constructivismo pedagógico. *Educación y educadores*, 9, (1), 12- 31.
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista biomédica/UNESCO*. 1, (7), 25-34.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica, (18), 93- 111.

- Berzaín, M., y Camacho, L. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(2), 53-57.
- Cabrera, J. (2003). Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: Renacer del parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(1), 65-67.
- Campo-Redondo, M. y Labarca, C. (2009). La Teoría Fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Revista Opción*, 60, 41-54.
- Carrero, V., Soriano, R. y Trinidad, A. (2012). *Teoría Fundamentada Grounded Theory El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Carvajal, L. y Hernando, M. (2015). Proyecto de ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el post parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica. Número Boletín 9902-11.
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista conamed*, 19, (1), 37-42.
- Chile, Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud. (2010). Revisión del parto personalizado: Herramientas y experiencias en Chile. Extraído de <http://www.crececontigo.gob.cl/2010/novedades/re-vision-del-parto-personalizado-herramientas-y-experiencias-en-chile/>
- Chile, Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2016). Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016. Extraído de <http://www.indh.cl/informe-anual-situacion-de-los-derechos-humanos-en-chile-2016>
- Chile, Ministerio de Salud (2015). Guía Perinatal. Extraído de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL\\_2015\\_%20PARA%20PUBLICAR.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf)
- Chile, Ministerio de Salud (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Extraído de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
- Corbin, J. y Strauss, A. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Cornejo, M. y Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*. 10, (2), 12-34.
- Cruz, S., Jaurés, P., Leiva, I., Ruiz, C. y Troncoso, P. (2015). El discurso de la violencia obstétrica en Chile. Taller de metodologías cualitativas innovadoras en investigación psicosocial. Universidad de Chile, Santiago.
- Cubero, R. (2005). Elementos básicos para un constructivismo social. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 23, p. 43 – 61.
- Díaz, R. (1997). La vivencia en circulación: Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 7, (13): 5-15.
- Donoso S., Enrique. (2004). EDITORIAL. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(3), 195-196.
- Ernest, P. (1994). Variedades de constructivismo: sus metáforas, epistemologías, e implicaciones pedagógicas. *Hiroshima Journal of mathematics education*. 1-14.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar los datos cualitativos?. Extraído en <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- García- Jordá, D., Díaz-Bernal, Z., y Acosta, M. (2011). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista cubana de salud pública*, 39, (4), 1893- 1902.
- Giraldo, I., González, M. y Henao, P. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Avances en Enfermería*, 33, (2), 271-281.
- González, T. y Cano, A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). Extraído de <http://web2014.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf>.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista iberoamericana de educación*, (29), 85-103.

- Grupo de información en reproducción elegida. (2015). Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos. Extraído de <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). "Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa". En Denman, C. y J. A. Haro (comps.) Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El colegio de sonora. Hermosillo, Sonora. Pp. 113 – 145.
- Hernández, Fernández y Baptista (2010). Metodología de la Investigación, 5ta. Ed. México: McGrawHill.
- Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Atención Primaria, 23, (8), 496-502.
- Jones, D., Manzelli, H. y Pecheny, M. (2004). Grounded Theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. Revista Cinta de Moebio 19: 38- 54.
- Ley N° 20. 584. (2012). Ley de derechos y deberes del paciente. Extraído de <http://web.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>
- Ley N° 26.485. (2009). Ley de protección integral de las mujeres. Extraído de [https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007). Extraído de [http://venezuela.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Ley\\_mujer%20\(1\)\\_0.pdf](http://venezuela.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Ley_mujer%20(1)_0.pdf)
- Ley N°25.929. (2004). Ley de parto humanizado de derechos de los padres e hijos durante el Proceso de Nacimiento. Extraído de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. Revista Silogismo, Más que conceptos. 8, (1).
- Medina, G. (2009). Artículos publicados. Extraído de <http://www.graciamedina.com/articulos-publicados/?start=48>.
- Mora, H. (2004). Criterios de validez y triangulación en la investigación social "Cualitativa"- una aproximación desde el paradigma naturalista-.

- Organización mundial de la salud. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el parto y el nacimiento. Extraído de <http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>
- OVO Chile (2015). Quiénes somos. Extraído de <http://ovochile.cl/quienes-somos/> 28 de diciembre de 2015.
- Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el post parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica. (2015). Boletín N° 9902-11. Extraído de <http://ovochile.cl/category/biblioteca-virtual/>
- Quintana, A. y Montgomery, W. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM.
- Roffler, E. (2011). Ley de la Provincia de Buenos Aires N°12.569 de Violencia Familiar. Decreto reglamentario 2.875/05. Ley Nacional N°26.485 de Protección Integral de las Mujeres. Decreto reglamentario 1011/10. Argentina: Dirección General de Coordinación de Políticas de Género
- Ramallo, M. y Roussos, A. (2008). Lo cualitativo, un modelo para la comprensión de los métodos de investigación. Documento de Trabajo N° 216, Universidad de Belgrano. 4-17.
- Raymond, E. (2005). La Teorización Anclada (Grounded Theory) como Método de Investigación en Ciencias Sociales: en la encrucijada de dos paradigmas. Revista Cinta Moebio 23: 217-227.
- Retamozo, M. (2012). Constructivismo: Epistemología y Metodología en las ciencias sociales. En Tratado de metodología de las ciencias sociales: Perspectivas actuales. DF (México): Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Ruiz, J. (2012) Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz, J. (2003) Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sadler, M., y Leiva, G. (2016). Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. En, Cabieses B. et al. (editores), Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la

comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Pp. 61-77.

Salinero, J. (2013). El concepto foucaultiano de experiencia en la filosofía con niños. Extraído de <http://jornadasfilo.fahce.unlp.edu.ar/ix-jornadas/actas-2013/a79.pdf>

Sau, V. (2004). Psicología y Feminismo (S). En Barberá, E. y Benlloch, I. (coord.), Psicología y Género. Pp. 111. Madrid: Pearson Educación, S.A.

Serrano, J. y Pons, R. (2011). El constructivismo hoy: Enfoques constructivistas en educación. Revista Electrónica de investigación Educativa, 13, (1).

Souza, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colectiva, 6, (3).

Suarez, E. y Oyarzun, E. (2007). Atención del parto y reforma de la salud. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 72, (3), 137- 138.

Taylor, S. y Bogdan, R. (2013). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.

Valdés, C., Palavecino, N., Pantoja, L., Ortiz, J. y Bina, L. (2016). Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. Matronas profesión. 17, (2), pp. 62-69.

Valenzuela, M., Uribe, C. y Contreras, A. (2011). Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. Index de Enfermería, 20(4), 243-247.

Valles, M. (2007). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis.

Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Revista CONAMED, 15, (3): 147-151.

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.

Zupiria, X. (s.f). Teoría del Rol: Rol profesional. Extraído de <http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/liburuak/relacion/2.pdf>



VII. ANEXOS.

## Anexo 1.



## Consentimiento informado



En el presente documento se explicitan aspectos relevantes de la investigación denominada: “Violencia Obstétrica: una mirada integrada a los procesos de parto”. El objetivo general de este estudio, es conocer la construcción de la violencia obstétrica desde el punto de vista de mujeres que han vivido un parto y las personas involucradas en el proceso (funcionarios del equipo de salud y acompañantes de las mujeres). Esta investigación será realizada por Casandra Chamorro Castillo y Amanda Ramírez Fuentes, estudiantes de quinto año de la carrera de Psicología de la Universidad del Bío-Bío.

La información se recolectará a través de entrevistas y observación de tipo no participante. Los datos que se desprendan de las entrevistas y las observaciones a realizar serán utilizados netamente con fines investigativos (comunicación de resultados y conclusiones en publicación en revista de especialidad). Sin embargo, se resguardará el anonimato de los y las participantes y se cautelará que la investigación no constituya algún peligro para la integridad y seguridad física de ellos y ellas. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, por lo cual usted decide si participa o no del estudio y además tiene derecho a retirarse del proceso investigativo en cualquier momento en que usted lo estime conveniente, no generando esto ningún tipo de perjuicio hacia su persona.

Los beneficios de la participación en este estudio se relacionan con la mayor visibilización de la problemática de la violencia obstétrica, con el fin de sensibilizar a quienes tengan interés en esta temática respecto de sus expresiones y alcances. Por otra parte, la producción de conocimiento respecto de este problema de investigación, podría constituir un aporte para visualizar y/o proponer nuevas formas de abordaje humanizado de los procesos de parto.

Se espera que los y las participantes contribuyan participando de:

1. Entrevistas en profundidad, que se realizarán para dar respuesta a dos objetivos específicos de esta investigación:
  - Identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen mujeres que han vivido un proceso de parto.
  - Identificar las experiencias respecto de la violencia obstétrica que tienen personas significativas para las mujeres que han vivido un proceso de parto.
2. Entrevistas semiestructuradas, que serán llevadas a cabo para dar respuesta al objetivo específico de caracterizar el rol que tienen diversos funcionarios y funcionarias de salud en la construcción de la violencia obstétrica.

Para registrar la información relativa al proceso de investigación, se solicita autorizar la grabación íntegra de las entrevistas mediante el uso de grabadora digital. Asimismo, se llevará a cabo un registro del proceso de investigación, mediante la utilización de una bitácora de investigación. Finalmente, los y las participantes podrán tener acceso a la devolución/comunicación de los resultados de la presente investigación.

Considerando todo lo anterior, se sugiere realizar consultas a las investigadoras, cuyos datos se exponen a continuación:

Casandra Chamorro Castillo  
 Teléfono: 992904679  
 E-mail: [casandra21def@gmail.com](mailto:casandra21def@gmail.com)

Universidad del Bío-Bío, sede Chillán

Amanda Ramírez Fuentes

Teléfono: 951584693

E-mail: [amanda.ramirezfuentes@gmail.com](mailto:amanda.ramirezfuentes@gmail.com)

Universidad del Bío-Bío, sede Chillán

Declaro que mi participación en esta investigación es voluntaria y que conozco y comprendo en qué consiste este trabajo y mi rol dentro de éste. Además, aclaro que mi participación no está influenciada por alguna forma de relación personal que mantenga con una o ambas investigadoras.

-----  
Firma participante

CHILLÁN.....

Anexo 2

**Pauta de entrevista para funcionarios de salud**

**1) Atención prenatal (embarazo)**

¿Qué rol desempeñó o desempeña usted como funcionario de salud en la atención prenatal de mujeres embarazadas?

**2) Atención del trabajo de parto y parto fisiológico:**

a) Cuando una mujer ingresa a la unidad de urgencia de maternidad para el diagnóstico del trabajo de parto:

¿Qué hace usted en ese momento? (desde su rol de funcionaria de salud participante del proceso)

**Conductas/interacciones:**

¿Qué hace en su relación con una mujer en el diagnóstico de trabajo de parto? ¿Qué ocurre en ese momento?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer en el diagnóstico de trabajo de parto?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios participantes de este momento del proceso?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en el diagnóstico de trabajo de parto?

b) Cuando una mujer se encuentra en trabajo de parto:

¿Qué hace usted en ese momento? (desde su rol de funcionaria de salud participante del proceso)

**Conductas/interacciones:**

¿Qué hace en su relación con una mujer en el trabajo de parto? ¿Qué ocurre en ese momento?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer durante el trabajo de parto?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios participantes en el trabajo de parto?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en el trabajo de parto?

c) Cuando una mujer tiene su parto:

¿Qué hace usted en ese momento? (desde su rol de funcionaria de salud participante del proceso)

**Conductas/interacciones:**

¿Qué hace en su relación con una mujer en el parto? ¿Qué ocurre en ese momento?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer durante el parto?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios participantes en el parto?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en el parto?

d) Cuando luego del parto, una mujer puede estar con su hijo/a (apego precoz)

¿Qué hace usted en ese momento? (desde su rol de funcionaria de salud participante del proceso)

Conductas/interacciones:

¿Qué hace en su relación con una mujer cuando después del parto puede estar con su hijo/a?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer cuando después del parto puede estar con su hijo/a?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios participantes en el momento en que la mujer puede estar con su hijo/a después del parto?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en el momento después del parto, cuando ella puede estar con su hijo/a?

**3) Atención integral durante el postparto:**

**Puerperio inmediato (primeras 24 horas)**

a) Después del parto:

¿Qué hace usted en el periodo de las primeras 24 horas luego del parto? (enmarcado en su rol profesional de la salud)

Conductas/interacciones:

¿Qué hace en su relación con una mujer en el período de las primeras 24 horas post parto? ¿Qué ocurre en ese período?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer en el período de las primeras 24 horas post-parto?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios en el período de las primeras 24 horas post-parto?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en el período de las primeras 24 horas post-parto?

**Puerperio mediato (segundo hasta décimo día posterior al parto)**

¿Qué hace usted en el periodo del segundo hasta el décimo día posterior al parto? (enmarcado en su rol profesional de la salud)

Conductas/interacciones:

¿Qué hace en su relación con una mujer en ese período?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer en ese período?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios en el ese período?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en ese periodo?

**Puerperio tardío (Día diez hasta cuarenta cinco días posteriores al parto)**

¿Qué hace usted en el periodo del segundo hasta el décimo día posterior al parto? (enmarcado en su rol profesional de la salud)

Conductas/interacciones:

¿Qué hace en su relación con una mujer en ese período?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer en ese período?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios en el ese período?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en ese periodo?

**Postparto**

¿Qué hace usted en el periodo del año posterior al parto? (enmarcado en su rol profesional de la salud)

**Conductas/interacciones:**

¿Qué hace en su relación con una mujer en ese período?

¿Qué hace en su relación con el acompañante de una mujer en ese período?

¿Qué hacen con otros profesionales o funcionarios en el ese período?

¿Qué piensa y siente en su relación con la mujer, acompañante y otros funcionarios participantes en ese periodo?

## Anexo 3

### Pauta de entrevista a mujeres

#### **Embarazo**

a) Cuando usted quedó embarazada:

##### Experiencia:

¿Qué ocurrió?

¿Cómo vivió el embarazo?

¿Qué se imaginó? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo? (esquemas conductuales)

¿Cómo se relacionó con su acompañante durante el embarazo? ¿Qué sintió en la relación durante el embarazo?, ¿Qué hizo con su acompañante durante el embarazo?

b) Durante el embarazo hay momentos en donde usted debe asistir a controles con diversos funcionarios de salud relacionados con su salud y la de su bebé:

##### Experiencia:

¿Cómo vivió usted los controles que tuvo con los funcionarios de salud?

¿Cómo imaginaba esos controles? (esquemas cognitivos)

¿Cómo se sintió durante esos controles? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo durante ese controles? (esquemas conductuales)

##### Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y los funcionarios/as de salud que participaron en los controles durante su embarazo?

¿Cómo vivió los controles de atención prenatal junto a su acompañante? cuando estuvo con su acompañante?

¿Que se imaginó?

¿Qué sintió?

¿Qué hizo?

c) Durante el periodo de embarazo, en atención primaria se realizan diversos talleres de educación prenatal:

##### Experiencia:

¿Qué ocurrió en los talleres de educación prenatal en los cuales participó? ¿Cómo vivió usted esos talleres?

¿Cómo se imaginaba usted esos talleres? (esquemas cognitivos)

¿Cómo se sintió usted en esos talleres? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en esos talleres? (esquemas conductuales)

##### Interacciones/relaciones:

¿Cómo vivió los talleres de educación prenatal con su acompañante?

¿Qué se imaginó? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo? (esquemas conductuales)

¿Cómo fue la relación de usted con los profesionales que dictaron los talleres de educación prenatal?

¿Cómo fue la relación de su acompañante con los profesionales que dictaron los talleres de educación prenatal?

**-Atención del trabajo de parto y parto fisiológico:**

e) Cuando usted ingresó a la unidad de urgencia de maternidad en la institución de salud respectiva para el diagnóstico del trabajo de parto:

Experiencia:

¿Qué ocurrió? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba ese momento? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en ese momento? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese momento? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y los funcionarios de salud que la atendieron en ese momento?

¿Cómo fue la relación entre usted y su acompañante en ese momento?

¿Cómo fue la relación entre su acompañante y los funcionarios de salud que la atendieron en el momento de ingreso a la unidad de urgencia del centro de salud?

f) Cuando usted se encontraba en trabajo de parto:

Experiencia:

¿Qué ocurrió en ese momento? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted ese momento? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en ese momento? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo en ese momento? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y su acompañante durante el trabajo de parto?

¿Cómo fue la relación entre usted y los funcionarios de salud que participaron en el trabajo de parto?

¿Cómo fue la relación entre su acompañante y los funcionarios de salud que participaron en el trabajo de parto?

g) Cuando usted tuvo su parto:

Experiencia:

¿Qué ocurrió? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted el momento del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en el momento del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en el momento del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y su acompañante durante el parto?



¿Cómo fue la relación entre usted y los funcionarios de salud que participaron en el parto?

¿Cómo fue la relación entre su acompañante y los funcionarios de salud que participaron en el parto?

h) Cuando luego del parto, usted pudo estar con su hijo (apego precoz)

Experiencia:

¿Qué ocurrió? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted ese momento cuando estuvo con su hijo, después del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted cuando estuvo con su hijo, después del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted cuando estuvo con su hijo, después del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y su acompañante cuando estuvo con su hijo, después del parto?

¿Cómo fue la relación entre usted y los funcionarios de salud que estuvieron en ese momento?

¿Cómo fue la relación entre su acompañante y los funcionarios de salud que estuvieron en ese momento?

**Atención integral durante el postparto:**

**Puerperio inmediato (primeras 24 horas)**

b) Después del parto:

Experiencia:

¿Qué ocurrió en el periodo de las primeras 24 horas luego del parto?

¿Cómo se imaginaba usted ese momento? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en ese momento? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese momento? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación de usted con los funcionarios de salud que estuvieron en ese momento?

¿Cómo se relacionó usted con su acompañante en ese momento?

¿Cómo se relacionó su acompañante y los funcionarios de salud que estuvieron en ese momento?

**Puerperio mediato (segundo hasta décimo día posterior al parto)**

Experiencia:

¿Qué ocurrió entre el segundo y el décimo día después del parto? ¿Cómo vivió ese período?

¿Cómo se imaginó ese periodo del segundo y décimo día después del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted ese periodo del segundo y décimo día después del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted ese periodo del segundo y décimo día después del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo se relacionó usted con su acompañante en ese periodo entre el segundo y décimo día después del parto?

¿Cómo se relacionó usted con los funcionarios de salud que estuvieron durante ese periodo desde el segundo hasta el décimo día después del parto?

¿Cómo se relacionó su acompañante y los funcionarios de salud que estuvieron en ese periodo desde el segundo hasta el décimo día después del parto?

**Puerperio tardío (Día diez hasta cuarenta cinco días posteriores al parto)**

Experiencia:

¿Qué ocurrió en el periodo comprendido entre los primeros diez a cuarenta y cinco días después del parto? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días después del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días después al parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días después al parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo se relacionó usted con su acompañante en ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días posteriores al parto?

¿Cómo se relacionó usted con los funcionarios de salud que estuvieron durante ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días posteriores al parto?

¿Cómo se relacionó su acompañante y los funcionarios de salud que estuvieron en ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días posteriores al parto?

**Post parto (año después del parto)**

Experiencia:

¿Qué ocurrió durante el periodo del año luego del parto? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba ese periodo del año luego del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en ese periodo del año luego del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese periodo del año luego del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo se relacionó usted con su acompañante en ese periodo del primer año luego del parto?

¿Cómo se relacionó usted con los funcionarios de salud en ese periodo del primer año luego del parto?

¿Cómo se relacionó su acompañante y los funcionarios de salud en ese periodo del primer año luego del parto?

Anexo 4

Pauta de entrevista a acompañantes

**1) Atención prenatal:**

Cuando su pareja quedó embarazada:

Experiencia:

¿Qué ocurrió en ese periodo? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted el periodo de embarazo de su pareja? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted durante el periodo de embarazo de su pareja? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted durante el periodo de embarazo de su pareja? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación con su pareja durante el embarazo? (dentro de su rol como acompañante en ese periodo)

- d) Durante el embarazo, hay ocasiones en donde su pareja debe asistir a controles con diversos funcionarios de salud:

Experiencia:

¿A cuántos controles pudo asistir como acompañante de su pareja? ¿Con que funcionarios de salud fueron estos controles?

¿Qué ocurrió durante esos controles? ¿Cómo los vivió?

¿Cómo se imaginaba esos controles? (esquemas cognitivos)

¿Cómo se sintió durante esos controles? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo durante esos controles? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre su pareja y los funcionarios/as de salud que participaron en los controles prenatales?

¿Cómo fue la relación entre usted y los funcionarios/as de salud que participaron en los controles prenatales?

- e) Durante el periodo de embarazo, en atención primaria se realizan diversos talleres de educación prenatal:

Experiencia:

¿Qué ocurrió en los talleres de educación prenatal en los cuales participó como acompañante de su pareja?

¿Cómo se imaginaba usted esos talleres? (esquemas cognitivos)

¿Cómo se sintió usted en esos talleres? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en esos talleres? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación de usted con su pareja durante los talleres de educación prenatal?

¿Cómo fue la relación de usted como acompañante con los funcionarios de salud que dictaron los talleres de educación prenatal?

¿Cómo fue la relación de su pareja con los funcionarios de salud que dictaron los talleres de educación prenatal?

**Atención del trabajo de parto y parto fisiológico:**

- i) Cuando su pareja ingresó a la unidad de urgencia de maternidad en el centro de salud respectivo para el diagnóstico del trabajo de parto:

Experiencia:

¿Qué ocurrió? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba ese momento del ingreso de su pareja al centro de salud?  
(esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en ese momento del ingreso de su pareja al centro de salud?  
(esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese momento del ingreso de su pareja al centro de salud? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted como acompañante de su pareja y los funcionarios de salud que la atendieron en ese momento?

¿Cómo fue la relación entre usted como acompañante y su pareja en ese momento?

¿Cómo fue la relación entre su pareja y los funcionarios de salud que la atendieron en el momento de ingreso a la unidad de urgencia del centro de salud?

- j) Cuando su pareja se encontraba en trabajo de parto:

Experiencia:

¿Qué ocurrió? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted esa situación? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en esa situación? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo en esa situación? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y su pareja durante el trabajo de parto? ¿Qué pasó?

¿Cómo fue la relación entre usted como acompañante y los funcionarios de salud que participaron en el trabajo de parto?

¿Cómo fue la relación entre su pareja y los funcionarios de salud que participaron en el trabajo de parto?

- k) Cuando su pareja tuvo su parto:

Experiencia:

¿Qué ocurrió en el momento del parto? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted el momento del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en el momento del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en el momento del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y su pareja durante el parto?

¿Cómo fue la relación entre usted como acompañante y los funcionarios de salud que participaron en el parto?

¿Cómo fue la relación entre su pareja y los funcionarios de salud que participaron en el parto?

l) Cuando luego del parto, usted pudo estar con su hijo (apego precoz)

Experiencia:

¿Qué ocurrió? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted ese momento cuando estuvo con su hijo, inmediatamente después del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted cuando estuvo con su hijo, inmediatamente después del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted cuando estuvo con su hijo, inmediatamente después del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación entre usted y su pareja cuando estuvo con su hijo, inmediatamente después del parto?

¿Cómo fue la relación entre usted como acompañante y los funcionarios de salud que estuvieron en ese momento?

¿Cómo fue la relación entre su pareja y los funcionarios de salud que estuvieron en ese momento?

**Atención integral durante el postparto:**

**Puerperio inmediato (primeras 24 horas)**

Experiencia:

¿Qué ocurrió en el periodo de las primeras 24 horas luego del parto? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted en esas 24 horas luego del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en esas 24 horas luego del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en esas 24 horas luego del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación de usted con los funcionarios de salud que estuvieron durante esas 24 horas, luego del parto?

¿Cómo se relacionó usted como acompañante con su pareja durante esas 24 horas, luego del parto?

¿Cómo se relacionó su pareja y los funcionarios de salud que estuvieron en esas 24 horas, luego del parto?

**Puerperio mediato (segundo hasta décimo día posterior al parto)**

Experiencia:

¿Qué ocurrió entre el segundo y el décimo día después del parto? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginó ese periodo del segundo y décimo día después del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en ese periodo del segundo y décimo día después del parto?

(esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese periodo del segundo y décimo día después del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo fue la relación de usted con su pareja en ese periodo del segundo y décimo día después del parto?

¿Cómo se relacionó usted como acompañante con los funcionarios de salud que estuvieron durante ese periodo, desde el segundo hasta el décimo día después del parto?

¿Cómo se relacionó su pareja y los funcionarios de salud que estuvieron en ese periodo desde el segundo hasta el décimo día después del parto?

### **Puerperio tardío (Día diez hasta cuarenta cinco días posteriores al parto)**

Experiencia:

¿Qué ocurrió en el periodo comprendido entre los primeros diez a cuarenta y cinco días después del parto? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba usted ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días después del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días después al parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días después al parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo se relacionó usted como acompañante con su pareja en ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días posteriores al parto?

¿Cómo se relacionó usted como acompañante con los funcionarios de salud que estuvieron durante ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días posteriores al parto?

¿Cómo se relacionó su pareja y los funcionarios de salud que estuvieron en ese periodo desde los primeros diez a cuarenta y cinco días posteriores al parto?

### **Post-parto (año después del parto)**

Experiencia:

¿Qué ocurrió durante el periodo del año luego del parto? ¿Cómo lo vivió?

¿Cómo se imaginaba ese periodo del año luego del parto? (esquemas cognitivos)

¿Qué sintió usted en ese periodo del año luego del parto? (esquemas afectivos)

¿Qué hizo usted en ese periodo del año luego del parto? (esquemas conductuales)

Interacciones/relaciones:

¿Cómo se relacionó usted como acompañante con su pareja en ese periodo del primer año luego del parto?

¿Cómo se relacionó usted como acompañante con los funcionarios de salud en ese periodo del primer año luego del parto?

¿Cómo se relacionó su pareja y los funcionarios de salud en ese periodo del primer año luego del parto?