

## **Experiencias de parto: percepción de las usuarias de distintas instituciones del AMBA**

### **Childbirth experience: perception of users from different institutions of the AMBA**

Ana Paula Morra\* y Silvana Baró\*\*

\* Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Bs. As. Distrito XIII

\*\* Universidad de Flores

#### **Resumen**

La calidad de la atención durante el parto es un problema de salud pública en todo el mundo, mientras que en algunos lugares se realizan pocas intervenciones que llegan demasiado tarde, en otros, las mujeres reciben demasiadas intervenciones que se realizan demasiado pronto (OPS, 2019). El objetivo del estudio fue identificar la experiencia de las mujeres sobre el proceso de parto y su atención obstétrica en distintas instituciones del AMBA. Método: Se realizó un estudio cualitativo con estrategia narrativa y muestreo por conveniencia. Los instrumentos de recolección utilizados fueron: encuesta sociodemográfica y relato de parto. Resultados: Se analizaron 32 experiencias de parto ocurridas durante el periodo 2017-2022. De los 32 nacimientos, 18 fueron partos vaginales y 14 cesáreas. La mayoría de las mujeres residían en el conurbano bonaerense con su pareja, poseían trabajo remunerado y estudios universitarios. Las intervenciones médicas realizadas con mayor frecuencia fueron la amniotomía y la colocación de oxitocina sintética en suero. En algunos casos la experiencia para las mujeres resultó positiva, destacándose la conformidad, en otros, la experiencia resultó negativa en relación a la atención obstétrica, destacando los sentimientos de decepción, vulnerabilidad y algunas veces temor. Se describieron situaciones donde el equipo de salud realizó intervenciones sin consentimiento de las familias. Discusión: Se observaron diversos aspectos de la atención al parto en la actualidad, apreciando que el entorno adecuado y el acompañamiento individualizado de cada mujer son importantes para la reducción del dolor y del estrés durante el proceso de parto, favoreciendo los procesos fisiológicos.

**Palabras claves:** psicología perinatal; parto; atención obstétrica; experiencia de parto; violencia obstétrica

## **Abstract**

The quality of care during childbirth is a public health problem worldwide, while in some places few interventions are carried out that arrive too late, in others, women receive too many interventions that are performed too soon (OPS, 2019). The objective of the study was to identify the experience of women about the birth process and their obstetric care in different institutions of the AMBA. Method: A qualitative study with narrative strategy and convenience sampling was carried out. The collection instruments used were: sociodemographic survey and narration of childbirth. Results: 32 childbirth experiences that occurred during the period 2017-2022 were analyzed. Of the 32 births, 18 were vaginal childbirths and 14 cesarean sections. Most of the women resided in the Buenos Aires suburbs with their partner, had paid work and university studies. The most frequently performed medical interventions were amniotomy and the placement of synthetic oxytocin in serum. In some cases, the experience for women was positive, standing out the conformity, in others, the experience was negative in relation to obstetric care, standing out feelings of disappointment, vulnerability and sometimes fear. Situations where the health team carried out interventions without the consent of the families were described.

Discussion: Various aspects of childbirth care were observed at present, appreciating that the appropriate environment and individualized accompaniment of each woman are important for the reduction of pain and stress during the birth process, favoring physiological processes.

**Keywords:** perinatal psychology; childbirth; obstetric care; childbirth experience; obstetric violence

## **Delimitación del Objeto de Estudio**

La calidad de la atención durante el parto es un problema de salud pública en todo el mundo, actualmente hay más mujeres que tienen sus partos en centros de salud, pero mientras que en

algunos lugares se realizan pocas intervenciones que llegan demasiado tarde, en otros, las mujeres reciben demasiadas intervenciones que se realizan demasiado pronto, así lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2019). En las últimas dos décadas, con la finalidad de mejorar los resultados de salud tanto para las mujeres como para los bebés, se ha producido un aumento en la utilización de distintas prácticas que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico del trabajo de parto, así mismo, la creciente medicalización de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto (OPS, 2019).

El parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, ya que es un momento en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico dispuesto para la impronta y el inicio del vínculo con su hijo/a, por dicho motivo es que los eventos que transcurren durante el mismo y las primeras horas del puerperio puedan quedar grabados en la memoria consciente, tanto si fueron positivos como si fueron traumáticos (Olza Fernández, 2016).

Teniendo en consideración que el parto es un momento de gran vulnerabilidad para la diada es necesario adaptar el modelo de atención del parto y postparto a las necesidades de las madres, recién nacidos, y familias. Incorporar la perspectiva de las mujeres sobre la experiencia del proceso del parto o cesárea es imprescindible para brindar una atención humana y de calidad.

Orientan este estudio, los siguientes interrogantes: ¿Qué experiencias acerca del proceso de parir y su atención tuvieron las mujeres? ¿Cómo influyen el trato recibido, la información brindada y las intervenciones médicas en la experiencia de parto de las mujeres?

Este estudio tuvo por objetivo general identificar la experiencia de las mujeres sobre el proceso de parto y su atención obstétrica en distintas instituciones del AMBA.

## **Antecedentes**

Conocer la percepción y el nivel de satisfacción sobre la experiencia del parto desde la perspectiva de las usuarias ha sido objeto de estudio en diferentes países. Algunos resultados indican que dar a luz fisiológicamente es una experiencia psicológica intensa y transformadora que genera una sensación de empoderamiento y que los beneficios de este proceso se pueden

maximizar a través del apoyo físico, emocional y social para las mujeres, mejorando su creencia en su capacidad para dar a luz y no perturbando la fisiología a menos que sea necesario (Olza Fernández et al, 2018).

Otros estudios remarcan la importancia de la oxitocina endógena para el aumento del bienestar, el alivio del dolor y los efectos antiestrés (Uvnäs Moberg et al., 2015). Como así también, el papel de la oxitocina endógena en la coordinación de los aspectos neuroendocrinos, psicológicos y fisiológicos del trabajo de parto y el parto, resaltando la necesidad del acompañamiento individualizado durante el trabajo de parto, para favorecer la disminución del dolor, el miedo y el estrés (Olza Fernández et al., 2020).

Una investigación llevada a cabo en hospitales públicos de Argentina señala los derechos que son habitualmente violados en la atención obstétrica: derecho a la integridad personal, derecho a la privacidad e intimidad, derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, derecho a estar libre de discriminación. La autora manifiesta que en cada situación de violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho (Belli, 2013). En ese sentido, otro estudio concluyó que el miedo a las intervenciones y a la cesión de la jurisdicción sobre el propio cuerpo a desconocidos es uno de los miedos de las madres en la actualidad, sobre todo en aquellas más informadas, que vendría a justificar el miedo a parir en una era de máxima seguridad dentro del parto (Cardús i Font, 2015).

### **Fundamentación teórica**

Los partos fueron institucionalizados con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna y neonatal y dicho objetivo se logró pero cometiendo el error de considerar el nacimiento como una enfermedad y a la embarazada y al recién nacido como pacientes (Rossato, 2018). Al institucionalizarse los partos, el Equipo de Salud pasó a dirigir la toma de decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2010). Además, la institucionalización de los partos fue acompañada de un proceso de infantilización de las mujeres gestantes y de la desvalorización de saberes no médicos, en la cual el proceso de parto

fue medicalizado y la toma de decisiones pasó a ser unilateral, lo que se traduce en relaciones profundamente desiguales en el campo de la salud (Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Bs. As., 2021).

El estrés producido durante el parto como consecuencia de un entorno desconocido, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres, lo que produce un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y más efectos adversos en la madre y el niño, dichas intervenciones médicas y sus efectos podrían minimizarse con el apoyo de familiares e incluso del equipo de salud (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2010).

Echeverría (2013) plantea que la psicología perinatal aporta conocimientos y herramientas para ayudar a las familias contemporáneas en los distintos procesos de crecimiento involucrados en todo aquello que rodea (peri) al suceso del nacimiento (natal), partiendo de la psicología de la primera infancia, abarca también el embarazo, el parto, el post parto y el puerperio (Echeverría, 2013). La especificidad y novedad de la perspectiva perinatal es que trabaja simultáneamente con la madre y el niño, haciendo foco en el vínculo entre ellos (Oberman y Santos, 2015).

En la actualidad se habla de la necesidad de humanizar los partos asistidos en el sistema de salud. Humanizar las prácticas en salud hace referencia a garantizar los derechos de las personas, a establecer un diálogo entre ellos y los profesionales de la salud que posibilite el intercambio de conocimientos, a su vez, un trabajo en equipo del personal de salud en condiciones dignas que contribuya a transformarlos en coadministradores del proceso que comprende sus prácticas (Ministerio de Saúde, 2004 en Baró, 2020).

En las recomendaciones sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (OPS, 2019) se define la experiencia de parto positiva como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Lo cual incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, estando acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Dicha definición se basa en el supuesto de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control

personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas (OPS, 2019).

La soberanía sobre el propio cuerpo es un derecho humano y en ocasiones, la atención en las instituciones de salud puede limitar y restringir la soberanía de las personas gestantes si las prácticas sanitarias no se realizan de manera crítica, reflexionando sobre las prácticas instituidas y cotidianas (Ministerio de Salud Provincia de Bs. As., 2021).

La violencia obstétrica se encuentra definida tanto en la Ley de parto humanizado (Ley 25.929, 2004) como en la Ley de Protección integral a las mujeres (Ley 26.485, 2009) como 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.

Según Olza Fernández (2013) el concepto de violencia obstétrica incluye el trato jerárquico deshumanizador, un abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que conlleva la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y la sexualidad de las mujeres, impactando negativamente en la calidad de vida. Según la autora, las razones que llevan a los profesionales que atienden partos a ejercer la violencia obstétrica pueden ser variadas; por un lado, se puede deber a la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, también al propio trauma no resuelto en relación al parto.

## **Diseño y método**

Se realizó un estudio cualitativo, entendiendo que dicho método de investigación produce datos descriptivos como las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor, 1986). Como estrategia se utilizó un estudio narrativo, ya que “la investigación narrativa centra su atención en la interpretación y comprensión profunda de experiencias y significados que están presentes en las historias que se cuentan” (Ramsay, 1998, citado por Domínguez De la Ossa y Herrera González, 2013, p.

636). El foco de este tipo de estudios se encuentra puesto en lo que los sujetos piensan, sienten y hacen (Arias Cardona y Alvarado Salgado, 2015).

Se realizó un muestreo por conveniencia, entendiendo que dicho procedimiento consiste en la selección de las unidades de la muestra en forma arbitraria sin criterio alguno, pudiéndose auto seleccionar o eligiéndolas de acuerdo a su fácil disponibilidad (Navarrete, 2000).

A varias madres se las contactó a través de distintos grupos de facebook de Argentina donde las mujeres comparten sus experiencias de parto. A otras madres se accedió por cercanía con la investigadora.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Mujeres mayores de 18 años. Cuyo embarazo haya sido de bajo riesgo obstétrico y neonatal. Que hayan experimentado un parto vaginal o cesárea entre las semanas 37 y 42 de gestación, con feto único. Nacimiento de un recién nacido sin patologías.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Embarazo de alto riesgo obstétrico o riesgo neonatal. Gestación múltiple. Complicaciones obstétricas graves luego del parto.

Complicaciones neonatales que precisen internación en el servicio de Neonatología. No saber leer y escribir. No firmar el consentimiento informado.

Para el estudio se utilizaron dos instrumentos en formato virtual: Encuesta sociodemográfica (desarrollada con el objetivo de identificar algunas de las características sociales y demográficas de la población estudiada) y relato de parto escrito (en dichos escritos las personas gestantes relatan la experiencia subjetiva sobre el proceso del parto, tanto su extensión como su contenido son libres). Previo a la aplicación de los instrumentos se les solicitó la firma del consentimiento informado. Con los resultados de la encuesta sociodemográfica se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables del estudio estimando frecuencias absolutas. Con los relatos de parto se realizó un análisis cualitativo por categorías.

## **Resultados**

Se analizaron 32 encuestas sociodemográficas y relatos de parto o cesárea de mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión para la muestra. De las mujeres participantes, 20 fueron contactadas a través de los grupos de Facebook ya mencionados y 12 por ser conocidas de la investigadora. De los 32 nacimientos, 18 ocurrieron por parto vaginal y 14

por cesárea. Los mismos transcurrieron durante el periodo 2017-2022, ocurriendo 2 durante el año 2017, 5 en el 2019, 6 en el 2020, 14 en el 2021, y 5 en el 2022.

El rango de edad de las mujeres que participaron fue de 25 a 44 años con una media de 34,5 y una mediana de 35 años. La mayoría de las participantes residían en el conurbano bonaerense (n=26), se encontraban en pareja (n=30), poseían trabajo remunerado (n=26) y estudios universitarios completos (n=23). Del total de las participantes 31 tuvieron su parto o cesárea en instituciones privadas.

Se indagó sobre las intervenciones médicas realizadas durante los partos o cesáreas, cabe destacar que en algunos de los partos se realizaron más de una de las intervenciones y que 9 mujeres informaron que no les realizaron ninguna de las mismas. Las intervenciones obstétricas que informaron las participantes fueron las siguientes: 10 roturas artificiales de bolsa (Amniotimia), 7 colocaciones de oxitocina sintética en el suero, 6 tactos vaginales reiterados, 6 episiotomías, 6 presión sobre el útero (Maniobra de Kristeller), 4 maniobras para dilatar (Hamilton o separación de membranas), 1 rasurado de genitales.

Para describir las percepciones de las mujeres sobre el proceso de parto y la atención obstétrica se realizó el análisis cualitativo por categorías y se definieron las siguientes:

- a- percepción sobre el trabajo de parto y las intervenciones realizadas por el equipo de salud,
- b- percepción de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el expulsivo,
- c- toma de decisión para transitar el parto por cesárea,
- d- percepción sobre el trato recibido,
- e- percepción sobre la recepción del recién nacido,
- f- percepción sobre la atención en el postparto.

#### **a- Percepciones sobre el Trabajo de Parto y las Intervenciones Realizadas por el Equipo de Salud.**

En algunas descripciones sobre el trabajo de parto se puede apreciar la forma en que las mujeres sienten y perciben el proceso de dilatación, en algunas experiencias se destaca la introversión y la molestia ante algunos sonidos, por ejemplo: “En cada contracción, pujé sentada mirando el horizonte. De repente empecé a creer que estaba sola, sin mi pareja, sin nadie. Éramos mi bebé y yo (...) Yo me había ido, estaba en otro planeta. (...) Empecé a no tolerar ni la música de fondo que yo misma había elegido.” (Relato N 29, parto vaginal después de una cesárea).

Algunas mujeres mencionaron sentir molestias por la luz y buscar la oscuridad durante el trabajo de parto, como se puede apreciar en el siguiente fragmento: “Cuando empezó a amanecer recuerdo pedirle a mi pareja que por nada del mundo dejará entrar la luz. Quería seguir en la oscuridad. Mi cuerpo estaba tomado por una intensidad creciente que me invitaba a sumergirme cada vez más” (Relato N 14, parto vaginal).

El trabajo de parto puede ser dividido en la mayoría de los relatos en dos partes, el trabajo de parto realizado en el hogar y el trabajo de parto durante la estadía en la institución de salud, salvo en los casos donde la cesárea fue programada y no transitaron el trabajo de parto.

### **Trabajo de Parto Realizado en el Hogar.**

En los relatos analizados se pudo observar que el trabajo de parto realizado en el hogar se caracteriza por sus tiempos más prolongados, pero sobre todo por la intimidad y la búsqueda de conexión en la diada. Una de las participantes lo describió de la siguiente forma: “preparé mi altar, las velas encendidas, leía los mantras, sonaba la playlist que habíamos preparado para el parto, entraba y salía de la bañera, me sentaba en la pelota, caminaba, me acostaba, lloraba y repetía la secuencia”. (Relato 8, parto vaginal)

Algunas familias decidieron estar acompañadas por doulas o Lic. en obstetricia con quienes fueron estableciendo un vínculo durante toda la gestación y que acudieron a los hogares con recursos para transitar el trabajo de parto y lograr la mayor dilatación posible antes de concurrir a la institución elegida.

### **Trabajo de parto en las instituciones.**

Una vez que llegaron a la institución donde ocurrió el parto sucedieron distintas situaciones, algunas vividas de forma positiva, por ejemplo: “Lo de la bañadera en la clínica fue genial. Mi marido se sentó ahí al costado y charlamos entre contracciones, cantamos y me pusieron

unas sales en el agua y un hornito con perfume. Fue uno de los momentos que tengo grabados en mi cabeza y espero conservarlo para siempre”. (Relato 13, parto).

Otras experimentadas de forma negativa: “(...) me tactó, fue muy doloroso y sin mi consentimiento ni aviso me despegó las membranas, sólo tenía dos de dilatación, y cuando sacó la mano me dijo "te hice Hamilton" (Relato 11, cesárea).

#### **b- Percepción de las Intervenciones realizadas por el Equipo de Salud en el Expulsivo.**

Al analizar los fragmentos de los relatos que hacen referencia a las intervenciones realizadas por los profesionales de salud se encontraron distintas situaciones y experiencias. Por ello se establecieron las siguientes subcategorías:

##### **Intervenciones Médicas que Promovieron un Parto Vaginal Fisiológico.**

Se encontró en los relatos referencias sobre intervenciones del equipo de salud que promovieron el parto vaginal lo más fisiológico posible, para evitar la instrumentalización y medicalización del mismo. Por ejemplo: ”Después de un par de contracciones, bajé al piso en cuatro patas. (...) Tiraron el colchón de la camilla al piso y ahí arriba en cuatro patas pasé las siguientes y últimas casi dos horas de trabajo de parto”. (Relato 14, parto vaginal)

##### **Intervenciones Médicas que Obstaculizaron un Parto Vaginal Fisiológico**

Donde se observaron la realización de distintas intervenciones con la finalidad de dirigir el proceso de parto. Por ejemplo: “Me dice que la dilatación se volvió para atrás y que fue por la epidural. Acto seguido...oxitocina... la avalancha de intervenciones. Vuelven las contracciones, vuelve el dolor que ni la anestesia pudo frenar. Me rompe la bolsa (...) mi hijo bajó y las contracciones aumentaron. Comienza a decirme que en cada contracción tenía que pujar sin gritar ni abrir la boca porque se perdía la fuerza”. (Relato 17, parto vaginal)

##### **Intervenciones Médicas sin Consentimiento de las Familias**

En varios relatos se describieron situaciones donde el equipo de salud realizó intervenciones sin el consentimiento de las familias, entre ellas se pueden mencionar la maniobra para dilatar Hamilton o separación de membranas, la rotura artificial de la bolsa, presión sobre el útero o maniobra de Kristeller, y Episiotomía. Por ejemplo: “Ya con dilatación completa, la partera,

quiso romperme la bolsa sin mi consentimiento (...) Estuve pujando 3 horas y se me subió sobre la panza sin avisar”. (Relato 5, cesárea)

### **Intervenciones Médicas Respetuosas durante el Parto por Cesárea.**

También se encontraron referencias de intervenciones respetuosas durante el parto por cesárea, las mismas hacen mención a la importancia del buen trato, de la información recibida, del acompañamiento elegido, de la posibilidad de sacar fotos, de ver salir a sus hijos/as de su vientre y del contacto inmediato luego de la intervención quirúrgica, así como también de no perder el protagonismo. Por ejemplo: “Allí bajaron las luces, nos dejaron seguir con la música que veníamos poniendo desde la sala de partos. Incluso me pidieron que pujara para ayudarla a nacer y cuando dije: "no sé pujar" me dijo ¡sí sabés!” (Relato 10, cesárea).

### **c - Toma de Decisión para Transitar el Parto por Cesárea.**

Según los relatos analizados, la decisión para realizar una cesárea y transitarla se tomó de distintas formas, se pudieron observar decisiones unilaterales, ya sea por parte del médico obstetra como de la persona gestante, o decisiones consensuadas por ambos teniendo en cuenta la situación de salud del bebé, por ello se elaboraron las siguientes subcategorías:

#### **Decisión de la persona gestante**

En algunos partos por cesárea fueron las mujeres quienes lo decidieron. Así lo pudo expresar una participante: “le dije que quería hacer la cesárea ese día sin que me revisaran. El médico respondió a mis preguntas y me dijo que si estaba segura me ponían una vía, dije que sí” (Relato 31, cesárea).

#### **Decisión del médico obstetra**

En la mayoría de los nacimientos por cesárea, fue el médico/a obstetra quien tomó la decisión explicando los motivos de la misma. Por ejemplo: “Dado que las contracciones eran cada vez más intensas y comencé a sentir, con cada una de ellas, un dolor en la cicatriz de la cesárea anterior, fue que el obstetra decidió realizar una cesárea” (Relato 25, cesárea). Aunque en algunos casos la fundamentación de la toma de decisión es cuestionable: “El último parto por el que pasé fue por cesárea. el obstetra determinó que fuera de esta manera, ya que, mi primer parto hace 8 años había sido por cesárea también” (Relato 20, cesárea).

## **Decisión consensuada**

Sin embargo, en algunos de los relatos se pudo observar que la decisión de realizar una cesárea fue consensuada entre el equipo de salud y la familia. Por ejemplo: “Con dilatación completa, mi beba no bajaba, supuestamente estaba media de costado. 3 hs pujando. Decidimos ir a cesárea” (Relato 6, cesárea).

## **d- Percepción sobre el Trato Recibido.**

En cuanto al trato recibido durante todo el proceso de parto se encontraron menciones de tratos amables y empáticos, así como también de formas de comunicarse distantes, poco empáticas y hasta violentas. Nos referiremos a tipos de trato percibidos como humanizados y deshumanizados respectivamente. Cabe destacar que durante la estadía por un mismo nacimiento se pueden dar ambos tipos de trato, ya que son varios los profesionales que forman parte de un mismo equipo de salud.

**Trato humanizado.** En algunos relatos se describieron situaciones donde el equipo de salud brindó su atención desde la empatía, el respeto y la calidez. Las palabras con las que suelen describir el trato humanizado, son la escucha, la contención, la calma, la tranquilidad, el respeto y la calidez. “En un momento abro los ojos y veo que había llegado toda silenciosa y estaba sentada en el piso al lado mío, así en silencio y con calma esperando (...) cuando hicimos contacto visual le sonreí y sentí mucha calma y ternura. Me decía que esto era así, que había que tener paciencia y esperar a mi cuerpo.” (Relato 3, parto vaginal)

## **Trato deshumanizado**

En algunas ocasiones el trato brindado por el equipo de salud fue considerado poco empático, distante y hasta violento. Por ejemplo: “Pero venían las caras largas a tectar otra vez, a pinchar la burbuja, a decir cosas negativas, a amenazar con diferentes intervenciones o con una cesárea. Hablan entre ellas, les pregunto cómo está el líquido y no me contestan” (Relato 30, parto vaginal).

## **e- Percepción sobre la Recepción del Recién Nacido.**

En la mayoría de los relatos se describe que al producirse el nacimiento pusieron a los recién nacidos en los pechos de sus madres, algunas durante más tiempo que otras. En algunos de los relatos la recepción del recién nacido fue percibida de forma aceptable y en otros, no ocurrió de la forma en que la familia esperaba, por ello se dividieron las experiencias en dos subcategorías, recepción respetuosa y recepción no respetuosa del recién nacido.

**Recepción respetuosa del recién nacido.** Se pudo observar que en muchas de las experiencias se hace referencia al tiempo que transcurren las mujeres en contacto con sus hijos/as al producirse el nacimiento y al tiempo que esperan para cortar el cordón. A su vez, a casi todos los recién nacidos a los minutos del parto, los separaron de sus madres y los llevaron a control en brazos del acompañante. En dos de los relatos se menciona que al bebé luego de nacido le realizaron los controles de salud en la misma sala de partos.

**Recepción no respetuosa del recién nacido.** En los relatos estudiados también se encontraron referencias de situaciones no respetuosas durante la recepción de los recién nacidos. Por ejemplo: “podría haberme puesto firme para dejarme hacer piel con piel esas primeras dos horas, en lugar de dejar que lo lleven a nursery sin más, pero ellos deberían darte la opción, fue de todo lo que menos me gustó” (Relato 7, cesárea).

#### **f- Percepción sobre la Atención en el Postparto Inmediato**

La percepción de las usuarias sobre la atención en el postparto, en general resultó satisfactoria. En pocos casos, las mujeres percibieron que la atención no fue acorde, donde se puede apreciar, además de la disconformidad con la atención del postparto, la disconformidad con la atención de todo el proceso de parto. Por ejemplo: “Le critica a Mónica los puntos, los puntos que está haciendo en mi vulva. No me hace efecto la anestesia. “¡Ay, ay, ay! Me duele y me duele y ya no aguanto más. Déjenme en paz” “qué dura que tenés la piel” dice “¡Basta, no soporto más dolor!”” (Relato 30, cesárea).

En el análisis de los relatos se confeccionó una categoría sobre la experiencia con el parto en relación a la atención obstétrica. A su vez, dicha categoría puede dividirse en dos subcategorías que dan cuenta de que la experiencia resultó positiva o negativa para las mujeres.

#### **Experiencias Positivas de Parto.**

En las experiencias positivas se puede discernir la conformidad sobre el proceso y sobre la atención del equipo de salud. “La calidad humana de cada persona que formó parte de la llegada de nuestro hijo fue increíble. Tanto amor y apoyo para llenarme de confianza que en ningún momento pensé en dejar de intentar pujar.” (Relato 13, parto vaginal).

### **Experiencias negativas de parto.**

Por otro lado, se pudieron leer experiencias de parto negativas en relación a la atención obstétrica, en las mismas se destacan la decepción, la vulnerabilidad y a veces el temor. A continuación se transcriben dos fragmentos de experiencias: “Quedé muy decepcionada con la institución por la poca calidez y acompañamiento humano que la situación amerita, quedando toda la atención del lado profesional reducida solo a los aspectos físico/biológicos” (Relato 4, parto vaginal). “No fue el parto que estaba deseando, y no me digan: ¡ahhh pero la gorda está sana! Es un momento super vulnerable. El parto es nuestro pero si estamos acompañadas por un equipo amoroso que nos tire para adelante y nos respete, sino el parto termina siendo de ellos (Relato 5, cesárea).

### **Discusión y conclusiones**

A través del análisis de los relatos escritos de parto se pudieron conocer distintas experiencias acerca del proceso de parir y su atención, como así también de la forma en que el trato recibido, la información brindada y las intervenciones médicas forman parte de la experiencia de parto de las mujeres.

Se logró indagar sobre las características sociodemográficas de las participantes, comprobando que más de la mitad de las mujeres contaban con estudios universitarios completos y algunas de ellas con postgrado. Además, más de la mitad de las mujeres que participaron en el estudio fueron contactadas a través del grupo de la red social ya mencionada sobre experiencias de parto en Argentina, por lo tanto, se podría decir, que se trató de una muestra de mujeres con información sobre la temática.

En el análisis realizado se encontró que durante el trabajo de parto algunas mujeres manifestaron la necesidad de movimiento y algunas veces de sumergirse en una bañera o pileta, como así también la necesidad de estar solas, destacándose la introversión. De forma

similar, Olza Fernández et al. (2018) describieron que la necesidad de querer moverse y de sumergirse en agua tibia durante el trabajo de parto tiene la finalidad de aliviar el dolor, y que cuando el trabajo de parto se intensifica, las mujeres suelen refugiarse en sí mismas, retrayéndose del mundo exterior, para centrarse en la tarea física de parir a su hijo/a.

Algunas mujeres describieron que podían estar al lado de alguien, sin sentir su presencia o no dándose cuenta que estaban allí; en concordancia a lo observado, Olza Fernández et al. (2018) pudieron observar que las mujeres describen que el tiempo se vivencia como si quedara suspendido, que la percepción del tiempo y el espacio cambia, pudiendo experimentar emociones intensas, lo que plantean que es compatible con un estado alterado de conciencia.

En varios relatos se destacó la importancia para el proceso de parto de que los profesionales de salud transmitan tranquilidad a través de sus palabras y acciones, así como también la importancia para algunas mujeres de estar acompañadas por doulas o Lic. en obstetricia de su elección, en ese sentido, Olza Fernández et al.(2020) plantearon que el contacto, el apoyo y la tranquilidad del apoyo personalizado durante el parto favorecen la reducción del miedo, el estrés y el dolor a través de la liberación de oxitocina, así como la promoción de la alegría y el empoderamiento mediados por la oxitocina; en la misma línea, Uvnäs-Moberg et al. (2015) plantearon que la liberación de oxitocina puede potenciarse con el tacto y la tranquilidad del profesional, la pareja o quien acompañe en el parto. Además, Baró (2022) destaca la importancia del rol del psicólogo como parte del equipo interdisciplinario de salud durante el parto y nacimiento, considerando que podrían producirse problemas de salud mental.

Se pudieron reconocer las intervenciones obstétricas realizadas en los partos estudiados, aquellas realizadas con más frecuencia fueron la rotura artificial de bolsa (amniotomía) y la colocación de oxitocina sintética en suero, dichas intervenciones no son recomendadas por la OMS para la prevención del retraso del trabajo de parto (OPS, 2019). Además, a cinco mujeres se les realizó la Maniobra de Kristeller (presión sobre el útero) que tampoco es recomendada para facilitar el parto durante el periodo expulsivo (OPS, 2019).

Se encontró en los relatos referencias sobre intervenciones que favorecieron un parto fisiológico, como aquellas que permitieron a las mujeres el libre movimiento y la elección de la posición para el periodo expulsivo, así como también cuando los profesionales realizaron masajes o tiraron suero tibio en la zona perineal para aliviar el dolor. Además en

algunos partos ofrecieron a las mujeres materiales como pelotas, bañeras, banquitos de parto, entre otros.

En los relatos, también se mencionaron intervenciones que obstaculizaron el parto fisiológico. En dichas situaciones, las mujeres perdieron el control de su trabajo de parto dejando de ser la figura principal para obedecer las directivas de los profesionales cuando les indicaron la posición que debían adoptar, cuando les realizaron tactos vaginales reiterados, cuando les dijeron que no dilataban como deberían, cuando dirigieron los pujos, entre otras. En varias experiencias, luego de las intervenciones que obstaculizan el parto fisiológico se realizaron otras intervenciones como la aplicación de oxitocina sintética en suero, la maniobra para dilatar Hamilton o separación de membranas, la rotura artificial de la bolsa, presión sobre el útero o maniobra de Kristeller, Episiotomía y en algunos casos cesárea.

Si bien, algunas mujeres mencionaron que han sido informadas y consultadas para la realización de las intervenciones, se destaca que en algunas situaciones no se informó correctamente a las mujeres sobre dichos procedimientos, tanto porque no se brindó la información necesaria como así también porque no fueron consultadas para la realización de las mismas o porque no fueron respetadas sus elecciones. Casos en donde las mujeres manifestaron no querer que se les practicara la episiotomía y se las realizaron igual o casos en los cuales realizaron la maniobra de Kristeller sin previo aviso. También se realizaron cesáreas sin brindar a las mujeres una justificación adecuada.

Cardús I Font (2015) describió que los profesionales sanitarios suelen utilizar argumentos de dudoso apoyo científico para convencer a las mujeres que cuestionan las intervenciones o rutinas médicas de que se sometan a las mismas mediante la exposición de todos los riesgos de no hacerlo, por más remotos que sean, forzando a las mujeres a decidir en base al miedo. Asimismo, algunos autores plantean la necesidad de aumentar la conciencia sobre las implicancias que tienen sobre la salud mental de la mujer las intervenciones obstétricas y la atención de rutina en el parto (Dekel et al., 2019).

Se pudo reconocer la influencia del trato recibido y las intervenciones médicas en la experiencia de parto, en algunos casos la experiencia para las mujeres resultó positiva, destacándose la conformidad con la misma. Sin embargo, en otros casos las experiencias de parto resultaron negativas en relación a la atención obstétrica, destacando los sentimientos de decepción y vulnerabilidad.

En los relatos que describen situaciones donde el equipo de salud pudo brindar un trato humanizado, las mujeres resaltan la empatía de los profesionales, el respeto y la calidez. En ese sentido, Baró (2020) destaca la importancia de establecer prácticas acogedoras e integrales como contribución a un mejor pronóstico en salud.

Se observó que las mujeres cuyo parto resultó una experiencia positiva sintieron alivio al producirse el parto, seguido de sentimientos de felicidad y fortaleza. En su trabajo, Olza Fernández et al. (2018) describieron que las mujeres que tuvieron un parto fisiológico expresan alivio y alegría por conocer a su bebé y hacen referencia a su experiencia de parto como su mayor e incomparable logro; algunas de ellas se perciben a sí mismas más fuertes, empoderadas y preparadas para satisfacer las demandas del recién nacido.

En contraste, los relatos que manifiestan que el trato brindado por el equipo de salud fue poco empático y distante, hacen referencia a la falta de información, de acompañamiento y a la falta de respuesta ante preguntas concretas. Tal como lo explica Belli (2013) en la violencia obstétrica se pueden violar varios derechos, a la integridad personal, a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, y a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

En su análisis sobre los relatos de parto Castrillo (2018) observó la existencia de ciertas estrías de clase que permean el discurso de las mujeres, planteando que suelen valorar positivamente la relación con el profesional y auto responsabilizarse de lo no logrado, aunque la experiencia general haya sido considerada como negativa. Sin embargo, en el presente trabajo encontramos que en algunos relatos se describe la influencia de las intervenciones y del maltrato de los profesionales sobre el desarrollo del parto adjudicando un valor negativo en tanto se les adjudica una influencia directa sobre el proceso de parto. Asimismo, Cardús I Font (2015) expresa que uno de los miedos actuales de las mujeres, sobre todo de aquellas más informadas, es a las intervenciones médicas y a la cesión de la jurisdicción sobre el propio cuerpo a desconocidos.

En algunas de las experiencias las mujeres mencionaron haber sentido temor a que los profesionales pudieran realizar intervenciones e incluso una cesárea a modo de represalia si no hacían lo que ellos sugerían, por lo tanto, muchas veces se sentían obligadas a aceptar intervenciones que no querían y a ponerse en un rol sumiso frente a la asimetría sentida en la relación médico-paciente. En la misma línea, Cardús I Font (2015) describió en su estudio,

que las mujeres conociendo o no sus derechos, se encuentran dentro de la institución sanitaria en una situación de inferioridad de condiciones en cuanto a la información sobre los procesos y opciones alternativas.

La información es una herramienta fundamental al momento de discriminar cuándo un derecho es vulnerado, como así también para reclamarlo, pero el hecho de que la mujer tenga que estar pendiente en cada situación para que se respeten sus necesidades y elecciones en la forma de parir, atenta contra la conexión en la diada, ya que la desconfianza en los profesionales e instituciones es un factor que interfiere en el sentimiento de protección necesario para que el parto pueda transcurrir de la forma más fisiológica posible. De allí, la importancia del acompañamiento de una o varias personas de confianza, que puedan estar atentas a las elecciones de la persona gestante con anterioridad al parto, como así también a los posibles cambios de opinión durante el mismo, y a su vez, teniendo en cuenta los imprevistos que pudieran surgir para poder tomar decisiones lo más consensuadas posibles.

Se podría decir, que el estudio representa a un grupo de mujeres informadas en la temática, que pudieron elegir un equipo de profesionales o una institución que es afín a una modalidad de atención que propicia un parto sin intervenciones innecesarias, y sin embargo, no en todos los casos el parto transcurrió según sus elecciones.

Se considera que el presente estudio es un aporte a la psicología perinatal porque permite reconsiderar aspectos de la atención al parto en la actualidad. Permite apreciar que el entorno adecuado y el acompañamiento individualizado de cada mujer son importantes tanto para darle confianza y seguridad como para la reducción del dolor y del estrés durante el proceso de parto. Y que la atención centrada en la mujer puede optimizar la calidad de la atención y favorecer los procesos fisiológicos.

### **Limitaciones**

La muestra se obtuvo principalmente a través de un grupo de Facebook donde se comparten experiencias de parto e información sobre atención obstétrica debido al contexto de pandemia de COVID-19, lo cual constituyó una limitación ya que la muestra se caracterizó por contar con mucha información y con recursos para poder elegir, dentro de las posibilidades, un equipo de salud que ofrezca un acompañamiento similar a sus deseos, eligiendo instituciones privadas para recibir a sus hijos e hijas.

### **Futuras Líneas de Investigación**

Realizar un estudio cuya muestra sea de mujeres que hayan atravesado el proceso de parto en instituciones públicas, ya que solo una de las experiencias estudiadas fue realizada en una institución pública.

Se propone que en futuras investigaciones se tome en cuenta a personas con otros niveles educativos porque en el presente estudio se accedió a mujeres que en su mayoría contaban con nivel universitario.

Debido a que varias mujeres mencionaron no sentirse conformes con la recepción y atención de sus hijos/as recién nacidos sanos y que no se encontró bibliografía sobre la temática, es que se sugiere realizar un estudio sobre la satisfacción o experiencias positivas de las madres con respecto a la recepción y atención de sus hijos/as recién nacidos sanos.

Estudiar las experiencias de parto de mujeres de diferentes culturas y sistemas sanitarios podría proporcionar información adicional relevante para los procesos de transición hacia un modelo más humanista y respetuoso de la atención de la maternidad.

### **Referencias**

- Acosta, E. y Varela, C. (2013). El embarazo: cambios en las mujeres embarazadas, su repercusión psicológica en Oiberman A. (Ed.), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología perinatal* (1a ed., Vol. pp. 373–394). Lugar Editorial.
- Arias Cardona, A. M., y Alvarado Salgado, S. V. (2015). Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *CES Psicología*, 8(2), 171-181.

- Baró, S. (2020). Humanización de las prácticas de salud. Una revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Calidad de Vida y Salud*, 13(ESPECIAL), 18-29.
- Baró, S. (2022). Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. *Revista de investigación del departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, (21), 19-33.
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red Bioética*; 1; 7; 1-2013; 25-34.
- Cardús i Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, (18), 129-145.
- Castrillo, B. (2018). Relatos de parto: Instrumentos de ciberactivismo feminista hacia una ciudadanía reproductiva.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian I.S., Agarwal S., Pitman R.K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Arch Womens Ment Health* 22, 817–824.
- Domínguez De la Ossa, E., y Herrera González, J. D. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641.
- Echeverría, M. L. (2013). Aporte de la clínica perinatal a la calidad de vida en Oiberman A. (Ed.), *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología perinatal* (1a ed., Vol. pp. 403–425). Lugar Editorial.
- Ley 25.929 (2004). Parto Humanizado. Septiembre 17 de 2004. D.O. No. 30489.

Ley 26.485 (2009). Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Abril 1 de 2009. D.O. No. 31632.

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2010). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia.

Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2021). Guía de implementación del Parto respetado en la Provincia de Bs. As.

Navarrete, J. M. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4(5), 165-180.

Oiberman, A., y Santos, S. (2015). 25 años acompañando el nacer y sus después: La Psicología Perinatal. Memorias en el Congreso UBA.

Olza Fernández, I. (2013). *PTSD and obstetric violence*. Midwifery Today.

Olza Fernández, I. (2016). *La importancia de los relatos de parto*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

Olza Fernández, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Miraso, E., Takács, L., Hall, P., Murphy, M., Jonsdottir, S., Sia S., Downe, S. y Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347.

Olza Fernández, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarmeá, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., y Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social

event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *Plos one*, 15(7), e0230992.

Organización Panamericana de la Salud (2019). Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

Rossato N. (2018). Dónde nacer o cómo nacer. *Arch Argent Pediatr*;116(5):306-307. (<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n5a01.pdf>)

Taylor, S. (1986). *Introducción. Ir hacia la gente. En: Taylor, S. J., Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.* Paidós.

Uvnäs-Moberg, K., Handlin, L., y Petersson, M. (2015). Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Frontiers in psychology*, 5, 1529.