

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES

**Vivencias de violencia obstétrica en
parturientas del Área Metropolitana de Buenos
Aires y sus efectos sobre la salud mental**

Estudiante: dos Santos Yamila Belén

Legajo: 24390

Directora: Esp. Lic. Prof. Marianela N. Fernández

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología.

2025

dos Santos.



Arq.
Ruth Fische

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero **no exclusiva**, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha 30.05.2025

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 14 de abril del 2025.

Firma y aclaración del autor:

Handwritten signature: U. B. Santos.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme permitido estudiar esta carrera que representa una vocación para mí.

A mis padres, Mabel y Walter, por su acompañamiento y apoyo constante durante todos estos años.

A mi esposo, Sebastián, por su respaldo emocional incondicional a lo largo de este proceso.

Y a mis amigos, que hoy son parte de la familia que elegí, por estar presentes y ser un pilar fundamental en este camino.

Gracias a todos por formar parte de este logro.

Índice

Resumen	5
Introducción.....	6
Delimitación del Objeto de Estudio	6
Planteo del problema o Justificación:.....	7
Objetivos.....	10
Estado del Arte.....	10
Marco teórico	21
Parto Humanizado y Legislación	21
Violencia Obstétrica.....	24
Medicalización del parto.....	28
Efectos en la salud mental	31
Post Parto.....	33
Método	34
Participantes	34
Técnica de recolección de datos.....	35
Procedimiento.....	35
Resultados.....	36
Análisis del Eje 1: Relación y Comunicación con los Profesionales de la Salud	39
Análisis del Eje 2: Desconocimiento y Violación de Derechos.....	41
Análisis del Eje 3: Impacto Emocional y Psicológico del Parto	44
Análisis del Eje 4: Deficiencias en la Contención y Apoyo Postparto	46
Discusión	48
Conclusión.....	52
Limitaciones de la investigación	53
Líneas de investigación futuras.....	53
Referencias:	55
Anexo	60

Resumen

Efectos de salud mental en parturientas que vivenciaron violencia obstétrica en el Área Metropolitana de Buenos Aires

El presente trabajo final integrador ha tenido como objetivo explorar los efectos en la salud mental de las parturientas que vivenciaron violencia obstétrica en el Área Metropolitana de Buenos Aires. La violencia obstétrica se manifiesta a través de prácticas que vulneran la autonomía de las mujeres, como intervenciones sin consentimiento, maltrato verbal y la falta de información. Estas experiencias pueden generar secuelas emocionales significativas, incluyendo ansiedad, estrés postraumático, depresión y dificultades en la vinculación materno-filial.

Para abordar esta problemática, se realizó un estudio con enfoque cualitativo basado en la teoría fundamentada, con el propósito de comprender las experiencias de las mujeres desde su propio marco de referencia. Se buscó identificar las dinámicas de poder dentro del sistema obstétrico, la ausencia de contención emocional y las implicancias psicológicas de estas vivencias. La investigación aporta conocimientos clave para promover una atención obstétrica más respetuosa y sensible a la salud mental materna.

Palabras claves: Violencia obstétrica - Parto Humanizado - Salud Mental - Derechos - Contención - Post parto

Introducción

Delimitación del Objeto de Estudio

El presente trabajo final integrador tiene como objetivo explorar los efectos de la salud mental en parturientas que hayan vivenciado violencia obstétrica en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina mediante un diseño cualitativo.

Comenzando a delimitar una de las variables a estudiar, la Ley 26.485 (2009) define la violencia obstétrica 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 la Organización Mundial de la Salud (2022), la salud mental es “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000 en Fortaleza, Brasil, se definió que el parto humanizado implica que el control del proceso lo tenga la mujer; no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo- emocional). En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas. (Magnone 2011).

Oberman et al. (2019) definen la medicalización del parto como un acto médico que dejó de ser privado y pasó a estar dominado por el equipo de salud, quien centraliza las decisiones. En Argentina, predomina un modelo hegemónico basado en la separación mente-cuerpo (Davis-

Floyd, 2009; Menéndez, 1988), lo que favorece la alta tecnologización, la objetivación del cuerpo y la distancia en la relación médico-paciente.

Con relación a la variable de efectos en la salud mental, Fisher et al. (1997) señalan que las mujeres que vivencian partos violentos pueden experimentar culpa, baja autovaloración, dificultades en la lactancia y en el vínculo con el bebé, así como ansiedad, depresión y estrés postraumático. Estas secuelas, frecuentemente invisibilizadas, generan una situación de desprotección y desamparo. Beck y Driscoll (2006) destacan que este fenómeno suele ser infradiagnosticado, dejando a las mujeres en una vulnerabilidad no reconocida incluso por profesionales de la salud.

Por último, definimos al post parto/puerperio como un proceso de transformación física y emocional que deja una huella en la mujer Mora (2009). Desde la medicina, se divide en cuatro etapas, extendiéndose hasta dos años después del parto (Mora, 2009). Ramírez Matos (2020) denomina esta última fase como puerperio emocional, destacando la importancia del vínculo madre-bebé y la contención psicoafectiva en esta etapa de exterogestación.

Planteo del problema o Justificación:

La violencia obstétrica es una problemática que afecta a muchas mujeres en diferentes partes del mundo, incluyendo Argentina. Este tipo de violencia se refiere a cualquier acción u omisión por parte del personal de salud durante el embarazo, el parto o el posparto que cause daño físico, emocional o psicológico a la mujer, incluyendo el trato irrespetuoso, las intervenciones médicas innecesarias o sin consentimiento, la falta de información adecuada y la

falta de respeto a la autonomía y dignidad de las mujeres en estos procesos. (Ley 26485, 2009, cap.3, art.5)

La violencia obstétrica no solo tiene consecuencias físicas para las mujeres, sino que también puede tener un impacto significativo en su salud mental. Se ha encontrado que las mujeres que han vivenciado sus partos como violentos muestran sentimientos de culpa, autovaloración baja, dificultad para relacionarse con el bebé, dificultad en la adaptación psicosocial, dificultades en la lactancia, pérdida de confianza en su cuerpo, estrés postraumático, ansiedad y depresión (Fisher et al., 1997). Estas experiencias pueden afectar negativamente su bienestar emocional y su capacidad de disfrutar la maternidad (Beck & Driscoll, 2006).

A pesar de los esfuerzos realizados en Argentina para abordar la violencia obstétrica y mejorar la atención materno-infantil, todavía existen brechas significativas en la prevención y el manejo adecuado de esta problemática. En este sentido, Rufino (2020) realizó una investigación en Argentina con el objetivo de determinar la aplicación de la Ley de Parto Respetado sancionada en el país y concluyó que no hay una única entidad que supervise el cumplimiento de la ley 26.485. Esta falta de regulación efectiva contribuye a la persistencia de prácticas obstétricas violentas y a la vulnerabilidad de las mujeres durante el parto.

Por lo tanto, surge la necesidad de realizar un análisis cualitativo exhaustivo de la experiencia de mujeres argentinas que han experimentado violencia obstétrica y explorar en profundidad los efectos en su salud mental. En este sentido, Magnone (2010) destaca la importancia de que las parturientas cuenten con un entorno seguro y con libertad de decisión, ya que incluso un parto aparentemente normal puede ser vivido como una experiencia traumática y dolorosa en términos emocionales. La autora señala que "el control del proceso lo debe tener la

mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta" (Magnone, 2010, p. 36).

Desde esta perspectiva, es fundamental comprender las narrativas individuales de estas mujeres, así como identificar los factores subyacentes que contribuyen a la violencia obstétrica y cómo se relacionan con la salud mental de las mujeres afectadas.

Este estudio busca llenar esta brecha de conocimiento al examinar las vivencias y los impactos psicológicos de la violencia obstétrica en las mujeres argentinas. El objetivo es obtener una comprensión holística y contextualizada de esta problemática, brindando información relevante para el desarrollo de políticas y prácticas de atención materno-infantil más respetuosas, seguras y centradas en las necesidades de las mujeres.

En resumen, el presente estudio se propone investigar las experiencias de mujeres argentinas específicamente el AMBA, que han sufrido violencia obstétrica y que efectos ha tenido en su salud mental, con el fin de contribuir al conocimiento existente sobre esta problemática y promover una atención materno-infantil más humanizada y sensible a las necesidades emocionales y psicológicas de las mujeres.

Por estos motivos se plantea el siguiente interrogante: ¿Cómo son los efectos en salud mental en parturientas que vivenciaron violencia obstétrica en el Área Metropolitana de Buenos Aires?

Objetivos

Objetivos generales

Explorar los efectos de salud mental en mujeres parturientas del AMBA que atravesaron violencia obstétrica a nivel psicológico.

Objetivos específicos

- Analizar la relación y la comunicación entre las mujeres parturientas y los profesionales de la salud durante el proceso de parto.
- Examinar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre sus derechos en el contexto obstétrico y evaluar cómo la vulneración de estos derechos impacta en su experiencia de parto y en su bienestar emocional.
- Desarrollar acerca de las secuelas emocionales y psicológicas derivadas de la violencia obstétrica, explorando la manifestación de ansiedad, sentimientos de miedo, culpa y afectaciones en la identidad materna.
- Describir las deficiencias en la contención y el apoyo postparto brindado a las mujeres que han vivenciado violencia obstétrica, considerando su impacto en el establecimiento del vínculo materno-filial y en la adaptación a la maternidad.

Estado del Arte

Para comenzar esta descripción de investigaciones empíricas sobre la temática, desarrolladas durante los últimos cinco años, se iniciará con una investigación de América Latina, en la ciudad de Popayán Colombia (Jojoa Tobar, et al., 2019) realizaron una pesquisa de

tipo cualitativa con enfoque fenomenológico; conformado por 16 mujeres con experiencias obstétricas menores de dos años que asistieron a los hogares de Familia, Mujer e Infancia (FAMI) del Instituto Colombiano de bienestar familiar en la ciudad de Popayán (Colombia) durante el 2016. Se realizaron entrevistas estructuradas y a profundidad sobre sus experiencias en la atención institucional del parto, en términos de toma de decisiones e información sobre procedimientos, posición para el parto, presencia de acompañante, derecho a la intimidad, percepciones sobre maltrato físico y psicológico. Los resultados que arrojaron la investigación fueron que el 69% de las entrevistadas reportaron alguna forma de violencia obstétrica. La violencia institucional se registró en la mayoría de los relatos y estuvo asociada a políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la violencia psicológica, fue percibida como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones.

Se concluyó que la mayoría de las mujeres desconocen sus derechos y/o naturalizan los actos de violencia obstétrica. Los profesionales de salud deben reconocer en su formación y en los campos de práctica, los distintos tipos de violencia obstétrica con el fin de diseñar mecanismos para su prevención y abolición. Se hace necesario explorar la ocurrencia de eventos asociados a violencia sexual en el marco de la atención obstétrica.

Por otro lado, en Ecuador (Sánchez Chavarria et al., 2022), investigaron acerca de la percepción del parto respetado en gestantes indígenas Shuar y Achuar del Cantón

El mismo tuvo como objetivo observar la apreciación sobre el parto respetado en gestantes indígenas Shuar y Achuar de Ecuador. Se utilizó el método cualitativo y cuantitativo. Se aplicó un cuestionario semi estructurado bajo la técnica de la entrevista. Los datos obtenidos fueron codificados y procesados en el programa SPSS 2.0. Los resultados indicaron que la percepción de las 119 gestantes que acudieron a la unidad Anidada Taisha con relación al lugar de atención de su parto fue 67 gestantes (56,30%); eligieron el parto en su domicilio 50 (42,02%); en el Hospital San José de Taisha y 2 (1,68%); en la finca. De la misma manera, 72 (65,50%) prefirieron el acompañamiento por su esposo, 38 eligieron la posición en cuclillas (31,93%); finalmente 33 (27,33%) prefirieron la posición acostada. Se llegó a la conclusión que las mujeres indígenas Shuar y Achuar que realizaron sus controles en la Unidad Anidada del cantón Taisha en el periodo 2018-2019, prefirieron las posiciones verticales cuclillas y arrodillada; además, del acompañamiento de sus esposos fieles a su cultura.

Siguiendo con la línea de investigaciones en América latina, Rufino (2020) realizó una investigación en Argentina con el objetivo de determinar la aplicación de la Ley de parto Respetado sancionada en el país. En dicha investigación se indagó sobre las opiniones de los profesionales de salud y una organización de la sociedad civil sobre la ejecución del parto respetado y el aumento de la tasa de cesáreas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Dada la situación de aislamiento social por la pandemia de COVID-19, se realizaron de manera virtual seis entrevistas semi estructuradas mediante una aplicación web. Cinco de las entrevistas fueron con profesionales de salud en los sectores público y privado, se indagó sobre las opiniones sobre el parto respetado, el trato de la mujer durante el nacimiento, y la situación actual de la cesárea y el parto natural. La sexta entrevista fue con dos activistas de una organización de sociedad civil. Las preguntas atravesaron temas como el conocimiento de la Ley

del Parto Respetado, el vínculo entre los profesionales de la salud y la gestante, el rol de la mujer en la toma de decisiones, y los criterios acerca de las intervenciones médicas. Los resultados plasmaron que los profesionales de salud junto con los miembros de la organización tuvieron interpretaciones variadas sobre el parto respetado, se pudo destacar que no hay una definición clara del parto respetado entre estas personas, como consecuencia de las diferentes interpretaciones es que cada profesional asiste de una manera particular a cada paciente según posturas éticas y valores personales. Mas no hay una única entidad que supervise el cumplimiento de la ley. Todos los entrevistados creen que hay fallas en el sistema de la salud y nombraron la inaccesibilidad a una institución segura. Finalmente, los y las entrevistadas manifestaron que es necesario cambios en el sistema de salud para garantizar un parto respetado y lograr el cumplimiento de los derechos de la mujer.

En Belém do Pará, Brasil, Trajano & Barreto (2021), realizó una investigación exploratoria con enfoque cualitativo a profesionales que brindan asistencia a mujeres durante el trabajo de parto y el parto en un hospital público asociado al Sistema Único de Salud (SUS). La misma fue realizada a través de entrevistas semiestructuradas, que analizó la violencia obstétrica desde la perspectiva de género con base en las narrativas de profesionales de la salud que brindan asistencia en el parto. Se evidenció que esta asistencia está permeada por la sumisión, abusos físicos, verbales y psicológicos, en el marco de un modelo intervencionista que tiende a patologizar el parto.

Se utilizó una muestra de conveniencia compuesta por 20 entrevistas de un universo de 79 profesionales elegibles para el estudio. Se incluyeron profesionales de las áreas de Medicina y Enfermería que hubieran completado la educación superior, así como residentes en Medicina y

Enfermería Obstétrica que estuvieran trabajando en la sala de parto y brindaran asistencia directa a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

El estudio fue evaluado y aprobado por el comité de ética e investigación de la institución de educación superior a la que está vinculado, con CAAE 69070117.4.0000.5172, y por el comité de ética de la maternidad seleccionada, con CAAE 69070117.4.3001.5171.

La mayoría de los participantes de la investigación eran mujeres, representadas por 16 entrevistados (80%). En cuanto a la categoría profesional, 11 entrevistados eran médicos (55%), incluidos médicos en proceso de especialización y médicos ya especialistas. La mayoría de los participantes estaban realizando una especialización durante la recolección de datos, caracterizados como residentes, con 16 participantes (65%). La edad de los entrevistados osciló entre 23 y 56 años, predominando el rango de 20 a 29 años, con 11 entrevistados (55%).

Se concluyó que el abuso físico, psicológico y verbal, así como la limitación de la posición para dar a luz, son las formas de violencia obstétrica comúnmente identificadas por los profesionales, las cuales están profundamente arraigadas en cuestiones de género. Estas acciones hacen que la mujer pierda el control sobre su propio cuerpo y sea subordinada, convirtiéndola en un objeto de intervención profesional debido a una condición de inferioridad perpetuada en nuestra sociedad.

Se constató que la violencia observada en las maternidades es un problema multifacético y multifactorial, enraizado en las prácticas asistenciales mediante la perpetuación de una visión patriarcal del saber médico sobre el cuerpo femenino.

Angeletti (2022) realizó una revisión científica más reciente acerca del parto humanizado y violencia obstétrica en Chile. Esta revisión contó con dos tipos de fuentes, por un lado

artículos científicos, informes de investigación y textos de análisis realizados en Chile, extraídos de bases de datos como: BEIC, BIREME, Cochrane Library, Dialnet, EBSCO, Web of Science, MEDLINE/ PubMed y Redalyc, los cuales pudieron plasmar la mirada de la comunidad científica acerca del parto respetado y la violencia obstétrica y por otro lado declaraciones de otros actores, reflejando diferentes puntos de vista (textos, declaraciones, informes y proyectos de ley publicados en sitios web de instituciones gubernamentales, organizaciones sociales, asociaciones profesionales y actores políticos.) Se utilizó el método cualitativo. En total fueron incluidos 70 documentos publicados entre 2000 y 2019; 38 documentos publicados por la comunidad científica y 32 documentos generados por los actores involucrados.

El objetivo fue comprender las experiencias y miradas del sistema sanitario y la gestión del parto acerca de la violencia obstétrica y el parto humanizado. Como conclusión se demostró que desde el Ministerio de Salud de este país se ha abordado el tema de la violencia obstétrica desde la elaboración de Guías, pero en cambio, desde el Instituto Nacional de Derechos Humanos se destacaron condiciones de trabajo desfavorables para el personal de salud. Con respecto a la mirada que tienen los agentes de salud sobre la violencia obstétrica, los autores describieron que se tiende a rechazar el término violencia obstétrica, y a desconocer la promulgación de leyes que puedan regular este aspecto de la actividad profesional.

Siguiendo el hilo de investigaciones recientes, Medeiros & Nascimento (2022) pesquisaron en el noroeste de Brasil acerca de la violencia verbal y emocional recibida a la hora de parir. La misma fue realizada en Brasil desde la perspectiva de la mujer posparto, la muestra fue recolectada a través de entrevistas semiestructuradas con 12 puérperas acompañadas de una Unidad Básica de Salud en un municipio del noreste de Brasil, las preguntas fueron sobre el perfil socioeconómico, la experiencia del parto y la percepción que tenían sobre la violencia

obstétrica. En el mismo se identificó que la violencia obstétrica es recurrente en la atención hospitalaria y expresa desigualdades y opresión en las relaciones de género y entre profesionales y usuarios de los servicios de salud. El enfrentamiento a la violencia obstétrica demanda dar mayor visibilidad a esta problemática, incluyéndola en los procesos de formación y en los espacios de trabajo de estas profesionales, así como entre las mujeres, en un intento por brindar la identificación y confrontación de esta forma de violencia.

Otra investigación que fue realizada también en Brasil por Ladeira & Borges (2022) desde un enfoque constructivista social, se trata de una investigación cualitativa que desarrolla una comprensión sobre la sujeción de la mujer a la autoridad médica y hospitalaria en el momento del parto, basada en 24 narrativas de mujeres (23 escritas y una grabación).

La pregunta que guió la investigación fue: “¿En qué momento de tu gestación/parto/posparto te sentiste tratada como un objeto del sistema, sin autonomía sobre tu cuerpo?”. Los datos fueron recolectados en enero de 2019 mediante un formulario en línea que permitía enviar audios, videos, fotos y relatos, además de la posibilidad de contacto telefónico, que fue utilizado por algunas mujeres para complementar la recolección de información.

Tras el período de inmersión, fue necesario un distanciamiento del tema para disociar los sentimientos evidenciados de los materiales recolectados. Las respuestas provinieron de diversas regiones de Brasil y una de Portugal. Se relataron experiencias tanto de partos hospitalarios (públicos y privados) como de partos domiciliarios. No se recolectaron datos demográficos, ya que no era el foco del estudio categorizar a las respondientes, respetando así su protagonismo y multiplicidad. Los nombres fueron suprimidos, y los relatos se citaron bajo el seudónimo de “Entrevistada E(n)” para garantizar la confidencialidad de la información brindada.

Por otro lado, en Buenos Aires Argentina, Morra (2022) realizó un estudio cualitativo, la población de estudio fueron mujeres mayores de 18 años que hayan experimentado un parto vaginal o cesárea, que hayan atravesado un embarazo de bajo riesgo, y cuyos hijos/as hayan nacido sin ninguna patología. Fue criterio de inclusión que hayan experimentado un parto vaginal o cesárea entre las semanas 37 y 42 de gestación, con feto único, se requirió que como criterios de exclusión a embarazos 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.

El método de contacto con la muestra fue por grupos de Facebook de Argentina donde las mujeres comparten sus experiencias de parto y a otras madres se accedió por cercanía con la investigadora.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, primero la encuesta sociodemográfica que fue desarrollada con el objetivo de identificar algunas de las características sociales y demográficas de la población estudiada. Se indagó sobre las siguientes variables: edad, localidad de residencia, situación de convivencia, trabajo remunerado, nivel educativo alcanzado. También se indagó sobre información de salud, tales como: cantidad de partos vaginales, cesáreas, hijos vivos, tipo de institución que asistió el parto, fecha del parto, edad gestacional, tipo de parto, analgesia y realización de intervenciones médicas seleccionadas. En segundo lugar, se utilizó el 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.

Luego de la investigación se concluyó que, de la totalidad de partos o cesáreas 2 ocurrieron en la semana 36 de gestación, 2 en la semana 37, 5 en la semana 38, 6 en la semana

39, 9 en la semana 40 y 8 en la semana 41. También en la encuesta se indagó sobre el uso de analgesia durante el parto, 20 manifestaron que fue utilizada durante el mismo, 10 que no la solicitaron, 1 que no había tiempo para su aplicación, y 1 que no había en la institución.

Como respuesta al objetivo general, 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 las elecciones de la familia.

Otra pesquisa fue realizada el mismo año (2022) por Diniz y d'Oliveira en el noroeste de Brasil específicamente en la región del semiárido potiguar. El estudio es cualitativo y tiene como objetivo analizar la violencia obstétrica y sus diversas expresiones desde la perspectiva de la mujer posparto.

Capturadas a través de entrevistas semiestructuradas con 12 puérperas acompañadas de una Unidad Básica de Salud en un municipio del noreste de Brasil, las preguntas fueron sobre el perfil socioeconómico, la experiencia del parto y la percepción que tenían sobre la violencia obstétrica. Identificamos que la violencia obstétrica es recurrente en la atención hospitalaria y expresa desigualdades y opresión en las relaciones de género y entre profesionales y usuarios de los servicios de salud. El enfrentamiento a la violencia obstétrica demanda dar mayor visibilidad a esta problemática, incluyéndola en los procesos de formación y en los espacios de trabajo de estas profesionales, así como entre las mujeres, en un intento por brindar la identificación y confrontación de esta forma de violencia.

La UBS fue seleccionada por ser un lugar donde ya se desarrollaban actividades relacionadas con la Residencia Multiprofesional en Atención Básica/Salud de la Familia y

Comunidad durante el período de ejecución del estudio, lo que facilitó el contacto y el acceso a las participantes. Las puérperas seleccionadas fueron aquellas que realizaban el control prenatal en la UBS y que aceptaron participar en el estudio.

Con el fin de preservar la identidad de las participantes, durante la recolección de datos fueron identificadas de manera alfanumérica, y posteriormente se les asignaron nombres ficticios en homenaje a mujeres que marcaron la historia de la humanidad, tanto a nivel nacional como internacional, a través de sus luchas y sus historias de vida.

El proyecto del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad del Estado de Río Grande del Norte, conforme al protocolo n° 1.746.329, siguiendo las normas definidas por las Resoluciones n° 466/2012 y 510/2016 del Consejo Nacional de Salud (BRASIL, 2012; 2016).

Es importante destacar que, al tratarse de una investigación cualitativa, aunque sus resultados coincidan con otros estudios, no permiten mayores generalizaciones, ya que reflejan la realidad vivida por las puérperas residentes en el área de cobertura de una Unidad Básica de Salud del noreste brasileño.

De las 12 entrevistadas, 7 desconocían el término "violencia obstétrica", lo que les impedía identificar con claridad las posibles violencias sufridas. De las participantes, 8 evaluaron positivamente la atención recibida en las maternidades en términos de agilidad en los tiempos de espera. Sin embargo, a pesar de la satisfacción expresada, en sus relatos se observaron elementos de desatención que se configuraron en diversas formas de violencia obstétrica. Todas las entrevistadas afirmaron haber vivido o conocer a alguien que haya experimentado situaciones de violencia en la asistencia al parto.

Entre las expresiones de violencia obstétrica identificadas se encuentran: violencia física,

negligencia y frialdad, privación de alimentos, negación del derecho a tener un acompañante en todas las etapas del parto, parto y posparto, realización de tactos vaginales repetitivos y dolorosos, violación del derecho al secreto y la confidencialidad, negación del derecho a la información, realización de la maniobra de Kristeller y de la episiotomía, violencia psicológica a través de expresiones discriminatorias y humillantes, entre otros.

En Uruguay se llevó a cabo una investigación en el marco de la Maestría en Psicología Social de la UDELAR durante el año 2019 y 2020. Martiarena (2021) mediante la técnica de relatos de vida se buscó conocer la experiencia puerperal de mujeres adultas, tras el nacimiento de su primer hijo/a. Se entrevistaron mujeres en una franja temporal de dos años posteriores al parto. Desde un enfoque de género se promovió un acercamiento a diversos aspectos de la vivencia subjetiva de las mismas como ser la dimensión corporal, la sexualidad, sus afectos, los vínculos y su relación con el mundo del trabajo y la pareja. A modo de cuestionamiento al discurso biologicista dominante que define el puerperio como un período de 45 días y a la esencialización de la maternidad y la capacidad de cuidar como fenómenos inherentes a lo femenino, esta investigación se realiza a partir del análisis de la experiencia puerperal real, relatada por las propias mujeres, problematizando la complejidad del posparto y las múltiples violencias culturales y sociales que se ejercen en una etapa de la historia sexual y reproductiva femenina que ha sido históricamente invisibilizada.

Marco teórico

Parto Humanizado y Legislación

Según Oiberman (2005) en la época feudal el parto era un asunto de mujeres, no se admitía a ningún otro hombre al lado de la parturienta, salvo que surgieran inconvenientes y entonces se llamaba al cirujano. En el siglo XVI la situación cambió, las parteras que hasta ese momento no eran vigiladas, empezaron a convertirse en sospechosas, ya que se las acusaba de brujería, de complicidad con el infanticidio y el aborto. Entonces las parteras fueron obligadas a trabajar bajo la supervisión de los cirujanos. En el siglo XVII los cirujanos inventaron el fórceps para extraer al bebé del cuerpo de la madre, y preocupados por la extensión de su competencia, prohibieron su uso a las parteras. De esta manera comienzan a intervenir los hombres médicos en el campo de la obstetricia (Oiberman, 2005).

Oiberman (2005) describe que entre 1870 y la primera guerra mundial se produjeron grandes cambios en el modo de la atención de reproducción humana. Entre 1879 y 1890 los hospitales de Europa implementaron los principios de la asepsia, entonces en 1900 la mortalidad materna descendió al 2%. Los progresos de la obstetricia y los partos más seguros se realizaron en los hospitales y no en los domicilios de las parturientas. Dado que en esa época había pocas mujeres médicas antes de 1914, la maternidad se convirtió en un asunto de hombres. De esa forma, los partos fueron institucionalizados y la figura principal pasó a ser el médico hombre.

En el año 2004 el parlamento argentino promulgó la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado, reglamentada en 2015, que promueve respeto a las particularidades de cada familia, así como el acompañamiento en la toma de decisiones para que sea segura e informada

(Ley 25929, 2004, art.2). Además, el país cuenta con la Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en 2006 y con la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales, publicada en 2009.

Esta última ley es de especial relevancia puesto que en ella se hace referencia por primera vez en el cuerpo jurídico argentino a la Violencia Obstétrica, entendiendo la misma como una forma de violencia de género. A pesar de que para el 2009 ya existía legislación específica relacionada con la atención al parto, en ella no se hacía referencia al concepto de VO, ni al carácter estructural que posee esta problemática por ser una de las manifestaciones más invisibilizadas de las desigualdades de género presentes en nuestra sociedad.

Otro de los cambios que se presentó a lo largo de la historia es la institucionalización de los partos, al hacerse esto efectivo 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, incluso en aquellos embarazos que no presentaban riesgos, transformando las acciones excepcionales en rutinarias. Se comenzó a considerar conveniente gobernar o dirigir el parto, aún en aquellos que no existían complicaciones, extendiendo prácticas hoy desaconejadas, tales como rasurado perivulvar/perineal, enemas, venoclisis, episiotomías rutinarias y parto en posición horizontal imposibilidad de moverse y de comer durante el trabajo de parto, rotura artificial de bolsa, cesárea programada. (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2010).

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000 en Fortaleza, Brasil, se definió que el parto humanizado implica que el control del proceso lo tenga la mujer; no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y

cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta apoyo afectivo- emocional. En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas. Magnone (2011) también menciona que las parteras definen el parto como un “conjunto de hormonas en acción, en donde cualquier intervención modifica este equilibrio y altera el resultado [...] Cuando las personas estamos en tensión (bajo amenazas físicas, con ruidos o luces brillantes) segregamos la hormona adrenalina que, cuando está sobre presentada en el parto, impide la producción de las hormonas oxitocinas (que producen las contracciones y por tanto la dilatación del cuello del útero) y endorfinas (responsable de la anestesia natural). Para favorecer el desarrollo de la mejor combinación hormonal, las mujeres deberían estar tranquilas, confiadas, en ambientes de poca luz y en silencio”

La mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, acogida. Si hacemos referencia a un embarazo de bajo riesgo este lugar seguro puede ser su casa, en una maternidad pequeña o quizás en una maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se centren en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura.

Machado (2016) menciona que Argentina se posiciona en el octavo lugar en la práctica de la episiotomía en partos normales, haciendo una comparación con veintinueve países europeos, esta estadística refleja un uso indebido y no selectivo de la misma, contrario a los estándares recomendados en 2008 por el Ministerio de Sanidad en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.

Quattrocchi (2018) en su artículo afianza el concepto de que parir sin violencia es un derecho humano y un derecho a la salud reproductiva que todas las mujeres poseen y pueden/deben ejercer sea cual fuera su origen, cultura, estado físico y psicológico, trayectoria, etc.

En la actualidad se promueve el dialogo y la psicoeducación hacia 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).

Esta institucionalización de los partos trajo aparejado un proceso de infantilización de las mujeres gestantes y de la desvalorización de saberes no médicos. Además, 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).

Violencia Obstétrica

En la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. (Naciones Unidas, art 1. 1993)

En la legislación argentina se define a la Violencia Obstétrica 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” (Ley 26485, 2009, cap.3, art.5). Así, algunas de las acciones en que se materializa la VO son: privar de información, no ofrecer alternativas, no respetar las decisiones de las pacientes, realizar intervenciones sin previo consentimiento, impedir el apoyo emocional privando a la mujer de compañía, dificultar el apego precoz madre-hija/o y crear un ambiente falto de intimidad (Fernández, 2014, p.114). Estas y otras actuaciones dan lugar a dos tipos de violencia obstétrica. Por un lado, física, la cual se da cuando se suministran medicamentos o se realizan prácticas invasivas sin justificación de acuerdo con el estado de salud de la madre, y por otro psicológica, representada en el trato deshumanizado, discriminatorio y/o de humillación en el transcurso de una práctica obstétrica, incluyendo la omisión de información en la evolución del parto (Medina, 2009, p.4)

Basándonos en estas definiciones, podemos afirmar que el término violencia obstétrica vendría a ser una categoría que reúne diversas formas de expresión de control y opresión sobre los cuerpos/psiques de las mujeres que están embarazadas o que se encuentran en trabajo de parto.

La mujer embarazada es confinada al lugar de espectadora de los acontecimientos que toman lugar en su propio cuerpo. Es informada a medias y no se la incluye en la toma de decisiones. Es decir, se le anula su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella se demanda solo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda. De igual forma, la persona que esté como compañía, al que se le asigna la tarea de esperar en silencio, es considerado un estorbo en este escenario.

Según la OMS (2012) La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (párr. 1)

De acuerdo con lo planteado anteriormente Arguedas (2014) la mujer se transforma en espectadora de los fenómenos que suceden en su propio cuerpo, sin derecho a ser informada sobre las intervenciones que se realizarán, siendo anulada su capacidad de interrogar y decidir. Su voluntad no es tenida en cuenta, de ella se espera aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda.

En relación con las prácticas de violencia que se realizan a las parturientas, la episiotomía y el rasurado perineal demostraron tasas de utilización superiores al 50%, cuando según la OMS la episiotomía estaría indicada sólo en un 15 a 20% de partos. Estos resultados que arrojan los hospitales encuestados denotan que el uso de la episiotomía en primerizas es superior al 80%, entonces cabe preguntarnos ¿Cuál es el propósito de asistencia al parto a través de la utilización rutinaria de alta tecnología cuando no es necesario? Magnone (2010) sostiene que varias autoras afirman que el modelo de atención responde al miedo del profesional de no poder controlar un evento natural llevado adelante “en él y por el cuerpo” de las mujeres, de esta forma queda naturalizada la creencia social de que se puede controlar la vida, la enfermedad y la muerte y por otro lado, el cuerpo médico confirma y asume ese poder.

Para explicar qué es y por qué se ejerce la violencia obstétrica proponemos la noción de poder obstétrico. La violencia obstétrica sería, entonces, un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. El poder obstétrico constituye una forma

de poder disciplinario –en esto seguimos a Foucault (1976)– que produce cuerpos sexuados y dóciles.

La OMS en el 2014 declaró “Alrededor de todo el mundo muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.”

Las mujeres en trabajo de parto no se quejan ni expresan su opinión, ya sea por miedo, opresión o, incluso, porque están viviendo un momento muy especial en sus vidas: el nacimiento de su bebé. Como consecuencia, una vez finalizado el parto, la alegría suele sobreponerse a los malos tratos, los cuales, de algún modo, terminan siendo olvidados (Leila Regina WOLFF; Vera Regina WALDOW, 2008).

En este sentido, ocurre la "conspiración del silencio", ya que, cuando no se denuncia la violencia, se imposibilita que los datos, tanto cualitativos como cuantitativos, sean revelados, contribuyendo así a la invisibilización y gravedad del fenómeno (Heleieth SAFFIOTI; Suely Souza de ALMEIDA, 1995).

De este modo, los profesionales valoran a la paciente que soporta en silencio, que es obediente y "colabora", mientras que aquella que hace "escándalos" no es bien vista ni bien tratada. Como consecuencia, pronto escuchará: "En la hora de hacerlo, no lloraste". Esto evidencia la banalización de la violencia obstétrica institucional, que muchas veces es vista como una broma por los involucrados e incluso esperada por las puérperas (AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Esther Ramírez Matos (2020) plantea que muchas mujeres no logran identificar la violencia obstétrica en el momento del parto, ya que toman conciencia del maltrato vivido recién con el paso del tiempo. La autora explica que es frecuente que las mujeres abandonen el hospital agradecidas por la vida de sus hijos, sin advertir de inmediato las situaciones de vulneración que atravesaron durante la atención médica.

Medicalización del parto

A través de la medicalización el ser humano ha perdido la capacidad de autogestionar su salud, su vida y su cuerpo, quedando en un lugar pasivo frente a las vicisitudes de la vida y por tanto disminuidas sus capacidades para transformarla. (Illich,1975:53)

Villanueva Egan (2010) retoma el concepto de Violencia obstétrica como continuos actos que va desde regaños, burlas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, hasta daños mayores a la salud de las mujeres. Incluye, además, la no consulta (ni la posibilidad de participación) sobre decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, su utilización como recurso didáctico sin autorización y el manejo del dolor durante el proceso como castigo. Sostiene que “desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos”

La Organización Mundial de la Salud divide la violencia obstétrica en cinco tipos, que sirven para operacionalizar aquella definición legal, la primera es intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé); en segundo lugar el Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; en tercer lugar la falta de insumos, instalaciones inadecuadas; como cuarto lugar el ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la

madre con información completa, verdadera y suficiente; y por último lugar la discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas. (Castrillo, 2016).

Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica. Es decir que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder.

El objetivo o función de utilidad del poder obstétrico que se mencionó anteriormente sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos. Esto solo es posible si el embarazo y el parto se construyen subjetivamente como procesos de alteración y desorden que deben ser vigilados con minuciosidad para que no causen caos. De ahí que la mujer embarazada haya terminado transformada en una persona discapacitada o enferma. De ahí también surge que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. (Arguedas Ramírez, 2014).

El parto se transformó en un acto médico, dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales. El equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones. El embarazo y parto produce un alto impacto físico y psíquico en las mujeres y es de vital trascendencia para toda la familia, en especial para el recién nacido, ya que tendrá implicancias en toda su vida futura. (Oiberman et al 2019)

Existen dentro de las prácticas obstétricas habituales de nuestro país, vastos ejemplos. Comenzando por la patologización y medicalización de un momento saludable y fisiológico (en embarazos de bajo riesgo), que sitúa a las personas gestantes como enfermas necesitadas de atención médica, y desde la cual se sostienen la mayoría de las intervenciones. El ingreso a la institución funciona como un rito de pasaje (Davis-Floyd, 2009): silla de ruedas, tactos a repetición por diferentes personas, la colocación de una vía endovenosa “por si a acaso”, separación de los seres queridos, separación mamá-bebé. De esta manera, se despliegan diversos sentidos que colocan a la mujer y su cuerpo como defectuosos y la dejan fuera de la posibilidad de tomar control sobre su situación.

En nuestro país predomina un modelo de atención médico hegemónico que, entre otros supuestos epistémicos y metodológicos, sienta sus bases en la filosofía cartesiana que propone la escisión mente-cuerpo. Esto posibilita la alta tecnologización de las prácticas médicas, la concepción/manipulación de los cuerpos como objeto y la separación médico-paciente (Davis-Floyd, 2009; Menéndez, 1988).

Finalmente, no es posible terminar este apartado sin hacer referencia a que todo lo anteriormente mencionado ocurre al calor de una sociedad patriarcal que puede definirse como aquella: basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón. Una sociedad androcéntrica, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres; del marido sobre la esposa; del padre sobre la madre; médicos sobre pacientes y de la línea de descendencia paterna sobre la materna, entre otros. (Wohlgemuth, 2015, p.16)

Así, el hecho de que los cuerpos de las mujeres sean tratados sin consideración para conseguir partos rápidos y asépticos tiene que ver con el sexismo de las sociedades patriarcales,

perpetuadoras de una cultura machista que impregna de forma inadvertida la práctica médica (Bellón, 2015, p.107)

Efectos en la salud mental

Fisher et al. (1997) mencionan a las mujeres que han vivenciado sus partos como violentos muestran sentimientos de culpa, autovaloración baja, dificultad para relacionarse con el bebé, dificultad en la adaptación psicosocial, dificultades en la lactancia, pérdida de confianza en su cuerpo, estrés postraumático, ansiedad, depresión. Estas huellas se transforman con mucha frecuencia en situaciones traumáticas y podemos afirmar que nos encontramos frente a una situación de infradiagnóstico e invisibilidad ya que las mujeres terminan lastimadas y traumatizadas, pero nadie puede verlo, ni siquiera los profesionales especializados. Este panorama deja a las usuarias del sistema sanitario en una situación de desprotección, desamparo y vulnerabilidad (Beck y Dirscoll, 2006).

(Magnone 2010:9) detalla la importancia de un lugar seguro para las parturientas, así como el poder tener libertad de decisión. Incluso, con un parto aparentemente normal, las mujeres pueden vivenciarlo como traumático y muy doloroso en términos emocionales. “el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta “apoyo afectivo emocional”.

La patologización de un proceso fisiológico y saludable, y la atención basada únicamente en el riesgo, conlleva una grave iatrogenia que tiene consecuencias a mediano, corto y largo plazo en la salud mental de la díada mamá-bebé. Buckley (2015) ha estudiado minuciosamente las consecuencias de las intervenciones durante el trabajo de parto sano y advierte acerca de

cómo interferir en el proceso cuando la mujer y el bebé se encuentran saludables, puede producir daño a corto, mediano y largo plazo. El parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer. Es un evento físico y psíquico de gran intensidad, muy significativo para quienes son protagonistas. (Arnao Bergero et. el 2018)

En ese uso del cuerpo, en esa relación jerárquica, patriarcal y desigual de la relación médico-paciente (que deja afuera a la emoción y lógicamente a la singularidad de cada persona gestante que pare) van dejando rastro las marcas que se inscriben en la subjetividad, una y otra vez. Los relatos están plagados de estas huellas en la memoria subjetiva. La posición litotómica es una clara muestra del rol pasivo que se espera de una mujer durante su parto. La episiotomía es una marca corporal, una mutilación femenina usada indiscriminadamente y utilizada al servicio del tiempo del otro, de la comodidad ajena que deja sus trazas (físicas y simbólicas) durante días, meses e incluso años en la sexualidad femenina. Estas prácticas, que funcionan a modo de ceremonia con alta eficacia simbólica, conllevan un padecimiento subjetivo que tarda en sanar y dejan vestigios para siempre en la vida de muchas mujeres. (Machado, 2014)

Una de las facetas más crueles de esta violencia es la psicológica, que, aunque no deje marcas físicas, sí deja cicatrices emocionales, lo que, a su vez, contribuye aún más a su invisibilidad. (Jardim & Modena, 2018).

La literatura afirma que los cuidados brindados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto son fundamentales para el establecimiento del vínculo madre/recién nacido, y, de esta manera, las experiencias estresantes durante el parto estarían asociadas a un menor éxito en la lactancia. Por lo tanto, es fundamental que los servicios de salud estén organizados de manera que creen condiciones para una atención digna y respetuosa (Salgado, Niy, & Diniz, 2013).

Post Parto

Para la medicina el puerperio fisiológico tiene una duración promedio de 6 semanas y es descrito en 4 etapas, la primera transcurre durante las 24 horas siguientes al parto y es llamada puerperio inmediato, la segunda se extiende del día 2 al 7 y se la denomina puerperio temprano, la tercera se extiende entre el octavo día y hasta el día 42-45 y es conocida como puerperio ampliado, se describe una cuarta etapa conocida como puerperio alejado que comienza al finalizar la cuarentena sin que su culminación esté especificada, pero se estima que puede extenderse aproximadamente hasta los dos años posteriores al parto o el final de la lactancia (Mora, 2009). Por otro lado Ramírez Matos (2020) denomina esta cuarta etapa como puerperio emocional, englobando en ella toda una serie de fenómenos de carácter psicoafectivo y sociales ligados a la construcción del vínculo entre la mujer madre y el recién nacido, la vivencia de la dependencia emocional instalada en este binomio en lo que es denominado como exogestación, es decir, garantizar la supervivencia física y psíquica de una criatura extremadamente vulnerable luego del nacimiento. La necesidad del bebé de continuar unido a su madre tras el nacimiento, del contacto piel con piel para calmarse, demuestra la importancia fundamental de que las condiciones ambientales estén dadas para que esto pueda suceder, así como la contención emocional de la mujer que experimenta una vivencia psíquica única y sumamente intensa. Esta necesidad se extenderá mucho más allá de los primeros días o semanas, siendo la separación del binomio madre-bebé un proceso paulatino.

Mora (2009) plantea que el puerperio representa un proceso de transición profunda tanto en el plano físico como emocional. Desde su mirada, este período se caracteriza por una experiencia intensa de transformación del cuerpo, que se percibe como alterado, sensible, agotado y en recuperación. La autora destaca que el cuerpo puerperal, además de alimentar y

vincularse con el recién nacido, también transita una despedida simbólica del cuerpo previo, dejando huellas emocionales que forman parte de esta vivencia subjetiva.

Método

El presente trabajo se enmarca en un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, cuyo propósito es comprender y describir en profundidad las experiencias subjetivas de las mujeres en torno al parto, el postparto y posibles situaciones de violencia obstétrica. Este tipo de estudio busca interpretar la realidad desde la perspectiva de los actores involucrados, en sus contextos naturales y sin manipulación de las variables (Hernández Sampieri et al., 2000).

El análisis de los datos se desarrolló mediante un enfoque temático-descriptivo, de tipo análisis fenomenológico o de contenido categorial, que parte de categorías preestablecidas surgidas del marco teórico. Este tipo de análisis permite identificar, organizar e interpretar patrones de sentido dentro de los relatos obtenidos.

La elección de esta estrategia analítica responde a la necesidad de comprender los significados construidos por las participantes en torno a sus vivencias, más que a generar teoría nueva desde cero. Así, el estudio adopta una lógica inductiva-deductiva, donde las categorías teóricas orientan el análisis, pero se mantienen abiertas a ser enriquecidas o redefinidas por los datos empíricos (Hernández Sampieri et al., 2000).

Participantes

La muestra estuvo constituida por 10 mujeres (N = 100%) que residen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y han parido antes de la pandemia de COVID-19. Se estableció un rango de edad entre 18 y 40 años (M = 30,4; Me = 31; Mo = 32). Se excluyeron aquellas mujeres que parieron después de la pandemia de COVID-19.

Técnica de recolección de datos

Como instrumento para recolectar los datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes de la muestra. Hernández Sampieri (2018), se refiere a la entrevista semiestructurada como la comunicación interpersonal que se configura entre el investigador y el fenómeno de estudio a efectos de alcanzar a responder verbalmente las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Asimismo, la entrevista no estructurada implica mayor flexibilidad, ya que su contenido, presentación y profundidad se encuentran predispuestos por el entrevistador, aunque los objetivos de la investigación sean el centro de las preguntas. Esta forma de entrevista produce una guía o lineamientos para el desglose de la entrevista, en tanto que, existe mayor libertad por parte del investigador para modificar las formas de encauzar las preguntas y adaptarlas en post de las diversas características de los sujetos de estudio. Así pues, ya que la entrevista obtiene las percepciones y perspectivas de las personas sobre un tema de estudio, les propicia mayores niveles de libertad para desarrollar el tema que considere pertinente.

Procedimiento

Se llevo a cabo un muestreo no probabilístico para seleccionar los casos. Los sujetos fueron invitados a participar en la investigación de forma voluntaria y anónima, solicitándoles su consentimiento. Antes de responder al instrumento de evaluación, se les hizo constar a los participantes que los datos derivados de esta investigación se utilizarían con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron mujeres de 18 a 40 años que residan en el AMBA y hayan parido antes de la pandemia de COVID 2019; para acceder a la muestra se realizó difusión por las redes sociales.

Previo a la entrevista se envió el consentimiento informado. El dispositivo de las entrevistas fue video llamada Meet, Whats app y/o llamada de línea, las cuales tuvieron una duración de 45' a 60' minutos aproximadamente.

Resultados

Categorías	Respuestas
<p>Relación y comunicación con los profesionales de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las entrevistadas relatan interacciones formales y distantes, con falta de empatía y comunicación unilateral. • “No había relación, era todo muy formal” (Entrevistada 5). • “Durante el embarazo bien, pero en el parto fue políticamente correcto, sin calidez” (Entrevistada 9). • “El obstetra daba por sentado que yo sabía todo, no explicaba los procedimientos” (Entrevistada 7). • “En un momento de la cesárea empiezo a sentir que me cortan y le digo al doctor ‘para, siento todo’ y él me responde ‘si vos querías que te duerma me hubieras dicho antes, ahora ya está’” (Entrevistada 7).
<p>Desconocimiento y violación de derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría desconocía sus derechos como pacientes durante el parto. • “No conocía mis derechos en el proceso de parto” (Entrevistada 4). • “Después de mi tercer parto vi un cartel en el hospital que hablaba sobre el parto respetado” (Entrevistada 4). • “Me ataron las manos en el parto, no me dejaron sostener a mi hija cuando nació”

	<p>(Entrevistada 5).</p> <ul style="list-style-type: none"> • “La obstetra se rió cuando mi exmarido preguntó si mi vagina quedaría igual después” (Entrevistada 8). • “Salí del parto sintiéndome un objeto, no una persona” (Entrevistada 1).
<p>Impacto emocional y psicológico del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El parto fue vivido por muchas como un evento traumático. • “Lloré mucho y me sentí muy sola; no quiero volver a ser mamá” (Entrevistada 3). • “Sentí mucho miedo, nadie me hablaba ni me explicaba lo que estaba pasando” (Entrevistada 10). • “Me sentí culpable por no haber preguntado más o defendido más mi parto” (Entrevistada 7). • “Mi pareja no me acompañaba con los quehaceres de la casa ni con la crianza, me exigía mucho incluso en lo sexual” (Entrevistada 7).
<p>Deficiencias en la contención y apoyo postparto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las entrevistadas mencionan una ausencia total de apoyo emocional tras el parto. • “Sentí que no había nadie para ayudarme emocionalmente después de lo que viví” (Entrevistada 3). • “Me costó mucho conectar con mi bebé, sentía que algo estaba mal en mí” (Entrevistada 6). • “Estaba sola; ni siquiera recibí orientación sobre cómo dar de amamantar” (Entrevistada 8). • “No me sentía madre después del parto, sentí que todo lo habían manejado ellos y yo solo estaba ahí” (Entrevistada 5). • “Sentí dismorfia corporal y pérdida de

	mi identidad” (Entrevistada 7).
--	---------------------------------

Análisis del Eje 1: Relación y Comunicación con los Profesionales de la Salud

El análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas muestra un patrón de interacciones formalizadas, distantes y con comunicación insuficiente entre las mujeres y los profesionales de la salud durante el proceso de parto “No había relación, era todo muy formal” (Entrevistada 5). Este análisis se basa en elementos clave mencionados por las participantes, como la frialdad en el trato, la falta de empatía, la comunicación deficiente, unilateral y la ausencia de contención emocional, lo cual profundiza la sensación de desconexión y deshumanización. “Durante el embarazo bien, pero en el parto fue políticamente correcto, sin calidez” (Entrevistada 9); “En el embarazo muy formal y distante. En el parto sentí muy truncada la comunicación, inclusive tuve una situación médica post parto y nunca me explicaron bien qué me pasó” (Entrevistada 6).

Varias mujeres mencionan que los profesionales de la salud daban por sentado que ellas comprendían los procedimientos o decisiones que se tomaban, sin brindar explicaciones adecuadas o sin responder a sus preguntas “El obstetra daba por sentado que yo sabía todo, no explicaba los procedimientos” (E 7). Este tipo de comunicación, caracterizada por la falta de diálogo y la imposición de procedimientos, podría contribuir a una experiencia despersonalizada y llegar a generar sentimientos de impotencia y confusión.

La mayoría de las entrevistadas percibió una relación formal y distante con los profesionales de la salud, especialmente en el momento del parto. Esta percepción de formalidad se manifiesta en comentarios donde describen a los profesionales como fríos y políticamente correctos, pero sin una conexión humana genuina. Desde el punto de vista psicológico, la relación distante y carente de calidez en el trato puede ser interpretada como una falta de empatía y de sensibilidad emocional, lo cual resulta crítico en un proceso de alto impacto emocional y

físico como el parto. Las mujeres en esta situación suelen necesitar de un acompañamiento que sea tanto técnico como humano, y el hecho de que esta dimensión emocional esté ausente o minimizada puede generar sentimientos de inseguridad, angustia y aislamiento.

Algunas mujeres relatan que durante el embarazo el trato fue bueno o aceptable, pero que al momento del parto este cambió radicalmente hacia una actitud distante y poco cálida. “Pasé por varios profesionales antes de decidir por uno; quería un parto respetado, pero terminó siendo una experiencia fría y sin empatía” (Entrevistada 3). Esta experiencia ambivalente impacta en la percepción general del parto, ya que en un momento tan crítico como el parto, la necesidad de un apoyo cercano y empático es fundamental para reducir el estrés y la ansiedad.

Sin embargo, en el contexto de la violencia obstétrica y la comunicación deficiente observada en las respuestas, las mujeres experimentan una pérdida de agencia sobre sus propios cuerpos y procesos, lo que aumenta los niveles de ansiedad y percepción de vulnerabilidad. “En un momento de la cesárea empiezo a sentir que me cortan y le digo al doctor “para, siento todo” y el me responde “si vos querías que te duerma me hubieras dicho antes, ahora ya está (Entrevistada 7); “Me obligaron a hacerme las ligaduras de trompas luego del parto”. (Entrevistada 8)

Este tipo de comunicación unilateral y autoritaria en el ámbito de la atención obstétrica puede interpretarse como una manifestación de la jerarquía y poder en la relación médico-paciente.

En el contexto del parto, esta relación de poder genera una situación donde las mujeres sienten que sus opiniones y emociones no son tomadas en cuenta, lo cual impacta negativamente en su bienestar psicológico y genera una experiencia de deshumanización.

Un aspecto relevante en el análisis de este eje es la dualidad entre la experiencia del embarazo y la del parto. Este cambio en la dinámica de la relación con el personal de salud en el parto puede tener un impacto psicológico importante. La mujer, que se siente apoyada y acompañada en el embarazo, experimenta un quiebre en su percepción del sistema de salud cuando, en el momento del parto, se le brinda un trato mecánico y despersonalizado. Esta dualidad puede llevar a una sensación de traición o abandono, especialmente si la mujer tenía expectativas positivas basadas en su experiencia previa en el embarazo. La falta de coherencia en la atención recibida refuerza la percepción de deshumanización y de negligencia emocional.

Análisis del Eje 2: Desconocimiento y Violación de Derechos

El resultado de las respuestas obtenidas de las mujeres entrevistadas marca una tendencia entre el desconocimiento de sus derechos como pacientes durante el proceso de parto, así como experiencias de maltrato físico y verbal que vulneran estos derechos. Desde una perspectiva psicológica y sociocultural, este eje refleja cómo la falta de información y el trato abusivo afectan la percepción de control, la autoeficacia y el bienestar emocional de las mujeres. Este análisis explora los aspectos específicos de este eje, abordando las implicancias del desconocimiento de derechos y el maltrato, y cómo estas experiencias influyen en la construcción de una narrativa negativa del parto.

El desconocimiento de los derechos como pacientes es uno de los aspectos más recurrentes en las respuestas de las entrevistadas. La mayoría de las mujeres manifiestan que no sabían cuáles eran sus derechos en el contexto de la atención obstétrica, lo que las dejó en una situación de vulnerabilidad durante el parto. "No conocía mis derechos en el proceso de parto" (Entrevistada 4). Esta falta de información parece ser una constante en la atención obstétrica, donde la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres se ven relegadas en favor de un

modelo biomédico centrado en la autoridad del profesional de la salud. En este contexto, las mujeres no solo desconocen sus derechos, sino que además no son informadas activamente por el personal de salud sobre ellos, lo que genera una dinámica de control unidireccional. "Después de mi tercer parto, vi un cartel en el hospital que hablaba sobre el parto respetado" (Entrevistada 4).

Además, el desconocimiento de derechos también se relaciona con la falta de educación y promoción de derechos en el ámbito obstétrico. A pesar de que en Argentina existe legislación específica sobre el parto respetado y la violencia obstétrica, como la Ley de Parto Humanizado (Ley 25.929), las respuestas de las mujeres indican que esta normativa no se aplica o se desconoce ampliamente, tanto por parte de las pacientes como de los profesionales de salud. La ausencia de políticas efectivas de información y educación en este ámbito refuerza la desigualdad en la relación médico-paciente y perpetúa un sistema en el que las mujeres se sienten desprotegidas y desinformadas. "Sí, conocía mis derechos debido a la Ley de Interrupción del Embarazo, pero no en lo relacionado al parto respetado" (Entrevistada 9).

Otro aspecto crítico dentro de este eje es el maltrato físico y verbal experimentado por las mujeres durante el parto. Las entrevistadas describen maniobras dolorosas, intervenciones sin consentimiento y comentarios despectivos o agresivos que no solo vulneran sus derechos, sino que también afectan profundamente su salud mental. Entre los ejemplos de maltrato físico se encuentran prácticas invasivas realizadas sin la aprobación de la mujer, como tactos repetitivos, episiotomía, procedimientos realizados de forma brusca y maniobras de presión abdominal que generan dolor intenso. "Me ataron las manos en el parto, no me dejaron sostener a mi hija cuando nació" (Entrevistada 5); "Sufrí maltrato físico, me empujaron la panza, se pusieron encima mío, me apretaban" (Entrevistada 2); Me hicieron la episiotomía sin preguntar" (Entrevistada 8).

En cuanto al maltrato verbal, las mujeres relatan comentarios degradantes, falta de empatía y, en algunos casos, incluso respuestas que minimizan o invalidan sus emociones y experiencias. "La obstetra se rió cuando mi exmarido preguntó si mi vagina quedaría igual después" (Entrevistada 8). "Me gritaban que no empuje cuando mi cuerpo pedía hacerlo" (Entrevistada 10).

El maltrato, tanto físico como verbal, puede ser entendido desde la psicología como una forma de abuso de poder, donde el profesional de la salud utiliza su posición de autoridad para ejercer control sobre el cuerpo y las decisiones de la paciente. Esto refuerza la jerarquía en la relación médico-paciente y reduce aún más el poder de la mujer para expresar sus necesidades o incomodidades. "Cuando nació mi hija no me la trajeron para que le dé un beso, solo me la mostraron de lejos y se la llevaron. En un momento el obstetra dice este útero es patológico y yo escuchando respondo ¿Cómo que patológico? y me responde ¡usted cállese!" (Entrevistada 3)

Las mujeres que experimentan maltrato en el parto pueden revivir constantemente esta situación, generando una asociación negativa con la experiencia de parto y desarrollando miedos profundos hacia futuros encuentros médicos, e incluso evitando la posibilidad de tener más hijos biológicos a través de la gestación. Como expresó una de las participantes: "No quiero volver a ser mamá después de esa experiencia" (Entrevistada 6). Asimismo, otra entrevistada relató: "Lloré mucho y me sentí muy sola" (Entrevistada 3).

Este rechazo se manifiesta como una forma de evitar la reexperimentación del trauma, y puede derivar en decisiones que afectan su proyecto de vida y su sentido de plenitud.

El maltrato verbal, en particular, tiene un efecto devastador en la autoestima y el bienestar psicológico de las mujeres. "Salí del parto sintiéndome un objeto, no una persona" (Entrevistada 1).

La percepción de autonomía es esencial en cualquier experiencia médica, ya que otorga a la persona la capacidad de tomar decisiones informadas y de sentirse activa en su propio cuidado. En el caso de la atención obstétrica, esta autonomía se ve sistemáticamente vulnerada, y las mujeres son, en muchos casos, tratadas como sujetos pasivos. Esto no solo reduce su capacidad para involucrarse activamente en el proceso de parto, sino que también afecta su autoestima y su confianza en el sistema de salud. "No sentí que podía opinar sobre nada, todo lo decidían ellos sin preguntarme" (Entrevistada 5).

Análisis del Eje 3: Impacto Emocional y Psicológico del Parto

Las respuestas obtenidas en las entrevistas muestran que el parto, cuando se encuentra marcado por experiencias de violencia obstétrica, tiene un impacto profundo y negativo en la salud emocional y mental de las mujeres. El parto, que debería ser un momento significativo y de transformación, se convierte en un evento traumático que deja secuelas duraderas. "Estuve asustada, la pasé mal y tuve culpa porque mi bebé nació con problemas" (Entrevistada 6).

Debido a esto las emociones como tristeza, miedo y angustia aparecen frecuentemente en las narraciones de las mujeres entrevistadas. Muchas de ellas expresan que el momento del parto, en lugar de ser una experiencia de empoderamiento y conexión, se convirtió en una vivencia desoladora y aterradora. "Mal, lloré mucho y me sentí muy sola; no quiero volver a ser mamá" (Entrevistada 3).

La tristeza surge como una respuesta emocional ante la pérdida de lo que ellas esperaban que fuera el parto: un momento íntimo y respetuoso. Las expectativas de una experiencia positiva, junto con la importancia cultural y emocional que tiene el parto en la vida de una mujer, intensifican la frustración y el dolor emocional que sienten al enfrentar maltrato y violencia en un contexto que debería ser de apoyo y cuidado. ("No entendía por qué me estaban tratando así en un momento que tenía que ser especial" (Entrevistada 8).

El miedo es otra emoción predominante, y surge tanto de la vulnerabilidad física como de la impotencia frente a las decisiones que los profesionales de la salud tomaban sin su consentimiento. "Sentí mucho miedo, nadie me hablaba ni me explicaba lo que estaba pasando" (Entrevistada 10). Algunas mujeres relatan sentirse asustadas por la falta de explicaciones y por la percepción de que sus necesidades y deseos eran ignorados o minimizados. Esta falta de control puede llevar a un estado de hipervigilancia, característico de las personas que han vivido experiencias traumáticas, donde el individuo se mantiene en constante alerta ante la posibilidad de ser vulnerado nuevamente. "No quería que nadie me tocara después de eso, me quedé con mucho miedo" (Entrevistada 4).

La culpa, en este contexto, puede interpretarse como una forma de auto atribución negativa, donde las mujeres se culpan a sí mismas por no haber sido más fuertes o haberse informado con anticipación. "Me sentí culpable por no haber preguntado más o defendido más mi parto" (Entrevistada 7) En psicología, este tipo de auto atribución es común en personas que han vivido situaciones de abuso o violencia, quienes desarrollan una tendencia a responsabilizarse de lo sucedido como una forma de intentar recuperar el control sobre una situación en la que realmente no tenían poder. Sin embargo, esta auto atribución negativa puede

desencadenar síntomas de depresión y ansiedad, afectando la forma en que la mujer percibe su rol como madre y su capacidad para cuidar y proteger a su hijo.

Las experiencias traumáticas vividas durante el parto también tienen un impacto negativo en las relaciones interpersonales de las mujeres. Algunas de las entrevistadas mencionan conflictos con sus parejas, a quienes consideran poco empáticos o incapaces de comprender la magnitud del sufrimiento vivido. Este tipo de experiencias puede generar una brecha en la relación de pareja, donde la mujer se siente incomprendida y aislada, lo cual puede afectar su apoyo emocional y social. La falta de apoyo y comprensión por parte de las personas cercanas puede intensificar los sentimientos de soledad y desamparo que ya experimentaron en el parto. "Mi pareja no entendía por qué yo estaba mal después del parto, me decía que lo importante era que el bebé estaba bien" (Entrevistada 2). "Mi pareja no me acompañaba con los quehaceres de la casa ni con la crianza, me exigía mucho incluso en lo sexual" (Entrevistada 7).

Análisis del Eje 4: Deficiencias en la Contención y Apoyo Postparto

Una constante en las respuestas de las entrevistadas es la ausencia de contención emocional por parte de los profesionales de la salud en el período postparto. Las mujeres mencionan que, tras el parto, se sintieron solas y abandonadas, sin recibir ningún tipo de apoyo psicológico o seguimiento que las ayudara a procesar la experiencia vivida. "Sentí que no había nadie para ayudarme emocionalmente después de lo que viví en el parto" (Entrevistada 3). Para muchas, el postparto fue una etapa de alta vulnerabilidad, en la que no solo se enfrentaron a los cambios físicos propios del proceso, sino también a una serie de emociones intensas derivadas de la experiencia traumática en el parto. La falta de contención emocional y psicológica agrava los efectos de estas experiencias, ya que las mujeres no cuentan con un espacio seguro donde expresar sus sentimientos ni con herramientas para gestionarlos. "Estaba sola; ni siquiera recibí

orientación sobre cómo dar de amamantar" (Entrevistada 8). "No recibí contención; me dejaron sola después del parto sin darme aviso de cuando iban a venir a buscarme e iban a traer a mi bebé" (Entrevistada 5).

El sentimiento de soledad y desamparo que las mujeres puérperas experimentan tras el parto es un tema recurrente en las entrevistas. Las mujeres relatan que, al no contar con un apoyo emocional en el sistema de salud, se ven obligadas a enfrentar el puerperio solas, sin una red de contención que les permita procesar las experiencias traumáticas vividas en el parto. Este estado de soledad puede profundizarse cuando, además, enfrentan dificultades para establecer un vínculo emocional con sus bebés, lo cual puede generar sentimientos de culpa e inadecuación y llevarlas a cuestionar su capacidad para desempeñarse adecuadamente en el rol materno y reportan dificultades para establecer un vínculo afectivo con sus bebés, y algunas incluso mencionan sentimientos de rechazo o indiferencia hacia el recién nacido.

Esta percepción de incompetencia puede tener efectos duraderos en su autoestima y en su relación con la maternidad. "Me sentía mala madre, como si no supiera cómo cuidar a mi bebé" (Entrevistada 2). "Me costó mucho conectar con mi bebé, sentía que algo estaba mal en mí" (Entrevistada 6). . "No podía mirar a mi bebé sin recordar el dolor del parto" (Entrevistada 4).

La falta de contención y apoyo postparto no solo afecta a la mujer, sino también a sus relaciones familiares y a su red de apoyo social. Varias entrevistadas mencionan que sus parejas o familiares no entendían la magnitud de su sufrimiento emocional, lo cual generó tensiones y conflictos en sus relaciones cercanas. "Mi pareja no entendía por qué estaba tan triste, me decía que todo había salido bien" (Entrevistada 1).

Además, las experiencias de violencia obstétrica también afectan la identidad de la mujer y su percepción de sí misma como madre. "No me sentía madre después del parto, sentí que todo lo habían manejado ellos y yo solo estaba ahí" (Entrevistada 5). Para muchas, el parto marca el inicio de una nueva identidad y es el primer contacto significativo con su rol materno. "Sentí dismorfia corporal, y pérdida de mi identidad" (Entrevistada 7).

Discusión

La mayoría de las participantes describe una relación distante y fría con los profesionales, especialmente durante el parto. Se percibieron actitudes formales y desinteresadas que llevaron a una sensación de falta de calidez y empatía. Tal como menciona Arguedas Ramírez (2014), las mujeres embarazadas o parturientas no son interlocutoras válidas dentro del sistema médico. Al no hablar el lenguaje de la ciencia, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución de salud. Es decir, no se busca establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder. Este fenómeno puede entenderse dentro del proceso de institucionalización del parto, el cual trajo consigo la infantilización de las mujeres gestantes y la desvalorización de saberes no médicos. La medicalización del parto ha generado que la toma de decisiones quede en manos exclusivas del personal de salud, estableciendo relaciones profundamente desiguales en este ámbito (Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Bs. As., 2021). En este contexto, la falta de información y la imposición de prácticas sin explicaciones refuerzan la percepción de deshumanización y pérdida de autonomía por parte de las mujeres.

Estos hallazgos coinciden con los resultados de la investigación realizada por Jojoa Tobar et al. (2019) en la ciudad de Popayán, Colombia, donde el 69% de las mujeres entrevistadas

reportaron haber sufrido alguna forma de violencia obstétrica. En la mayoría de los casos, esta violencia estuvo vinculada a políticas institucionales que no satisfacían sus expectativas durante el parto y a la violencia psicológica, la cual se manifestó en la falta de información, la ausencia de autonomía en la toma de decisiones y el impedimento de expresar sus emociones. Además, se concluyó que muchas de estas mujeres desconocían sus derechos o naturalizaban los actos de violencia obstétrica, lo que refuerza la necesidad de que los profesionales de la salud reconozcan y aborden esta problemática en su formación y práctica clínica.

Con relación al objetivo de investigación de examinar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre sus derechos en el contexto obstétrico y evaluar cómo la vulneración de estos derechos impacta en su experiencia de parto y en su bienestar emocional, se encontró que la mayoría de las participantes desconocía sus derechos como pacientes durante el parto. Algunas mencionan que se informaron de ciertos derechos después de sus experiencias, al ver carteles en hospitales o a través de redes sociales.

Si bien en la actualidad se promueve el diálogo y la psicoeducación en torno a la necesidad de humanizar los partos asistidos en el sistema de salud, los testimonios recogidos evidencian que esta perspectiva no se ha implementado de manera efectiva. En línea con esto, Angeletti (2022) encontró que en el Ministerio de Salud ha elaborado guías para abordar la violencia obstétrica, sin embargo, los profesionales tienden a rechazar el concepto de violencia obstétrica y desconocen la promulgación de leyes que regulan esta problemática. Esta falta de reconocimiento refuerza la asimetría en la relación médico-paciente y deja a las mujeres en una situación de vulnerabilidad y desconocimiento sobre sus propios derechos (Ministerio de Saúde, 2004 en Baró, 2020).

En relación con lo expuesto en uno de los objetivos de investigación sobre identificar las secuelas emocionales y psicológicas derivadas de la violencia obstétrica, se halló que varias participantes relatan experiencias de maltrato físico como intervenciones dolorosas, maniobras bruscas, y maltrato verbal tales como comentarios despectivos o falta de respeto. Estas situaciones aumentaron el trauma y la percepción negativa de la experiencia de parto. Este tipo de prácticas se enmarcan en la Violencia Obstétrica, definida en la legislación argentina 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 (Ley 26.485, 2009, cap.3, art.5).

Desde las teorías del apego, se reconoce que el vínculo afectivo entre madre e hijo es fundamental para el desarrollo emocional y psicológico del niño. La falta de una vinculación segura puede generar consecuencias a largo plazo en el bienestar del niño, afectando su capacidad para establecer relaciones afectivas y su sentido de seguridad. En el caso de la madre, la dificultad para vincularse con su hijo puede generar sentimientos de culpa y vergüenza, que afectan negativamente su autoestima y su percepción de sí misma como madre. Además, estas dificultades en la vinculación pueden reforzar el aislamiento social de la mujer, quien se siente inadecuada y, en algunos casos, se aísla para evitar críticas o comentarios negativos de su entorno (Gómez & Muñoz, 2015).

Desde esta perspectiva, Fernández (2014) señala que la violencia obstétrica se materializa en acciones como la privación de información, la falta de respeto por las decisiones de las pacientes y la realización de intervenciones sin consentimiento. En esta misma línea, Villanueva Egan (2010) amplía el concepto al referirse a continuos actos de violencia que incluyen regaños, burlas, humillaciones y la manipulación de la información, lo que contribuye a que las mujeres

se sientan forzadas a someterse a las decisiones del personal médico. Estas prácticas, lejos de ser excepcionales, han sido relatadas por muchas de las entrevistadas, quienes experimentaron una pérdida de autonomía y una vivencia de parto altamente hostil.

Estos hallazgos coinciden con la investigación realizada por Trajano & Barreto (2021) en Brasil, donde se constató que la violencia obstétrica es un problema multifacético y multifactorial, arraigado en las prácticas asistenciales a través de la perpetuación de una visión patriarcal del saber médico sobre el cuerpo femenino. Esto refuerza las dinámicas de poder dentro del sistema de salud, limitando la autonomía de las mujeres y naturalizando la violencia dentro de la atención obstétrica.

Ninguna de las entrevistadas reporta haber recibido contención emocional o psicológica adecuada después del parto. Esta falta de apoyo genera un vacío que las deja emocionalmente desprotegidas en una etapa crítica. El puerperio, más allá de su dimensión fisiológica, implica una transformación psíquica y emocional que requiere acompañamiento y contención. Ramírez Matos (2020) denomina esta fase como puerperio emocional, destacando la importancia del vínculo madre-bebé y la necesidad de un entorno que favorezca la exterogestación, es decir, la continuidad del apego y la seguridad emocional del recién nacido. Sin embargo, sin el apoyo adecuado, las mujeres pueden experimentar una vivencia psíquica intensa y solitaria en un período donde el contacto y la contención son esenciales.

Además, Mora (2009) describe el puerperio como un proceso de transformación subjetiva en el que el cuerpo, intervenido y en recuperación, atraviesa una serie de cambios que dejan una huella emocional profunda. La ausencia de acompañamiento en este proceso puede amplificar la

sensación de extrañamiento y desprotección en las mujeres, dificultando la construcción del vínculo con el recién nacido y su adaptación a la nueva realidad materna.

Estos datos son concordantes con la investigación de Medeiros & Nascimento (2022) en Brasil, donde se identificó que la violencia obstétrica se manifiesta no solo durante el parto, sino también en el posparto, a través de negligencia, frialdad y la falta de apoyo emocional. La ausencia de acompañamiento en esta etapa puede amplificar la sensación de extrañamiento y desprotección en las mujeres, dificultando la construcción del vínculo con el recién nacido y su adaptación a la nueva realidad materna.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación evidencian que la violencia obstétrica en el Área Metropolitana de Buenos Aires tiene un impacto significativo en la salud mental de las mujeres. La relación distante con los profesionales de la salud, la comunicación deficiente y la falta de contención emocional durante el parto generan sentimientos de vulnerabilidad, impotencia y deshumanización. En este contexto, la ausencia de apoyo emocional transforma una experiencia potencialmente enriquecedora en un evento potencialmente traumático.

Además, el desconocimiento de los derechos y las dinámicas de poder dentro del sistema obstétrico refuerzan la percepción de falta de control sobre el propio cuerpo. Esta situación, sumada al maltrato físico y verbal, afecta la autoeficacia de las mujeres y profundiza su desconfianza hacia el sistema de salud, lo que impacta negativamente en su bienestar psicológico y en su disposición a futuros encuentros médicos.

El trauma derivado de la violencia obstétrica no solo genera emociones como tristeza, miedo y culpa, sino que también puede dar lugar a síntomas de estrés postraumático y dificultades en las relaciones interpersonales. Asimismo, afecta la construcción de la identidad materna y la vinculación con el recién nacido, limitando la posibilidad de vivir la maternidad de manera plena y segura. La falta de apoyo postparto agrava esta problemática, ya que las mujeres se enfrentan a esta etapa sin el acompañamiento emocional y psicológico necesario, lo que incrementa el riesgo de depresión posparto y prolonga su sensación de desamparo.

Limitaciones de la investigación

La muestra seleccionada es insuficiente; es decir, no se considera que el número de 10 mujeres del Área Metropolitana de Buenos Aires sea representativo de la totalidad de la población. Esto se relaciona, en parte, con las características del proceso de reclutamiento, el cual se realizó a través de redes sociales y bajo un muestreo no probabilístico y voluntario, lo que limitó tanto el alcance como la diversidad de las participantes. Además, al tratarse de un tema sensible como la experiencia de parto, muchas mujeres optan por no compartir públicamente sus vivencias, lo que dificulta aún más el acceso a posibles casos. En consecuencia, si bien una muestra más amplia hubiera resultado enriquecedora, las condiciones metodológicas y contextuales impusieron restricciones comprensibles en el tamaño final de la muestra.

Líneas de investigación futuras

Ante este panorama, se hace indispensable una transformación en la atención obstétrica. La educación sobre derechos, la mejora en la comunicación, la capacitación de los profesionales en un trato humanizado y el fortalecimiento de la contención emocional durante y después del parto son estrategias clave para prevenir la violencia obstétrica y reducir sus efectos en la salud mental. Implementar estas medidas contribuiría a la construcción de un sistema de atención más

equitativo, empático y centrado en las necesidades de las mujeres, garantizando experiencias de parto más respetuosas y seguras.

Para futuras investigaciones se podría utilizar cuestionarios que analicen clínicamente los síntomas de ansiedad, depresión, Estrés Post Traumático (TEPT), para tener la posibilidad de detectar la aparición de esos trastornos si es que los hubiere.

Referencias:

- Angeletti, E. M. (2022). Parto humanizado y violencia obstétrica en Chile: Percepción de los actores involucrados. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria*, 25(1), e002153. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v25i1.6998>
- Arguedas Ramírez, G., (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Arnao Bergero, M., Galván, V. L. y Rosso, F. (2018). Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología*, 17(2), 3-13. doi: 10.24215/2422572Xe017
- Artenira, D. S., & Amanda, S. M. (2018). *Marcas (in) visibles: un análisis de la violencia obstétrica psicológica*. In *Cuba Salud 2018*.
- 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.
- Beck, C. y Driscoll, J. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Massachusetts: Jones & Barlett Publishers.
- Buckley, S. J. (2015). Executive summary of hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care. *The Journal of Perinatal Education*, 24(3), 145-153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>
- Castrillo, Belén (2016), "Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica", *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 24, 43-68.
- Davis-Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Creavida.
- Diniz, C. S. G., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2022). "Na hora de fazer não chorou": a violência obstétrica e suas expressões. *Revista Estudos Feministas*, 30(3), e71008. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n371008>

- Fisher, J., Astbury, J. y Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(5), 728-738. <https://doi.org/10.3109/00048679709062687>
- Federici, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. 1a. Ed. Tinta Limón. Bs. As.
- Fernández, A.M, (2014) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. PAIDOS, Buenos Aires
- Gómez, A. M., & Muñoz, L. (2015). Apego inseguro madre-hijo y su impacto en el desarrollo infantil. *Revista de Psicología Clínica*, 25(1), 45-58. <https://doi.org/10.1016/j.rpc.2015.01.005>
- Jacobo Vargas, L. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica*.
- Jojoa Tobar, E., Chuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Paja Campo, A. M., & Suárez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: Haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135–146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Ladeira, F. M. B., & Borges, W. A.. (2022). COLONIZAÇÃO DO CORPO E DESPERSONIFICAÇÃO DA MULHER NO SISTEMA OBSTÉTRICO. *Revista De Administração De Empresas*, 62(4), e2021–0082. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020220406> (para citar en la referencia bibliográfica)
- Ley 26.529 (2009). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Noviembre 19 de 2009. D.O. No. 31785.
- 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 ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Abril 1 de 2009. D.O. No. 31632

- Ley 27611 (2020). Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. D.O. No. 34562.
- Machado, M. A. (2014). ¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado [Trabajo final de grado, Universidad de la República, Facultad de Psicología].
- Magnone Alemán, N. (2011). Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la humanización. Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Martiarena, M. (2023). Relatos del puerperio: experiencias de mujeres en su encuentro con la maternidad [Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. <https://psico.edu.uy/eventos/defensa-de-tesis-de-maestria-mayra-martiarena>
- Medeiros, R. de C. da S., & Nascimento, E. G. C. do .. (2022). “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. *Revista Estudos Feministas*, 30(3), e71008. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n371008>
- Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2017). Violencia Obstétrica: un problema estructural y actitudinal. Resumen de políticas
- Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2021). Guía de implementación del Parto respetado en la Provincia de Bs. As.
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2010). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia
- Mora, A. S. (2009). El cuerpo investigador, el cuerpo investigado: Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Revista Colombiana de Antropología*, 45(1), 11–38. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105012398001>
- Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx> [enero, 28, 2016]
- Oberman, A. J. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad.

- Oiberman, A. J., Mansilla, M., Carballo, R., & Elizondo, C. (2019). El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias.
- OMS (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra
- OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>
- 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
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Ramirez Matos, E. (2019). Puerperio emocional. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
- OMS (1985). Recomendaciones sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza.
- Quattrocchi, P. (2018). Violencia Obstétrica. Aportes desde América Latina. *Revista Gênero & Direito*, 7(01), 20-46.
- Rufino, J. (2020). ¿Es suficiente la ley de parto respetado? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organización de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina [Trabajo final de grado, SIT Study Abroad]. SIT Digital Collections. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3305
- Salgado, H. de O., Niy, D. Y., & Diniz, C. S. G. (2013). Meio grogue e com as mãos amarradas: O primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Journal of Human Growth and Development*, 23(2), 190–197. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-693342>

Sánchez chavarria, S. T. ., Ureta Canchingre, L. A., Mata Muñoz, V. E. ., & Alcocer Ortega, I. M. . (2022). Percepción del parto respetado en gestantes indígenas Shuar y Achuar del Cantón Taisha. *Más Vita*, 4(2), 140–159. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0129>

Trajano, A. R., & Barreto, E. A.. (2021). Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200689. <https://doi.org/10.1590/interface.200689>

Villanueva Egan, Luis Alberto; Gutiérrez, María Ahuja; Valdez Santiago, Rosario; Lezana Fernández, Miguel Ángel (2016). “*De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?*”, *Revista Conamed*, 21, 7-25

Anexo

Preguntas	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5
¿Cómo describirías la relación con los profesionales de la salud durante tu embarazo y parto?	No había relación (después dijo que si pero, fría).	No me parecía mal, era normal para mi porque no conocía otra atención. La médica me mandaba hacer los estudios sin explicarme nada yo iba y me los hacía. Tenía un carácter muy frío.	Durante el embarazo bien, en el parto no, era políticamente correcto, pero no había calidez.	Buena en el embarazo, mala en el parto.	Pase por varios profesionales antes de decidir por uno, yo quería que sea un parto respetado, aunque termino siendo un poco manoseado.
¿Cómo describirías la comunicación con los profesionales de la salud durante tu embarazo y parto?	Comunicación deficiente y unilateral.	No me parecía mal, era normal para mi porque no conocía otra atención. La médica me mandaba hacer los estudios sin explicarme nada yo iba y me los hacía. Tenía un carácter muy frío.	Muy buena durante el embarazo, pero mala comunicación durante el parto, falta de contención.	Mala con el obstetra, daba por sentado que sabía todo.	Pase por varios profesionales antes de decidir por uno, yo quería que sea un parto respetado, aunque termino siendo un poco manoseado.
¿Qué profesionales te acompañaron?	La obstetra y la partera.	La obstetra y pasantes.	El obstetra.	El obstetra y enfermeras.	Obstetra, enfermeras y residentes.
¿Conocías tus derechos como paciente durante el proceso de parto?	No, no conocía.	No, no conocía.	No.	Después de mi tercer parto, conocí un poco por un cartel que vi en el hospital que hablaba sobre el parto respetado.	Sí, conocía mis derechos por la Ley de interrupción del embarazo.
¿Durante el embarazo, buscas información sobre el	Busqué información sobre	No.	Busqué información sobre el parto, no tenía	Sobre los derechos no, busque acerca de historias de parto.	Sí, busqué información, sobre todo sobre el parto.

parto, la maternidad y tus derechos?	el parto, pero no sobre derechos.		información de derechos ni VO.		
Si responde sí a la anterior: ¿Dónde buscaste la información?	Busqué en Google, pero no encontré información sobre la VO.	N / A.	No busqué información de VO.	En redes sociales.	En redes sociales y páginas de Facebook.
¿Recibiste atención médica durante tu embarazo y parto en una institución de salud pública o privada?	Privada.	Privada.	Privada.	Privada.	Privada.
¿Pudiste elegir quién quería que te acompañara durante el proceso de parto?	Sí.	No, quería que este mi mamá, pero solo dejaron que este el padre.	Sí.	Si.	No.
¿Podrías describir cómo fue el trato que recibiste durante el embarazo y parto?	En el embarazo fue respetuoso, pero en el parto todo era muy técnico, no prevalecía la emoción. Sentí desinterés todo el tiempo, los médicos se reían entre si y yo no sabía porque lo hacían.	Recibí maltrato por parte de la obstetra, me dejo sola en la habitación, se enojó cuando le dije que no quería que me hagan tacto cada 5 minutos porque me dolía y me dijo "que era mi decisión si quería estar 4 horas con contracciones" Cuando volvió el bebé estaba por nacer y ella me	Al inicio todo parecía ir muy bien él era respetuoso, pero al momento del parto todo se desbordó. La anestesia empezó a retarme porque yo sangraba cada vez que me tenía que poner la epidural (no era mi culpa sangrar) Me ataron las 2 manos al momento de parir, no tenía noción del tiempo, estaba muy descompuesta, me terminaron haciendo cesárea, no era lo que yo quería. Cuando nació mi hija no me la dio para que	Fuí a la guardia porque tenía muchas contracciones, me atendió el medico de guardia, no me gustó como me trato. Estaba el y las enfermeras, me dijo que mi bebé no estaba en posición para nacer por parto vaginal y me dijo que lo tenía que acomodar, yo no entendía nada, el medico me hacia pujar y me metía la mano para acomodar el bebe, era horrible el dolor, me decía que era la última	Sufrí maltrato físico, me empujaron la panza, se pusieron arriba mío, me apretaban.

		grita "Deja de pujar" pero era involuntario, el enfermero termino recibiendo a mi bebe. El pasante al parecer me lastimo en alguno de los tactos porque empecé a tener hemorragia y mi doctora empezó a las puteadas, en ese momento quede inconsciente no recuerdo más.	le de un beso, solo me la acercó y se la llevó. Yo seguía esperando que terminaran conmigo en un momento el obstetra dice "este útero es patológico" y yo escuchando respondo "¿Cómo que patológico?" y me responde "usted cayese!" Nunca supieron explicarme que me había pasado.	vez, pero lo seguía haciendo.	
¿Cómo estuviste anímicamente durante el parto?	Me sentí bien, ansiosa y feliz.	Con miedo.	No estaba feliz, estuve triste, con miedo y angustiada.	No sé, tenía mucho dolor, no podía pensar en otra cosa.	Estaba asustada, la pase bastante mal, fue traumático y tenía culpa por haber intentado interrumpir el embarazo porque no nació bien mi bebé, lo llevaron a neonatología no bien nació.
¿En algún momento sentiste que te faltaron el respeto? ¿Ya sea de forma verbal, emocional o física?	Cuando mi ex marido le preguntó a la obstetra si eso después iba a quedar así, refiriéndose a mi vagina, ella se río	Sí, especialmente la actitud de la obstetra.	Sí, verbal y físico en el parto.	No.	No.

	irónicamente y dijo falta que cicatrice.				
¿En algún momento te sientes vulnerable?	Sí, al sentirme sola e inexperta después del parto.	Si.	Sí, me sentí vulnerable durante el proceso de parto.	Sí.	Sí.
¿De qué manera crees que estas experiencias afectarán tus relaciones familiares y sociales?	La falta de apoyo de mis familiares me hizo sentir incapaz tras el parto.	Me afectó, especialmente con el vínculo con mi hijo.	Hizo que me recluyera más, me generó desconfianza en mi entorno y que podían hacerle mal a mi bebé, tenía miedo.	Me afectó a nivel físico y emocional.	Me motivaron a ayudar a otras mujeres y que tenas experiencias positivas.
¿Qué estrategias utilizas frente a esas vivencias?	No se. Solo trataba de sobrevivir.	No se.	Me puse una coraza, lo que aprendí lo intenté resolver sola.	Solo llore, llore mucho no sabía que existía la tristeza post parto, no sabía lo que me pasaba.	No sé.
¿Recibiste algún tipo de contención por parte de profesionales de la salud?	No.	No.	No.	No.	No.
Si responde sí a la pregunta anterior: ¿quieres contar cómo fue tu experiencia?	N / A.	N / A.	N / A.	N / A.	N / A.
¿Tiene alguna recomendación o sugerencia para mejorar la atención materno-infantil y prevenir la violencia obstétrica en el AMBA? (opcional)	Proporcionar información básica sobre los derechos.	Ser más humanos y contener a las mujeres durante el proceso.	Sugerir un apoyo integral en todo el proceso durante el embarazo.	Proporcionar información acerca de derechos y seguimiento posparto.	Quiero recomendar que hay que priorizar la información a las mamás primerizas.

Preguntas	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10
¿Cómo describirías la relación con los profesionales de la salud durante tu embarazo y parto?	Buena, pero con mucha distancia, muy formal.	Buena en el embarazo, mala durante el parto.	Mala, nadie explica nada si no les preguntas específicamente.	Buena en el embarazo, mala durante el parto.	En el embarazo muy buena, fluida, el medico contestaba todas las preguntas. El parto lo sentí un poco agresivo.
¿Cómo describirías la comunicación con los profesionales de la salud durante tu embarazo y parto?	En el embarazo muy formal y distante. En el parto sentí muy truncada la comunicación, inclusive tuve una situación medica post parto y nunca me explicaron bien que me pasó.	Durante el embarazo bueno, pésima en el parto. Nunca me dieron explicaciones de nada al contrario me asustaban.	Mala, nadie explica nada si no les preguntas específicamente.	Buena en el embarazo, mala durante el parto.	En el embarazo muy buena, fluida, el medico contestaba todas las preguntas. El parto lo sentí un poco agresivo.
¿Qué profesionales te acompañaron?	Obstetra, enfermeras, parteras.	Residentes, obstetras, anestesistas.	Obstetra y partera.	Obstetra, anestesista, enfermeras, neonatólogo y Mariana (la que anotaba a los bebés)	Obstetra y partera, no la atendió en el parto.
¿Conocías tus derechos como paciente durante el proceso de parto?	No, no conocía.	No, no sabía nada.	No, estaba desinformada sobre mis derechos.	No conocía mis derechos, pero me di cuenta del maltrato.	No, no conocía.
Durante el embarazo ¿buscaste información acerca del parto, la	Más o menos, hice un curso de preparto.	No.	Solo hice un curso de preparto, pero no encontré información acerca de la violencia obstétrica.	Si.	No, porque nunca me interesó el tema.

maternidad y tus derechos?					
Si responde SI a la pregunta anterior: ¿Dónde buscaste esa información? En esa búsqueda ¿Has encontrado información acerca de la violencia obstétrica?	N / A.	N/A.	Revistas, pero no hablaban sobre V O.	En una revista de chimentos, "Oh argentina" que hablaba del parto respetado y de la VO, eran experiencias anónimas y había muchas historias.	N / A.
¿Recibiste atención médica durante tu embarazo y parto en una institución de salud pública o privada en el AMBA?	Privada.	Publica.	Privada.	Pública, pero fue derivada de un hospital privado (porque hubo una infección en el hospital y no se podían usar los quirófanos)	Privada.
¿Pudiste elegir quién querías que te acompañe durante el proceso del parto?	No, estuvo el papá de mi hija, no pude elegir otra persona.	No, estuve sola.	No, no pude elegir, Estuvo el papá, pero no era quien yo quería que este acompañándome.	No, el papá no pudo entrar a la cesárea.	No, no pude elegir.
¿Podrías describir como fue el trato que recibiste durante el embarazo y parto?	No me sentí escuchada, la obstetra fue muy distante, saco a la piba en 5 minutos, me desgarré, me hicieron la episiotomía y no me pusieron la Epidural (siendo que la había pedido).	Cada vez que me hacían tacto se olfateaban las manos para saber si había olor al líquido amniótico me decían "¿no sentís olor a lavandina? ese olor tenés que sentir" Me dijeron que me iban a llevar a cesárea	Me hicieron la episiotomía sin preguntar, después que nació mi bebé se la llevaron con el papá y no me dijeron nada, no me explicaron, quede sola ahí como 30 minutos.	Hubo mucha irresponsabilidad a la hora del traspaso de mi historia clínica, yo tenía condiciones médicas que me impedían de tener parto vaginal porque iba a correr riesgo mi vida.	Mi bebe no nació para la FPP, yo estaba asustada porque se estaba pasando de la fecha, llegue al sanatorio pidiendo por favor que quería que nazca, me recepcionó una partera que me cuestionaba todo y me hacía

	<p>Días posteriores tuve una hemorragia y la panza la tenía muy dura, nunca me explicaron que me había pasado. Con respecto a la bebé como había que darle la teta por ejemplo nadie me explico tuve que darme maña sola.</p>	<p>porque no dilataba y tenía caderas muy chiquitas. El anestesista recién podía llegar a las 6 am eran las 00:30, y dicen “tenemos que apurarnos porque sino el bebe iba a morir” Vino un residente a ponerme la epidural y le dicen enfrente mío “ponele bien porque si no la vas a dejar de silla de ruedas” Ya estaba en el quirófano sin entender nada con 7 personas alrededor, tenía mucho miedo. En un momento empiezo a sentir que me cortan y le digo al doctor “PARA, SIENTO TODO” y el me responde “SI VOS QUERES QUE TE DUERMA ME HUBIERAS DICHO ANTES, AHORA YA ESTA” Tenía taquicardia, sentía que me iba a morir. En un momento siento un vacío en la</p>		<p>Estuve 5 días con trabajo de parto tenía muchos dolores, iba a la clínica y no me querían atender, me mandaban de nuevo a mi casa porque no dilataba, pero no entendían que yo no podía tener parto natural. En un momento viene la médica y me dice “bueno te vamos hacer cesárea pero tenes que esperar que se libere el quirófano porque hay mucha gente adelante tuyo” Gracias a mi abuela que se movió por todo el hospital me hicieron cesárea, pero yo sufrí muchísimo de los dolores previos. Luego que nació mi hija me contaron que al abrirme me encontraron cáncer de útero y que había sido un milagro que mi hija haya nacido</p>	<p>preguntas muy incomodas, sentí que me retaba y que yo era la culpable de que mi bebe no haya nacido aún. Estaba angustiada porque no dejaron que mi marido ingrese conmigo. Después que mi bebe nació se la llevaron por 1 hora, yo estaba angustiadísima porque nadie me explico nada, yo no sabía dónde estaba mi bebe.</p>
--	---	---	--	--	--

		<p>panza, lo habían sacado a mi bebe. Y escucho “uh la corte chueca, bueno nadie se va a dar cuenta, parece el logo de nike” Yo empiezo a preguntar por mi bebe y me dicen “espera primero tenes que mover las piernas y esperar que se te vaya la anestesia para que te lo traigamos. Después del parto empecé con cistitis, hasta el día de hoy.</p>		<p>bien, después de eso el trato conmigo cambio. Me obligaron a hacerme las ligaduras de trompas. Después que terminaron con la cesárea me dejaron en la camilla en el pasillo porque no había lugar. Después de preguntar por mi hija me avisaron que estaba en Neonatología porque tenía baja la glucosa, nadie me había avisado.</p>	
<p>¿Cómo estuviste anímicamente durante el parto?</p>	<p>Horrible, no me sentí bien, tenía mucha incertidumbre y mucho dolor, quería que me saquen rápido a la niña.</p>	<p>Mal, lloré mucho, me sentí muy sola, muy vulnerada. No quiero volver a ser mamá.</p>	<p>Estuve asustada, con mucha incertidumbre porque hasta último momento no sabía si me iban hacer cesárea o no, yo no quería cesárea.</p>	<p>Nerviosa, afligida, con miedo.</p>	<p>Nerviosa y preocupada.</p>
<p>¿En algún momento sentiste que te faltaron el respeto? ¿Ya sea de forma verbal, emocional o física?</p>	<p>Sí, antes no me había dado cuenta pero ahora en retrospectiva sí, emocional y física.</p>	<p>Sí, verbal, emocional y física.</p>	<p>Sí, y también después del parto cuando la puericultora vino a enseñarme como dar</p>	<p>Si, verbal y física porque estaban atentando contra mi integridad física.</p>	<p>Si, cuando llegué a la clínica, la partera.</p>

			la teta, me sentí invadida.		
¿En algún momento te sentiste vulnerable?	Sí, en todo momento.	Sí.	Sí, me sentí muy vulnerable después de parir que me dejaron sola y no sabía cuando me iban a venir a buscar.	Sí, durante el parto y luego del parto porque no estaba con mi bebe y tenía miedo que se la roben o que se muera, fue horrible.	Sí, durante el trabajo de parto, más la incertidumbre de no saber que profesionales me iban a atender.
¿De qué manera crees que estas experiencias afectaron tus relaciones familiares y sociales?	El no querer tener más hijos de manera biológica.	Si, con mi pareja, el no me acompañaba, en la casa, con la crianza, me exigía mucho en la casa y en lo sexual. Sentí disforia corporal, y pérdida de la identidad.	No, no afectó mis relaciones.	Me afectó con el padre del niño, la relación se complicó.	No, no creo que haya afectado mis relaciones.
¿Qué estrategias utilizaste frente a esas vivencias?	Mis redes fueron todo para mi, mi familia y amigos, su sostén.	Mi hijo, hacia todo por él.	N / A.	No responde.	N / A.
¿Recibiste algún tipo de contención por parte de profesionales de la salud?	No.	No.	No.	No.	No.
Si responde SI a la pregunta anterior ¿quieres contar cómo fue tu experiencia?	N/A.	N/A.	N/A.	N / A.	N / A.

¿Tenes alguna recomendación o sugerencia para mejorar la atención materno-infantil y prevenir la violencia obstétrica en el AMBA? (opcional)	Cambie el paradigma de atención, capacitar a los profesionales, pensar estrategias de acompañamiento a las personas gestantes.	Que las mujeres pregunten más, que se informen.	Que se les brinde más información a las mujeres que están por parir, porque si uno no pregunta nadie te informa de nada.	No responde.	Que la mujer priorice quien quiere recibir de visita en la clínica.
---	--	---	--	--------------	---

Consentimiento Informado

Me ha sido explicado que la estudiante de la Licenciatura en Psicología Yamila Belén dos Santos DNI 39879875, de la Universidad de Flores (UFLO), está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es indagar acerca de *los efectos de la salud mental en parturientas que vivenciaron violencia obstétrica en el Área Metropolitana de Buenos Aires.*

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a unas preguntas que se me harán a continuación en la entrevista. La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto. Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad, y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento. Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Universidad de Flores y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar. Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Email *

Your email

Por favor ingresá tu Nombre, Apellido y DNI.

Your answer

Submit

Clear form

Consentimiento Informado

Se ha registrado tu respuesta

[Submit another response](#)