



UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES

Escuela de Psicología

**“Percepciones y vivencias en torno al bienestar materno -en
situación de parto- en contexto Covid-19”**

**Tesina para optar al Grado de Licenciada en Psicología y al Título
Profesional de Psicóloga**

Profesor Guía: Raúl Ortiz Contreras

Estudiantes: Finda Macarena Martínez Ramírez

Pía Alejandra Núñez Ramírez

Santiago - Chile, 2021

Dedicatoria:

A nuestras hijas, Amparo, Camila y María José; y a quienes fueron parte en nuestro camino de aprendizaje.

Agradecimientos:

A Todas las mujeres que participaron de esta investigación, a Claudia Uribe por brindarnos su ayuda y conocimiento, y a Raúl Ortiz por su guía y apoyo.

Índice de Contenidos

Dedicatoria:	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos	iv
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	vii
<i>Resumen</i>	v
<i>Abstract</i>	vii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Justificación del problema	3
1.2 Planteamiento del Problema	7
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo General	10
1.3.2 Objetivos específicos	10
1.4 Limitaciones del estudio	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Nacimiento y parto: Abordajes teóricos y contextuales	12
2.1.1 Los inicios de la medicalización en el parto	17
2.1.2 La medicalización del parto en Chile	19
2.2 Salud Mental Perinatal	25
2.3 La construcción social de lo materno.....	28
2.4 Parto y Nacimiento humanizado.....	29
2.5 Derechos Sexuales y Reproductivos	31
2.5.1 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.....	32
2.5.2 Derechos sexuales y reproductivos en el parto.....	33
2.5.3 Derechos sexuales y reproductivos en pandemia	35
2.6 Violencia Obstétrica.....	36
2.6.1 Género y violencia obstétrica.....	39
2.6.2 El parto como experiencia traumática	41
2.6.3 Legislación sobre violencia obstétrica en Chile.....	43
2.7 Covid-19.....	46

2.7.1 Coronavirus y Parto.....	47
2.7.2 Maternidad y Covid-19.....	51
2.7.3 Covid-19 y salud mental materna.....	52
2.8 Bienestar Materno	55
2.8.1 Evaluar el Bienestar Materno en situación de parto	58
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	59
3.1 Tipo de investigación.....	59
3.2 Diseño de investigación	60
3.3 Definición conceptual y operacional de las variables	61
3.4 Procedimiento de muestreo.....	67
3.5 Técnicas de análisis y recolección de datos	70
3.6 Técnica de análisis de datos	73
3.6.1 Análisis de datos cuantitativos.....	73
3.6.2 Análisis de datos cualitativos	78
3.6.3 Procesamiento de la información general.....	79
3.7 Criterios de rigor científico	80
3.8 Aspectos éticos	81
3.9 Viabilidad de la muestra.....	81
3.10 Procedimiento	82
CÁPITULO IV. RESULTADOS.....	84
4.1 Presentación de resultados cuantitativos	84
4.1.1 Caracterización de la muestra	84
4.1.2 Resultados Escala Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP2).....	92
4.2 Presentación de resultados cualitativos	96
4.3 Interpretación de los resultados.....	124
4.3.1 Análisis Escala BMSP2	126
4.3.2 Análisis Entrevistas Cualitativas.....	127
4.3.3 Análisis de los resultados y las recomendaciones OMS.....	130
4.3.4 Los resultados y el contexto pandemia	131
CAPITULO V. CONCLUSIONES	134
5.1 Conclusiones	134
5.2 Discusión y recomendaciones	136
CAPITULO VI. REFERENCIAS.....	139

CAPITULO VII. ANEXOS.....	153
ANEXO 1. Escala Bienestar Materno en Situación de Parto (EBMSP2).....	153
ANEXO 2. Consentimiento informado.....	156

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Detalle del instrumento (BMSP2):.....	71
Tabla 2. Opciones de respuesta.....	71
Tabla 3. Ponderación Bienestar Materno General.....	74
Tabla 4. Ponderación Cuidado Relacional de Calidad.....	74
Tabla 5. Ponderación Dimensión Autocuidado y Confort.....	75
Tabla 6. Ponderación Dimensión Condiciones para el contacto madre e hijo.....	76
Tabla 7. Ponderación Dimensión cuidado despersonalizado *** (Resultados Invertidos)..	76
Tabla 8. Dimensión participación familiar continua.....	77
Tabla 9. Ponderación Dimensión cuidado Oportuno y Respetuoso.....	77
Tabla 10. Ponderación Ambiente físico comfortable.....	78
Tabla 11. Nacionalidad de la muestra.....	84
Tabla 12. Estado Civil.....	85
Tabla 13. Edad al momento del parto.....	86
Tabla 14. Nivel educacional alcanzado.....	86
Tabla 15. Auto percepción socioeconómica.....	87
Tabla 16. Contagio Covid-19.....	87
Tabla 17. Test PCR.....	88
Tabla 18. ¿Cómo fue tratada en su parto en relación al covid-19?.....	88
Tabla 19. Tipo de Parto.....	89
Tabla 20. Lugar de Parto.....	89
Tabla 21. Ofrecimiento Apoyo Profesional Psicológico.....	90
Tabla 22. Necesidad de apoyo o contención psicológica después del parto.....	90
Tabla 23. Temor al parto (Creías que el parto era un espacio terrible, doloroso, al cual había que temerle).....	91
Tabla 24. ¿La presencia/compañía del padre del bebé es importante para la sensación de bienestar en su parto y maternidad?.....	91
Tabla 25. La condición socioeconómica se relacionó a bienestar en su parto y maternidad.....	92
Tabla 26. Niveles Bienestar Materno en Situación de Parto.....	93
Tabla 27. Niveles Cuidado Relacional de Calidad.....	93
Tabla 28. Niveles de Autocuidado y Confort.....	94
Tabla 29. Niveles Condiciones para el Contacto Madre e Hijo.....	94
Tabla 30. Niveles Percepción de atención despersonalizada.....	95

Tabla 31. Niveles Participación Familiar Continua.....	95
Tabla 32. Niveles Cuidado Respetuoso y Oportuno	96
Tabla 33. Niveles Ambiente Físico Confortable.....	96
Tabla 34. Vivencias de cuidado y atención	98
Tabla 35. Vivencias Contacto Madre e hijo (Testimonios breves, fragmentos)	106
Tabla 36. Vivencias de acompañamiento y participación familiar.....	108
Tabla 37. Vivencias Autocuidado y participación	111
Tabla 38. Vivencias sobre el ambiente físico.....	116
Tabla 39. Significación Bienestar materno	119

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Estructuras de significado fase Cualitativa	97
--	----

Resumen

La siguiente investigación tuvo el objetivo de explorar las percepciones y vivencias en torno al bienestar materno de 82 mujeres del grupo virtual “Mamitas y Pancitas Chile” que tuvieron su parto en contexto de emergencia sanitaria por Covid-19.

Para lograr este objetivo, el estudio se estructuró como investigación mixta, cuanti-cuali; en primera fase se aplica la escala de bienestar materno en situación de parto (EBMSP2) que determinó tres posibles niveles de bienestar (óptimo, adecuado y malestar). Para posteriormente en fase cualitativa, profundizar en la experiencia particular y en los propios significados de bienestar de un porcentaje de la muestra total (10 mujeres) para finalmente complementar los resultados en un análisis final.

Todas las mujeres de la muestra tienen tipo de parto vaginal, 67 mujeres parto normal con medicación y analgesia y 15 mujeres parto “natural” (sin medicación, sin analgesia y muy poca intervención médica). Las mujeres que tuvieron un parto natural, declaran tener una experiencia de parto favorable y en bienestar. 61 mujeres tienen su parto en el sistema público de salud, 21 mujeres en el sistema privado. 9 mujeres de la muestra estuvieron contagiadas de Covid-19 al momento de su parto, sin presentar complicaciones.

Los testimonios recabados en esta investigación dejaron al descubierto situaciones de violencia verbal, tactos excesivos, baja o nula alimentación, información errónea, entre otras formas de violencia y vulneración. Las cifras muestran que entre 22 y 30 mujeres se sintieron en malestar en su parto en las diversas dimensiones de la escala aplicada, la escala precisa que la mayoría de las mujeres de la muestra se encuentran en niveles adecuados y óptimos de bienestar materno en situación de parto.

Sin embargo, La libertad de movimiento, la elección de la posición al momento del parto, la alimentación, el contacto piel con piel igual o mayor a 30 minutos no se reportan como un estándar de cuidado en este estudio.

La mayoría de los relatos en fase cualitativa contienen aspectos de violencia obstétrica, tratos hostiles, exceso de maniobras, poco protagonismo y falta a los derechos sexuales y reproductivos. Esto no se logra justificar por medio de los protocolos de prevención del virus sars-cov2, incluso son las mismas mujeres quienes relatan experiencias similares en partos anteriores sin un contexto de emergencia sanitaria que los determine.

55 mujeres de la muestra sintieron necesidad de apoyo y contención psicológica durante y después de su parto. Sin embargo, a la mayoría de ellas (70.7% - 58 mujeres) no se le ofreció ningún tipo de acompañamiento o contención profesional psicológica en su proceso de embarazo y parto.

Desde esta investigación, podemos inferir que el factor protocolo influye en que se sustenten ciertas prácticas en el espacio clínico que pueden mermar el bienestar materno -como por ejemplo el aislamiento y el bajo tiempo de contacto piel con piel- pero este no es el motivo principal del malestar en las mujeres del estudio, los resultados de esta investigación mostraron las gestantes se vieron afectadas principalmente por dinámicas de poder que parecen estar establecidas como modos de atención por años, y no se justifican por el sólo contexto de pandemia.

Palabras clave: Bienestar materno, Medicalización del parto, Covid-19

Abstract

The following research aimed to explore the perceptions and experiences around the maternal well-being of 82 women from the virtual group “Mamitas y Pancitas Chile” who had their delivery in the context of a health emergency due to Covid-19.

To achieve this objective, the study was structured as a mixed, quantitative-qualitative investigation; In the first phase, the maternal well-being scale in childbirth (BMSP2) is applied, which determined three possible levels of well-being (optimal, adequate, and discomfort). Later, in the qualitative phase, delve into the particular experience and the well-being meanings of a percentage of the total sample (10 women) to finally complement the results in a final analysis.

All the women in the sample had a type of vaginal delivery, 67 women had a normal delivery with medication and analgesia and 15 women had a “natural” delivery (without medication, without analgesia and very little medical intervention). Women who had a natural childbirth declare that they have a favorable and well-being childbirth experience. 61 women give birth in the public health system, 21 women in the private system. 9 women in the sample were infected with Covid-19 at the time of delivery, without presenting complications.

The testimonies collected in this investigation revealed situations of verbal violence, excessive touching, low or no diet, erroneous information, among other forms of violence and violation. The figures show that between 22 and 30 women felt discomfort during their delivery in the various dimensions of the applied scale, and that number was higher than the number of women infected with COVID-19 (9 women). The worst-evaluated dimension of the instrument has to do with infrastructure (welcoming environment, cleanliness, etc.) In the quantitative phase, the scale says that most of the women in the sample are at adequate and optimal levels of maternal well-being in a situation of Birth.

However, freedom of movement, choice of position at the time of delivery, feeding, skin-to-skin contact equal to or greater than 30 minutes are not reported as a

standard of care in this study. Most of the reports in the qualitative phase contain aspects of obstetric violence, hostile treatment, excessive maneuvers, little prominence and lack of sexual and reproductive rights. This cannot be justified by means of the sars-cov2 virus prevention protocols, it is even the same women who report similar experiences in previous deliveries without a health emergency context that determines them.

55 women in the sample felt the need for support and psychological restraint during and after their delivery. However, most of them (70.7% - 58 women) were not offered any type of professional support or psychological support in their pregnancy and delivery process.

From this research, we can infer that the protocol factor influences the maintenance of certain practices in the clinical space that can reduce maternal well-being -such as isolation and low skin-to-skin contact time- but this is not the main reason. of discomfort in the women in the study, the results of this research showed that pregnant women were affected mainly by power dynamics that seem to be established as modes of care for years, and are not justified by the context of a pandemic alone.

Keywords: Maternal well-being, Medicalization of childbirth, Covid-19

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Si hablamos de bienestar materno en situación de parto estamos refiriéndonos a un estado de satisfacción total respecto de los procesos, formas, y experiencias vividas y percibidas al momento de dar a luz.

Hay una serie de condiciones que deben darse para que este estado de bienestar se sustente.

Valenzuela, Uribe y Contreras (2011) señalan que:

El bienestar es un concepto multidimensional, relacionado con la calidad de la atención obstétrica y aumenta cuando la mujer participa en una modalidad humanizada del parto, con menor cantidad de procedimientos invasivos, asume rol protagónico, destacándose el componente interpersonal relacionado con el buen trato de los profesionales de la salud. (p.1)

Si el bienestar se sustenta como un concepto multidimensional, este no puede limitarse sólo al espacio de los protocolos de atención, y debería observar aspectos que influyen implícitamente en la experiencia del parto, como son el estado anímico de la gestante, su nivel socioeconómico y el contexto socio histórico imperante. Porque no es lo mismo, parir desde un escenario de normalidad, que parir en un escenario de emergencia sanitaria, observar la serie de preocupaciones de la mujer, como por ejemplo el temor al dolor, las condiciones habitacionales posteriores, el apoyo psicosocial, etc. Porque el parto es un espacio particular que traspasa la barrera del momento de la expulsión del feto del cuerpo, más aún si el concepto utilizado es el “bienestar”.

Si observamos la construcción simbólica de bienestar materno en la atención al parto, este parece relacionarse a la baja morbimortalidad materna y fetal, y, por otro lado, al protagonismo de la mujer, “seguridad y preparación, centrando sus lineamientos en acciones de promoción y prevención, equidad y calidad de la atención de salud” (Valenzuela et al., 2011, p. 2).

Sin embargo, parece ser que la integralidad y el protagonismo sigue limitándose a los lineamientos y discursos biomédicos, porque el protagonismo de la gestante se sigue relacionando con el nivel de control o iniciativa que tiene durante el parto, con relación a adecuarse a una estructura determinada de antemano (por la norma médica).

Valenzuela et al. (2011) afirman lo siguiente:

Se diferencian tres tipos de control, uno externo referido a los profesionales de la salud y dos internos, uno sobre el propio comportamiento y otro en el manejo del dolor durante las contracciones. Todos contribuyen al bienestar materno, sin embargo, el más significativo se relaciona con aspectos interpersonales relacionado con el respeto, la confianza y el buen trato de los profesionales. (p.2)

Pero no se mencionan específicamente las particularidades de la mujer o sus ideas propias del “estar bien”, aspectos sociales, económicos, culturales, vitales, emocionales -incluso parece obviado de antemano la necesidad de la contención psico-afectiva- Algo que no está disponible en los procesos de atención al nacimiento. Por esto una investigación sobre bienestar materno en el parto requería ser de tipo mixto, con el fin de abarcar el fenómeno en su totalidad.

Chile cuenta con una alta cobertura profesional de atención al parto y una muy baja morbilidad materna. Pero, por otro lado, tiene una de las tasas de cesáreas más elevada del mundo. La excesiva medicalización, no sólo permite una baja morbilidad, sino que también sustenta ciertas prácticas de poder que, muchas veces se traducen en partos en malestar, no respetados, muy intervenidos, violencia gineco-obstétrica, violencia de género, entre otras formas de maltrato hacia las mujeres. Por otro lado, como consecuencia de la situación sanitaria actual, estas prácticas parecen verse respaldadas o protocolizadas por medio de manuales o instructivos que, amparándose en la pandemia, obliga muchas veces a las mujeres a vivir su parto en solitario, limita el contacto piel con piel e impide cualquier

tipo de reclamo porque esta acción se encuentra establecida como regla para la protección ante el contagio.

1.1 Justificación del problema

Para entender las diferentes maneras de significar el bienestar materno en el parto, tanto para el sector médico, como para las gestantes en sus propios imaginarios y deseos particulares; se requiere no sólo recoger las experiencias y percepciones de las mujeres al momento de parir en un escenario de pandemia. Es necesario también observar los protocolos y documentos oficializados en Chile, las informaciones que se manejan y que se entregan a quien va a parir, las cifras y las diversas miradas socio-culturales, socio-históricas en relación al espacio del parto.

Para esto, ha sido muy importante revisar los diversos antecedentes, datos y estadísticas sobre nacimiento en Chile. No sólo en contexto de emergencia sanitaria, sino que también, se ha recurrido a los resultados de la primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile, 2018) que, entre sus objetivos, declara que buscó contribuir al debate sobre los modelos operantes en salud al momento del parto. La encuesta observada fue realizada en el año 2017 y consideró la experiencia de parto de mujeres entre los años 1970 y 2017, experiencias y percepciones de casi 50 años de atención del parto en Chile.

Los antecedentes generales si bien muestran reducciones progresivas de maniobras violentas en el parto, estas no son significativas, ya que los porcentajes aún son altos, y otros procedimientos en vez de disminuir han aumentado¹ a pesar de que hoy existen indicaciones internacionales y un mayor conocimiento sobre parto respetado.

¹ la rotura artificial de membranas se reporta en un 44% en hospitales, y 39,9% en clínicas, la episiotomía en un 44% en hospitales y 41,1% en clínicas. el monitoreo fetal continuo y oxitocina artificial, ha aumentado durante los tres periodos descritos. (OVOChile,2018).

La lógica medicalizada y autoritaria del parto se respaldó en tiempos de pandemia, ya que, con motivo del riesgo de contagio, la palabra y necesidad de las parturientas ha pasado a segundo plano, y la extrema intervención médica ha quedado como única voz de poder, en todos los ámbitos sociales.

Las acciones más recurrentes levantadas en el parto son: separación de las madres de sus bebés, bajo o nulo acompañamiento, poca o ausente hidratación y alimentación entre otras acciones perjudiciales (OVO Chile, 2021). Lo anterior podría aumentar considerablemente las cifras que arroja la encuesta de 2018, y posiciona el espacio de parto muy lejos del proceso humanizado de atención. Bajo la condicionante pandemia, se ha naturalizado dinámicas propias de una de las violencias de género más comunes, normalizadas y silenciadas. Y por medio de instructivos de atención que suprimen el apego y el acompañamiento, se oficializa una forma de cuidado o prevención que puede entenderse como violencia obstétrica. -Asunto complejo- ya que muchas mujeres de la muestra, a pesar de sentir angustia o pena por ciertas condiciones de su parto, avalaban la conducta, o se resignaban, porque la misma estaba dentro de los supuestos rangos de cuidado.

Desde pequeñas nos socializamos por medio de mandatos sociales que conforman y marcan diferencias entre hombres y mujeres. Estos mandatos se denominan –mandatos de género- La pareja, la familia, la importancia de la maternidad, de los hijos, todo aquello se estructura a través de estos mensajes formativos de género. Esos mandatos de género normalizados e instituidos (como el parir con dolor, la aprobación del poder médico, la abnegación materna, la sumisión, entre otros) influyen en que la mujer apruebe y naturalice una situación de violencia en su parto.

Esta investigación explora y aplica un instrumento que busca evaluar el bienestar materno en situación de parto, estableciendo cierta estructura de lo que “debiera ser” el bienestar materno en situación de parto, por medio de 47 preguntas, siete dimensiones y tres opciones de resultado. El instrumento cuenta con propiedad intelectual y por lo mismo se tuvo que contactar a las autoras de este para su aplicación, lo que le otorga mucha riqueza a esta investigación.

Parecía algo extremadamente novedoso poder cazar de algún modo, por medio de una medición, el nivel de bienestar de las mujeres gestantes en el parto. Porque aun cuando trate de medirse por medio de diversos puntos de referencia, el bienestar sigue sustentándose como el “Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad” (Diccionario Léxico de la Universidad de Oxford). Entonces en el parto, que es un acontecimiento único para la mujer, donde ocurren una serie de cosas que marcan un antes y un después en su ciclo vital, hablar de bienestar es aún más ambicioso.

El estudio se dio a la tarea entonces de explorar diversos caminos que nos llevarán a la reflexión del problema general del bienestar materno en el parto en contexto de pandemia. Se aplica el instrumento que mide niveles de bienestar materno en el parto; se recoge relatos, vivencias y percepciones de las mujeres que responden el instrumento -y observamos diversos manuales, instructivos e investigaciones- Para ver cuál es la visión del sistema, y la organización en instituciones respecto del nacimiento y el bienestar, además de analizar los comunicados que alarmaban sobre una forma de accionar del sistema médico que estaría vulnerando a las mujeres en el parto a causa de la pandemia.

Gonzalo Leiva (2021), director de OVO Chile, respecto a la emergencia sanitaria actual afirma:

Es absolutamente difícil acceder a parto respetado, porque en muchos lugares han puesto un montón de trabas, requisitos, normativas que impiden que la mujer pueda ejercer su autonomía con absoluta libertad como lo hacía antes, no pueden elegir estar acompañadas. (Radio JGM, 2021) Los discursos sociales en pandemia terminan por complejizar aún más el estado anímico de quien va a dar a luz, volviéndose vulnerable a cumplir con protocolos que incluso pueden hacerle sentir disminuida.

Las denuncias en general dicen que varios centros de salud, del área pública y privada, estarían vulnerando el derecho de las gestantes a contar con acompañamiento durante el parto, teniendo que dar a luz solas, con incertidumbre

por la situación y sin contar con apoyo emocional de un cercano, saltándose todas las recomendaciones internacionales. Pero se ha puesto poca atención a los profesionales y sus formas de atención, algo que nos sorprendió en este estudio.

En mayo de 2020, un 46% de los hospitales públicos suspendió el acompañamiento en todo momento. Según los datos recopilados por OVO Chile (El Mostrador Braga, 2020). el parto respetado se sustenta como un derecho humano básico, que el Estado chileno a través de sus diversas entidades declara querer tener en cuenta en todo momento.

El Ministerio de Salud (MINSAL, 2008) a través de su Programa Chile Crece Contigo propone:

Iniciativa intersectorial que se constituye como un conjunto integrado de prestaciones, aspira a erradicar inequidades odiosas que pueden marcar la gestación, nacimiento y desarrollo inicial de los chilenos y chilenas, transformándose en verdaderas barreras para su evolución y éxito futuro.
(p. 7)

El MINSAL Chile, por medio del “Manual de Atención personalizada en el Proceso Reproductivo” menciona la importancia del parto humanizado, y de la subjetividad particularidades, necesidades, expectativas, de la mujer que dará a luz y que la relación profesional usuario no es unidireccional.

“Humanizar la atención es reconocer que en la relación profesional-usuario hay más de dos personas con sus necesidades, potencialidades, expectativas y patrones de interacción. Es aceptar también, la dimensión subjetiva de esta relación” (MINSAL, 2008, p.28).

Como se mencionó anteriormente el bienestar materno se sustenta o aumenta cuando la mujer participa en una modalidad de parto humanizado, lo que, según diversos medios, no ha estado disponible y se ha visto impedido durante la pandemia. Esta investigación se propone observar la situación desde los relatos de un grupo de madres que tuvieron su parto en contexto pandemia.

1.2 Planteamiento del Problema

Si hablamos de estadísticas sobre nacimientos, en el año 2020 se reportan 189.173 nacimientos a nivel país, y sólo en la Región Metropolitana de Santiago 78.738 nacimientos². Estamos frente a una gran cantidad de partos sobre los cuales no se tiene claridad de las condiciones por las cuales pasaron las mujeres, por los protocolos de atención y la disponibilidad del sistema médico en pandemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en febrero de 2018, pone de manifiesto una serie de lineamientos para una buena atención del parto, en un documento titulado “Recomendaciones de la OMS, Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”. En este escrito se describen o clasifican los cuidados recomendados para lograr una experiencia de parto positiva y en bienestar, experiencia que se entiende como aquella que “cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de una mujer... en un ambiente clínico y psicológicamente seguro con continuidad de apoyo práctico y emocional de un compañero de nacimiento y personal clínico competente” (p.1). Por otro lado, el Ministerio de Salud en el año 2008 desarrolla una serie de parámetros a la atención del parto (Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo 2008). En ellos mencionan que uno de los objetivos de los cuidados entregados por los equipos de salud debe ser, permitir la evolución fisiológica del trabajo de parto, minimizando las intervenciones o el exceso de medicalización y técnicas invasivas. Y en la Guía Perinatal, publicada en el año 2015 (MINSAL Chile), se recomienda que las intervenciones obstétricas no deban realizarse en forma rutinaria, sino solo cuando estén justificadas médicamente y sean realmente necesarias. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones, las intervenciones invasivas gineco-obstétricas, no parecen disminuir, incluso en pandemia, parecen ir en aumento, “esta medicalización creciente debilita la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto” (OVO Chile, 2018, p. 43).

² Departamento de Estadísticas e Información de Salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de <https://deis.minsal.cl/>

El parto, es un momento muy significativo en la vida de una mujer, desde este evento se producen muchos cambios físicos y psicosociales, la experiencia vivida y los cuidados recibidos ejercerán una influencia positiva o negativa en la madre y el bebé, de esto no sólo depende el bienestar particular, es un asunto social y vital. (Muñoz, Kaempffer, Castro y Valenzuela, 2001).

El período 2020-2021 la situación de parto se vuelve compleja gracias al escenario de emergencia sanitaria por SarsCov-2, por ello observar los riesgos efectivos que tienen las madres y los neonatos ante el virus es esencial, porque si efectivamente hay un riesgo alto de contagio y muerte, se debe poner en conocimiento a la población y además tomar las medidas necesarias.

Sin embargo, Abarzúa-Camus (2020) afirman que los primeros estudios realizados a mujeres contagiadas y no contagiadas con Covid-19 han determinado que:

Hasta el momento, la información específica en relación al impacto del COVID-19 sobre las embarazadas es escasa...Todas las muestras estudiadas (líquido amniótico, sangre de cordón, hisopado faríngeo y leche materna) fueron negativas para COVID-19. No se logró, entonces, demostrar transmisión perinatal del virus en esta serie. (pp.110-111)

“La evidencia actual es limitada respecto a la tasa de transmisión vertical. Las cifras de recién nacidos con PCR positiva oscilan entre 0 y 5%”, y la tasa de parto prematuro reportada por GESTACOVID “varía entre 15 y 27%” (Hernández, et al., 2020, págs. 77, 80). No se ha confirmado por tanto el alto riesgo que justifique el no contacto madre-hijo, las cesáreas, el parto en solitario, o el aislamiento sólo por prevención en madres sanas.

Según investigaciones, las mujeres acompañadas por familiares o personas significativas, durante el parto presentan menos dolor, temor o miedo, (Pugin, et al., 2008), asunto que incluso favorece la lactancia (González y Ramírez, 2013).

Esto sin duda no puede dejar de ser considerado en tiempos de emergencia sanitaria.

Desde el MINSAL (2020a) Se dice que “el manejo clínico de las gestantes con Covid-19 es de soporte y no considera grandes diferencias respecto a la población general” (p.6). Sin embargo, hay protocolos específicos de atención que se utilizaron de marzo a Julio de 2020, que consideraron formas de manejo que se saltarían aspectos fundamentales del bienestar materno:

Se recomienda evitar el apego, se desaconseja retardar el clampeo del cordón umbilical. Aislamiento del recién nacido de la madre. La recuperación postparto inmediato se realizará en la sala de aislamiento. Aislamiento de RN y lactancia mediante fórmula. Aislamiento del RN y lactancia materna mediante extracción. Con administración de la leche por un tercero sano. (Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020, p. 11)

A luz de estos antecedentes es importante mencionar la necesidad de gestionar de manera adecuada las formas de nacimiento y parto, sustentar reflexiones multidisciplinarias que abran opciones a otras modalidades de nacimiento en estados de catástrofe. Entendiendo la subjetividad de las gestantes sin la necesidad de limitarla.

Según el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo MINSAL (2008) “el nacimiento es un momento determinante para la vida de todo ser humano... decisivo para el desarrollo emocional, intelectual y social del niño. Toda persona tiene el derecho de llegar al mundo en un ambiente de afecto y respeto” (p. 7).

1.3 Objetivos

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las percepciones y vivencias en torno al bienestar materno en situación de parto, de un grupo de mujeres del espacio virtual “mamitas y pancitas-Chile” que tuvieron su parto en Contexto pandemia

1.3.1 Objetivo General

Explorar las percepciones y vivencias en torno al bienestar materno, en situación de parto, de un grupo de mujeres del espacio virtual “mamitas y pancitas-Chile” que tuvieron su parto en contexto pandemia.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Evaluar los niveles de bienestar materno en el parto, de un grupo de mujeres del espacio virtual “mamitas y pancitas Chile” que tuvieron su parto en contexto pandemia.
2. Profundizar en los significados y experiencias de bienestar materno, de un grupo de mujeres del espacio virtual “mamitas y pancitas Chile” que tuvieron su parto en contexto pandemia.
3. Analizar e integrar los niveles, significados y experiencias de bienestar materno, de un grupo de mujeres del espacio virtual “mamitas y pancitas-Chile” que tuvieron su parto, en pandemia.

1.4 Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio realizado se encontraban justamente en la incapacidad de movilidad, tanto de la muestra o población a la cual se enfoca el estudio, como a la movilidad general, a las restricciones y prohibiciones a reunirse en grupos, además de las cuarentenas prolongadas que ha vivido el país con motivo de la pandemia por Sars-cov2.

La muestra a la cual se enfoca la investigación es un grupo de alto riesgo, que también está en período de baja movilidad (puérperas). Volviendo aún más

complejo poder medir personalmente a la población escogida; por lo tanto, la opción de entrevistas o mediciones en el campo fueron mediadas desde el espacio virtual.

Entendiendo que el mismo puede tener sus propias limitaciones y ventajas; se exploraron las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de información y las redes sociales virtuales para el reclutamiento de muestras.

Para este muestreo virtual online se utilizó la red social Facebook, para lo cual se identificaron cuatro grupos virtuales de madres y embarazadas de Chile, observando la cantidad de miembros, interacción, heterogeneidad y apertura a este tipo de estudios, finalmente el grupo “Mamitas y Pancitas-Chile” que cuenta con 446 miembros activos fue escogido, del cual 82 mujeres fueron parte de esta muestra.

Este tipo de herramientas virtuales de medición, contemplan que la emocionalidad situacional (casa, espacio íntimo, labores maternas y domésticas) puede condicionar la respuesta entregada. Pero también se considera que esta modalidad, contribuye a incrementar el alcance geográfico y el tamaño de la muestra y, en tiempo de emergencia sanitaria y aislamiento social, posibilita poder acceder a la población que se pretende estudiar, logrando de algún modo poder rescatar los relatos de mujeres que tuvieron su parto en este contexto.

González, Sosa y Fierro (2018) señalan:

El uso de técnicas online se observa principalmente en la fase de recolección de datos (cuestionarios online, entrevistas mediadas por internet, grabaciones y filmaciones en técnicas de observación participante). Algunos autores demuestran que la tasa de respuesta de los estudios online depende de las estrategias de contacto personalizado, el interés de los individuos de los temas abordados, los incentivos y la longitud de la encuesta y los factores técnicos; sin embargo, en muchos campos de investigación puede ser un poderoso instrumento para mejorar el alcance de los estudios, maximizar la relación tiempo-costos y aumentar el tamaño de la muestra. (p.3)

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Nacimiento y parto: Abordajes teóricos y contextuales

El nacimiento es un espacio biológico propio de lo humano, pero se construye también desde una serie de representaciones, saberes y poderes (Montes, 2007). Esto es clave para entender por qué el parto es un terreno en disputa, y por qué se encuentra muchas veces tensionado en relación con las variadas formas de entenderlo.

El nacimiento es uno de los acontecimientos y experiencias más importantes en la vida de una persona, pero esa importancia no es sólo individual, es importante para las sociedades y sus estructuras, después de todo es la puerta de entrada de los seres humanos a la sociedad. Ibone Olza (2017) describe el parir como “Un acto muy potente, intensísimo, trascendente, que poco tiene que ver con la definición que aparece en los diccionarios” (p.17).

El momento del nacimiento es un espacio fundamental, que constituye en sí mismo, sumado a la experiencia, una profunda y poderosa construcción, que puede afectar la vida, física y mental de la gestante y del feto, según fueran las vivencias de este (Jordán, 1980). Este evento tan importante, a pesar de tratarse de un proceso fisiológico normal, precisa cuidados y atenciones -siempre fue así- sin embargo, es necesario analizar por qué se ha asociado el parto (un espacio natural, único y significativo) a un estado de riesgo y enfermedad, formas que terminan obviando la salud integral de la mujer, que es la protagonista de este acontecimiento.

Cuando el sistema médico y la sociedad empiezan a concebir al nacimiento como un punto de vulnerabilidad y fragilidad, se le quita el poder del parto a la mujer y al cuerpo (que sabe parir) y paulatinamente se va volviendo un espacio ajeno. Finalmente, el poder y decisión del parto se queda con el sistema médico que, aunque también está habitado por mujeres, se sustenta en discursos nacidos desde

lo masculino. Es en este espacio que el cuerpo femenino se transforma en un lugar de cautiverio y dominio, donde se ejerce poder y se intervienen los ciclos naturales. Las vivencias de las gestantes son definidas por la propiedad y el control de otros sobre su cuerpo, corporalidad es vista y significada como un espacio que debe adaptarse según las normas sexuales, morales y de salud imperantes, sometién-dole a las condiciones y tiempos externos, sin considerar sus necesidades particulares. Esto ocurre porque “La maternidad es un fenómeno bio-socio-cultural” (De Dios-Vallejo, 2014, p.76). Es decir que, el espacio materno se sitúa en las relaciones sociales - y también las influye- Por lo mismo la reproducción social y todas las formas organizadas de reproducción de la vida humana, serán susceptibles de ser dominadas, controladas y estructuradas desde el origen, o sea, desde el embarazo y parto.

“Según Foucault (1996), el despegue de la medicina en la modernidad se produjo mediante tres procesos: la bio-historia, la medicalización y la economía política de la salud. Los tres suponen una forma de control social” (Sibrian, 2016, p.27). Entre ellos hay una colaboración en la normalización de los cuerpos y sus procesos, por diversas vías que coinciden en desenvolverse más allá de la relación médico-paciente. Esto no significa que la intervención médica no sea necesaria; efectivamente la misma es un aporte en muchos casos, pero es importante observar los discursos que se levantan, para entender por qué se cree que todo el poder y el proceso del parto debe estar en manos del sistema médico, sin observar los espacios emocionales e íntimos, las necesidades y elecciones de la mujer que va a parir, incluso sus propios discursos y formas de entender la maternidad.

Dos razones generales, según García y Díaz (2010) explican la medicalización del cuerpo de las mujeres y el control absoluto sobre su capacidad reproductiva, el primero es que la ginecología históricamente lo ha asumido como patológico o defectuoso, típico del concepto de salud no integral (visto desde el riesgo) y el segundo, las bajas tasas de natalidad, que constituyen un medio indirecto de control social estructurado en el cuerpo de las mujeres, por eso la necesidad de controlar el embarazo y el parto como control de la producción

humana y social, lo que también abre el camino a la actividad normativa y controladora de la actividad médica.

Estas estructuras logran que se instale el temor al proceso de parto en el imaginario social, y el temor al riesgo y al dolor son un factor determinante que incide en el aumento de los partos quirúrgicos y altamente intervenidos, asunto que se suma al temor social que hoy existe con la pandemia, estados de emergencia y cuarentena- entonces ocurre lo que es casi obvio- el poder y la palabra se sustenta aún más en las manos del poder médico, la mujer queda invisibilizada. Hay estudios antropológicos que muestran que hay culturas donde no existe el temor al parto, donde la gestación y el nacimiento son concebidos como eventos fisiológicos normales, que muy rara vez tienen complicaciones. “En estos contextos la cesárea por solicitud materna es muy poco usual” (Sadler y Leyva, 2015). Este asunto se vuelve muy complejo cuando en el país la intervención quirúrgica en el parto es monetariamente conveniente, cuando la misma hace ganar mayores cifras que el parto normal.

Para Raquel Schallman (2007), las prácticas medicalizadas pensadas en función del médico, como el aislamiento de la madre del bebé, la posición horizontal, la anestesia, las cesáreas, alteran lo que se denomina sabiduría del cuerpo para parir. En cambio el parto no intervenido se sustenta como un tiempo mágico, un acto gozoso, y como la celebración del amor y la fiesta de la vida (Schallman, 2007). Pero ¿por qué si se sabe que el parto en libertad -que respeta los ciclos y los tiempos propios de cada mujer- trae tanto beneficio, aún no se logra instaurar definitivamente? Esto podría explicarse porque la violencia hacia las mujeres en el ámbito sanitario reproduce modelos hegemónicos que vienen sustentándose desde varios siglos atrás, y porque el sistema económico actual, sustentado en la producción, ve el cuerpo de las mujeres como otro medio para producir. Y si bien, existen distintos enfoques en la conceptualización y definición de la violencia contra las mujeres en el parto, es importante observar la misma como un problema social derivado de una estructura levantada sobre la desigualdad que estructura su funcionamiento en el cuerpo de la mujer y su reproducción, porque ella es quien

gesta a los sujetos de la sociedad. Y por lo mismo cada sociedad entrega los discursos y las representaciones que ordenan y dan sentido a este espacio (el parto).

La Organización Mundial de la Salud, estima que en 2015 murieron cerca de 303.000 mujeres durante el embarazo y el parto, y dice que el 99%, de esas muertes, se producen en países en vías de desarrollo (con 302.000 fallecimientos), países donde no se dispone de profesionales de la salud conocedores de las prácticas gineco-obstétricas, ni de infraestructura hospitalaria o clínica (World Health Organization, 2015).

Lo anterior es un discurso específico, que asegura que la mortalidad materna es mayor en países en vías de desarrollo, porque no cuentan con la tecnificación, conocimiento e intervención médica necesaria. En cambio, en los países desarrollados las cifras de muerte materna o fetal son bajas porque el sistema médico es quien lleva el control. Además de esto, se hace necesario observar un poco la historia y la religión. La noción de que las mujeres son versiones defectuosas o no desarrolladas de los hombres se remonta a la idea del paraíso bíblico, a la versión judío-cristiana de la creación del ser humano, donde Eva (la primera mujer) es creada de la costilla de Adán la misma que luego se presenta como tramposa y que es castigada a vivir embarazos y partos dolorosos por comer de la fruta prohibida y por tentar al indefenso Adán. “Jehová Dios dijo a la mujer tantas haré tus fatigas, como cuantos sean tus embarazos, con dolor parirás los hijos. Hacia tu marido irá tu apetencia, y él te dominará” (Génesis, capítulo 3, versículo 16). Desde la religión y la cultura se sustenta la idea de que el hombre representa la perfección, el vigor y la salud, en cambio la mujer se proyecta como una versión alternativa de lo masculino. Un muy buen ejemplo de esto son las primeras láminas anatómicas de la biomedicina, que datan del siglo XVI, donde los órganos sexuales femeninos eran representados con la figura invertida de un pene hacia el interior del cuerpo femenino, como la ausencia de pene (Sadler, 2016).

Además de las láminas de anatomía de siglos anteriores, la biblia, y el discurso médico - científico, la teoría psicoanalítica de Freud, habla de una envidia de pene que tendrían las mujeres ante esta falta.

Las niñas en su desarrollo, se darían cuenta de esta “carencia” lo que produciría la envidia. Esto las lleva a querer tener un pene y ser hombres, derivando en un deseo de coito y de ser madres. Considerando lo anterior, no parece extraño el panorama que se observa respecto de lo femenino y la maternidad.

Sin duda el desarrollo de un sistema de atención al parto, la tecnología y el conocimiento profesional, han disminuido la morbilidad y mortalidad materna e infantil, pero la excesiva medicalización y tecnificación del parto ha generado otras situaciones que muchas veces van en desmedro del bienestar materno y de la salud integral. La atención al parto se centra casi de forma exclusiva en el útero y olvida la subjetividad de la mujer y otros aspectos igualmente importantes (Biurrun, 2017).

Entonces un enfoque médico, centrado únicamente en lo físico, en la seguridad y en la evidencia científica no garantiza la humanización del parto, ni la salud o bienestar emocional o mental de la mujer y del recién nacido (Goberna, Palacio, Banús, Linares y Salas, 2008).

En nuestra sociedad los procesos del nacimiento han ido modificándose a lo largo de los siglos y según la evolución social o requerimientos de dichas épocas, pasa de ser un suceso que transcurría en el interior de las comunidades, el hogar o la familia, apoyado por mujeres, a ser un acto de interés social con un importante valor político, productivo y económico (Ortiz, En Prensa).

Se modifica así la significación del espacio del nacimiento, se integran nuevos discursos y formas de nombrarlo, de limitarlo, lo que lleva finalmente a nuevas maneras específicas de representarlo y vivirlo.

2.1.1 Los inicios de la medicalización en el parto

Hasta el siglo XVII era la partera o matrona la encargada de la asistir el parto, básicamente era un evento vivido sólo por mujeres. En la mayoría de los casos, la atención a las parturientas nunca había sido interés de los médicos. Y dado que la asistencia al nacimiento había sido considerada un oficio o un tema exclusivo de mujeres, nunca el sector médico habitado por hombres, se interesó en ello. Sin embargo en el siglo XVII Se producen cambios en los modelos de atención, aumenta el número de Universidades y se incrementa también el número de médicos, a partir de entonces la situación comienza a cambiar (Biurrun, 2017).

En Francia se inicia la atención al parto normal, por algunos cirujanos, denominados “accocheurs”. Estos serían los nuevos encargados de darle voz al nacimiento, dejando atrás a las comadronas y sus saberes.

Según diversos estudios, desde tiempos antiguos se usaron instrumentos (ganchos, pinzas y varillas) en el parto, pero su uso tenía el fin de extraer los fetos muertos del cuerpo de la mujer, y no era una práctica habitual. La instrumentalización inicia cuando este tipo de aparatos se piensa más allá del sólo hecho de la extracción del feto por aborto. Los fórceps generan un cambio importante en ese sentido, se crea un nuevo instrumento diseñado por médicos (médicos de la familia Chamberlain), pensados para extraer fetos vivos de madres vivas, y no sólo en caso de abortos, sino para el uso en el parto y en situaciones en donde las condiciones (antes del fórceps) llevaban a sacrificar a la madre o al bebé. Esto le da sentido de técnica e instrumentalización al proceso del parto, y logra que se convierta un campo apto para la presencia masculina (Biurrun, 2017). El uso de los Fórceps inicia la tecnificación del nacimiento. Desde entonces, la opinión médica (masculina) sobre los procesos de la mujer que va a parir se incrementa, y van dando forma a la idea que tenemos del parto actualmente.

En el siglo XVII Mauriceau, cirujano pionero en obstetricia, refiere que la cama es el lugar adecuado para asistir el parto normal, e incita a valorar el decúbito supino (posición recostada boca arriba, o posición litotómica) como la postura más

idónea para el nacimiento (Dunn, 1991). Y, a pesar de que la gravedad y la misma corporalidad femenina no se adaptan a dicha postura, esa es la posición por excelencia que hasta hoy se utiliza.

Mauriceau explica en su obra “*Traité des maladies des femmes, et de celles qui sont accouchées*” del año 1740 (J. Goberna-Tricas, 2009; Mauriceau, 1740) Que no todas las mujeres querían parir en esa posición. Describe que las mujeres “de pueblo” (aludiendo a la humildad de estas) parían arrodilladas, decía también que otras mujeres daban a luz de pie, o apoyadas en una pared o en otra persona, y que solo algunas mujeres parían sobre una cama, o un colchón. Y, a pesar de las diferentes posiciones que adoptaban las mujeres al momento de parir Mauriceau insiste en que el lugar ideal para asistir el parto es sobre una cama. (Biurrun, 2017). Así es como este médico (Mauriceau) se sustenta como el primero en aconsejar la posición litotómica en el parto. Hasta ese entonces, en cuanto al parto, la cama sólo se usaba cuando el proceso se prolongaba demasiado y la mujer necesitaba recostarse a descansar. En un parto normal, lo habitual era que la mujer no se acostara hasta después del desprendimiento o expulsión de la placenta. Con el tiempo todas estas formas sugeridas, se transforman en una exigencia para que el médico especialista pudiera ejercer su labor asistencial, aquellas sugerencias y formas mencionadas se transforman en verdades y en modos de hacer y vivir el parto.

A principios del siglo XIX los médicos cirujanos cobraban protagonismo en la asistencia al nacimiento, por su buen prestigio social, y principalmente porque los médicos eran parte de las familias de clase alta, y por lo mismo, se empezó a considerar signo de buena posición social ser parte de los cirujanos del parto (Montes, 2007). Los hombres de las clases acomodadas se toman la palabra del proceso del parto, y asistirse con uno de ellos era bien visto, no cualquiera podía acceder a tan importante asistencia.

Durante el siglo XIX, dar a luz en un hospital era signo de pobreza, incluso de exclusión social, en los hospitales era habitual que se refugiaran las “madres solteras”, que iban escondidas a parir, o a dar a sus hijos en adopción. En sus

inicios la creación de centros hospitalarios se inicia como una actividad caritativa y no era considerado como imprescindible para la atención del nacimiento, a cambio de eso las mujeres de familias ricas parían en compañía de médicos, en su hogar, y las mujeres pobres en sus casas pero acompañadas aún por comadronas (Biurrun, 2017). Ya en esos tiempos parir de una forma u otra variaba según la clase y condición socioeconómica.

2.1.2 La medicalización del parto en Chile

La medicalización del embarazo y el parto ocurre en una época que se caracterizó por luchas institucionales y por el auge de la ciencia y la tecnología, que comienza a deslegitimar saberes considerados pre-científicos (siglo XIX). Uno de los saberes que fueron exiliados fue la labor de las comadronas en la asistencia al parto. Así, el cuerpo de las mujeres entraba en un tejido de construcciones y control que vendrían a ejercer las instituciones de la medicina moderna.

El proceso reproductivo y la condición corporal de las mujeres, toman un papel fundamental en la economía política de la época. Aquello se ve reflejado en los argumentos médicos divulgados en medios de comunicación del siglo XIX y XX que paulatinamente se articulan con las preocupaciones de tipo gubernamental, y transforman el proceso natural del embarazo en un terreno complejo donde coinciden la política, la ciencia y el discurso. (Sibrian, 2016, p. 26)

Según Taucher y Jofré (1997) se tiende a considerar que la razón y la fe en el progreso médico y tecnológico, desplazaron las antiguas formas de parir. Un país desarrollado no podía quedar fuera de ese avance ya instalado en Europa. Esto significó que hablar de medicina moderna significara hablar de tecnología y control del cuerpo social. Con el capitalismo se puso el cuerpo a disposición de una serie de instituciones como el ejército, el hospital o la fábrica en función del desarrollo de los Estados (Foucault, 1996). Aquí el cuerpo de la mujer era crucial, ya que de él provenía la producción de la mano de obra, tal cual precisa en su discurso Silvia

Federici “La lucha de las mujeres siempre ha sido una lucha conectada con la organización de la reproducción social. La sexualidad, el parir, la crianza, han sido construidas...” (Segovia y Castillo, 2018).

En Chile esto se sustenta por la profesionalización promovida por la élite médica chilena, en conjunto al poder político del siglo XIX. Establece un tránsito entre “un oficio tradicional empírico a una profesión moderna basada en el conocimiento científico. Así los médicos profesionales se encargaron de definir autónomamente el marco y alcance de la profesión de atención al parto, establecen los límites y condiciones de la práctica, y se quedan con el monopolio del nacimiento, lugar desde el cual serían expulsados los saberes populares.

Este proceso inicia con la fundación de la Universidad de Chile en el año 1842, lo que marca un hito en la historia de la medicina y también en el cambio de los procesos de parto en Chile. Simbolizó el paso hacia “el progreso científico de la medicina universal, al que ahora Chile se había integrado plenamente” (Cruz-Coke, 1995, p. 328).

Para comprender cómo es que una práctica experimentada y ejercida por mujeres se convierte en un asunto médico y masculino, es preciso analizar cuatro acciones que se dan por etapas, en los inicios de la historia de la obstetricia en Chile. Se observa en revistas de medicina de la época, en donde para la legitimación del discurso médico científico se inicia “la persecución de los saberes y de las prácticas tradicionales populares que ahora serían asociadas a la farsa y al peligro causado por “gente ignorante y supersticiosa como es la de nuestro pueblo” (Fuster, 2013, p. 53).

**1.- legitimación del discurso científico y médico. 2.- Desprestigios de las prácticas no científicas. 3.- Ingreso de instrumentos y tecnificación para el control corporal (fórceps, espéculos, camisas de fuerza). 4.- Apertura de universidades y escuelas de obstetricia, para la profesionalización.

Para sostener este discurso y nuevo pensamiento médico-científico que deslegitima toda acción ajena a la intervención médica en el parto, los discursos los

sustenta el doctor Lorenzo Sazié, en la apertura del Curso de Obstetricia en el año 1835 (Murillo, 1893). Lorenzo Sazié fue un médico francés que llega a Chile a inicios de 1834 con el fin de formar futuros médicos, con él trajo toda la tradición europea de la medicalización y tecnificación del parto que ya hemos mencionado anteriormente, el doctor Sazié ocupó importantes cargos en el campo médico e inició en Chile la tecnificación de la obstetricia, “su labor fue decisiva para la medicina universitaria y la temprana consolidación de la obstetricia” Dar a Luz en Chile, siglo XIX. “De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica” (Zárate, 2007, p. 105). Esto no sólo porque contribuyó a formar nuevos profesionales, sino porque fue él, quien introduce a la tradición médica nacional instrumentos como “el fórceps, el espéculo vaginal y la camisa de fuerza para enfermos mentales” (Cruz-Coke, 1995, p. 352) Con esto se inicia la tecnificación médica en el país.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en su sección “Historia de la Escuela de Obstetricia” menciona que en el año 1833 las condiciones sanitarias en Chile eran deplorables, por lo mismo, el gobierno de la época decide levantar toda una red de Escuelas Estatales para formar médicos, químicos farmacéuticos y matronas, con el fin de enfrentar los problemas de salud que afectaban a la población.

Se firman decretos que crean en el año 1833 la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, en el año 1834 la Escuela de Farmacia y la Escuela de Obstetricia.

El Decreto Supremo del 16 de julio de 1834, establece los siguientes requisitos para la admisión gratuita, al primer curso de Obstetricia: "Para las mujeres de esta capital, que deseando dedicarse a la profesión sepan leer y escribir, hayan recibido una decente educación y sean jóvenes, robustas y bien constituidas" (Universidad de Chile, Facultad de Medicina, 2015). Si bien aquí se llama a las mujeres a ser partícipes de esta institucionalización del espacio del parto, no lo hacen desde la Escuela de Medicina, sino desde la Escuela de Obstetricia, tampoco se llama a todas las mujeres, sino aquellas que recibieron una “decente educación... y que sean bien constituidas”. La labor obstétrica hasta el día de hoy se sustenta

como aquella que asiste al médico cirujano del parto, y se funda sobre diversos discursos masculinos, paternalistas, y de control sobre el cuerpo y los procesos femeninos.

Es el Doctor Lorenzo Sazié quién funda la Escuela de Matronas -y en su inauguración hace el siguiente discurso- definiendo a la obstetricia como una ciencia que toma al hombre al inicio de la vida y le protege “contra el funesto influjo de los agentes exteriores y de las muchas enfermedades que amenazan su débil existencia” (Costa, 1984, p. 297).

Sigue -este discurso- diciéndole a las futuras matronas que esa formación está orientada hacia un perfil estudiantil femenino, o para mujeres, a quienes “su naturaleza no admite ninguna de aquellas discusiones científicas en las que entraremos en otras circunstancias, y cuyo papel será secundario respecto al médico” (Costa, 1984, p. 300). La mujer es vista desde su papel de paciente como un ser inferior necesitado de cuidado y control, y desde la profesión obstétrica como incapaz de saber lo mismo que los hombres, quienes se posicionan en otros espacios, ellas sólo estarían capacitadas para asistir en un lugar diferente y menor. Este discurso, fue originalmente publicado y masificado en el periódico “El Araucano”, el 8 de mayo de 1835 (Costa, 1984).

¿Acaso la reprobación con que envilecen este arte un sinnúmero de curanderos no podría borrarse por los servicios que han prestado los médicos instruidos que han sostenido tan dignamente el honor de su profesión? por más que digan los ignorantes, el saber tiene su precio... y más temprano que tarde las luces que habréis adquirido, y los servicios que sereís capaces de prestar, os darán el derecho de contaros en el número de los hombres más útiles y recomendables del Estado. (Costa, 1984, p. 298)

Aquí es posible ver el posicionamiento médico-científico-masculino -de estado superior- animando a los futuros profesionales a sentirse líderes, a tomarse el poder, porque aun cuando fue un discurso para las futuras matronas, se dirige

sólo a los médicos, obviando una vez más a las mujeres, en este caso a las profesionales que asistirán el parto. No concluye con eso sino que sostiene que “antes las mujeres estaban exentas de las enfermedades y los vicios de conformación de la pelvis que dan origen en algunas de ellas, las costumbres en un estado social más adelantado” (Costa, 1984, p. 299). mostrando en su discurso, que la vida social moderna y el comportamiento de las mujeres, habría traído consigo una serie de deformaciones y complicaciones que justifican la medicalización del parto, el control y la intervención médica.

En su discurso destaca además que los hospitales y maternidades son espacios de ensayo, y los pacientes cuerpos en vigilancia

...hallareis allí mismo camas de enfermas a fin de que podáis verificar sobre la naturaleza de los preceptos que ya habréis recibido en teoría, esto a través de personas que están sometidas a vuestra observación y con quienes se podrá experimentar”. (Costa, 1984, p. 300)

Gracias a la modernización de la medicina chilena y la profesionalización de esta se fundan hospitales, y se crean sociedades científicas, que en sus discursos e investigaciones sustentan una forma de ver los procesos de parto que se enraizaron profundo en la práctica médica, y posteriormente en el imaginario social, se editaron cada vez más revistas y con esto inicia una educación que creía férreamente en los avances tecnológicos y científicos extranjeros.

Esta nueva generación de médicos chilenos generan importantes cambios, como por ejemplo el sucesor de Sazié, Adolfo Murillo, promueve la cirugía obstétrica en los hospitales y maternidades “... intervenciones tales como la cesárea en 1877 y la sinfisiotomía y laparotomía por embarazo ectópico en años posteriores” (Cruz-Coke, 1995, p 31). Con esto se da inicio al parto por cesárea, y se genera un gran avance de la medicina chilena, pero también marca lo que posteriormente será un sostenido incremento de la práctica de la cesárea en Chile. Con el tiempo la implementación del consultorio obstétrico no tarda en llegar, se ofrece asesorías o

“consultas a las embarazadas, en cualquier etapa de embarazo, y medicina a todas aquellas que necesitan un tratamiento especial” (Rodríguez, 1918, p. 21).

En resumen, la medicina inicia un proceso de control y vigilancia del embarazo, parto y puerperio, involucrándose desde el minuto uno, se normalizan las prácticas de cuidado, la promoción del consumo de medicamentos durante el embarazo, y las intervenciones en el parto. Las mujeres se vuelven dependientes del sistema médico, pero también del discurso que observa el embarazo como un espacio de riesgo. Se le concede el poder de la gestación, y del nacimiento al médico, el cual representa el poder de la institucionalidad. La misma ya no es protagonista ni proactiva en sus procesos, deja de observarse, de conocerse, empieza a alejarse de la sabiduría de los ciclos particulares, empieza a temer al dolor del parto, y al parto mismo, y ese temor que orilla a las mujeres a sentirse enfermas y dependientes, se transmite de generación en generación, haciendo muy complejo el poder desligarse de las verdades a medias y del miedo al parto.

La dependencia de las mujeres del sistema médico fue ampliamente inducida por la medicalización progresiva, desde el siglo XIX, de los acontecimientos de su vida reproductiva: embarazo, parto, lactancia y menopausia. Esta es resultado del monopolio gradual por parte de los médicos de la atención de la enfermedad tanto física como mental. (Arango, León y Viveros, 1995).

Con lo anterior se produce un tipo de relación de dependencia y subordinación entre médicos y mujeres, significó también una lamentable pérdida para ellas: pérdida del control de su cuerpo, de sus ciclos, de esta experiencia humana exclusivamente femenina (como es el embarazo y el parto) además de la gran pérdida de las prácticas y saberes terapéuticos femeninos.

En el país existen manuales y recomendaciones de buenas prácticas en el parto, impulsadas y publicadas por el Gobierno de Chile, donde se establece que el acompañamiento y contención psico-afectiva, además del trato humanizado, se sustenta como derecho. Sin embargo, en la práctica, la ejecución de esas

recomendaciones se da en casos muy puntuales, y la relación asimétrica entre la mujer y la institución médica es la que domina el espacio del nacimiento.

Esta pandemia a puesto de manifiesto la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios, ha sacado a la luz aspectos que por siglos han permanecido inmóviles a pesar de los avances; Existen muchos componentes psicológicos que atender ante el parto en situación de emergencia, los protocolos, y las condiciones, sin embargo, los psicólogos no están siendo protagonistas.

2.2 Salud Mental Perinatal

La historia de la psiquiatría, muestra desde sus inicios que el nacimiento de un hijo “puede acarrear complicaciones psiquiátricas” (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2011. p 3).

En la época de Hipócrates, por ejemplo, ya se describía casos de sepsis puerperal o postaborto acompañados de delirium. En 1551 João Rodríguez de Castelo Branco (médico portugués) describe un tipo de melancolía puerperal, en 1660 varios estudios observan el pánico puerperal o el trastorno por estrés post-traumático que pudieron ser consecuencia de un parto traumático. En el año 1774 Otro médico inglés, Kirkland, describe el delirium de la parturienta, él muestra un primer atisbo de los “tormentos” que el trabajo de parto puede generar en la conciencia (OPS, 2011).

Todos los antecedentes anteriores, ven el embarazo desde el lente de la enfermedad, de la patología, sin embargo, desde la mirada de la psicología evolutiva se entiende que existe una interacción entre biología y ambiente (en el transcurso del desarrollo humano desde el nacimiento) y que en esta interacción, pueden surgir dificultades o eventos, que si se mantienen en el tiempo, pueden dar lugar a trastornos mentales, pero no es el embarazo y el parto en sí mismo, un motivo para padecer patologías mentales. Entender los aspectos socioculturales imperantes y los discursos patriarcales también permite tener un panorama de las maternidades

“padecidas”, esto por supuesto, sin desconocer que existen patologías mentales postparto.

La psiquiatría y la psicopatología, con sus discursos y estudios desde la enfermedad mental en el embarazo, parto y postparto, ha mostrado de algún modo que hay procesos psicológicos que se pueden ver gravemente alterados en el embarazo y parto, y que existen fluctuaciones de diverso tipo. Que, si bien el parto implica al cuerpo, no puede ser reducido desde ese único lugar, que hay procesos mentales y emocionales accionando al mismo tiempo. A pesar de ello, y más allá de si se tiene o no una mirada sistémica respecto de la situación mencionada, los espacios institucionales del embarazo y parto en Chile siguen obviando la labor de la psicología como una pieza fundamental en la atención al nacimiento.

En la etapa intrauterina el feto no sólo se involucra físicamente con la madre, este estará inmerso también en “el recipiente emocional” de la mente materna, el cual puede ser favorable o desfavorable dependiendo de la situación específica. Y aunque el embarazo, social y culturalmente es considerado como una etapa “positiva y feliz” existen retos emocionales importantes para la futura madre, la mujer tiene una gran tarea psicológica ella deberá “convertirse en madre”. Pasará de ser una mujer, a ser otra, al asumir activamente el papel o rol de madre, o también al no hacerlo. Este proceso se ha llamado parentificación o parentalidad, Lebovici señaló que con el nacimiento del bebé, hay un nacimiento simultáneo, en ese momento también nace la madre (Lebovici, 1989).

Si a las condiciones físicas y mentales propias del embarazo y parto, sumamos el peso de las exigencias sociales, aspectos económicos y las dinámicas médico-hospitalarias, nos enfrentamos a un escenario bastante complejo. Algunos autores refieren que este es un periodo crítico y de alta sensibilidad psicológica, en donde la mujer puede experimentar diversas emociones que la hacen volver a sus recuerdos de infancia y a la relación con su madre, cada una de estas etapas está fielmente asociada a los cambios físicos y por lo mismo no pueden verse por separado (Bydlowski, 2000). La mujer pasa por profundos cambios endócrinos, somáticos y psicológicos, y además el mismo embarazo se constituye como un hito

social -entendiendo la reorganización general que se produce en todas las áreas de la vida de la mujer- por esta razón el embarazo y parto representan un hecho crucial en la experiencia de vida, y el modo de vivirlo gatillará variadas representaciones, y estará influenciado por diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales (Vizental, 2012).

Para Ibone Olza Psiquiatra perinatal, el parto implica un estado alterado de conciencia, un espacio en donde la mente se transforma; pero la palabra “alterado” no significa que sea negativo ni que se esté patologizando este “sentir-vivir”, sino se refiere a un estado diferente de conciencia, una “manera diferente de estar en y percibir la realidad” (Rich, 2020).

Comprender este asunto tiene implicaciones enormes, no sólo para transformar la atención del parto, también para que las mujeres transiten sus procesos de modo más protagónico, consciente, y sin temor (Rich, 2020).

Muchas mujeres -por temor- recurren a los médicos en busca de ayuda, guía y consuelo, sin embargo

“los médicos, los que nos reducen a una posición supina también en lo psíquico, siguen dominando la profesión psicoterapéutica. Existe una gran diferencia entre gritar pidiendo ayuda y exigir ser “dormidas”; las mujeres- durante un parto físico y psíquico- deben captar la importancia y el sentido del “estadio de transición”, a fin de aprender a exigir un cuidado y apoyo activo, y no el sueño crepuscular o el adormecimiento”. (Rich, 2019, p.3)

Mientras el momento del parto - en sentido metafórico y literal- siga siendo una acción mecánica de entrega pasiva y de sometimiento total de nuestros cuerpos y de nuestras mentes a la autoridad masculina y a su tecnología médica, es sumamente complejo poder generar cambios sociales fuera de nuestro espacio corporal, y sólo podremos acceder a la transformación en porciones mínimas, porque si en nuestro propio territorio entregamos lugar, discurso y conocimiento a otros, afuera será difícil conseguir la autonomía anhelada, y el derecho de decidir.

Y aquel bienestar del cual se habla, sólo se constituirá como un discurso y no como una vivencia real y duradera en el tiempo.

2.3 La construcción social de lo materno

La maternidad es una experiencia llena de significados sociales. Una experiencia subjetiva que está compuesta de una gran carga simbólica, sin embargo “nadie se atrevería a sostener que la maternidad es, hoy por hoy, un hecho cultural y no biológico. Es decir, que se trata de una cuestión de género (Palomar 1996)” (Palomar, 2004, p. 13). Claro, no podemos negar que la maternidad supone ciertos aspectos biológicos, pero incluso desde allí es vivida en términos colectivos, sociales y subjetivos. Desde las tradiciones y la cultura, incluso desde el propio espacio biológico que se sustenta desde lo médico, “y desde las intrincadas profundidades del género que se impone a la lógica biológica en sus coordenadas” (Palomar, 2004, p. 14).

La construcción social de lo materno está asociado a una serie de mandatos, que se reproducen por medio de la institucionalidad, en el caso del parto, desde las dinámicas, reglamentos, formas y verdades médicas, “que producen, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas” (Palomar, 2004, p. 16). Entonces ver el parto como un espacio patológico y lleno de riesgo, o simbolizar aquel espacio como un lugar de enorme importancia vital, lleno de significado subjetivo y social, no sólo es una construcción externa.

El sistema nervioso humano depende inevitablemente del acceso a estructuras simbólicas públicas para elaborar sus propios esquemas autónomos de actividad [...] Para orientar nuestro espíritu debemos saber qué impresión tenemos de las cosas y para saber qué impresión tenemos

de las cosas necesitamos las imágenes públicas de sentimiento que sólo pueden suministrar el rito, el mito y el arte. (Geertz, 1973, pp. 81-82)

El parto es sin duda un espacio ritual, que se compone de diversos aspectos. Entonces hablar de un parto “humanizado” o “tecnificado” también está mediado por estructuras culturales, formadas por discursos institucionales, que logran interiorizarse.

2.4 Parto y Nacimiento humanizado

Si hablamos de “Humanización” del parto no podemos dejar de hablar de qué es “ser humano” o en qué consiste esa “humanización”; un aspecto estructural que podría ayudarnos a entender estos discursos, que también está sujeto a estructuras sociales impuestas. Donde la subjetividad está siendo dirigida o encasillada en parámetros generalizables.

Para ser humano, él mismo necesita ser acogido y reconocido por estructuras sociales que posibilitan su venida al mundo: la familia, la co-descendencia, el habitar, la religiosidad, la institucionalidad. “Estas estructuras son teodiceas prácticas que constituyen humana y culturalmente al ser humano biológico y natural; sólo se activan en su configuración cultural y surgen como instauradoras de diversas praxis de dominación de la contingencia” (Amador y Quintero, 2012). Esto ocurre porque el ser humano, en tanto ser social, tiene la necesidad de tratar de controlar, normalizar, estructurar, y regular los factores que determinan su existencia, no importa cuán incontrolables sean o lo complejo de su regulación.

La humanización está representada también por medio de la historia de nuestra humanidad, la cual se da a través de las diferentes formaciones, aspectos y sucesos sociales que han ido cambiando el comportamiento y el accionar de nuestra especie hasta el día de hoy (Carbonell y Hortola, 2013). La articulación humana a través de las relaciones sociales de producción y reproducción se ha caracterizado no sólo la explotación de un territorio, sino también por la explotación y producción de sí mismo.

El concepto “parto humanizado” puede tener diversos entendimientos, podemos iniciar diciendo que la institucionalidad lo reconoce como aquel que nace en respuesta al modelo convencional tecnificado y medicalizado. El “parto humanizado” dice ser el modelo de atención al parto que toma en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, deseos, necesidades y valoraciones emocionales, culturales de las mujeres y sus familias en el embarazo, parto y puerperio. Busca sustentar la experiencia del parto como un momento único, importantísimo para la madre y el bebé, desde un lugar placentero, lejos del temor o la enfermedad, donde la mujer es protagonista, autónoma, sabe parir, y tiene el derecho y libertad de tomar decisiones sobre cómo y con quién parir (posición, tiempo, espacio, etc.) El proceso fisiológico del parto (para que sea humanizado) debe ser lo más natural posible, sin intervenciones innecesarias, teniendo en cuenta en todo momento los aspectos biopsicosociales de la mujer, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, las intervenciones técnico-medicalizadas solo deben surgir en respuesta de riesgos y complicaciones, no como rutinas o protocolos (Almaguer, García, y Vargas, 2012).

Desde la OMS (2018) se habla de una experiencia positiva del parto.

Como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. (p.1)

Este documento oficial de la OMS incluye una serie de recomendaciones y parámetros para definir lo que se sustenta como experiencia positiva o respetada del parto.

Nacimiento humanizado:

El modelo de “nacimiento humanizado” no sólo se enfoca en el parto, este concepto incluye todo el proceso; embarazo, parto y puerperio, además de eso, no sólo observa los procesos y experiencias de la mujer en situación de parto, sino que da un lugar muy importante al impacto que tiene este tipo de atención, en el recién nacido y su desarrollo futuro, observando la diada como el foco de atención en todo momento, considerando las necesidades básicas, emocionales del recién nacido, como recibir alimento y afecto de manera inmediata, busca la disminución máxima del trauma y la violencia de los procesos médicos del parto tecnificado, siempre respetando los derechos humanos, reproductivos y sexuales (Almaguer et al., 2012).

2.5 Derechos Sexuales y Reproductivos

El concepto de salud sexual y reproductiva ha sido definido por la OMS, como el “completo bienestar físico, mental y social en el plano sexual y reproductivo y no solamente a la ausencia de enfermedades” (Schiappacasse, Vidal, Casas, Dides, y Díaz, 2003, p. 19).

Los derechos sexuales y reproductivos se conciben como derechos humanos, si bien antes del año 94 se hablaba de derechos en el ámbito sexual y reproductivo, es la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo de 1994 (CIPD) la que marca un antes y un después en el debate, allí por primera vez se reconoce a los derechos sexuales y reproductivos de las personas como derechos humanos. (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva [ICMER], 2018). Luego de esta conferencia, el año siguiente (1995) en la Conferencia Mundial Sobre la Mujer de Beijing, se destaca los derechos humanos de las mujeres en relación a su salud sexual y reproductiva, destacando su libertad de decisión y la prevención de la violencia y coerción. (ONU, 1995). Se sustentan por tanto los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como algo específico, haciendo distinción entre hombres y mujeres, según sus particularidades.

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos? Son derechos humanos básicos que deben cumplirse, y están enfocados a garantizar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud reproductiva y sexual, sin exclusión o discriminación de género, edad, raza, identidad sexual, estado civil, condición socioeconómica, etc. (Prodemu, s. f.) Para que estos derechos se cumplan es necesario que los estados cuenten con políticas públicas acordes, que den cumplimiento a estos derechos de todas las personas. Sin embargo, Chile no ha constitucionalizado la protección de los derechos sexuales y reproductivos de sus ciudadanos y ciudadanas de manera específica (Allende et al., 2020).

2.5.1 Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Tovar (2004) señala que el reconocimiento a la “salud de la mujer” es nuevo y se debe a varias iniciativas de entidades como la ONU, que pasaron de interesarse en el control de la población, interés propio de los años cincuenta y sesenta, a mirar desde un nuevo foco conceptual los derechos humanos, abriendo con esto la discusión y establecimiento de mejores condiciones de vida para los grupos en desventaja (como las mujeres) observándolas como gestoras con autonomía y capacidad de decidir sobre sus cuerpo.

La vida sexual y reproductiva es un ámbito crucial en la vida de las mujeres, si bien los Derechos Sexuales y Reproductivos son derechos de todas las personas, éstos son muy importantes para las mujeres, por dos razones principales;

1.-Porque la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción involucra el poder y autonomía, algo que por décadas han peleado las mujeres, y aun cuando se piense que los derechos sexuales y reproductivos son iguales para todos, las mujeres aún no tienen igualdad de derechos en este ámbito.

2.-Para las mujeres la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad depende de las relaciones de poder y de las legislaciones vigentes (Prodemu, s. f.)

Un gran ejemplo de la brecha de género en salud sexual y reproductiva se ve manifestado en la primera evaluación sobre esterilizaciones en los Servicios de Salud del país hecha por el MINSAL el año 2002, donde los resultados del documento muestran que “se realizaron 16.344 esterilizaciones femeninas y 137 vasectomías, lo que representa el 99.2% y 0.8% del total de esterilizaciones, respectivamente”. (Diagnóstico de situación sobre esterilizaciones voluntarias. División Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de las Personas, Programa Salud de la Mujer. MINSAL, 2002.) (Schiappacasse et al., 2003, p. 47). Esto deja en claro que la responsabilidad de este y otros tipos de anticoncepción cae sobre las mujeres, solo por el hecho de ser mujeres. Hay varias organizaciones que realizan esfuerzos en torno a estas realidades, pero, el camino por recorrer en pos de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es complejo, sobre todo si en nuestro país aún nos faltan leyes concretas que los enmarquen.

Montero (2009) señala que para garantizar los derechos de las mujeres en el ámbito sexual y reproductivo, no sólo se debe contemplar la reducción bruta de la morbilidad materna y de las problemáticas conexas desde lo médico (Lozano, 2001). Implica sobre todo el respeto por la autonomía, la igualdad, la accesibilidad lejos de la coerción y la violencia.

2.5.2 Derechos sexuales y reproductivos en el parto

María Lozano señala que el cuerpo se ha convertido en un eje fundamental dentro de las tensiones o conflictos culturales que envuelven la maternidad (Lozano, 2001). Es en lo corporal donde se inscribe la normatividad y aspectos como la fertilidad, el embarazo, el parto, el aborto y todas aquellas realidades de la vida humana y social que se relacionan estrechamente con las ideologías, con el poder y la legitimidad (Lafaurie, 2006). Por lo mismo han sido necesarias, y siguen siendo necesarias, las luchas ético-políticas para avanzar en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el terreno del cuerpo.

Una de las mayores expresiones de la tensión y las relaciones de poder entre hombres y mujeres es la violencia y la inequidad de género; la que con frecuencia toma el camino de la violencia sexual o el no “cumplimiento” de los derechos sexuales y reproductivos, y aún más en situaciones vulnerables como son el embarazo, el parto y el puerperio.

María Lafaurie menciona que; en los países en vías de desarrollo, estos derechos se ven permanentemente vulnerados, y esta acción es la expresión más clara de estructuras de poder imperantes, que sustentan la desigualdad de género y el sexismo, y generalmente van aunadas a la inequidad social. Los riesgos o morbimortalidad maternos suelen ir de la mano de la violencia de género y sexual (Lafaurie, 2010).

Si hablamos de derechos sexuales y reproductivos en el parto, es importante también observar la asociación que existe cultural y socialmente entre maternidad y sufrimiento. Así también la idea de que la maternidad es un requisito para que una mujer logre su realización personal. Estas condicionantes de antemano levantan “barreras culturales e institucionales y cuestionamientos que constriñen a las mujeres...” (Lafaurie, 2010, p. 5). Incluso hace que las mismas no tengan conciencia de la vulneración de sus derechos; de modo que hacer valer el derecho a elección libre, o ser protagonistas de la salud sexual y reproductiva, sin ser víctimas de violencia, se vuelve complejo para muchas mujeres gestantes o en situación de parto y puerperio. Cuando desde el sector médico se les obliga a parir de una determinada manera o se les mal informa con el fin de aumentar los costos de la intervención con cesáreas innecesarias. La violencia contra la mujer y el no cumplimiento de sus derechos en etapa reproductiva se constituye como un problema de salud pública, en donde la responsabilidad se enmarca en un escenario multifactorial, donde convergen, entre otras, coordenadas de orden social, cultural y económico.

Las cifras de Salud revelan que...de un total de 140.432 alumbramientos atendidos el año 2016 en hospitales públicos, el 57% correspondió a partos normales y el 43% fueron cesáreas. Según la Organización Mundial de la

Salud (OMS), la tasa de partos por esta vía no debería superar entre el 10% y 15% del total. (IPSUSS, 2017, p.1)

En el ámbito económico por ejemplo el impuesto a la salud reproductiva de las mujeres en ISAPRES hasta el año pasado (1 de abril de 2020) era una nueva forma de desigualdad de género aplicada de forma legal y autorizada en nuestro país, ya que las mismas cobraban un impuesto a las mujeres por el hecho de su capacidad reproductiva. Tal discriminación transgredía los derechos humanos de las mujeres, y el derecho a igualdad en su salud sexual y reproductiva. Recién hace un año el estado chileno toma cuenta de esta discriminación y exige el cambio de esta acción, por medio de la superintendencia de salud, la cual comenzaría a regir para afiliadas antiguas desde este año 2021

En el contexto de las diversas ramas de la salud, en especial de la obstetricia y ginecología, en los espacios y procesos de parto, se requiere no sólo detectar la violencia de género que se ejerce contra las mujeres, sino instaurar una cultura de los derechos sexuales y reproductivos, informando y educando para poder ejercerlos y exigirlos, pero sin observar los mandatos sociales y las reproducciones de la propia institucionalidad, será muy complejo.

2.5.3 Derechos sexuales y reproductivos en pandemia

Los derechos de las mujeres en la atención de salud sexual y reproductiva deben respetarse independientemente del estatus de COVID-19, incluido el acceso a la anticoncepción, el aborto seguro y la prevención de la violencia. Desde la perspectiva de los servicios de salud es fundamental coordinar la respuesta en relación con la necesidad de las mujeres, esto quiere decir que por mucho que las condiciones relacionadas a la pandemia impidan o dificulten el accionar adecuado en relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en embarazo, parto y puerperio, los Estados deben asegurar los derechos sexuales y reproductivos de sus ciudadanas independiente del “estatus del COVID19” siempre debe haber

acceso a información, contar con personal y medios necesarios para que lo anterior se cumpla.

Para actuar ética y responsablemente no basta sólo basarse en la evidencia, aspecto innegablemente crucial y valioso para la toma de una buena decisión, sino que además “se necesita contar con una brújula moral que sirva de guía para la toma de tal decisión. En una sociedad democrática, la fuente de orientación fundante son los derechos humanos” (Guerrero, 2020, p. 239). Pero, en tiempos de emergencia. ¿Qué implica asumir los derechos humanos como marco de orientación para la toma de decisiones? Guerrero refiere que esto implica identificar los principios bioéticos relevantes que derivan de tal marco, y aplicarlos en situaciones particulares como la que ocurre hoy, lo que facilitará el razonamiento moral, es primordial el respeto por las personas como principio clave en la cultura de los derechos humanos, tratar a los demás desde el reconocimiento, su dignidad y derechos intrínsecos (Guerrero, 2020). Esto incluye la consideración por los valores, la confidencialidad, entre otras cosas; como los lazos significativos, el apego y la lactancia, los cuales no pueden ser condicionados desde esta mirada.

2.6 Violencia Obstétrica

Muchas mujeres durante el periodo de embarazo, parto y puerperio son víctimas de abusos y tratamiento irrespetuoso en las instituciones de salud, esta situación afecta a varios países y contextos, viola los derechos humanos, y los derechos sexuales y reproductivos de las personas y pone en peligro la integridad física y mental de las mujeres, y traspasa todos sus límites en un momento de extrema vulnerabilidad. Por lo mismo la violencia obstétrica además de ser “un problema de salud pública, ha sido una cuestión de derechos humanos” (DaSilva y Santana, 2017, p.72).

Este tipo de violencia ejercida contra las personas gestantes tiene varios matices y formas, puede mostrarse de forma física, emocional o simbólica, y genera un alto grado de sufrimiento (Carneiro, 2015). Y, como muchas veces es

naturalizada (gracias al contexto tecnificado de la institución médica) se presentada de una manera tan sutil y sistemática, que es difícil detectarla y poder condenarla. Un tipo de definición de violencia obstétrica sería cualquier acción que produce efectos negativos de carácter físico y psicológico durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Muchas veces se materializa como un trato deshumanizado que se sustenta y surge desde los profesionales de la salud (DaSilva y Santana, 2017). Siempre existe una relación de poder, en donde se ejerce presión y maltrato desde esta posición de ventaja. En el sistema médico convencional, el paciente siempre se encuentra en desventaja y en un estado de vulnerabilidad, por su estado de “enfermedad” o porque es él quien solicita ayuda a otro (sobre él) que se encuentra capacitado a ayudar, guiar, indicar y determinar qué se hace o no se hace con la persona en cuestión.

No es sencillo dar con un solo significado para violencia obstétrica, porque son numerosos los conceptos que han surgido los últimos años. Uno de estos conceptos ha sido acuñado en la legislación de Venezuela, país pionero en América Latina en legislar y volver a la violencia obstétrica ilegal, en donde se define que la misma es la "apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales..." (Tribunal Supremo de Justicia (Venezuela), 2006).

Ibone Olza, refiere que la violencia obstétrica, además de violentar directamente el cuerpo de la mujer, es ignorar las peticiones de la parturienta, sus necesidades emocionales, y “hacer intervenciones como cesáreas innecesarias, episiotomías, separar al recién nacido de su madre, o la inducción del parto por una causa, cuando la verdadera razón es que el médico se va de vacaciones” (Oliver, 2017).

Chile, tiene a nivel mundial, las tasas de cesárea más elevadas. En los establecimientos de salud se practican en forma rutinaria varios procedimientos que hace décadas la evidencia científica ha desacreditado, prevalece una visión paternalista, que observa el cuerpo de la mujer “como máquina defectuosa que debe

ser constantemente controlada y monitoreada mediante el uso intensivo de tecnología para garantizar la calidad del producto-bebé” (Sadler, 2016, p. 45). En varios hospitales se ha normalizado incluso una serie de acciones que perpetúan el modelo de atención centrado en la patología, sin prestar atención a la salud y el bienestar emocional de la parturienta, lo que sustenta de alguna forma un escenario de violencia obstétrica.

La mujer sigue siendo vista como un ser dependiente de lo masculino o necesitada de contención y disciplina, ya se mencionó en capítulos anteriores los discursos de los pioneros en medicina obstétrica quienes le dieron forma a la realidad actual, y la sexualidad, como muchos otros aspectos de lo humano, también es el resultado de un proceso complejo de mandatos y construcciones sociales. Foucault cuando analiza la historia de la sexualidad, dice que en el siglo XVIII inicia el dominio de lo sexual por medio de dispositivos y una serie de procedimientos de poder enfocados a controlar el cuerpo y la sexualidad de los individuos. Entre esos dispositivos están los discursos científicos de la medicina, que aquí en Chile también fueron sustentados por el doctor Sazie (como ya revisamos) que promueven la idea de la histerización del cuerpo femenino, considerando que el mismo cuenta con una sexualidad desbordada y peligrosa para el orden social, que debe someterse al control médico para ser contenida y “salvada”. Es así como la disciplina gineco-obstétrica va creando dispositivos de control de los cuerpos femeninos cada vez más invasivos y represivos, dispositivos que se hacen parte del imaginario social, de la cultura médica y de las prácticas institucionales. (Foucault, 1998).

Según Silvia Bellón, Algunas de las denuncias levantadas por las mujeres, que se han vuelto habituales y que son definidas como violencia obstétrica son: la negación de información a las mujeres, sobre los procedimientos médicos que se usaron durante el proceso de parto. Las prácticas hospitalarias que humillan o ignoran las necesidades de las mujeres gestantes al momento del parto (trato infantilizador, aislamiento durante la espera, o el proceso del parto, limitación o

privación de movimiento, negación de comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con la salud de la mujer embarazada, etc.)

La realización de cesáreas como rutina o innecesariamente por asuntos de tiempo, y otras intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller, “rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de las mujeres, fetos y niños/as, como: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomías, o la posición supina obligatoria en el momento de parto. (Bellón, 2015, p. 94)

2.6.1 Género y violencia obstétrica

El concepto género, conlleva una serie de concepciones o usos, por su parte la OMS define que El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria (OMS, 2018).

En las sociedades patriarcales, el control sobre el cuerpo y el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres, es un aspecto clave para la subordinación de un grupo sobre otro. Variados estudios e investigaciones sobre de este tipo de violencia, destacan la existencia de actitudes misóginas reproducidas por el personal de salud, enfocadas en la sexualidad y potencial reproductivo de las mujeres (Belli, 2013).

Por eso los estereotipos de género -en la atención médica y la práctica obstétrica- juegan un papel clave para entender las construcciones que se esconden

detrás de estas acciones violentas, porque es por esta razón qué ha sido tan difícil erradicar o enmarcar este tipo de dinámica como una práctica ilegal.

En nuestra sociedad, la maternidad y el parto, durante muchos siglos han sido vistos como la tarea principal de las mujeres como aspecto esencial que define y sustenta la feminidad, y como contraparte el disfrute de su sexualidad es, en mayor o menor medida, un tabú y un motivo de marginación y control social de las mujeres en casi todo el mundo (Chiarotti, García, Aucía, y Armichiardi, 2003).

En este contexto la imagen tradicional que se construye es la de la madre abnegada, que debe negarse muchas veces el placer sexual y además pagar un precio doloroso y ser una mártir silenciosa; algo que tiene raíces profundas en el discurso judío-cristiano, y un paralelo interesante con la virgen maría o con el castigo divino que somete a Eva. “Eva fue creada de la costilla de Adán, y luego castigada a vivir embarazos fatigosos y partos dolorosos por comer de la fruta prohibida. Jehová Dios “a la mujer le dijo: tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos, con dolor parirás los hijos. Hacia tu marido irá tu apetencia, y él te dominará” (Génesis, capítulo 3, versículo 16). (Sadler, 2016, p. 48).

Así los estereotipos machistas pueden tener un fuerte impacto en el campo de la medicina ginecológica y la obstetricia. Por esto el concepto de género es una categoría de análisis muy necesaria para entender las implicaciones y el rol que juegan las relaciones de poder basadas en nuestro sistema de género para sustentar la violencia obstétrica.

Hasta el Renacimiento, en la medicina occidental - hecha y sustentada por hombres- los genitales femeninos eran vistos como la forma invertida de los genitales masculinos, esta era la idea de un modelo universal basado en el cuerpo masculino como medida de todo, y a pesar de que a partir del Renacimiento, los cuerpos femeninos y masculinos se vieron como diferentes, esto no cambió la idea de que la reproducción biológica era función principal y básica del cuerpo femenino (Bellón, 2015).

Con esto la ciencia médica justifica y naturaliza acciones violentas en el cuerpo de las mujeres, ignora sus necesidades y ciclos, y las somete a un sistema que observa el parto como algo patológico y doloroso (Ortiz, 2002).

El excesivo control sobre el cuerpo de las mujeres y sus procesos de parto provoca sentimientos de explotación en algunas mujeres, quienes no sienten tener ninguna autonomía, u opción de elegir las formas, medios y condiciones de su proceso de parto, esto por las rutinas, protocolos y políticas hospitalarias impuestas, además de la obligación social de cumplir estrictos roles y patrones (Blázquez, 2005).

2.6.2 El parto como experiencia traumática

Las heridas físicas que deja el parto generalmente cicatrizan de buena manera, sin embargo, las heridas del trauma psicológico de un parto traumático permanecen en el tiempo, estas huellas silenciosas pocas veces se observan como consecuencia de un mal manejo en el proceso de nacimiento. El trauma psicológico del nacimiento a causa de la violencia se conoce como parto traumático, este se refiere al daño psicológico severo que sufre la madre a causa de los eventos ocurridos durante el trabajo de parto. (DeGraaff, Honig, Pampus, y Stramrood, 2018)

Los daños psicológicos causados por un parto traumático son diversos, puede afectar la salud de la madre, la relación madre-hijo, el apego, etc. (Beck, 2015).

Ibone Olza (2013) menciona que hay varios estudios cualitativos que muestran que, para las mujeres, la experiencia traumática del parto es el resultado de los malos procedimientos, las acciones u omisiones de médicos, matronas y enfermeras, “las mujeres describían como habían sentido que no tenían ningún control sobre su experiencia de parto. Les habían tratado de forma autoritaria en la toma de decisiones, sus opiniones habían sido ignoradas” (Olza, 2013). Y se hace inmensamente necesario para este estudio poder hablar del trauma del parto, porque hoy en relación con la situación sanitaria mundial, muchas mujeres han

vivido episodios de violencia y trauma que se justifica y sustenta desde la institución médica como parte de la prevención ante el virus (Sars Cov-2)

El trauma psicológico de la violencia obstétrica puede conducir a situaciones de estrés postraumático; los síntomas más comunes son los recuerdos repetitivos de la experiencia, negatividad y conducta de escape, evasiva, angustiosa, en casos severos incluso progresa a un trastorno de estrés postraumático, depresión o suicidio, esta se acrecienta si existen diagnósticos de salud mental previas o algún factor de riesgo (Thornton, Schmied, Dennis, Barnett, y Dahlen, 2013).

Si sumamos al contexto de pandemia, el excesivo intervencionismo y medicalización propios de la institución de salud, los discursos sobre cómo debería ser la maternidad (idealizada), nos encontramos frente a una mezcla muy peligrosa para la salud mental de las puérperas; Los medios muestran al parto como un momento de inmensa felicidad (con mujeres radiantes y realizadas) que jamás dudan de ese rol, en la abnegación total, aportando con esto a la construcción de una idea de maternidad muy alejada del proceso real que es mucho más complejo de lo que se dice (Gow, Lydecker, Lamanna, y Mazzeo, 2012). Lo que le aporta, además de una cuota de culpa, una gran mentira sobre los procesos de construcción de identidad materna. Lo que sin duda se sustenta como violencia simbólica, al imponer una verdad que somete y calla a las mujeres en sus procesos.

Estas ideas para muchas mujeres potencia la insatisfacción sobre la propia maternidad e induce o aumenta condiciones de ansiedad y depresión (Miller, Pallant, y Negri, 2006).

Pero más allá de los imaginarios que porta la mujer previo a su parto y puerperio, hay un momento crucial que es la experiencia misma del nacimiento, este proceso, si se lleva de manera angustiante o traumática, puede afectar la relación madre-hijo, incluso es posible que los bebés no sean amamantados como resultado del distanciamiento y el disgusto de las madres (Beck y Watson, 2008).

Beck menciona que el trauma del nacimiento reside en el ojo del espectador o de quien lo vive. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, las madres

percibieron que sus partos traumáticos a menudo eran considerados rutinarios por los médicos. (Beck, 2004). La experiencia de parto traumático se acompaña de miedo, indefensión, angustia, impotencia vergüenza, terror, lo que puede acarrear una serie de pensamientos y emociones complejas que incluyen recuerdos vívidos (flashbacks) e insistentes del suceso, pesadillas e irritabilidad esto afecta seriamente la vida de las mujeres víctimas y sus familias (Ayers, 2004).

Es importante nombrar y visibilizar el abuso que sufren las mujeres en el parto, esa acción es el primer paso para erradicar el problema y dar apoyo a quien ha sido vulnerada “drogar o cortar a una embarazada sin que haya una indicación médica es un acto de violencia, incluso cuando el que lo hace es un médico en un hospital” (Olza, 2013). Para las pacientes no es difícil comprender el concepto de violencia obstétrica si se nombran o muestran sus formas. Nombrarlo, educar, informar puede facilitar que muchas mujeres revelen sus traumas de parto, además servirá como primer paso para la recuperación emocional.

Lograr que los diversos profesionales de la salud comprendan en profundidad el alcance de la violencia obstétrica parece crucial, ya que como esta puede ser consecuencia de la medicalización extrema, también puede ser prevenida, evitada, y llegar a un entendimiento sobre el cuerpo femenino que no anule o llegue a una negación de los aspectos más espirituales del mismo.

2.6.3 Legislación sobre violencia obstétrica en Chile

Chile aún no cuenta con una legislación que se haga cargo de la violencia obstétrica, esto no es de sorprender si además el país no cuenta con leyes específicas que enmarquen y garanticen de manera clara los derechos sexuales y reproductivos de sus ciudadanos/as; “Desde el año 2015, ha habido tres propuestas de ley sobre el tema de parto respetado, ninguna ha avanzado en la discusión parlamentaria” (OVO Chile, s. f.).

Sin dejar de observar lo anterior, es bueno revisar y mencionar ciertas normas de la Ley 20.584 (que es lo que se tiene hasta el momento) la cual regula los derechos y deberes de las personas en relación con su atención en salud, estableciendo un conjunto de derechos a favor de los pacientes, pero ningún punto referente a la protección de la mujer frente a la violencia obstétrica. Su intención parece ser el respeto hacia los pacientes en general y el resguardo de su privacidad. Todo generalizado e incluido en un mismo “saco” sin considerar aspectos de género.

En este sentido la legislación se limita a disponer que las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia ... prescribe que los prestadores de salud deberán asegurar el respeto y protección de la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud ... La Ley confiere también el derecho a que el paciente esté acompañado de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización (Ley 20.584, artículo 6°), lo que el respectivo reglamento rebaja al calificarlo de derecho a ser “visitado” (decreto 38, de 17 de julio de 2012, que aprueba reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de salud, artículo 10). (Díaz y Fernández, 2018, p. 131)

Esta ley incluye un procedimiento de reclamo administrativo (Ley 20.584, artículo 37) y también otorga la posibilidad de recurrir ante la Superintendencia de Salud en caso de no resultar satisfechas sus pretensiones ante el prestador de salud (Ley 20.584, artículo 37, inciso segundo, y decreto 35) se preocupa de regular los posibles casos de maltrato o violencia. Sin embargo, lo hace desde los pacientes hacia el personal de salud y no al revés. Esto es muy importante, porque se le da todo el poder (nuevamente) al personal de salud obviando la violencia que la misma institución pudiera ejercer hacia los pacientes. (Ley 20.584, artículo 35, inciso tercero y decreto 38)

Al respecto dispone que se puedan ejercer las acciones civiles y penales que correspondan en contra de quienes incurran en trato irrespetuoso o en actos de violencia verbal o física respecto de los integrantes del equipo de salud, e incluso se puede solicitar el auxilio de la fuerza pública. (Díaz y Fernández, 2018, p. 138)

Igualmente menciona responsabilidad administrativa si no se respeta los derechos de los pacientes (en el caso del sector público) y dispone que los prestadores institucionales públicos deben hacer efectiva la responsabilidad administrativa de sus funcionarios y trabajadores, Pero esta normativa no es para el sector privado de salud (Díaz y Fernández, 2018).

En octubre del año 2018 la Diputada Claudia Mix presenta la moción N° 12148-11 proyecto que buscaba sancionar la violencia obstétrica hacia las Mujeres, tanto en el sector público como privado, a la fecha esta iniciativa de ley para legislar sobre el tema no tenía avances en la cámara de diputados.

Sin embargo, el pasado 2 de junio, se da inicio a la primera sesión de la comisión de mujer y equidad de género de la cámara de diputados para discutir el proyecto de Ley de parto respetado y fin a la violencia obstétrica, conocido popularmente como Ley Adriana.

La iniciativa busca consagrar los derechos de las mujeres en relación con el trabajo de parto, parto y postparto, enmarcar la violencia gineco-obstétrica, señalando y definiendo las conductas y formas que la constituyen, estableciendo claramente los derechos a favor de las mujeres gestantes y su familia. Determinando sanciones de carácter penal contra el personal de salud que infrinja los derechos de las mujeres.

Este proyecto de ley no es el fin de la lucha por los derechos de las gestantes, sino que es el punto de partida de un posible cambio futuro. Para aquello será necesaria la aprobación de esta ley y un cambio social.

2.7 Covid-19

El nuevo brote de neumonía “atípica” que hemos observado este último año ha sido denominado (Abarzúa-Camus, 2020).

Para iniciar es preciso destacar; Covid-19 Es el nombre que le otorga la OMS por su morfología. “Los coronavirus son causantes de enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave” (MINSAL, 2021, p. 1) Este virus se transmite de persona a persona cuando existe contacto cercano y directo con alguien contagiado. No se especifica un solo grupo de riesgo ya que cualquier persona puede verse afectada, pero se debe atender a poblaciones de riesgo, como adultos mayores, personas inmunodeprimidas o con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes o problemas cardiacos, entre otros. (MINSAL, 2021).

En diciembre de 2019 inicia un brote de casos de neumonía grave en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China. Los primeros estudios epidemiológicos mostraron que la enfermedad era de rápido contagio y que se expandía rápidamente, y era más agresiva en “adultos entre los 30 y 79 años, con una letalidad global del 2,3%” (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020, p. 184).

El síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 - SARS-CoV-2- causante del COVID-19, es de la familia Coronaviridae ,una familia de virus que se subdivide en cuatro géneros, donde la mayoría son causantes de enfermedades en animales, y por lo mismo son de interés veterinario, más que de interés médico “Desde el punto de vista ecoepidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos” (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020, p. 185). en este caso el Covid 19 ha sido observado como un virus que inicia por zoonosis.

Las curvas epidémicas en los primeros estudios realizados en china sugieren una fuente común continua, el contagio o dispersión por zoonosis y luego “en el mercado mayorista de productos del mar de Huanan... el virus comenzó a transmitirse de persona a persona” (Wu y McGoogan, 2020, p.1239).

El brote del virus se extendió rápidamente en número de casos y en extensión de territorio, llegando a diferentes regiones de China durante los meses de enero y febrero de 2020. Finalmente en marzo de 2020, el virus había traspasado varias fronteras y la OMS declara pandemia por COVID-19, diciendo que todos los países deberán tomar las medidas necesarias para el control de esta emergencia sanitaria mundial (WHO, 2020).

2.7.1 Coronavirus y Parto

Desde hace mucho la evidencia muestra que las embarazadas han sido afectadas en forma más severa frente a brotes de infecciones respiratorias, esto en comparación a mujeres de grupos etarios similares que no están embarazadas. “en la epidemia de influenza de 1918, la epidemia asiática de influenza 1957-1958, y más recientemente, en la pandemia de H1N1 del 2009 y de SARS en 2003 (Cabe recordar que SARS-CoV también es un coronavirus, y comparte 85% de la secuencia genómica con SARS-CoV-2.). En todas estas epidemias, las embarazadas mostraron tasa de letalidad elevada, mayor riesgo de ingreso a unidades de cuidados intensivos, mayor riesgo de ventilación mecánica y de otras complicaciones infecciosas” (Abarzúa-Camus, 2020, p.110).

Sin embargo, hay estudios del Reino Unido que muestran que las mujeres embarazadas no tienen “más” probabilidades de contraer COVID-19, en comparación a otras mujeres adultas sanas.

Aproximadamente dos tercios de las mujeres embarazadas con COVID-19 no tienen ningún síntoma, y la mayoría de las mujeres embarazadas que tienen síntomas solo tienen síntomas leves de resfriado o gripe. Sin embargo, una pequeña cantidad de mujeres embarazadas puede enfermarse con COVID-19. (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists [RCOG], 2021)

Esto quiere decir que el riesgo de contagio no es mayor, es de igual proporción, lo que aclara este estudio es que las mujeres embarazadas que contraen COVID-19 pueden tener un mayor riesgo de enfermarse gravemente en comparación con las mujeres no embarazadas que se contagian y esto se debe a varios factores, no el embarazo en sí. “Las mujeres embarazadas se han incluido en la lista de personas con riesgo moderado (las que son clínicamente vulnerables) como medida de precaución” (RCOG, 2021).

Hay un factor socio económico ligado al contagio y a la peligrosidad del virus en la población gestante; El estudio UKOSS (Covid-19 in Pregnancy et al., 2021). y publicaciones más recientes han encontrado que las mujeres embarazadas de origen negro, asiático y de minorías étnicas tenían más probabilidades que otras mujeres de ser hospitalizadas por COVID-19. Esta declaración no es casual y debe verse con un lente crítico.

Las mujeres embarazadas mayores de 35 años, o las que tenían problemas médicos preexistentes, como presión arterial alta y diabetes, también tenían un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave y requerir hospitalización, esta situación médica también se volvía compleja por el alcance a tratamiento médico (por asuntos monetarios). También se sabe que vivir en áreas u hogares con mayores privaciones socioeconómicas aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades graves (RCOG, 2021).

La evidencia actual sugiere que si una madre tiene el virus es poco probable que cause problemas con el desarrollo de su bebé, y hasta ahora no ha habido informes de esto. Tampoco hay evidencia que sugiera que la infección por COVID-19 al comienzo del embarazo aumente la posibilidad de un aborto espontáneo; La transmisión del virus de una mujer a su bebé durante el embarazo o el parto (lo que se conoce como transmisión vertical) es poco común, y los estudios muestran muy bajo riesgo. Entonces se puede establecer que un bebé recién nacido contraiga o no COVID-19 no depende del tipo de parto, la elección de alimentación o si la mujer y el bebé permanecen juntos (RCOG, 2021). Esto demuestra que hay protocolos aplicados que pueden ser innecesarios en casos de mujeres sanas.

También las recomendaciones de profesionales de intervenir o inducir el parto antes de tiempo es contraproducente. Los estudios han demostrado que existe un riesgo dos o tres veces mayor de dar a luz prematuramente para las mujeres embarazadas que se sienten muy mal con COVID-19. En la mayoría de los casos, esto se debió a que se recomendó que sus bebés nacieran antes de tiempo para beneficio de la salud de las mujeres y para que se recuperen. Los bebés que nacen antes del término completo (antes de las 37 semanas) son vulnerables a los problemas asociados con el nacimiento prematuro: cuanto más temprano en el embarazo nace un bebé, más vulnerables son (RCOG, 2021). Según varios estudios, existen otras epidemias causadas por coronavirus zoonóticos, y que además comparten similitudes con el SARS-CoV-2, estas otras cepas similares reportan tasas de letalidad materna de 10% a 37% respectivamente, mucho más alto que lo observado con el Covid19; siempre los casos reportados tenían morbilidades maternas y fetales previas.

En Chile al no existir datos concretos, surge la iniciativa GESTACOVID que levanta un estudio (desde el área médica) que observa diversos grupos de mujeres gestantes, tanto de instituciones públicas como privadas, con el fin de caracterizar el comportamiento de este virus en las embarazadas del país.

El estudio dice que “aproximadamente la mitad de las pacientes tuvo su parto por cesárea (54%), y 8% de las interrupciones tuvieron como indicación una complicación relacionada con COVID-19 o que a juicio del equipo tratante, la interrupción facilitara el manejo de su patología” (Hernández. et al., 2020, p.76). El mismo estudio dice que hubo 68 partos (16%) antes de las 37 semanas, y la tasa de muerte perinatal fue de 1% (6 casos), sin embargo, no detalla el contexto de dicha muerte, si había o no patologías previas o si ocurre sólo con motivo del virus.

Luego el mismo estudio destaca que “Hasta el momento, los estudios no han evidenciado de manera clara la presencia del virus en fluidos genitales ni líquido amniótico, por lo que, respecto a la transmisión vertical, la información se limita aún a pocos reportes” (Hernández et al. 2020, p. 80).

El estudio tiene conclusiones similares a los estudios realizados en Europa y el Reino Unido, de acuerdo a las cifras de contagio y los riesgos relacionados. No menciona factores socio económicos asociados a la gravedad o curso del virus como si lo hace el estudio UKOSS.

GESTACOVID concluye que un IMC mayor se asoció con un riesgo dos veces mayor. Por lo demás menciona que aproximadamente la mitad de las pacientes (54%) tuvo un parto por cesárea (no describe los motivos o la urgencia de estas), y dice que “un 8% de las interrupciones del embarazo fueron por COVID-19”. Sigue mencionando que hasta la fecha de aquella publicación (año 2020) Hubo 21 PCR positivas en 316 neonatos, la mayoría (17 casos de 21) en pacientes diagnosticadas por cribado universal.

Así mismo para resumen y complemento de la información anterior es importante mencionar lo que la organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud (OPS/OMS) han mencionado, lo cual coincide con lo observado anteriormente:

Hasta el momento, hay pocos datos sobre la presentación clínica y los resultados perinatales después de la infección por COVID-19 durante el embarazo o el puerperio, además no hay evidencia concluyente de que las mujeres embarazadas presenten diferentes síntomas o tengan mayor riesgo de enfermedad grave que las mujeres no embarazadas.

Hasta ahora, en la mayoría de los casos estudiados no hay evidencia sobre la transmisión de madre a hijo en mujeres con covid19 durante el tercer trimestre de gestación, esto se concluye basándose en estudios que han reportado muestras negativas de líquido amniótico, sangre de cordón, secreción vaginal, hisopados de garganta neonatal o leche materna. “Del mismo modo, no es consistente la evidencia acerca de resultados graves en mujeres gestantes o en recién nacidos y se limita a mujeres cuya infección fue confirmada en el tercer trimestre...” (OPS, 2020, p.1).

2.7.2 Maternidad y Covid-19

La emergencia derivada del COVID-19 está provocando impactos específicos sobre las mujeres, esto es un punto importante a mencionar si se trata de observar la situación de mujeres gestantes en contexto pandemia, ya que la emergencia sanitaria las afecta mayormente a nivel económico y social y profundiza “las desigualdades de género existentes, tanto al interior de los hogares como fuera de ellos, en los hospitales y centros sanitarios” (Inter-American Commission of Women, 2020, p. 4).

En Latinoamérica durante las dos últimas décadas, se ha incrementado el número de familias monomarentales (hogares sustentados por mujeres “madres solteras”) (Ullmann, Maldonado, y Rico, 2014).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) agencia especializada de la ONU, señala que el 78,4% de los hogares “monoparentales” están encabezados por mujeres, son ellas las que asumen las responsabilidades económicas y de cuidado de hijas e hijos, estos hogares en general, tienen menos acceso a recursos económicos y mayores niveles de pobreza (Care, s. f.).

El RCOG (2021) menciona que se sabe que vivir en áreas u hogares con mayores privaciones socioeconómicas aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades graves, en este caso Covid-19.

La falta de atención y recursos críticos de los servicios de salud sexual y reproductiva afecta directamente a las mujeres. En pandemia la ausencia o mal funcionamiento de estos servicios esenciales podría incrementar la mortalidad y morbilidad materna (Inter-American Commission of Women, 2020).

. La ONU declara que todos los planes de respuesta COVID-19, y cada paquete de recuperación y presupuesto de recursos, necesita abordar el género en los impactos de esta pandemia.

Las mujeres se encuentran en mayor riesgo, lo cual no se debe a una vulnerabilidad inherente, sino más bien a una discriminación y desigualdad de género preexistente (ONU, 2020b). Esto es algo muy asociado a la mala atención del parto, a la violencia obstétrica y a la vulneración de derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres gestantes tienen una mayor necesidad de servicios de atención médica, esta situación (pandemia) las pone en una situación de riesgo elevado de contagio al asistir constantemente a controles generales, además enfrentan la escasez de servicios de atención médica y hacinamiento hospitalario, entre otras cosas. Existe, como parte de las medidas generales, la limitación de contacto “varios países han prohibido la entrada de comadronas, parejas y otros familiares durante el parto/pos parto, lo cual deja a las mujeres en una situación de aislamiento” (Inter-American Commission of Women, 2020, p. 19). Lo cual deja en una situación psico-afectiva compleja a las mujeres, vulnera sus derechos y perjudica el sano proceso del parto y puerperio.

La ONU mujeres destaca que la mayoría de los países no están recopilando o proporcionando estudios o datos desglosados por sexo, edad, clase, raza, ubicación geográfica, discapacidad y condición de migrante, entre otras cosas. Esta gran falta de datos y de investigación a ciertos grupos específicos en pandemia, hace muy difícil predecir el impacto total de la emergencia en los países y las comunidades. Esto es un motivo de preocupación porque pone en duda si la respuesta política al COVID-19 tiene efectivamente en cuenta las prioridades de las mujeres más vulnerables. Esto incluye a las mujeres gestantes y su situación particular (ONU Mujeres, 2020).

2.7.3 Covid-19 y salud mental materna

Un estudio publicado en *Psychiatry Research*, Investigadores del Brigham and Women's Hospital, (donde encuestaron a mujeres embarazadas y a las que habían dado a luz recientemente) arrojó altas tasas de depresión, ansiedad generalizada y síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), esto

asociado y aumentado por el contexto COVID-19. (Liu, Erdei, y Mittal, 2021) En particular, los investigadores encontraron que algunas participantes sintieron una fuerte sensación de dolor, pérdida o decepción como resultado de la pandemia.

En relación a las prácticas obstétricas no se pudieron detectar síntomas de salud mental específica en los profesionales, pero sí se observó personas sobrepasadas en las salas de parto por estar bajo mayor presión, lo que podría transformar también el modo de atención y trato a otros.

La investigación mencionada mostro además que - aunque no se puede inferir absolutamente la causalidad del hecho- las preocupaciones sobre la salud y las malas experiencias de parto relacionados al COVID-19 pueden aumentar la probabilidad de síntomas de salud mental entre quienes no tienen problemas de salud mental preexistentes (Liu et al., 2021). Esto demuestra la enorme necesidad de atender los aspectos subjetivos, emocionales y psicológicos en los procesos de atención al parto, más aún en contexto pandemia.

Las perturbaciones psicológicas que generan estas circunstancias (emergencias, catástrofes, etc.) se expresan ya sea a corto, mediano o largo plazo. Es importante mencionar que los datos expuestos son recientes ya que la pandemia es una situación actual y en desarrollo, pero, la teoría en general advierte que existen variadas respuestas a las situaciones traumáticas o estresantes, las cuales también “dependen del género, o del contexto socio-cultural ... Se ha observado que las personas de menor desarrollo social constituyen la población más vulnerable y en particular las mujeres y los niños” (De la Barra y Silva, 2010, p.7). Por lo mismo es de suma importancia intervenir en el embarazo, parto y post parto con una mirada multifactorial e idealmente con las herramientas propias de la psicología de la salud, la psicología de la emergencia y la psicología perinatal; y no solamente con las herramientas y protocolos médicos-obstétricos. En Chile el Servicio de Salud Metropolitano Central, reconoce que la salud mental de las mujeres durante la pandemia es esencial, que esto es clave para el desarrollo de las nuevas generaciones, y destaca que atender esto es una responsabilidad de los servicios de salud y de la sociedad en su conjunto.

La enfermedad mental materna puede además afectar directamente al feto y al recién nacido en su desarrollo físico, cognitivo y emocional. En cambio, la atención hacia la salud mental de la madre le permite adaptarse mejor y vincularse afectivamente con su bebé. Por eso, cuidar la salud mental de las madres supone mejorar la salud de la sociedad actual y futura, y debe ser un desafío que comprometa a la sociedad en su conjunto. (Servicio de salud metropolitano central Chile, 2020)

Sin embargo, hay aspectos ligados a los protocolos de atención de algunos centros médicos del mismo servicio de salud metropolitano, que no aportaría ni al bienestar materno, ni al bienestar del recién nacido, ni al vínculo que se nombra anteriormente.

En el HCSBA (Hospital clínico San Borja Arriarán) el acompañamiento en el parto se encuentra restringido a casos especiales... se ha implementado un acercamiento a los padres, por vía telefónica y correo electrónico, con el envío de fotografías, videos y de toda la información del parto. (MINSAL,2020b)

Desde los equipos médicos, los consejos se enfocan a la enfermedad sin prever las consecuencias de los protocolos levantados.

“Se recomienda evitar el apego, se desaconseja retardar el clampeo del cordón umbilical. Aislamiento del recién nacido de la madre” (Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, 2020, p.12). es importante observar los procedimientos que se han habilitado que pudieran afectar la salud mental, el apego o las formas que aumentan la posibilidad de deteriorar la salud mental y el bienestar de las gestantes; Los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial deben estar disponibles, igual que todas las acciones en materia de salud mental “deben ser consideradas componentes esenciales de las respuestas nacionales a la COVID-19” (ONU, 2020a, p. 4).

Durante el embarazo, los niveles de cortisol altos (el cual se libera como respuesta al estrés) puede aumentar la posibilidad de que la mujer gestante

presente “presión arterial alta, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro e, inclusive, un parto complicado” (Steen y Francisco, 2019, p.4). Lo cual también puede verse en madres con Covid-19, entendiendo lo anterior, los protocolos que afecten el bienestar mental de la gestante podrían empeorar su condición, incluso desencadenar condiciones desfavorables. Por esto no debería estar la salud física disociada del bienestar y salud mental.

2.8 Bienestar Materno

La palabra Bienestar se define como “Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad”³

Para Uribe et al. (2008) hablar de bienestar corresponde a la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la persona, agregando que este estado personal es susceptible de describirse objetivamente en niveles.

Moyano y Ramos (2007) dicen que los conceptos calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción, felicidad, son característicos de la psicología positiva, donde la calidad de vida es un concepto polisémico e integral, que incluye la dimensión objetiva de bienestar, la que se refiere a la disponibilidad de bienes y servicios, y que la parte subjetiva de bienestar refiere a la valoración de aquello en relación a la propia vida. Aspecto clave en este estudio que se propuso explorar los aspectos subjetivos y objetivos del bienestar materno en el parto

“Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo” (Ardila, 2003, p. 163). Para definir bienestar materno entonces, es importante destacar que está estrechamente asociado a la idea de salud positiva expuesto por la OMS (2006), el concepto de salud se entiende como “un estado de

³ Definiciones de Oxford Languages

completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad” (OMS, 2006). Desde esta visión, la salud de las personas es política, social y técnicamente un concepto desde la integralidad, consecuencia de una sincronía o desarrollo dinámico entre las dimensiones internas y externas, y no implica sólo el estado o condición físico-biológica. No se puede entonces hablar de salud si se separan las partes de este todo. Lo mismo ocurre con el bienestar, y por tanto con el bienestar materno, no sólo implica un bajo riesgo, o tasas bajas de morbilidad materna, hay factores subjetivos implicados que deben atenderse. La experiencia vivida por la madre en el parto, implica un proceso fuertemente influenciado por el entorno y por el contexto sociocultural por lo tanto lo que allí ocurre también está sujeto a múltiples factores.

Uribe define que el bienestar materno es un fenómeno complejo multidimensional, dinámico e interdependiente de satisfacción de la mujer durante su proceso de parto; resultado de una serie de situaciones que se relacionan entre sí, las que se ordenan en torno al buen trato (Valenzuela et al. 2011, p.4).

Según lo observado en este estudio 8 de 10 mujeres entrevistadas en fase cualitativa, sintieron tristeza durante el parto, y más del 70% de la muestra total (136 mujeres) declararon no sentirse satisfechas y que “les habría gustado que su parto fuese mejor de lo que fue”; esto, a pesar de sentirse bien atendidas pero, los protocolos que impedían el ingreso de una persona significativa, el bajo acceso a líquido o alimento, sumado a la inseguridad por la pandemia dejó a la vista que el bienestar durante el proceso de parto no sólo depende o se ordena alrededor del buen trato, y que los contextos sociales, formas o normativas institucionales (aun cuando exista un buen trato) afectan el bienestar materno.

Hay creencias que limitan la noción de bienestar o de buen trato en las mujeres gestantes y esto tiene mucho que ver con la mirada social o la percepción general de que el parto es un proceso complejo y difícil.

Imaz, 2010. Dice que los términos positivos a los que a menudo acuden las madres para describir su embarazo contrastan en sobremanera con la imagen que tenían ellas mismas respecto de la gestación previamente... Entonces las representaciones hegemónicas en donde el parto o la gestación se definen como un estado de malestar, termina ganando terreno y se normalizan otras condiciones. “ Es curioso como todas las mujeres que participaron de esta investigación, piensan que los embarazos malos son algo habitual, mientras invariablemente, definen el propio como “bueno” y consideran por ello que han tenido suerte” (Imaz, 2010, p. 281).

En este estudio se observó un fenómeno similar con un porcentaje de la muestra, y se puede determinar que tiene que ver con la poca información que maneja la mujer gestante sobre los procesos de parto respetado, o sobre sus derechos sexuales y reproductivos, además de la percepción de que el parto es doloroso y peligroso; esto hace que las mismas manejen un parámetro de evaluación de su experiencia de parto muy bajo, y pueden decir haberse sentido afortunadas, aun cuando sus derechos y su autonomía se viera afectada en algún punto, sólo por el hecho de no haber muerto en el procedimiento, o porque sus hijos nacieron “bien”.

Por otro lado, las mujeres que tienen información sobre lo mencionado manejan un mayor parámetro de evaluación, observando sus derechos como algo importante, y mostrando inconformidad en un sinnúmero de situaciones. Entonces podemos inferir que los niveles de bienestar también dependen de factores como el manejo de información sobre los propios derechos en el parto, educación sexual y reproductiva, parto humanizado, entre otros, estos son factores por considerar al evaluar el bienestar materno en situación de parto. La atención al parto y el cuidado hacia las mujeres gestantes -tanto de parte de los obstetras como de las matronas, técnicos y enfermeras (en su mayoría) se centra en el riesgo y la enfermedad, y no en el concepto integral de salud, esto termina desplazando o invisibilizando el bienestar materno (Larguia, s. f.). y a pesar de que el embarazo y nacimiento define

un antes y un después en la vida de la mujer, el proceso generalmente pasa inadvertido para la mayoría de los equipos de salud que atienden a estas mujeres.

2.8.1 Evaluar el Bienestar Materno en situación de parto

En Chile través del proyecto FONIS en los años 2006-2007 se elaboró y se validó un instrumento objetivo que mide el nivel de bienestar materno en situación de parto, El estudio contó con la aprobación de los comités de ética del hospital Dr. Sótero del Río y de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es por tanto un instrumento que nace desde el área médica, sin embargo, declaran los investigadores que se privilegió la autonomía, el respeto por la persona, entre otros y no solo el aspecto médico (Uribe et al., 2008). Este instrumento es similar o se relaciona a otros instrumentos que miden bienestar materno en otros países, como escala multidimensional de percepción materna del parto, que se desarrolló en el Reino Unido por Smith (Smith, 2001). Esta escala mide el apoyo profesional, el acompañamiento, el apego o contacto precoz con el recién nacido, las opciones de alivio del dolor y autonomía y control del proceso, entre otras cosas. Otra escala similar es la de Wilde-Larsson y cols del año 1993, donde emergen los temas de la capacidad personal, ofrecimiento de distintas opciones de cuidado, la participación activa, apoyo profesional y percepción de seguridad (Wilde-Larsson, Larsson, Kvist, y Sandin-Bojöö, 2010). Las autoras de la escala nacional derivada de dichas mediciones, dicen que esas escalas son aplicables a sistemas convencionales de atención con algunos atributos de parto respetado, y en escenarios muy diferentes a los de Chile, donde hay centros de atención integral del nacimiento en todas las instituciones (Uribe et al., 2008).

A pesar de que en Chile, desde fines de los años 90 y principios del 2000 se ha intentado estimar el nivel de satisfacción o bienestar materno de las mujeres en el parto a través de estudios (Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto / Patient satisfaction in pregnancy women in 2 different care modalities) (Uribe, Poupin, y Rodríguez, 2000).

no es sino hasta el año 2006 que se desarrolla y valida la primera escala que responde al concepto de bienestar materno en su globalidad (Uribe et al., 2008). Se podría decir entonces que la medición es nueva en Chile pero que aporta a la visión de un parto humanizado, y sin duda puede seguir mejorando. Desde la visión psicológica y subjetiva, el presente estudio observó que hay aspectos que se enriquecen cuando se complementa la escala con entrevistas cualitativas posteriores a la aplicación del instrumento.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio de enfoque Mixto, cuantitativo-cualitativo de carácter exploratorio, transversal, no experimental.

El enfoque escogido buscó explorar las percepciones y vivencias en torno al bienestar materno de 82 mujeres del grupo virtual “Mamitas y Pancitas Chile” que tuvieron su parto en contexto de emergencia sanitaria por Covid-19. De las cuales, 10 mujeres (de 82), siguieron siendo parte del estudio, aportando además sus relatos, experiencias y significados en torno al bienestar materno en situación de parto en pandemia.

La investigación es de alcance exploratorio, ya que pesar de la existencia de cifras y otros estudios respecto del bienestar materno en el parto, no hay antecedentes de un diagnóstico de este tipo en contexto pandemia (Covid-19).

El presente estudio recoge los niveles de bienestar materno en el parto del grupo mencionado (Mamás y Pancitas Chile) por medio de la Escala BMSP2, y registra por medio de relatos y entrevistas los significados y experiencias particulares de las participantes respecto de la experiencia de parto en contexto pandemia, por medio de un intercambio y seguimiento entre investigadoras y participantes.

Esta elección metodológica mixta, busca complementar la evaluación cuantitativa que se enfoca a observar los niveles de bienestar materno en el parto, con una fase cualitativa que permita profundizar en la experiencia, significados y vivencias personales de las participantes del estudio. Entendiendo que las personas perciben sus experiencias tanto de manera objetiva como subjetiva, siendo la última, parte importantísima para captar la experiencia global de un fenómeno. “El abordaje metodológico para la investigación en servicios de salud ha utilizado principalmente el enfoque cuantitativo; sin embargo, este enfoque ha dejado de lado una serie de aspectos interpretativos de la realidad” (Muñoz, 2013, p. 1). Esta situación muy importante en los problemas de salud pública, porque las enfermedades, condiciones o situación de las poblaciones “están vinculadas no solo a aspectos biomédicos, sino además a factores sociales, políticos y contextos económicos. La complejidad de los problemas de salud necesariamente requiere ampliar la mirada” (Muñoz, 2013, p. 1).

Si se observa la historia de la investigación en salud, es posible ver que se centra en su gran mayoría en el uso de metodologías cuantitativas; Este estudio, busca lograr un acercamiento integral al fenómeno del bienestar materno en el parto, a partir de la metodología mixta, cuanti-cuali.

3.2 Diseño de investigación

En cuanto al diseño de investigación del estudio, es de tipo secuencial explicativo, transversal, no experimental: se recolectaron datos de forma secuenciada (secuencial), primero cuantitativo y luego cualitativo, y en un periodo de tiempo determinado (transversal), y no se busca la manipulación de las variables (no experimental). Se recolectaron datos de forma secuenciada, por medio de 2 fases: en un primer momento se recolectaron datos cuantitativos (Escala BMSP2) y luego datos cualitativos (entrevistas semi-estructuradas, diálogo, seguimiento). Ambos análisis fueron procesados mediante la utilización del multimétodo o método mixto.

En fase cuantitativa, la investigación alcanza aspectos descriptivos, ya que se hace una descripción de los resultados cuantitativos obtenidos, y utiliza la recolección de datos y el análisis estadístico para dar cuenta de los resultados.

En la fase cualitativa nos dirigimos hacia un enfoque fenomenológico hermenéutico, el cual se fundamenta en la observación de las experiencias de vida, en relación a un suceso, en este caso la experiencia de parto en pandemia, desde la perspectiva de la mujer gestante. Este análisis asume los aspectos más complejos de la experiencia, lo que se encuentra más allá de lo cuantificable del estudio. “Este enfoque conduce a la descripción e interpretación de la esencia de las experiencias vividas, reconoce el significado y la importancia en la pedagogía, psicología y sociología según la experiencia recogida” (Fuster, 2019, p. 202).

Se consideró pertinente también abordar esta investigación desde el paradigma de la Psicología de la Salud, observando las relaciones y las tensiones esenciales entre los campos de la Psicología y la salud - además de las condiciones de interdisciplinariedad posibles- que permitan producir transformaciones o reflexiones benéficas en la salud de las mujeres gestantes y sus procesos de parto. Entendiendo que esta es la rama aplicada de la psicología, que estudia los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso de la atención de la salud.

A la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud. (Morales, 2012, p.100)

3.3 Definición conceptual y operacional de las variables

La realización del estudio en fase cuantitativa de aplicación del instrumento (BMSP2), tiene sustento en el marco establecido por Uribe, Contreras, Bravo,

Villarroel, Abarzúa, sobre Bienestar materno en situación de parto. También en el modelo de asistencia integral del parto, y el concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad (Uribe C, Contreras A, Bravo P, Villarroel L, Abarzúa F, 2018) en el marco de los compromisos internacionales que suscribe el Estado de Chile según lo definido por el Manual de Atención Personalizada al Parto (MINSAL, 2008) y en los Derechos Reproductivos de las mujeres en Chile (PRODEMU, s,f).

Para la fase cualitativa se recogen las experiencias por medio de diálogo y relatos que fueron dirigidos en preguntas abiertas y cerradas, según la dinámica de intercambio. Nos enfocamos en la fenomenología hermenéutica “sustentada en las teorías de Van Manen, Raquel Ayala y Miguel Martínez. Este enfoque conduce a la descripción e interpretación de la esencia de las experiencias vividas” (Fuster, 2019, p.202).

Este estudio se constituyó en algunas nociones metodológicas centradas en los principios de la fenomenología y sus fases “etapa previa o clarificación de presupuestos, recoger la experiencia vivida, reflexionar acerca de la experiencia vivida o etapa estructural y, finalmente, escribir-reflexionar acerca de la experiencia vivida evidenciada” (Fuster, 2019, p.202). Y también en supuestos teóricos de la Psicología de la Salud, entendiendo que la misma según Stone (1979) “es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud...” (Piña y Rivera, 2016, p. 671).

Las siguientes son las variables o dimensiones temáticas del estudio con sus respectivas definiciones.

Variable: Bienestar Materno en Situación de Parto

Definición Conceptual “fenómeno complejo multidimensional, dinámico e interdependiente de satisfacción de la mujer durante su proceso de parto; resultado

de una serie de situaciones que se relacionan entre sí, las que se ordenan en torno al buen trato" (Valenzuela et al. p.4).

Definición Operacional:

Fase Cuantitativa: 47 preguntas, divididas en 7 dimensiones de la escala (BMSP2)

Fase Cualitativa: Los significados y experiencias de las participantes, que dan cuenta de su idea de bienestar-malestar en el parto, o bienestar subjetivo.

Ejemplo pregunta: ¿Cuéntanos cómo fue tu experiencia de parto pensando en los aspectos de bienestar y malestar?

Variable: Cuidado relacional de calidad

Definición Conceptual: Se refiere a la experiencia de una buena atención general pero especialmente cuando las mujeres perciben "buen trato" de parte del sistema completo "determinado, preferentemente, por el cuidado profesional otorgado, percibido como oportuno, efectivo, cariñoso y con acompañamiento profesional permanente, según el concepto de satisfacción usuaria" (Uribe et al., 2008, p. 7).

El cuidado también se sustenta como es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos (Covas, Maravall, y Bonino, 2009).

Definición Operacional:

Fase Cuantitativa:

Escala BMSP2 dimensión cuidado relacional de calidad, Items: 1,2,6,9,10,11,14,15,20,28,39,44,47

Fase Cualitativa: Ejemplo Preguntas - ¿Cómo te sentiste en relación al cuidado y trato que te brindaron, tanto en el centro de salud como tus cercanos? ¿Qué experiencias quisieras compartirnos?

¿Cómo viviste el momento en relación a tu propia idea y expectativa de cuidado familia, pareja, enfermeras, médicos, social, etc.?

Variable: Auto-Cuidado y Confort

Definición Conceptual: Las autoras del instrumento mencionan que esta dimensión se refiere al autocontrol, respecto al manejo del dolor y a la participación activa en la toma de decisiones durante todo el tiempo y proceso del parto entendiendo cada acción, estando informadas y activas, dicen que en algunas investigaciones es determinado, como el factor clave de respeto hacia la mujer y está asociado con la satisfacción, agregan además que

el perfil de pasividad y de dependencia de las usuarias, independiente de la paridad, hacen que el autocontrol y su relación con el bienestar, se limite exclusivamente, a la libertad de movimiento, a la oportunidad de posiciones más cómodas y a la opción de alimentarse y/o hidratarse según necesidad. (Uribe et al., 2008, p. 8)

Pero que va mucho más allá de aquello. Se observa igualmente como el desarrollo y aplicación de acciones, formas y habilidades para el manejo de las situaciones, emociones, que permiten, “de manera activa y consciente, el cuidado en primera persona al tiempo que se interviene con el objetivo de promover el bienestar personal y colectivo” (Cantera y Cantera, 2014, p.89).

Definición Operacional

Fase Cuantitativa:

Escala BMSP2, 9 ítems dimensión Auto-Cuidado y Confort: 12, 23, 29, 31, 34, 37, 38, 40, 41

Fase Cualitativa: Ejemplo Pregunta: ¿Qué situaciones o aspectos del entorno y propios te hicieron sentir en bienestar, protagonista, informada, etc. ¿Y cuáles

aspectos propios o del entorno entorpecieron que pudieras sentirte bien o tomar decisiones y acciones benéficas para ti?

Variable: Condiciones para el contacto madre e hijo:

Definición Conceptual

Esta dimensión se refiere a la opción y derecho de permanecer el tiempo necesario con el hijo, la facilidad del contacto precoz luego del parto y la permanencia continua de la madre con su hijo, como parte del cuidado. Una forma de contacto libre y permanente entre la madre, la persona significativa y el hijo (Uribe et al., 2008).

Definición Operacional

Fase Cuantitativa: Escala BMSP2, cuatro ítems para la dimensión, condiciones para el contacto madre e hijo: 22, 24, 45, 46

Fase Cualitativa: Ejemplo preguntas ¿Cuánto tiempo de contacto piel con piel tuviste con tu bebé posterior al parto?, ¿Cuál fue tu experiencia en relación al apego, contacto, tiempo y formas en las cuales te vinculaste a tu hijo, antes, durante y después del parto?

Variable: Percepción de atención despersonalizada:

Definición Conceptual: Se refiere a la falta de compromiso de parte los profesionales de la salud y la atención, presentes o involucrados en el proceso de parto, cuando el compromiso, tiempo o acción se observa rápido, con falta de tiempo, descuidada o de forma hostil o limitado sólo a la realización de procedimientos, cuando no hay una relación o una atención personalizada y cuidada. (Uribe et al. 2008).

Definición Operacional:

Fase Cuantitativa: Escala BMSP2, 6 ítems para la dimensión Percepción de atención despersonalizada, 3, 5, 32, 33, 35, 43

Fase Cualitativa:

Ejemplo pregunta - ¿Sentiste en algún momento alguna situación o forma como hostil, descuidada, o que te hiciera sentir en malestar?

Variable: Participación familiar continua:

Definición Conceptual: Esta dimensión se define por la oportunidad, opción y la condición de permanecer junto a la pareja, con una persona o familiar significativo durante el proceso de preparto y parto, cuando se logra contar con el soporte social de un significativo, sin que exista impedimento. Agregamos que habilitar el acompañamiento durante el parto, tomando en cuenta los componentes psicoafectivos aumenta los sentimientos de confianza y seguridad, baja los niveles de temor o miedo en la madre (Uribe et al., 2008).

Definición Operacional:

Fase Cuantitativa: Escala BMSP2, 4 ítems para la dimensión, Participación familiar continua, 4, 13, 25, 36

Fase Cualitativa: Ejemplo preguntas ¿Cuáles fueron las condiciones, situaciones o formas en relación con el acompañamiento en tu parto? ¿Estuviste sola o acompañada, te sentiste sola o acompañada? ¿Quiénes y en qué condiciones estuvieron contigo?

Variable: Cuidado respetuoso y oportuno:

Definición Conceptual: Se refiere al acompañamiento y guía, a la información oportuna y clara, a la presencia continua del profesional, independiente de la compañía de un significativo. “Las mujeres perciben este acompañamiento como aquel que es permanente, afectuoso y respetuoso en los momentos de intimidad.” (Uribe et al., 2008, p. 8).

Definición operacional

Fase Cuantitativa: Escala BMSP2, 6 ítems para la dimensión Cuidado respetuoso y oportuno 7, 16, 17, 19, 21, 30

Fase Cualitativa: Ejemplo preguntas ¿Cuál fue tu experiencia en relación con el trato, la información otorgada, respeto de tu intimidad en el parto?

Variable: Ambiente físico confortable:

Definición Conceptual: Se refiere a o las condiciones ambientales generales, lo que incluye; higiene del lugar, condición de la infraestructura y los instrumentos necesarios para la atención. (Uribe et al. 2008)

Mantener ambiente acogedor: luz tenue, temperatura ambiente 25 °C, tono de voz bajo, silencio, comunicación con lenguaje adecuado. (Castro, González, y López, 2008).

Definición operacional:

Fase Cuantitativa: Escala BMSP2, 5 ítems para la dimensión Ambiente Físico Confortable 8,18, 26, 27, 42

Fase Cualitativa: Ejemplo Preguntas ¿Cuál fue tu experiencia en relación con el espacio-ambiente?

3.4 Procedimiento de muestreo

Muestra: Se selecciona una muestra no probabilística y por conveniencia de 82 puérperas pertenecientes al grupo virtual “Mamás y Pancitas Chile” que tuvieron parto vaginal (normal o natural) en contexto pandemia, quienes acceden a participar de forma voluntaria, previo consentimiento informado. Cada una de ellas responde un cuestionario que recoge datos demográficos y obstétricos, además de la escala BMSP2. De las 82 mujeres que responden el formulario virtual, se selecciona 10 de ellas que se ofrecen voluntariamente para seguir con el seguimiento, entrevistas y fase cualitativa del estudio.

Según el contexto de emergencia y porque la muestra representa un grupo de alto riesgo, se decide explorar las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de información y las redes sociales virtuales, para el reclutamiento de unidades muestrales.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que tuvieron su parto en contexto pandemia por Covid-19,
- Mujeres pertenecientes al grupo virtual “Mamás y Pancitas Chile”.
- Mujeres que tuvieron un parto normal – vaginal – natural en el sistema de salud chileno en contexto pandemia. (según determinación del instrumento)
- Mujeres que deciden participar voluntariamente del estudio y aceptan el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que tuvieron su parto fuera del contexto pandemia Covid-19, que no están de acuerdo con el estudio y que no pertenecen al grupo virtual “Mamás y pancitas Chile”.

- Mujeres que tienen parto cesárea

La escala utilizada está hecha sólo para mujeres que tuvieron un parto normal-vaginal en el sistema de salud y no incluye a las mujeres que tuvieron cesárea. Por tanto, este estudio sólo considera mujeres que tienen parto vaginal (normal- natural) en sistema de salud chileno.

El tipo de muestra: es no probabilístico y su finalidad no es ser representativo de todas las mujeres de Chile, sino observar un grupo particular, no sólo generalizar los resultados del grupo observado, sino también conocer y profundizar en los significados y experiencias sobre bienestar materno en el parto en contexto pandemia.

Los motivos del universo y la muestra escogida se sustentan en las posibilidades contextuales de acercamiento a un grupo de riesgo en un contexto de emergencia sanitaria, y en que el universo virtual al cual referimos reúne grupos heterogéneos de mujeres madres y embarazadas que interactúan de forma constante y se mostraban disponibles al intercambio, además de que el mismo grupo se sustenta en un número de miembros abarcable (446 miembros totales) para poder aplicar un estudio cuantitativo en primera fase (Muestra total 82 mujeres).

En fase cualitativa la investigación se llevó a cabo a partir de los casos tipo que se declararon dispuestas a seguir en la investigación posterior a la aplicación del instrumento (10 mujeres). Los casos tipo nos permitieron indagar en profundidad y calidad de la información, y no sólo en la cantidad ni la estandarización (Hernández, Fernández y Baptista 2014).

Muestreo virtual Online: En términos metodológicos para el muestreo virtual online se utilizó la red social Facebook, donde se identificaron 4 grupos virtuales que nuclean a mujeres madres y embarazadas que comparten experiencias y datos sobre maternidad y experiencias generales sobre estos procesos. Posteriormente, se observó tanto la cantidad de miembros (pensando en la posibilidad de abarcar

un número representativo) como la heterogeneidad y la interacción (cantidad y forma) finalmente se decide aplicar el estudio en el grupo “Mamás y Pancitas de Chile” que se compone de un universo total de 446 mujeres. Se publica el formulario con la escala (BMSP2) explicando las condiciones y el propósito del estudio e invitando a las integrantes del grupo a participar en el mismo.

mediante el uso de redes sociales es posible acceder a unidades de observación que no se hubieran detectado por vías Intangible... este tipo de herramientas, contribuyen a incrementar el alcance geográfico y el tamaño de la muestra, favorecen al diseño de la muestra cualitativa y la triangulación de resultados, aumentando la validez de los estudios de poblaciones ocultas. (Baltar y Gorjup, 2012, pp. 123-124)

En este caso propicia una muy buena opción de acceso a poblaciones de alto riesgo que se encuentran inalcanzables por las condiciones de encierro, movilidad y protocolos nacionales.

Se recogen datos demográficos: con el fin de observar las características generales del grupo estudiado (edad, género, estado civil, nivel educacional, nacionalidad)
 Datos Obstétricos: (tipo de parto, contagio Covid, lugar de parto, etc.)

3.5 Técnicas de análisis y recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron en esta investigación son la aplicación de la escala BMSP2 en fase cuantitativa; y en fase cualitativa se hace un seguimiento de un porcentaje de la muestra total de 82 puérperas (10 en fase cualitativa) que responden el instrumento y manifiestan su deseo de seguir participando del estudio, se recogen sus experiencias y significados particulares a través del diálogo, y entrevistas semiestructuradas.

Fase Cuantitativa:

Instrumento de recolección de datos: Para medir el bienestar materno en el parto se usó la escala BMSP2 de Uribe y cols. Estructurada según Escala Likert, de 47 ítems divididos en 7 indicadores principales (cuidado relacional de calidad,

autocuidado y confort, condiciones para el contacto madre e hijo, percepción de atención despersonalizada, participación familiar continua, cuidado respetuoso y oportuno, ambiente físico confortable) Con 5 opciones de respuestas que van desde Muy de acuerdo, a Muy en desacuerdo con puntajes de 1 a 5. (Uribe et al., 2008).

Tabla 1. *Detalle del instrumento (BMSP2):*

Factores	Número de ítems	Pregunta-ítems
1.-Cuidado relacional de calidad	13	1,2,6,9,10,11,14,15 20,28,39,44,47
2.- Auto-cuidado y confort	9	12,23,29,31, 34,37,38,40,41
3.- Condiciones para el contacto madre e hijo	4	22,24,45,46
4.-Cuidado despersonalizado	6	3,5,32,33,35,43
5.- Participación familiar continua	4	4,13,25,36
6.- Cuidado oportuno y respetuoso	6	7,16,17,19,21,30
7.-Ambiente físico confortable	5	8,18,26,27,42

Fuente: Uribe Torres C. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(3): 154 – 160.

Tabla 2. *Opciones de respuesta*

Opciones de respuesta	Puntuación
Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4

Más o menos de acuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

Fase Cualitativa:

Se realiza una pauta de entrevista flexible, que se sustenta básicamente en el diálogo constante y cercano con las 10 mujeres que deciden seguir en la segunda fase del estudio, esta acción está enfocada a profundizar en los puntos más fuertes y débiles de los resultados de la fase cuantitativa y a indagar en las experiencias particulares de las mujeres. Este tipo de recolección de datos e información subjetiva “trata de entender el mundo desde el punto de vista del sujeto” (Hernández et al. 2014).

Para ello, se confeccionó una pauta de entrevista con preguntas abiertas que buscó un diálogo flexible y libre que permitiera observar los significados particulares sobre la experiencia de parto en pandemia y el bienestar materno.

Se coordinan encuentros periódicos por medio de diversas formas, (Whatsapp, video llamada, vía telefónica, etc.) Como se mencionó anteriormente las entrevistas y aplicación del instrumento no pudieron realizarse de forma presencial debido a las restricciones propias de la crisis sanitaria por Covid-19, por lo mismo ambos procedimientos (aplicación del instrumento y entrevistas) fueron adaptadas a formato virtual con el fin de no afectar la salud del grupo de riesgo (puérperas) y de las investigadoras, teniendo en cuenta además las condiciones de tiempo, espacio, etc. del grupo de estudio, respetando también los protocolos sanitarios nacionales. El tiempo de seguimiento, y conversaciones previas permitieron generar confianza y obtener relatos detallados y emocionales de diversas vivencias de estas mujeres en sus partos.

Si bien la investigación se sustenta en parámetros objetivos, teóricos y científicos propios de la metodología de las ciencias sociales y la psicología, nuestro

posicionamiento como investigadoras se ve influenciado por el enfoque de género, y busca la reflexión crítica de los fenómenos estudiados, entendiendo que la maternidad y sus condicionantes también se sustentan en discursos y terrenos de poder. Esta perspectiva nos ayuda a asumir la complejidad y diversidad del fenómeno del bienestar materno en situación de parto. Las entrevistas tuvieron una duración de 45-65 minutos aproximadamente y fueron realizadas entre en los meses de marzo y julio de 2021.

La técnica utilizada para procesar los datos cualitativos fue saturación de la información, con el fin de comprender el relato respecto del fenómeno en un análisis detallado. Las principales categorías de análisis sobre el bienestar materno en situación de parto en pandemia, fueron dadas de antemano por las dimensiones del instrumento y por la idea general de bienestar materno, se agrupó entonces según estas dimensiones la información recabada. Este procedimiento permitió finalmente responder a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las percepciones y vivencias en torno al bienestar materno en situación de parto de 82 mujeres del grupo “mamás y pancitas Chile” que tuvieron su parto en contexto Covid-19? Las entrevistas, mensajes y diálogos fueron grabados previo consentimiento informado, asegurando la confidencialidad de los relatos y los datos personales de las participantes; posteriormente toda la información recogida en esta fase es transcrita para su posterior saturación y categorización.

3.6 Técnica de análisis de datos

3.6.1 Análisis de datos cuantitativos

La ponderación del nivel de bienestar materno se realizará de la siguiente manera:

Se realiza la baremación del instrumento en el programa SPSS calculando el percentil 30, 70, el mínimo y máximo por cada dimensión correspondiente al instrumento y según los resultados de la muestra observada. Para las dimensiones particulares según los detalles de la escala a utilizar; cada ítem es medido en cinco opciones de respuesta que tienen valores que van desde el 1 al 5.

Ponderación de Nivel de Bienestar Materno en Situación de Parto según dimensiones:

Tabla 3. *Ponderación Bienestar Materno General*

N	Válidos	133
	Perdidos	3
Mínimo		71
Máximo		199
Percentiles	30	105,20
	70	143,80

Mínimo: 71

Percentil 30: 105

Percentil 70: 143

Máximo: 199

Factor	Ítems o Preguntas	Puntuación
Bienestar Materno	47 ítems (total de preguntas)	Malestar: 71 a 105
		Adecuado: 106 a 144
		Óptimo: 145 a 199

Tabla 4. *Ponderación Cuidado Relacional de Calidad*

N	Válidos	135
	Perdidos	1
Mínimo		13,00
Máximo		65,00
Percentiles	30	21,0000
	70	34,0000

Mínimo: 13

Percentil 30: 21

Percentil 70: 34

Máximo: 65

Factor	Ítems o Preguntas	Puntuación
1.-Cuidado relacional de calidad	1,2,6,9,10,11,14,15 20,28,39,44,47	Malestar: 13 -21
		Adecuado: 22-34
		Óptimo: 35 - 65

Tabla 5. Ponderación
Dimensión Autocuidado y Confort

N	Válidos	135
	Perdidos	1
Mínimo		9,00
Máximo		45,00
Percentiles	30	25,8000
	70	37,0000

Mínimo: 9

Percentil 30: 25

Percentil 70: 37

Máximo: 45

Factores	ítems	Puntuación
2.- Autocuidado y Confort	12,23,29,31, 34,37,38,40,41	Malestar: 9 a 26
		Adecuado: 27 a 37
		Óptimo: 38 a 45

Tabla 6. Ponderación
Dimensión Condiciones para
el contacto madre e hijo

N	Válidos	136
	Perdidos	0
Mínimo		4
Máximo		20
Percentiles	30	6,00
	70	16,00

Mínimo: 4

Percentil 30: 6

Percentil 70: 16

Máximo: 20

Factores	Ítems	Puntuación
3.- Condiciones contacto madre e hijo	22,24,45,46	Malestar: 4 a 6
		Adecuado: 7 a 16
		Óptimo: 17 a 20

Tabla 7. Ponderación Dimensión cuidado despersonalizado *** (Resultados Invertidos)

N	Válidos	135
	Perdidos	1
Mínimo		6
Máximo		30
Percentiles	30	15,00
	70	23,20

Mínimo: 6

Percentil 30: 15

Percentil 70: 23

Máximo: 30

Factores	Ítems	Puntuación
4.-Cuidado despersonalizado	3,5,32,33,35,43	Malestar: 24 a 30
		Adecuado: 16 a 23
		Óptimo: 6 a 15

Tabla 8. *Dimensión participación familiar continua*

N	Válidos	136
	Perdidos	0
Mínimo		4
Máximo		20
Percentiles	30	8,00
	70	17,00

Mínimo: 4

Percentil 30: 8

Percentil 70: 17

Máximo: 20

Factores	Ítems	Puntuación
5.- Participación familiar continua	4,13,25,36	Malestar: 4 a 8
		Adecuado: 9 a 17
		Óptimo: 18 a 20

Tabla 9. *Ponderación Dimensión cuidado Oportuno y Respetuoso*

N	Válidos	136
	Perdidos	0
Mínimo		6
Máximo		30
Percentiles	30	9,00
	70	17,90

Mínimo: 6

Percentil 30: 9

Percentil 70: 18

Máximo: 30

Factores	Ítems	Puntuación
6.- Cuidado oportuno y respetuoso	7,16,17,19,21,30	Malestar: 6 a 9
		Adecuado: 10 a 18
		Óptimo: 19 a 30

Tabla 10. Ponderación Ambiente físico confortable

N	Válidos	134
	Perdidos	2
Mínimo		5
Máximo		22
Percentiles	30	8
	70	13

Mínimo: 5

Percentil 30: 8

Percentil 70: 13

Máximo: 22

Factores	Ítems	Puntuación
7.- Ambiente físico confortable	8,18,26,27,42	Malestar: 5 a 8
		Adecuado: 9 a 13
		Óptimo: 14 a 22

3.6.2 Análisis de datos cualitativos

En esta segunda fase del estudio (mixto cuanti-cuali) se aplica la técnica de reducción de datos propia la metodología cualitativa, que se sustenta como una etapa de “simplificación, resumen, selección, ordenamiento y clasificación de los datos cualitativos para hacerlos abarcables y manejables de tal manera que puedan ser susceptibles de ser analizados” (Mejía, 2011, p.49).

En general, el análisis de los datos de la fase cualitativa se llevó a cabo manteniendo el carácter textual de lo recogido, y categorizando el contenido sobresaliente. La particularidad de este análisis en fase cualitativa reside en que el

proceso fue flexible, y ambas fases (cuanti-cuali) se encuentran interrelacionadas. Se realizó la integración de la información en fase cualitativa según “los componentes del análisis en espiral (reducción, análisis descriptivo e interpretación), se influyen unos con otros al mismo tiempo” (Mejía, 2011, p. 48).

Este análisis fue definido por tres fases interrelacionadas: la reducción de datos (categorización, codificación, clasificación y presentación los datos) una etapa de análisis descriptivo, que permitió que se lograra elaborar diversas descripciones, y la fase de interpretación del contenido obtenido, estableciendo conclusiones para el análisis final; para complementarlo luego con los resultados de la fase cuantitativa.

En sus diversas etapas el análisis de datos cualitativos, sigue un proceso de lecturas de los textos que permitan desarrollar un examen en espiral de la información, de cada caso (entrevista, grupo de discusión u otro) a su comprensión del conjunto y de nuevo al estudio de cada texto, para tener análisis cada vez más detallados y profundos del fenómeno que se investiga. (Mejía, 2011, p. 48)

Las categorías y codificaciones se establecieron en relación a las 8 dimensiones del instrumento utilizado en fase cuantitativa “Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto BMSP2” (Bienestar materno, cuidado relacional de calidad, autocuidado y confort, condiciones para el contacto madre e hijo, percepción de atención despersonalizada, participación familiar continua, cuidado respetuoso y oportuno, ambiente físico confortable) estas categorías permitieron tener un parámetro y estructura previa de selección de significados que las participantes otorgan.

3.6.3 Procesamiento de la información general

La información fue procesada y analizada en el programa SPSS. Por medio de estadística descriptiva, análisis factorial y tablas de frecuencias. Para la presentación de datos y tablas se utilizará Microsoft Word, mientras que, para la

presentación de gráficos, Microsoft Excel. Para la fase cualitativa los resultados serán presentados por medio de relatos y gráficos.

3.7 Criterios de rigor científico

A) Fase Cuantitativa:

El instrumento utilizado en fase cuantitativa (escala BMSP2) tiene una confiabilidad que se sustenta en 0.937 según Alfa de Cron Bach, y una validez que se determina por las pruebas de Káiser-Meyer con indicador de .900. “Como resultado de la validación de la segunda versión de la escala EBMS, se obtiene un instrumento de simple y rápida aplicación, objetivo y estadísticamente válido” (Uribe, Conteras, y Villarroel, 2014, p.157).

B) Fase Cualitativa:

Basándonos en los parámetros de Hernández Sampieri (2014) en fase cualitativa, los criterios de rigor científico utilizados son:

1.- Credibilidad, que se sustenta en la capacidad que tiene el investigador “para comunicar lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes” (Hernández et al. 2014, p. 456). En este caso poder procesar la información de la manera más fiel posible y enfocada a las formas particulares de cada participante.

2.-Transferencia, porque el estudio pretende hacer un paralelo que “determine el grado de similitud entre contexto del estudio y otros contextos” (Hernández et al. 2014, p. 458). En este caso no sólo observar aspectos particulares, sino también que los mismos sean complementados con una escala propia de los sistemas de salud que se enfocan a responder aspectos sobre el bienestar materno en el parto. Se realiza en una muestra diversa heterogénea, que vive su parto en contextos públicos y privados, en diversas condiciones y ambientes.

3.- Confirmación, Se minimizan los sesgos propios y tendencias, con el fin de hacerlo objetivo se utilizan las dimensiones ya estudiadas, se rastrean y comparan los datos desde su fuente, y se compara la información con el instrumento previamente realizado, y en la interpretación final se considera ambos puntos, aunque estos puedan resultar en tensión.

3.8 Aspectos éticos

Con respecto a las consideraciones éticas y legales el estudio se sustenta en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile, en su artículo 15, e incluye un consentimiento que manifiesta la libertad de participación y la confidencialidad de los datos entregados, en el caso de las grabaciones de las entrevistas, estas fueron realizadas con el mismo acento, sin que sean publicadas y serán usadas sólo por las investigadoras con el fin de un análisis específico. También se especifica el derecho de dejar el proceso de entrevista en cualquier momento si así se requiere y que esto no tendrá perjuicio, ni costo alguno.

Se contempla el consentimiento informado en todo momento, a fin de que la participante garantice, que ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido toda la información y manifestar plena voluntad de participación se procede a incluir los datos e información otorgada al presente estudio.

3.9 Viabilidad de la muestra

Si nos enfocamos en la viabilidad de la muestra, el problema principal de acceso es el contexto de emergencia sanitaria y la condición de riesgo en la cual se encuentra la muestra objetiva (puérperas), para mitigar este problema y sobrepasar dichas condicionantes se utiliza la selección de unidades muestrales en espacios virtuales y RRSS. Estas herramientas y universos virtuales permiten acceder a poblaciones que por la crisis sanitaria no tienen la opción de ser estudiadas u observadas, y que según el contexto se torna imprescindible poder observar (dadas las demandas de violencia y falta a los derechos humanos de las mujeres en su

parto en pandemia). El instrumento debía ser autorizado por las autoras para ser aplicado, autorización que se otorga sin problemas por Claudia Uribe. La misma autoriza, debido al contexto de emergencia sanitaria, adaptarlo a formato online, entendiendo que la escala se comporta estable en varios contextos. Las condiciones de las entrevistas lograron observar espacios íntimos de las participantes, generar confianza e intimidad y la video llamada a pesar de ser un intermediario o filtro, también permitía acceder más de una vez y a la hora que la participante determinara a un diálogo. La flexibilización de estos espacios no fue un impedimento, sino que aportó las características propias de las relaciones que se sustentan en el contexto actual de crisis sanitaria.

3.10 Procedimiento

La investigación se llevó a cabo entre septiembre 2020 - julio de 2021. Al ser un estudio de tipo mixto, para su realización total se requirió de 3 etapas; cada una de las cuales tuvo 3 secciones o fases, una primera etapa cuantitativa, una segunda etapa cualitativa, y una tercera etapa de integración de resultados totales

Etapa 1 Cuantitativa:

Fase1.1- revisión de universos virtuales y decisión de plan de acción

Fase1.2- reclutamiento de unidades muestrales

Fase1.3- aplicación de instrumento y análisis de los datos cuantitativos

Etapa 2 Cualitativa:

Fase2.1- Construcción de entrevista

Fase2.2- Aplicación de entrevistas y transcripciones

Fase 3.3- Análisis de datos cualitativos

Etapa 3 Integración:

Fase 3.1- Integración de resultados cuanti y cuali

Fase 3.2- Reflexiones respecto de los resultados finales de ambas etapas

Fase 3.3- Conclusiones generales.

CÁPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados cuantitativos

4.1.1 Caracterización de la muestra

Total Muestra: 82 Mujeres puérperas pertenecientes al grupo virtual “Mamás y pancitas Chile”

- **Nacionalidad**

Un 89% de la muestra (73 mujeres) son de nacionalidad chilena, un 4.9% (4 mujeres) son de nacionalidad venezolana, un 2.4% (2 mujeres) de nacionalidad peruana, el 1.2% (una mujer) de nacionalidad ecuatoriana, el 1.2% (una mujer) de nacionalidad argentina, y el 1.2% (una mujer) de nacionalidad haitiana.

La muestra es heterogénea, respecto de la nacionalidad de las participantes, la mayoría de las mujeres que participan del estudio son de nacionalidad chilena.

Tabla 11. *Nacionalidad de la muestra*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Chilena	73	51.4	89.0	89.0
	Venezolana	4	2.8	4.9	93.9
	Peruana	2	1.4	2.4	96.3
	Ecuatoriana	1	.7	1.2	97.6
	Argentina	1	.7	1.2	98.8
	Haitiana	1	.7	1.2	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Estado civil**

Un 47.6% de la muestra (39 mujeres) son convivientes, un 36.6% (30 mujeres) son solteras, un 14.6% (12 mujeres) casadas, un 1.2% (una mujer) separada.

La mayoría de las mujeres de la muestra declaran ser convivientes o solteras al momento de su parto.

Tabla 12. *Estado Civil*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	30	21.1	36.6	36.6
	Conviviente	39	27.5	47.6	84.1
	Casada	12	8.5	14.6	98.8
	Separada	1	.7	1.2	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Edad al momento del parto**

El 51.2% de la muestra (42 mujeres) tenía entre 20-30 años al momento del parto, el 37.8% (31 mujeres) tenía entre 31-40 años al momento del parto, el 9.8% (8 mujeres) tenía entre 13-19 años al momento del parto, y el 1.2% (una mujer) tenía entre 41-50 años al momento del parto.

Tabla 13. *Edad al momento del parto*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13 -19 años	8	5.6	9.8	9.8
	20 - 30 años	42	29.6	51.2	61.0
	31 - 40 años	31	21.8	37.8	98.8
	41 - 50 años	1	.7	1.2	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Nivel Educativo**

Un 53.7% de la muestra (44 mujeres) tiene nivel educativo universitario, un 39% (32 mujeres) enseñanza media, un 7.3% (6 mujeres) Postgrado, Magister, Doctorado.

Tabla 14. *Nivel educativo alcanzado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Enseñanza media	32	22.5	39.0	39.0
	Universitaria	44	31.0	53.7	92.7
	Postgrado, Magister, Doctorado	6	4.2	7.3	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

Autopercepción Socioeconómica:

El 68.3% de la muestra total (56 mujeres) considera que su situación socioeconómica es pobre, el 30.5% (25 mujeres) se considera en una situación de "clase media" y el 1.2% (una mujer) se considera de "clase acomodada"

Tabla 15. Autopercepción socioeconómica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pobre	56	39.4	68.3	68.3
	Clase media	25	17.6	30.5	98.8
	Clase alta acomodada	1	.7	1.2	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

Datos Covid-19

- **Contagio Covid-19**

Un 84.1% de la muestra (69 mujeres) NO estuvo contagiada con Covid-19 al momento de su parto, un 11% (9 mujeres) estuvo contagiada con Covid-19 al momento de su parto, y un 4.9% (4 mujeres) No sabe si estuvo contagiada con Covid-19 al momento de su parto.

9 de 82 mujeres de la muestra estuvieron contagiadas de Covid-19 al momento del parto.

Tabla 16. Contagio Covid-19

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	69	48.6	84.1	84.1
	Sí	9	6.3	11.0	95.1
	No lo sé	4	2.8	4.9	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Test Covid-19 (PCR)**

A un 67.1% de la muestra (55 mujeres) Sí se les aplico el test PCR antes del parto, a un 32.9% (27 mujeres) No se les aplicó el test PCR antes del parto.

Tabla 17. Test PCR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	27	19.0	32.9	32.9
	Sí	55	38.7	67.1	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Protocolos Covid-19**

Un 67.2% de la muestra (51 mujeres) declara haber sido tratada como persona sana sin el virus, un 37.8% (31 mujeres) declara haber sido tratada como Covid-19 positivo aún sin serlo.

Tabla 18. ¿Cómo fue tratada en su parto en relación al covid-19?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Persona Sana	51	35.9	62.2	62.2
	Como Covid-19 positivo sin serlo	31	21.8	37.8	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

Datos sobre el parto:**Tipo de Parto**

Un 81.7% de la muestra (67 mujeres) tiene parto vaginal (con medicación) “parto normal”, un 18.3% (15 mujeres) de la muestra tiene tipo de parto “natural” (sin medicación y muy poca intervención médica)

Tabla 19. *Tipo de Parto*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Parto Normal	67	47.2	81.7	81.7
	Parto Natural	15	10.6	18.3	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Lugar de parto**

Un 74.4% de la muestra (61 mujeres) tienen su parto en el sistema público de salud “Hospital”, un 25.6% de la muestra (21 mujeres) tienen su parto en el sistema privado de salud “Clínica”.

Tabla 20. *Lugar de Parto*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hospital	61	43.0	74.4	74.4
	Clínica	21	14.8	25.6	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Apoyo o Acompañamiento Profesional Psicológico**

Un 70.7% de la muestra (58 mujeres) declara que no se le ofreció ningún tipo de apoyo o acompañamiento psicológico en su proceso de embarazo y parto en contexto de emergencia sanitaria, un 29.3% (24 mujeres) declara que sí se le ofreció apoyo o contención profesional psicológica en su proceso de embarazo y parto en pandemia.

Tabla 21. *Ofrecimiento Apoyo Profesional Psicológico*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	24	16.9	29.3	29.3
	No	58	40.8	70.7	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

- **Necesidad de apoyo o contención psicológica después del parto:**

Un 67.1% de la muestra (55 mujeres) declara haber necesitado apoyo o contención psicológica después del parto, un 17.1% de la muestra (14 mujeres) declaran que tal vez necesitaron apoyo o contención psicológica después del parto, y un 15.9% de la muestra (13 mujeres) declaran no haber necesitado apoyo o contención psicológica después del parto

Tabla 22. *Necesidad de apoyo o contención psicológica después del parto*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	55	38.7	67.1	67.1
	No	13	9.2	15.9	82.9
	Tal vez	14	9.9	17.1	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

Temor al parto:

El 89% (73 mujeres) de la muestra temían al parto, el 11% (9 mujeres) de la muestra no temían al parto ni lo veían como un espacio terrible o doloroso.

Tabla 23. *Temor al parto (Creías que el parto era un espacio terrible, doloroso, al cual había que temerle)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	73	51.4	89.0	89.0
	No	9	6.3	11.0	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

Ideas sobre satisfacción y bienestar:**La presencia paterna y el bienestar:**

El 54.9% (45 mujeres) de la muestra declaran que la presencia/compañía del padre de su bebé es importante para el bienestar en su parto, en cambio el 45.1% (37 mujeres) de la muestra creen que la presencia/compañía del padre de su bebé no es importante para su sensación de bienestar en el parto

Tabla 24. *¿La presencia/compañía del padre del bebé es importante para la sensación de bienestar en su parto y maternidad?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	45	31.7	54.9	54.9
	No	37	26.1	45.1	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

Condición socioeconómica y bienestar en el parto y maternidad

El 95.1% (78 mujeres) de la muestra cree que la condición socioeconómica se relacionó a su bienestar en el parto y maternidad, el 4.9% (4 mujeres) de la muestra cree que la condición socioeconómica no se relacionó al bienestar en su parto y maternidad

Tabla 25. *La condición socioeconómica se relacionó a bienestar en su parto y maternidad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	78	54.9	95.1	95.1
	No	4	2.8	4.9	100.0
	Total	82	57.7	100.0	
Perdidos	Sistema	60	42.3		
Total		142	100.0		

4.1.2 Resultados Escala Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP2)

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a la escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP2). - Aplicada a 82 puérperas- del grupo virtual “Mamás y pancitas Chile”, que tuvieron su parto en contexto pandemia por Covid-19.

Bienestar materno en situación de parto:

El 29,3% de la muestra (24 mujeres) presenta “Malestar” en situación de parto. Un 41,5% (34 mujeres) presenta un nivel “Adecuado” de bienestar materno en situación de parto. Un 29,3 % (24 mujeres) presenta un nivel “Óptimo” de bienestar materno en situación de parto

Tabla 26. Niveles Bienestar Materno en Situación de Parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malestar	24	29.3	29.3	29.3
	Adecuado	34	41.5	41.5	70.7
	Óptimo	24	29.3	29.3	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Resultados por Dimensión

La escala aplicada se divide en 7 dimensiones (Cuidado relacional de calidad, Autocuidado y confort, Condiciones para el contacto madre e hijo, Cuidado despersonalizado, Participación familiar continua, Cuidado oportuno y respetuoso, Ambiente físico confortable) a continuación se presentan los resultados por dimensión

- **Niveles Cuidado Relacional de calidad**

El 30,5% de la muestra (25 mujeres) presenta “Malestar” en la dimensión cuidado relacional de calidad. Un 40,2% de la muestra (33 mujeres) presenta niveles “Adecuados” y el 29,3 % de la muestra (24 mujeres) presentan un nivel “Óptimo”.

Tabla 27. Niveles Cuidado Relacional de Calidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malestar	25	30.5	30.5	30.5
	Adecuado	33	40.2	40.2	70.7
	Óptimo	24	29.3	29.3	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

- **Autocuidado y Confort**

El 29,3% de la muestra (24 mujeres) presenta “Malestar” en relación al Autocuidado y Confort. El 42,7% (35 mujeres) presenta niveles “Adecuados”, y el 28% de la muestra (23 mujeres) niveles “Óptimos”

Tabla 28. *Niveles de Autocuidado y Confort*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malestar	24	29.3	29.3	29.3
	Adecuado	35	42.7	42.7	72.0
	Óptimo	23	28.0	28.0	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

- **Condiciones para el Contacto Madre e Hijo**

El 30,5% de la muestra (25 mujeres) presenta “Malestar” respecto de las condiciones para el contacto madre e hijo. El 39% (32 mujeres) presenta niveles “Adecuados”. Y el 30,5% (25 mujeres) niveles “Óptimos”.

Tabla 29. *Niveles Condiciones para el Contacto Madre e Hijo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malestar	25	30.5	30.5	30.5
	Adecuado	32	39.0	39.0	69.5
	Óptimo	25	30.5	30.5	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

- **Percepción de atención despersonalizada:**

El 26,8% de la muestra (22 mujeres) presenta “Malestar” en la dimensión Percepción de atención despersonalizada. El 40,2% (33 mujeres) presenta niveles “Adecuados”. Y el 32,9% (27 mujeres) presentan niveles “Óptimos”.

Tabla 30. Niveles Percepción de atención despersonalizada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Malestar	22	26.8	26.8	26.8
Adecuado	33	40.2	40.2	67.1
Óptimo	27	32.9	32.9	100.0
Total	82	100.0	100.0	

- **Participación Familiar Continua:**

El 34,1% de la muestra (28 mujeres) presenta “Malestar” en la dimensión participación familiar continua. El 42,7% (35 mujeres) presenta niveles “Adecuados” y el 23,2% (19 mujeres) niveles “Óptimos”.

Tabla 31. Niveles Participación Familiar Continua

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Malestar	28	34.1	34.1	34.1
Adecuado	35	42.7	42.7	76.8
Óptimo	19	23.2	23.2	100.0
Total	82	100.0	100.0	

- **Cuidado Respetuoso y Oportuno**

El 34,1% de la muestra (28 mujeres) presenta “Malestar” en la dimensión Cuidado respetuoso y oportuno. El 39% (32 mujeres) niveles “Adecuados”. Y el 26,8% niveles “Óptimos”.

Tabla 32. *Niveles Cuidado Respetuoso y Oportuno*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malestar	28	34.1	34.1	34.1
	Adecuado	32	39.0	39.0	73.2
	Óptimo	22	26.8	26.8	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

- **Ambiente Físico Confortable:**

El 36,6% de la muestra (30 mujeres) presenta “Malestar” en la dimensión Ambiente físico confortable. El 40,2% (33 mujeres) niveles “Adecuados” y el 23,2% un nivel “Óptimo”.

Tabla 33. *Niveles Ambiente Físico Confortable*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malestar	30	36.6	36.6	36.6
	Adecuado	33	40.2	40.2	76.8
	Óptimo	19	23.2	23.2	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

4.2 Presentación de resultados cualitativos

Se presenta a continuación los resultados del proceso de entrevistas cualitativas, realizadas en la segunda fase de este estudio, entrevistas que tuvieron como participantes a 10 mujeres del grupo “Mamás y pancitas Chile” que tuvieron parto normal o natural (en pandemia), las cuales también fueron parte de la primera fase cuantitativa y respondieron el instrumento escala BMSP2.

Se obtienen los resultados mediante un proceso de “codificación”, donde los datos son fragmentados y articulados analíticamente formando una estructura.

Se da cuenta de esta estructura argumentativa que organiza la significación de los resultados cualitativos de este estudio. La cual es obtenida a partir de la categoría central de Bienestar materno en situación de parto y de los ejes propios de la escala (BMSP2) -categorías conceptuales- desde donde se establecen relaciones con las condiciones subjetivas y vivenciales de las mujeres en sus partos. Se presenta un esquema general de estas estructuras de significado y tablas por ejes, para luego exponer fragmentos de la evidencia lingüística que los sostiene.

Esquema 1. Estructuras de significado fase Cualitativa

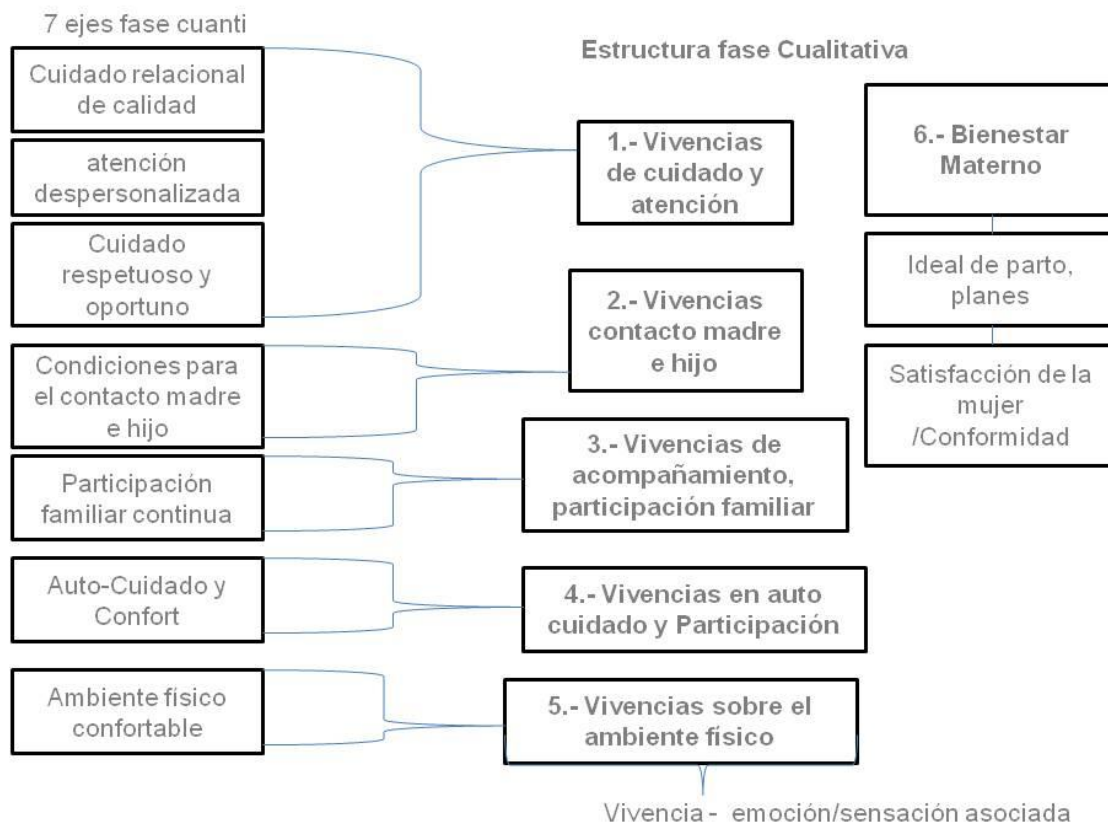


Tabla 34. *Vivencias de cuidado y atención*

Mujer/Sujeto	La experiencia	La emoción/sensación asociada declarada
<p>M1: Madre primeriza, Edad: 25 años Parto Normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rompen su bolsa para apurar su parto • Enfermeras la retan porque su bebé llora y ella no sabe qué hacer. • Varios profesionales diferentes le hacen tacto en poco tiempo. • Sólo le ofrecen agua y no come ni le ofrecen comida • Poca privacidad • Refiere maltrato psicológico de enfermeras 	<p>Tristeza, incomodidad, vergüenza, vulnerabilidad, necesidad de contención</p>
<p>M2: Madre primeriza 26 años Parto normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La matrona la reta por no saber pujar • Le dicen insistentemente que su guagua es grande y deben inducir su parto • Hacen comentarios sobre su peso y color de pelo • Trato brusco, sin cariño, sin atención 	<p>Se siente avergonzada, vulnerable, sola, triste, con miedo, rabia. Discriminada por su peso y color de pelo</p>
<p>M3: Madre primeriza 36 años Parto Normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La matrona la reta por no saber pujar • La tienen pujando todo el día • Los tactos le producen desgarros 	<p>Angustia, preocupación, vergüenza, vulnerabilidad, tristeza, dolor del parto.</p> <p>Sensación de trauma, lo que creía lindo se</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La matrona le dice que por su culpa su hijo tiene cototos en la cabeza • Usan fórceps, aunque ella no quiere 	observa como una pesadilla
M4: Madre primeriza 28 años Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Trato despectivo por parte de la matrona • La obligan a ponerse una pastilla que cae al suelo • El doctor le da seguridad, la trata bien y la calma • Se enojan después del parto porque pedía analgésicos 	Se siente pasada a llevar, obligada a guardar silencio, maltratada, cohibida, pequeña, vulnerable. Posteriormente se siente calmada por el doctor
M5: Madre primeriza 27 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • Pide atención y no se la dan • Pide ayuda y la tratan despectivamente • No le dan alimento y no le cambian la mascarilla • Malos tratos justificados por protocolos pandemia/tiempo • Una TENS la contiene y la ayuda 	Se siente afectada, tratada injustamente, vulnerada y con mucha rabia por no poder hacer nada, dice que todo lo justifican con la pandemia Se siente contenida y apoyada por su pareja y por una TENS que es empática
M6: Tercer parto 39 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • No puede descansar y no tiene privacidad, entran toda la noche a la pieza, hacen ruido. 	“quería salir luego de ahí” Pasar rápido el momento e irse a casa. Si pensaba mucho se enrabiaba y sentía pena.

	<ul style="list-style-type: none"> • Los tactos que le hacen le dejan adolorido incluso 2 meses posterior al parto • Trato diferente por ser FONASA 	<p>Menciona desconexión para no afectarse.</p> <p>Aguantar por ser pobre y mujer</p>
<p>M7: Tercer parto 38 años Parto natural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso lento, pero de aprendizaje • Médico y matrona la apoyan, hay un anestesista atento por si necesita algo, le ofrecen helado de piña y agua. • Todos muy atentos y preocupados 	<p>Siente alegría y comodidad, seguridad, nervios.</p> <p>Agradecimiento con todos los que me atendieron.</p>
<p>M8: Segundo Parto 41 años Parto natural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso doloroso pero hermoso, planificado • Parto humanizado, matrona, y médicos participativos y empáticos. 	<p>Dolor bueno, sin miedo, acompañada, contenida, escuchada, mágica, poderosa, instinto animal de protección</p>
<p>M9: Segundo parto 32 años Parto normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación por PCR antes del parto • Buen trato en el parto, matrona amorosa y empática, doctor le informa todo. 	<p>Se siente discriminada y sola al principio por los protocolos del lugar, pero en su parto se siente segura y bien informada sobre sus procesos.</p>
<p>M10: Madre Primeriza 23 años Parto Natural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso natural planificado • Parto humanizado en clínica • Médicos y enfermeras, matronas y doulas muy amorosos y 	<p>Dolor, miedo de no poder soportar el dolor, alegría y compañía, tranquilidad y amor.</p>

	capaces de contenerla en todo el proceso <ul style="list-style-type: none"> • Confianza y unión con quienes la asisten. 	
--	--	--

- **Vivencias cuidado y atención (Testimonios breves, fragmentos):**

Los tratos mencionados en la mayoría de los casos muestran exceso de maniobras (tactos, instrumentalización) atenciones que hace sentir vulnerada a la mayoría de las mujeres. Los partos naturales, se constituyen como una buena experiencia en general.

M1: *“El primer matrn me metió los dedos así, como que daba vuelta la mano, así como unas tijeras. Él siempre me dijo que tenían que hacerme una inducción, para que fuera más rápido, yo recién llegando ya quería apurar. Después llegué a otra sala y otro me hizo tacto de nuevo, era incomodo. Después una matrona, ella como es mujer era diferente, más amorosa, no era tan doloroso. Hasta que llego el segundo turno, a las cuatro de la mañana, llego otro matrn, súper grande y tenía la mano grande y también me hacía tacto, de nuevo, me sentí mal. Después volvió y me hizo tacto de nuevo, y me rompió la bolsa, me dijo – “vamos a romper membranas para que tu dilatación sea más rápido”- no me preguntó... fue muy doloroso, yo ya no podía más. Sentí que necesité contención emocional, me sentí mal, pero mi pareja estaba allí para contenerme... Sólo bebí agua todas esas horas no me ofrecieron comida. No sentí hambre porque estaba preocupada.*

Como uno es mamá primeriza te van a ver las enfermeras y ellas son complicadas y te tratan mal... mi bebé es tranquilito, pero la segunda noche, lloraba mucho y las enfermeras me retaban, como gritando y me decían - “pero ¿cómo no vas a saber qué es lo que tiene tu hijo?”- Igual como que te maltratan psicológicamente. Piensan porque como ellas ya saben todo, o tienen que aguantar a hartas mamás, tienen el derecho de retarte y hablarte mal, decirte de debes darte cuenta, saber que tiene tu hijo o saber por qué llora. Que es tu deber.”

M2: *“Yo no me quería hospitalizar para que me indujeran el parto, pero insistían, porque la matrona decía que mi guagua era grande. Al final cuando nació no era tan grande, pesaba 3 kilos y algo, la matrona fue súper brusca también y pesada conmigo, decía que no sabía pujar y me retaba mucho, que estaba gorda, que como me iba a poder las piernas si me ponía anestesia - me sentí discriminada por mi peso- uno anda sensible, como llorona(...) tienes miedo también, eso a mí me hizo sentir triste todo el parto, con rabia (...) siento que en cierto modo lo arruinó, porque entraba otra gente mientras yo estaba allí, acostada y mostrando, y lo decía fuerte “puja bien!!, no sabes pujar!!”, me retaba, delante del padre de mi hijo, me dio vergüenza y me sentí mal, me sentí muy sola.*

Después la misma matrona me puso esa cosa para apurar las contracciones y yo no quería inducir, al final no sé si me vio mal y empezó a tirar tallas, para que yo me riera, pero no era chistoso, me dijo -por mi pelo rosado- que por qué me teñía así, que me parecía a la Patricia Maldonado...”

M3: *“La matrona, me decía, que estaba pujando mal, que, si seguía pujando así me iban a quedar los ojos todos ensangrentados. Estaba pujando hace horas, ya no tenía energías y era lo que podía hacer (...) Nadie me enseñó y sólo me decían que estaba mal.*

Era mi primera guagua, tenía dolor. La matrona dijo que por culpa de lo que yo hacía (pujar mal) mi bebé tenía dos cototos gigantes en su cabeza y eso más me angustiaba (...) También me daba un poco de vergüenza al principio que dijera que yo debía pujar como cuando hacía caca.

Me pasó a llevar el cuello uterino y estuve sangrando todo el proceso -en todo el proceso estuve botando sangre- Me tuvo pujando todo el día (...) fue terrible. Al final usó fórceps, yo no quería, pero no dije nada, estaba asustada, triste, sola (...) Quedé traumada por el mal trato que recibí, cuando salí del lugar no me cambié ropa, me fui en pijama, no tenía ánimos. Siento que todo lo que yo creí lindo fue una pesadilla”

M4: *“En un momento, además de tratarme como despectivamente, (la matrona) me entregó una pastilla, dijo que tenía que colocármela por el ano. Luego a mí esa pastilla se me cayó al piso, el piso estaba sucio (...) y yo le dije a la matrona que se me había caído que me diera otra, ella la recogió y me dijo: - “no, póntela igual”-*

Yo siempre he luchado por mis derechos (...) pero en ese momento uno se siente tan vulnerable (...) no fui capaz de hablar, ni tuve fuerza de reclamar, a pesar de saber que no estaba bien. Me sentí maltratada, sola, triste. Hasta que llegó el doctor. El me calmó. Yo sentí que él fue un apoyo. Le tomé la mano y le dije -“gracias doctor” - y me salieron lágrimas.

Después me volví introvertida, todo lo que sentí, no lo manifesté, yo sentí que ahogué todos mis sentimientos, porque me sentí cohibida. Me sentía pequeñita, no tuve como hablar (...)

Había una señora bien apática, que me decía -“tú tienes que hacerte cargo de tu guagua”- Yo sentía dolor, y no les gustaba que yo les pidiera un poco de analgésico (...)

M5: *“Si me quejaba decían que estábamos en pandemia (...) que no era un juego, como que todo lo malo que hacían, lo podían hacer por estar en pandemia (...) uno tenía casi que suplicar para que te tomen en cuenta, tuve la mascarilla mojada y sucia todo el rato y nadie venía a cambiármela.*

Tomé agua, pero no me dieron comida, te hacían callar si gritabas o te quejabas, se portaban como que “tenían mucho poder” así como alguien que sabe que puede hacer lo que quiere (...) uno se siente como chica, vulnerable, pasada a llevar, triste y con rabia -porque no “podís” hacer nada- una TENS me ayudó a limpiarme la boca, porque por el dolor yo vomité, ella me pasó un pañito. Y mi pareja que estaba al lado mío en ese minuto me ayudó.

Mi mamá me decía que su parto fue peor (...) que uno no tiene cómo cambiar eso, pero yo no estoy de acuerdo...”

M6: *Las matronas, enfermeras, TENS, la que me recibió y la que ayudaba al Dr, estuvieron toda la noche después del parto entrando a mi pieza. Yo no descansaba nada, no había privacidad, una TENS hizo gestos y puso caras y dijo “ufff esta guagua está toda cagada” y tiro unas cosas, esos gestos me hicieron sentir muy mal, pero ya ni pensaba, me daba pena, rabia, y me angustiaba eso (...) y eso no ayuda -no ves que se te puede cortar la leche-*

Cada vez que la matrona me hacía tacto y metía los dedos, como que hacía gancho hacia afuera, tiraba, me movía todo el cuerpo, después del parto -en control- me encontraron desgarros, quedé con desgarros hasta 2 meses después, me dijeron que eso pasó porque me forzaron la rotura de la bolsa (...) yo nunca supe, no me dijeron.

No sentí ningún apoyo, ni emocional, ni de algún otro tipo (...) Estás sola, eres mujer y pobre. De hecho, me dijeron -tú tienes derecho a que nosotras vengamos a verte en la noche solo dos veces- el resto debes arreglártelas solita. No me pude bañar los días que estuve internada, perdí mucha sangre y estaba muy mareada, como nadie me ayudó y no iban a verte- y yo no podía pararme- al final no me pude asear (...) El primer día me ayudo una niña que puedo decir fue la única que me ayudó en todo el tiempo. Eso fue muy triste, al final uno se desconecta y debe aguantar... Yo soy Fonasa, siento que fue eso, si hubiera sido Isapre el trato hubiera sido distinto, yo quería irme luego, nada más.

M7: *Igual yo me prepararé, porque con mi primer hijo, yo tenía 18 años y no tenía idea de nada, no hice nada, ni ejercicios, como que fui a parir e hicieron lo que quisieron conmigo, en el sentido que: me pusieron anestesia sin preguntarme, no sentía las contracciones, no me avisaban como pujar, pero con mi última guagua fue todo distinto, yo llegué al hospital informada, así que nadie me iba a pasar a llevar. Aprendí mucho, cosas que antes no pude, les pedí que no la bañaran, que yo quería que se quedara con su vérnix que la protegía (...) me dieron agüita, helado de piña, todos muy cariñosos; y conversando con la matrona, ¡me decía -*

oh! qué bueno que usted esté informada y que sepa de estas cosas- Y yo saque como conclusión, que ellos te respetan cuando tú sabes lo que está pasando contigo, con tu cuerpo y cuando uno se empodera del tema.

M8: *Mira, la clínica donde estuve es buena y eso es una ventaja, pero eso no es todo, tiene una política de parto respetado y natural, las matronas son doulas, entonces hay otro clima, porque hay mucho conocimiento y respeto (...) yo me sentía en libertad para manifestar lo que me pasaba y decir cuánto me dolía, gritar, etc.*

Yo me preparé por eso fue un proceso mágico, como mamífero, y animal en muchos sentidos, puse música y las matronas respetaron todo, mi doctor es un compañero en los partos (...) Los cuidados y la atención que recibí fue un privilegio, y eso todas las mujeres deberían tenerlo, pero falta mucho, mucho amor (...) al final en un ambiente así lo que menos importa es el dolor, porque es un dolor bueno (...) si uno siente miedo está contenida.

M9: *Lo malo fue que me tenía que hacer el PCR antes de ir a la clínica para el parto, y una semana antes me obligaron a tener el PCR en mano, y que fuera negativo, si no, no me podía atender ahí en la clínica, eso lo encontré terrible porque ¿cómo iban a cortarme todo mi proceso por eso? Al final salió negativo (...) pero yo quedé con esa mala sensación, como que uno está sola, y da pena. Lo demás en cuanto al trato del equipo médico nada que decir, los procesos normales de todo parto, nada diferente o raro (...). Los protocolos discriminadores, pero los médicos bien, me sentí segura y tranquila con ellos.*

M10: *La doula es una mujer que te acompaña durante el proceso de gestación, parto y post parto, te acompaña tanto nivel físico como emocional (...) yo me abrí mucho con ella (...) me preparo aroma terapia para el parto, para los dolores y me apañó diciéndome que yo lo podía lograr, yo no sabía lo que eran los dolores y ella me apoyo mucho -ella y mi pareja- pero mi doula me guió desde el comienzo (...) me sentí acompañada, alegre, me sentí tranquila y amada. El personal, nada que decir, estaban todos muy sintonizados: Te preguntaban cómo te sentías, eran muy*

prudentes, respetaron mis rituales, mi música y todo mi plan de parto, porque yo tuve una planificación. Fue una hermosa experiencia

Tabla 35. *Vivencias Contacto Madre e hijo (Testimonios breves, fragmentos)*

Mujer/Sujeto	La experiencia	La emoción/sensación asociada declarada
M1: Madre primeriza, Edad: 25 años Parto Normal	contacto piel con piel limitado	Menciona sentir lata, y limitación en expresar la inquietud
M2: Madre primeriza 26 años Parto normal	Contacto piel con piel limitado	No le gusta, pero no pudo hacer mucho por los protocolos, se siente limitada
M3: Madre primeriza 36 años Parto Normal	Refiere contacto piel con piel de menos de 5 minutos porque se llevaron a su bebé a revisión	Se siente triste, preocupada
M4: Madre primeriza 28 años Parto Normal	Contacto piel con piel de 15 min aprox.	Se siente tranquila al estar con su bebé
M5: Madre primeriza 27 años Parto normal	Contacto piel con piel 10 min aprox.	Conforme y bien
M6: Tercer parto 39 años Parto normal	Contacto piel con piel 15 min aprox.	Tranquila, agradecida
M7: Segundo parto 28 años Parto natural	Contacto piel con piel de más de 30-40 minutos	Agradecida, bien, afortunada
M8: Segundo Parto 41 años Parto natural	Contacto piel con piel de más de 30 minutos	Amor, apego, magia
M9: Segundo parto 32 años	Contacto piel con piel de 15 minutos o más	Feliz, tranquila, se olvidó del dolor

Parto normal		
M10: Madre Primeriza 23 años Parto Natural	Refiere dos horas en contacto piel con piel	Feliz

- **Vivencias Contacto madre e hijo (Testimonios breves, fragmentos):**

En la mayoría de los casos el apego estuvo por debajo de lo recomendado (30 minutos) sin embargo la experiencia produce tranquilidad y sensaciones de bienestar en casi todas las mujeres.

M1: *Me sacaron al bebé - habrán sido después de cinco minutos aproximadamente- fue muy poco rato que lo tuve, pero uno se consuela porque después lo tienes todo el tiempo.*

M2: *Me lo dejaron un ratito (al bebé), ni siquiera pude darle pecho al tiro, se lo llevaron muy rápido a revisarlo -me dijeron que eran los protocolos- yo no pude hacer mucho (...) uno no puede alegar porque son las reglas del juego, después estuvimos juntos sí. Ahora me da pena acordarme de todo*

M3: *Lo pusieron un ratito al ladito (al bebé), pero no pude hacer ese contacto piel con piel que muestran como ideal, y todo con mascarilla porque no podía bajármela en ningún momento, yo sangraba y me sentía mal y estaba preocupada. Fue muy triste.*

M4: *Estuvimos como 15 minutos en contacto piel con piel con mi guagua, eso me alivio la rabia o todo lo que pude sentir antes, me hizo sentir tranquila, ya había pasado y había salido bien. Es el momento que uno espero, como que todo se olvida cuando tienes tu guagua al lado y bien.*

M5: *Yo calculo que estuve 10 minutos con mi bebé en el pecho, pero porque lo exigí -como que todas andaban apuradas querían salir luego de eso- una de ellas, no sé si era enfermera o matrona, no me acuerdo, quería sacármelo luego para revisarlo, y otra le dijo - NO déjalo-. Al final me respetaron estar un rato en contacto y después*

se lo llevaron a revisar y eso lo disfrutamos con mi pareja, así que me sentí bien y estuve conforme.

M6: Este ratito después del dolor es bonito, uno se olvida de lo exterior y abraza a su hijo y agradece, porque a pesar de todo es bueno ser madre, estás como tranquila. Estuvimos como 15 minutos yo calculo abrazados (...) al final no es todo malo, nosotros estábamos bien, y sanos.

M7: Estuvimos en apego más de 30 -40 minutos y luego le cortaron el cordón y no lo lavaron - yo pedí eso- todo muy natural, siguiendo los procesos propios, fue hermoso, me sentí muy cerca de mi guagua, era rico su calorcito, su olor, su humedad. Algo impagable, estaba muy agradecida y afortunada.

M8: Ahí yo calculo que estuvimos entre 30 o 40 minutos, o más, la experiencia es como animal, uno quiere agarrar a su cría y refugiarse, abrazar, el calor entre los dos, se sabe que eso es lo más sano para un hijo (...) es un instinto muy fuerte de estar apegados. Es amor puro, es apego y magia.

M9: El apego fue bueno y siempre es lindo eso (...) lo que uno siente cuando toma por primera vez en su pecho a un hijo, es como que uno se olvida si dolió la inyección o cualquier cosa incomoda, mi experiencia fue buena, y el contacto piel con piel fue por lo menos de 15 minutos, eso me hizo feliz. Existe algo como instintivo de la naturaleza (...) que es medio mágico porque en serio a uno se le olvida el dolor después.

M10: Yo pedí estar lo más posible con mi bebé, y estuvimos 2 horas más o menos. Me dejaron solita en la sala con mi pareja, y disfrutamos juntitos todo ese rato, me sentí muy feliz eso es lo ideal en todos los sentidos

Tabla 36. Vivencias de acompañamiento y participación familiar

Mujer/Sujeto	Experiencia	La emoción/sensación asociada declarada
M1 : Madre primeriza, Edad: 25 años	Acompañamiento de su pareja	Se siente contenida, acompañada en los malos momentos

Parto Normal		
M2: Madre primeriza 26 años Parto normal, programado	Su pareja está presente Está todo el tiempo en el teléfono, no le habla ni la apoya No la contiene No la consuela	Muy sola, triste, maltratada humillada.
M3: Madre primeriza 36 años Parto Normal	Pareja la acompaña sólo en el parto (expulsión) No opina mucho, pero su presencia la tranquiliza y no se siente tan mal.	Se siente segura, acompañada
M4: Madre primeriza 28 años Parto Normal	Parto en solitario por protocolo Covid-19	Sola, triste, decepcionada
M5: Madre primeriza 27 años Parto normal	Compañía de la pareja La contiene y la asiste	Acompañada y bien
M6: Tercer parto 39 años Parto normal	Parto en Solitario por protocolo Covid-19	Sola y trata de conformarse
M7: Segundo parto 28 años Parto natural	Acompañada de su pareja Todo el proceso fue de a dos	Amada, acompañada, complicidad de pareja
M8: Segundo Parto 41 años Parto natural	Acompañada de su pareja	Complementada, apoyada, tranquila
M9: Segundo parto 32 años Parto normal	Acompañada de su pareja sólo en expulsión por protocolo	Acompañada en confianza y tranquila con el equipo médico
M10: Madre Primeriza 23 años Parto Natural	Acompañada de su pareja de principio a fin	Animada, contenida, tranquila

- **Vivencias de acompañamiento y participación familiar (Testimonios)**

breves, fragmento)

El acompañamiento en la mayoría de los casos aporta calma y seguridad a las mujeres, aunque la forma de acompañar también es un factor que determina como buena o mala experiencia el ser acompañada.

M1: *Mi pareja fue mi acompañante, apoyo, me ayudó, yo no sentía las piernas por la anestesia, y no tenía fuerza para moverlas, y él me las movía, me contuvo cuando me sentí mal por los procedimientos. Él sabía que hacer, más que los profesionales de ahí (...) bueno es mi pareja. Pero él fue muy buen acompañante.*

M2: *Con el papá de mi guagua pasé la mitad de mi embarazo (...) en adelante lo pasé más sola que acompañada. Él estaba, pero estaba más metido en internet, en el teléfono que, acompañándome, estaba presente y ausente (...) era la carcasa de él nomas, y eso fue peor porque me sentí humillada, muy sola, maltratada, angustiada, fue muy triste, yo tenía mucha pena, él estuvo ahí y después se fue. Me dejó sola. Fue peor que él estuviera, porque además de la humillación que pasé con la matrona, él vio eso y no hizo nada, y que lo viera también me afectó.*

M3: *A pesar de las humillaciones o malos ratos cuando llega mi pareja eso baja un poco, yo tenía mucho dolor y no me fije mucho, pero sólo que él estuviera ahí me hizo sentir acompañada, uno se siente más en confianza y no es tan terrible (...)*

M4: *Estuve sola en mi parto, no dejaban entrar a la pareja - ni a nadie- eran las condiciones, al final el doctor fue como más acompañante que la misma matrona que es mujer (...)*

Me sentí muy sola en mi parto y triste también, como que uno se decepciona. Estuve sola en todos mis controles y exámenes -por el tema de protocolo COVID-. Estuve sola en todo el proceso de parto, desde que me hicieron el ingreso en la sala de preparto (...) así era el protocolo.

M5: *Mi pareja me sostenía la mano, me acompañó cuando yo vomitaba de dolor - como le dije- él se portó bien, se daba cuenta de lo que yo sufría y estaba nervioso.*

M6: *Estuve sola pariendo a mi guagua -nadie entró- (estábamos todas en la misma). Yo veía a otras mamitas que estaban al frente también, teniendo a sus guagüitas solas, calladas, uno se siente sola, pero hay que conformarse igual (...) nadie te contiene, aunque lo necesites, así es, no queda de otra que consolarte sola.*

M7: *Mi pareja es mi cómplice y planificamos todo desde el principio juntos, la opción del parto lo elegimos los dos (...) él me hacía masajes para el dolor y se entrenó para ese día, me hizo sentir amada, feliz, tranquila, acompañada, todo fue como ideal. De los dos.*

M8: *Él estuvo conmigo en todo (pareja), me puso crema en mis piernas me sostuvo cuando tenía contracciones, me apoyó mucho, es una bonita experiencia de pareja, uno siente que tiene un complemento. Y te sientes tranquila de lo que pueda pasar.*

M9: *Mi pareja sólo pudo estar conmigo en el proceso de expulsión, porque por protocolos del lugar no dejaban que estuviera conmigo todo el tiempo - porque las salas eran pequeñas- pero no me complicó, porque el equipo funcionó bien y me sentí tranquila.*

M10: *Mi pareja es mayor, entonces era bien activo, tranquilo, y no tenía tanto miedo (o eso me mostraba) él me apoyó, me contuvo mucho, me animaba, la compañía de alguien que uno ama, o alguien cercano es lo que todas las mujeres necesitamos en un momento así.*

Tabla 37. *Vivencias Autocuidado y participación*

Mujer/Sujeto	Experiencia	La emoción/sensación asociada declarada
M1: Madre primeriza, Edad: 25 años Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • No piden su opinión en ningún procedimiento • Parto en posición supina (acostada) • Le rompen la bolsa sin que ella 	Angustia, pena, dolor y rabia No se siente protagonista

	<p>quiera</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hubo plan de parto 	
<p>M2: Madre primeriza 26 años Parto normal, programado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No piden su opinión en ningún procedimiento • Parto en posición supina (acostada) • No puede expresar sus opiniones • No hubo plan de parto 	<p>No se siente respetada, no cree que fuera protagonista, se siente mal, pena, rabia, angustia</p>
<p>M3: Madre primeriza 36 años Parto Normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No piden su opinión en ningún procedimiento • Parto en posición supina (acostada) • No puede expresar sus opiniones • Usan Fórceps y no le avisan. • No hubo plan de parto 	<p>Dolor, pena, cohibida, paralizada, sensación desagradable.</p>
<p>M4: Madre primeriza 28 años Parto Normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No piden su opinión en ningún procedimiento • La obligan a ponerse una pastilla que cae al suelo a pesar de que ella se niega • Parto en posición supina (acostada) 	<p>Triste</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sus opiniones no son escuchadas • No hubo plan de parto 	
<p>M5: Madre primeriza 27 años Parto normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No piden su opinión en ningún procedimiento • Limitan la expresión de dolor o la solicitud de ayuda • Protocolos Covid-19 rígidos • Parto en posición supina (acostada) • Sus opiniones no son escuchadas • No hubo plan de parto 	Sensación de injusticia, desatendida, silenciada.
<p>M6: Tercer parto 39 años Parto normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limitan la solicitud de ayuda • No respetan su intimidad • Parto en posición supina (acostada) • Sus opiniones no son escuchadas • No hubo plan de parto 	Incomodidad, rabia
<p>M7: Segundo parto 28 años Parto natural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de parto • Posición cuclillas y arrodillada para el parto • Protagonismo de la pareja y del equipo médico 	Empoderada

<p>M8: Segundo Parto 41 años Parto natural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de parto • Posición de parto: cuclillas, parada, arrodillada • Protagonismo de la pareja y del equipo médico 	<p>Tranquila, confiada</p>
<p>M9: Segundo parto 32 años Parto normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No hizo un plan de parto • Posición supina para el parto (acostada) • Fue informada y protagonista de su proceso 	<p>Bien en general</p>
<p>M10: Madre Primeriza 23 años Parto Natural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de parto • Posición apoyada en su pareja cuclillas para el parto • Protagonismo de la pareja y del equipo médico 	<p>Gratitud, sensación de bienestar</p>

- **Vivencias de autocuidado y participación (Testimonios breves, fragmentos):**

La mayoría de las mujeres no se sintieron protagonistas en sus partos, hay una sensación general de que no es posible ser protagonistas porque hay limitaciones externas que lo impiden.

M1: *¡Claro! Si uno piensa, esa rabia, pena, angustia, o lo que se siente, es porque uno sabe que es injusto (...) a uno le gustaría poder opinar, elegir algo mejor, pero eso nunca pasa -o por lo menos para uno es como una fantasía no más- los médicos con suerte hablan, y los matrones eran súper mandones, ellos hacían las cosas no más (...) El poco ratito que estuvo la matrona -la mujer- ella fue suave y me comentaba como iba todo y yo podía participar un poco. Pero en general uno está "a la suerte de la olla" (...) dependes del otro. No tuve eso que dice usted del plan*

de parto, a uno no le consultan mucho. Tuvimos pocos controles también y siempre lleno.

M2: *No me sentí protagonista -a pesar de que yo sí quise algo planificado- pero con el dolor y las humillaciones uno se siente tan mal que le da cosa opinar (vergüenza)... Uno se silencia como cuando eras chica, y aguantas, y como te faltan el respeto (...) yo sentía pena y rabia, entonces como que esa sensación se adueñó de todo -igual no era sólo por el mal trato de la matrona- es que el papá de mi bebé me estaba afligiendo. Así es difícil poder ser consciente de lo que pasa con uno y participar porque no se dan las cosas.*

M3: *Es difícil que tú participes en un ambiente así, estás con dolor, con pena y te tratan brusco, en vez de alentarte te dicen que estás pujando mal -más te cohíbes- te paralizas, te sientes mal, no el 100% del tiempo, pero ya estás con esa sensación.*

M4: *Yo creo que pude hablar y negarme a lo malo por momentos, pero no me hacían caso (...) si me tuve que meter una pastilla sucia. Pero yo traté todo el tiempo de estar opinando, pero fue como peor porque la matrona se ponía peor, a ella no le gustaba que uno opinara. Así era antes me decía mi mami, era impensado que las mujeres que tenían sus guagüitas pudieran decirle algo al doctor o a la matrona porque ellos son los que saben y no uno (...) hoy debería ser distinto, pero no es así, es triste.*

M5: *Nos hacían callar y apenas se podía pedir ayuda (por esto del Covid), esas eran las formas que tenían, entonces mi experiencia no fue de protagonismo.*

Yo creo que era chiva eso del Covid -estamos en peligro si yo lo sé- pero no es por eso que lo hacían, yo creo que no querían trabajar. Eso da rabia porque es injusto, y porque es como que te obligan a estar callada.

M6: *No puedes ser protagonista, aunque quieras (...) si cuando yo quería dormir y pedía que me dejaran descansar me hacían callar, y se paseaban peor. Además, me dijeron clarito que ellas no iban a ir más de 2 veces a verme - imagínate si uno*

tiene una emergencia-. Yo creo que esto del protagonismo de las madres es difícil que se dé en el sistema que tenemos.

M7: *Sí, yo fui protagonista desde el minuto uno -me trataron bien- me informé de todo (no fue como mi primera vez). Uno se siente empoderada y como con esa energía buena (...) yo creo en las energías y todo eso ayuda a que sea hermoso.*

M8: *Como te decía -esta clínica es especialista- uno siempre es protagonista, no es barato así que es lo mínimo (risas). Pero mi experiencia es esa, planificamos algo con amor y lo concretamos con la ayuda de otros (...) si tu guagua nace en un ambiente que tu preparas, estás tranquila y confiada que todo es lo mejor que pudiste hacer.*

M9: *Con mi equipo médico yo fui protagonista, me informaron todo, me contuvieron en todas las situaciones, sólo que la clínica fue un poco de mal actuar al principio, y te discriminan por el Covid-19. No elegí la posición para que mi guagua salga, porque sólo está la camilla y uno termina estando como cuando vas al ginecólogo, acostada, pero así es siempre, o lo común. Mi doctor en algún momento me comento del plan de parto, pero no me lo pidió directamente, como que me contó que había mujeres que planificaban, yo no escribí nada específico (...) Me sentí bien en general.*

M10: *Mi experiencia fue muy protagónica, todo me lo preguntaron, yo elegía, me moví, me senté o me acosté cuando yo quise, estuve todo el tiempo con mi hijo, tal cual lo planificamos con mi pareja, yo parí sostenida de él y eso fue hermoso... Todo lo que yo pude hacer por mí y mi proceso lo hice, y estuve apoyada, entonces si pienso en las emociones y sensaciones son muy de gratitud o de sentirse bien.*

Tabla 38. *Vivencias sobre el ambiente físico*

Mujer/Sujeto	La experiencia	La emoción/sensación asociada declarada
M1:	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente en 	Ni bien ni mal

Madre primeriza, Edad: 25 años Parto Normal	orden y limpio <ul style="list-style-type: none"> • Lleno de mamás • Camas viejas pero limpias 	
M2: Madre primeriza 26 años Parto normal, programado	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente limpio • Frío • Incomodo • Poco acogedor 	Incomodidad
M3: Madre primeriza 36 años Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Como una carnicería • Poco acogedor 	Nervios al recordar
M4: Madre primeriza 28 años Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Piso sucio • Maquinas bien • No era cómodo 	Rabia
M5: Madre primeriza 27 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • Ni sucio ni limpio • Mucho olor a alcohol • Hacía frío 	Incomodo
M6: Tercer parto 39 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin privacidad • Mucho ruido • Luz encendida casi toda la noche • Colchones duros 	Incomoda, molesta, cansada
M7: Segundo parto 28 años Parto natural	<ul style="list-style-type: none"> • Luz tenue • Aromas • Cálido, acogedor • Música • Almohadones grandes 	Cómoda
M8: Segundo Parto 41 años Parto natural	<ul style="list-style-type: none"> • Luz tenue • Aromas • Cálido, acogedor • Música 	Cómoda, en un lugar propio
M9: Segundo parto 32 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • Iluminado • Limpio • Cómodo • Buena temperatura 	Cómoda dentro de lo posible

	<ul style="list-style-type: none"> • Insumos y maquinas bien 	
M10: Madre Primeriza 23 años Parto Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Aromas • Música • Temperatura ideal • Lugar de refugio 	Protegida y cómoda

Vivencias sobre el ambiente físico (Testimonios breves, fragmentos)

El ambiente físico es un eje que no sale mal evaluado en general, pero no se constituye en la mayoría de los casos como un lugar cómodo o acogedor.

M1: *El ambiente era normal, como todos los hospitales, no vi maquinas malas o algo, sí, las camas eran viejas y sonaban enteras, pero estaban limpias, no me sentí ni bien ni mal con eso.*

M2: *A mí en general me incomodan los ambientes hospitalarios, el olor, etc. Si pienso (...) eso es poco acogedor y frío, recuerdo que sí sentí frio e incomodidad.*

M3: *Yo lo recuerdo como una carnicería, mucho metal, el piso frío, poco acogedor, (me dio nervios recordar) ...*

M4: *Lo único que recuerdo es que cuando se cae la pastilla al suelo, estaba manchado y sucio, lo demás se veía bien (las maquinas o lo que te ponen para monitorear). Pero si conecto con ese recuerdo me da rabia.*

M5: *El lugar no se veía radiante pero tampoco mugriento, recuerdo que había mucho olor a limpiador como alcohol, y yo me pregunté si eso químico nos podía hacer mal, era incomodo el lugar (como los hospitales) y sentí helado (frío), me dio frío en algún rato.*

M6: *Como decía, la pieza parecía paseo público, no pedían permiso, entraban en la noche y a cualquier hora (muy poca privacidad, bulla, luz prendida) incómodo total, esas cosas me molestaron y me dejaron cansada.*

M7: *El ambiente lo preparamos con aromas de velas, inciensos para calmar y relajar, la luz era bajita, todo suave o blandito (almohadones grandes, paños, etc.) nos dejaron poner música, todo muy bien, muy acogedor.*

M8: *Tratamos de tener luz bajita, nos dijeron que podíamos tener aromas, mantas, música y todo lo necesario, entonces desde mucho antes lo preparamos todo, ya el lugar en sí es cómodo y acogedor, pero uno le da su toque personal para sentirse como en su lugar propio.*

M9: *Estaba todo limpio, yo no me sentí ni con frío ni con calor, estuve bien dentro de lo posible (una clínica que no es tu casa) pero en general estaba todo muy pulcro, muy ordenado, limpio.*

M10: *Uno llega esperando preparar su nido, su refugio, se siente como así... pusimos una luz bajita, el lugar tenía como modular la luminosidad (¿así se dice no?) yo lleve aceites de aromaterapia que eran para la calma, el dolor o la ansiedad, ese olor me da buena sensación aún, pusimos música y llevamos un tambor ceremonial. El lugar quedo protegido, cómodo.*

Tabla 39. *Significación Bienestar materno*

Mujer/Sujeto	La experiencia	La emoción/sensación asociada declarada
M1: Madre primeriza, Edad: 25 años Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Discursos maternos y sociales • Compañía • Salud de ambos (madre e hijo) • Economía en el parto • Dolor • No trauma • Lo imaginaba peor 	Conformidad, afortunada Contradicción entre emoción y creencias.
M2: Madre primeriza 26 años	<ul style="list-style-type: none"> • El bienestar está asociado a la pareja, a la compañía 	No hubo bienestar. Agradece la salud

Parto normal, programado	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un sueño que no se logra • Hay una mala experiencia • Lo imaginaba más terrible 	
M3: Madre primeriza 36 años Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • El dolor no la deja disfrutar del momento • La preocupación se toma el espacio • Discursos sociales de dolor y enfermedad en el parto 	Siente malestar Desea cambiar lo ocurrido
M4: Madre primeriza 28 años Parto Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar opacado por el dolor y el trato • Cierta momento de bienestar por el doctor que la calma. • Imaginaba peor el espacio del parto 	No siente bienestar pero se considera con suerte
M5: Madre primeriza 27 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • Conformidad a no estar en bienestar • Covid-19 como impedimento • Salud • Cree que la realidad es peor 	Ni malestar ni bienestar No fue lo soñado
M6: Tercer parto 39 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • Sueño de un parto diferente, respetado • Idea de Comodidad que no ocurre • Salud • Lo ideal hubiera sido la confianza con el equipo y el 	No siente conformidad ni bienestar, hubiera querido que todo fuera diferente

	espacio <ul style="list-style-type: none"> • Se resigna a algo negativo 	
M7: Segundo parto 28 años Parto natural	<ul style="list-style-type: none"> • El bienestar está asociado al apego, unión familiar • Busca generar bienestar • Situación económica y bienestar • 	Confiada, apoyada, en bienestar
M8: Segundo Parto 41 años Parto natural	<ul style="list-style-type: none"> • El bienestar asociado a la salud y a las opciones de alivio del dolor y comodidad • Al compañerismo de su pareja 	En bienestar
M9: Segundo parto 32 años Parto normal	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar asociado a la seguridad del espacio y de los profesionales • Salud y comodidad • Disponibilidad de anestesia 	Se siente bien, cree que su hijo y ella estuvieron en bienestar.
M10: Madre Primeriza 23 años Parto Natural	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar asociado a la poca intervención médica • Las energías del lugar y de la complicidad de su pareja y sus acompañantes • Dar la bienvenida amorosa a su guagua • Conectar con la naturaleza del parto 	Siente que logró bienestar

- **Bienestar (testimonios breves, fragmentos)**

El bienestar para la mayoría de las mujeres está asociado a las creencias sociales sobre la maternidad y el dolor, a los discursos ajenos y a los propios sueños y expectativas, también a las condiciones de la pareja, a lo económico, emocional y a la atención y buen trato que se recibe.

M1: *Yo esperaba en mi interior, algo como distinto (...) porque cuando tu mamá o las amigas, o la gente, te cuentan cosas, tú piensas que el parto es terrible (...) yo lo imaginaba muy sangriento o doloroso, injusto en varias cosas.*

Yo me angustié porque muchos hombres me tocaron mi vagina (aunque eran matrones) pero luego, en mi pensamiento como que no fue algo así como tan traumante -yo lo imaginaba peor- por lo que había escuchado (...) no fue mala mi experiencia en comparación a otras (...) no más que el dolor que siente cada mujer, y lo que uno tiene que aguantar. Hay cosas que me hicieron llorar, pero dentro de todo fui afortunada.

M2: *Mi ideal se asociaba mucho a mi pareja, yo estaba enamorada y embarazada y lo imaginaba a él participando porque lo planeamos juntos y busqué mucho tiempo ser madre, pero él me dejó sola, me tocó una matrona mala y una mala compañía, un mal padre. Entonces yo quería que todo estuviera bien, pero era difícil, bienestar entonces no tuve. Tampoco tuve lo que yo soñaba como ideal o como un rango base. Pero sí agradezco que mi bebé es sano y que todo está bien hoy.*

M3: *Mi ideal como asociado a estar bien o lo que yo creía como bueno para mí tenía que ver con que mi hijo y yo estuviéramos bien, sanos, que el dolor fuera soportable, que pudiera estar con mi pareja y con alguien que me ayude (...). Pero la matrona me angustió y sólo pude estar un rato acompañada, la salud de mi bebé me obsesionó desde que me dijeron que por mi culpa tenía cototos, entonces no puedo decir que sentí bienestar, sino lo contrario, y hubiera querido retroceder el tiempo y cambiarme de lugar para ir a tener a mi guagua... aunque si uno piensa yo no soy*

lo peor del caso, hay mucho que uno sabe que pasa, lo que ves en la tele (...) entonces uno se conforma, a pesar de ser malo, yo lo imaginé peor aún.

M4: *El bienestar lo imaginaba como un lugar amoroso, y no lo que pasé con esa matrona (...) estoy agradecida que el doctor llegó y me dio esa seguridad porque yo estaba muy asustada todo el tiempo, imagínate: asustada, con dolor y que te traten mal, y además que te obliguen a hacer algo, entonces tu además estás preocupada porque tu hijo esté bien. Si pienso yo no tuve bienestar; pero sí tuve suerte de otras cosas...*

M5: *En cuanto a lo que yo creía ideal o a mi idea de bienestar (eso que uno sueña) sabía que no iba a ser como yo soñaba (...) mientras estaba embarazada, me dio COVID, y como escuche todo lo que pasaba, y lo mal que se pasaba (...) mis sueños se esfumaron, eran sueños de un parto respetado. y fue todo lo contrario. Yo no estuve mal u horrible como otras mujeres, porque no tuve síntomas malos, pero no creo que el parto fuera beneficioso, o con bienestar o felicidad.*

M6: *Tuve un buen parto dentro de todo, porque no morimos y estamos sanos, pero me hubiera gustado tener un parto más natural -no algo caro- pero algo bueno (...) la verdad, esas ideas y sueños se fueron esfumando, había leído del parto respetado (...) yo hubiera querido conocer antes a la matrona que me atendió, que hubiera más confianza, que fuera más íntimo, con poca gente revisándote y controlarte, no el paseo eterno y la incomodidad. No sentí bienestar, y me hubiera gustado que mi parto fuera diferente, no quedé conforme con ninguno de mis partos la verdad.*

M7: *Mi idea siempre fue tener una familia y un compañero que estuviera en este momento - por eso yo busque, nosotros buscamos- que todo estuviera arreglado y preparado para que saliera bien, para estar bien. Lo que ayuda también es el dinero; porque en los hospitales no hay esa opción tan fácil, no están las condiciones, menos en pandemia. Por eso la situación económica nos ayudó a estar bien, es parte de estar tranquilos y tener opción a un parto respetado.*

M8: *Yo sentí el bienestar de poder elegir, lo que no me paso con mi otro hijo, pero sí tenía miedo del dolor, entonces necesité entrenarme y aprender y buscar opciones que me dieran confianza. Eso era importante para sentirme bien y cómoda, independiente de las comodidades y de contar con un equipo, además mi compañero cumplió un gran papel, porque uno necesita sentirse apoyada por su pareja. Eso afirmó mi bienestar.*

M9: *Uno nunca tiene como seguridad de nada, pero para mí el tener salud y no tener el virus por ejemplo me hizo sentir en bienestar, -porque estaba tranquila- el doctor es bueno y eso me hizo sentir segura, las enfermeras me ayudaron mucho y me pusieron anestesia apenas empezó a doler mucho, entonces tampoco sentí dolor extremo, eso ayuda (...). Sí me sentí bien, no perfecto porque estábamos en situación de cuarentena. Pero sí siento que tuvimos bienestar con mi guagua.*

M10: *Lo ideal es conectar con tu propia naturaleza materna, de mujer que sabe parir - las energías del lugar son súper importantes- que exista un diálogo entre tú y las personas que te acompañan; yo esperaba darle una hermosa bienvenida al mundo a mi guagua, que entrara a esta dimensión (o vida) de una forma equilibrada, amorosa. Eso fue mi idea de bienestar y creo que lo logramos.*

4.3 Interpretación de los resultados

Análisis características generales del grupo de estudio (muestra total):

La mayor parte de las mujeres de la muestra son chilenas y tienen entre 20 y 30 años al momento del parto, hay 8 casos de embarazo adolescente, jóvenes que tenían entre 13 y 19 años al momento del parto. El Embarazo adolescente es considerado un factor de riesgo que puede afectar el bienestar materno en situación de parto, sobre todo si este se asocia a determinantes sociales y a la alta morbilidad materno infantil, al círculo de la pobreza y la desigualdad de género (Lavanderos, Haase, Riquelme, Morales y Martínez, 2019).

Esto es importante de observar sobre todo porque la mayoría de las mujeres del estudio El 68.3% (56 mujeres) consideran que su situación socioeconómica es

desfavorable, y se declara en condición de pobreza. Y porque para la mayoría de las mujeres este es un factor determinante en la tranquilidad y bienestar en su parto y maternidad; 78 mujeres (95.1% de la muestra total) declara que su condición socioeconómica se relacionó al bienestar en su parto y maternidad. La mayoría de las mujeres de este estudio (61 mujeres) tuvieron su parto en el sistema público de salud “Hospital” y 21 mujeres en el sistema privado de salud “Clínica”.

84.1% de la muestra (69 mujeres) NO estuvo contagiada con Sars-cov2 al momento de su parto, sólo 9 de 82 mujeres de la muestra estuvieron contagiadas de Covid-19. Los testimonios de malos tratos, intervenciones excesivas y violencia declarados en fase cualitativa, no están asociados al contagio con sars-cov2 o a los protocolos en pandemia.

67 mujeres de la muestra tienen parto vaginal (con medicación) y 15 mujeres de la muestra tienen parto “natural” (sin medicación y muy poca intervención médica) En fase cualitativa las mujeres que tuvieron su parto natural planificado y con mínima intervención, declaran tener una experiencia de parto favorable y en bienestar.

55 mujeres de la muestra sintieron necesidad de apoyo y contención psicológica después de su parto. Sin embargo, a la mayoría de las mujeres de la muestra (70.7% - 58 mujeres) no se le ofreció ningún tipo de acompañamiento o contención profesional o psicológica en su proceso de embarazo y parto.

La mayoría de las mujeres del grupo de estudio (89% - 73 mujeres) declara haber tenido miedo a la experiencia del parto y lo veía como un lugar “terrible, doloroso”, sólo 9 mujeres de la muestra (11%) no sentía temor de la experiencia del parto.

Para 45 mujeres de la muestra, el bienestar o satisfacción de su parto estaba asociado a la presencia de su pareja/padre de su bebé, para 37 mujeres de la muestra, la presencia de la pareja/padre de su bebé no fue importante para su sensación de satisfacción o bienestar en el parto.

Para la gran mayoría de las mujeres de la muestra (95.1%- 78 mujeres) la condición socioeconómica está muy relacionada al bienestar y satisfacción en su parto, sólo 4 mujeres declaran que esto no fue una condicionante en su satisfacción.

4.3.1 Análisis Escala BMSP2

A pesar de que sólo 9 mujeres estuvieron contagiadas de Covid-19 al momento del parto y pudieron quedar expuestas a condiciones de un trato diferente. Son 24 las mujeres de la muestra, que en fase cuantitativa presentan “Malestar” en situación de parto. 34 mujeres de la muestra se encuentran en niveles “adecuados” de bienestar, y 24 mujeres en niveles óptimos de bienestar materno en situación de parto.

En la dimensión Cuidado Relacional de calidad, asociado a la experiencia de la buena atención de parte del sistema completo, 25 mujeres de la muestra presentan malestar. 57 mujeres están en niveles adecuados y óptimos.

En la dimensión Autocuidado y Confort, referida al manejo y participación activa en las decisiones del parto; 24 mujeres de la muestra presentan malestar, 35 mujeres están en niveles adecuados y 23 mujeres en niveles óptimos.

En la dimensión Condiciones para el Contacto Madre e Hijo, que está asociada a la opción y derecho de poder estar el tiempo necesario con su bebé, 25 mujeres de la muestra presentan malestar, 32 mujeres niveles adecuados y 25 mujeres niveles óptimos.

En la dimensión percepción de atención despersonalizada, que se refiere a la falta de compromiso y mala atención de los profesionales de la salud; 22 mujeres presentan niveles de malestar, 33 mujeres presentan niveles adecuados y 27 mujeres presentan un nivel óptimo.

En la dimensión Participación Familiar Continua, que se refiere a la oportunidad de permanecer con la pareja, o con una persona o familiar durante el

proceso de pre parto y parto, 28 mujeres de la muestra presentan malestar, 35 mujeres niveles adecuados, y 19 mujeres niveles óptimos.

En la dimensión Cuidado Respetuoso y Oportuno, que se refiere a la compañía, apoyo y presencia profesional adecuada, 28 mujeres de la muestra presentan malestar, 32 mujeres presentan niveles adecuados y 22 mujeres niveles óptimos.

En la dimensión Ambiente Físico Confortable, que se refiere a todas las condiciones físicas y a la comodidad que tuvieron las mujeres (insumos, limpieza, infraestructura), 30 mujeres de la muestra presentan Malestar, 33 mujeres niveles adecuados y 19 mujeres niveles óptimos.

Si bien, Los niveles de malestar se mantiene en todas las dimensiones del instrumento aplicado, el acompañamiento continuo de personas significativas, la libertad de movimiento, la elección de la posición al momento del parto, la alimentación, el contacto piel con piel igual o mayor a 30 minutos no se reportan como un estándar de cuidado en este estudio, esto coincide con los resultados arrojados por la encuesta de nacimiento en Chile de (OVO Chile, 2018, pág. 5), muchas veces los malos tratos vividos son soportados en silencio por la creencia de que el médico o la matrona son quienes saben al respecto, y es complejo contradecir dichas ordenes, el temor al parto o a que algo grave puede ocurrir lleva a que muchas veces las mujeres tomen como positivas ciertas acciones que las perjudican.

4.3.2 Análisis Entrevistas Cualitativas

Las vivencias generales de cuidado de la mayoría de las mujeres se asocian a procedimientos invasivos y tratos hostiles.

En la mayoría de los casos se observan exceso de maniobras (tactos, instrumentalización, rotura de membranas, insultos, mal trato) atenciones que hacen sentir vulnerada a la mayoría de las mujeres. Los partos naturales, se constituyen como una buena experiencia en general, y son quienes se posicionan

como el espacio ideal de cuidado. Algunas mujeres tomaron posiciones distantes como mecanismos de defensa ante los malos tratos o situaciones, abstrayéndose de esta experiencia, esperando que “pasara rápido y salir corriendo de ahí, al final era lo único mejor que podías hacer, sino no ganas, te joden” algunas optaron por defenderse y sienten que eso las afectó “fue peor, porque yo me puse chora, y al final me trató peor, no me arrepiento de haberle dicho, pero ellos tienen poder y tú nada, además estás tirada con dolor, ellos te ganan por todos lados”

La relación entre mujeres y el personal médico se caracteriza por la falta de diálogo, por la asimetría en el trato, por el reforzamiento del poder médico sobre la opinión y expectativa de las gestantes. La violencia verbal de parte del equipo de obstetras no es inusual y se ejerce especialmente con madres solas, o jóvenes. Para la mayoría de las entrevistadas esto se observó como forma de castigo y de mostrar una posición de poder y autoridad. Casi todas ellas vivieron críticas y represión por sus expresiones de dolor y emociones en el parto. *“este no es un lugar pa venir a llorar señora, tiene que preocuparse de sacar a su hijo de su cuerpo”* Estas son algunas de las expresiones que declaran haber escuchado las mujeres de la muestra en su parto. La represión por la manera de pujar y la rotura obligada de la bolsa, en más de 5 casos.

En las vivencias de contacto madre e hijo, 7 de 10 mujeres de la muestra refieren que estuvo por debajo de lo recomendado por la OMS (30 minutos). Sin embargo, la experiencia produce tranquilidad y sensaciones de bienestar en casi todas las mujeres, independiente de la experiencia previa de mal trato. El sólo contacto con su bebé hizo que todas las mujeres sintieran tranquilidad. En la mayoría de los casos fueron los profesionales los que impiden el apego ideal, interrumpiendo el momento o quitándoles al bebé a las madres antes del tiempo. En ningún caso (salvo en los de parto natural, con plan de parto) los profesionales dieron tiempo de apego respetuoso y permitieron el contacto más de 30 minutos. Todas las demás mujeres fueron limitadas en este espacio de primer contacto piel con piel. La mayoría de las mujeres de la muestra declaran que esto se debía a protocolos por Covid-19.

El acompañamiento para la mayoría de las mujeres significó sentirse en bienestar y apoyadas, aporta calma y seguridad, pero la participación requiere no sólo la presencia, sino una forma de acompañamiento significativo y particular que proporcione sostén a la mujer que va a parir. Para algunos casos de entrevistas la presencia del padre afectó el bienestar materno en situación de parto por las actitudes propias del acompañante y la situación emocional entre ambos.

La compañía masculina y paterna en el parto no siempre es la ideal y depende de varios factores que se necesitan observar.

La mayoría de las mujeres entrevistadas no se sintieron protagonistas en sus partos. Hay una sensación general de que no es posible ser protagonistas porque hay limitaciones externas que lo impiden, e incluso que en el momento de tomar protagonismo fueron censuradas *“Cuando exigimos se nos hizo callar, que no teníamos empleadas particulares, y nuestras mascarillas estaban mojadas y sucias”*. La posición litotómica es la forma generalizada de parto en la mayoría de las mujeres de la muestra, sin tener opción a elegir una postura diferente. Sólo los casos de parto natural con plan de parto (3 mujeres) declaran haberse sentido empoderadas y protagonistas de su parto.

El ambiente físico no aparece en los relatos como algo que se marca como negativo especialmente, salvo en un caso particular, pero, para la mayoría de las mujeres el hospital o clínica no significó un lugar acogedor o cómodo.

Quienes se aferran mucho al relato de lo espacial y del ambiente físico, la temperatura, los aromas, los sonidos, la luz, etc. Son las mujeres que preparan su parto y tienen un nacimiento natural, y son ellas quienes intervienen el espacio donde van a parir, esto es parte esencial de la experiencia.

La mayoría de las mujeres de la muestra tanto en parto normal o natural, en fase cuantitativa como en fase cualitativa declaran haber tenido temor o miedo al momento del parto, incluso hay relatos que reflejan un imaginario muy hostil, doloroso y severo en extremo. Peor de lo que en realidad fue *“Es que cuando yo me imagino todo lo que vivió mi mami, por ejemplo, en esos años, usted sabe que*

no podían quejarse, incluso a una amiga que la rajaron y la dejaron muy mal, yo creo que a pesar de todo no fue tan malo, y que fui afortunada” para otras mujeres “El parto es dolor, siempre uno lo sabe, que no es fácil y si no sabes tienes miedo, yo en mi primer parto tenía terror, y en el segundo a pesar de ya saber igual sabía que no sería lindo...”. Esta percepción se observa muy asociada a la idea del dolor patológico, y a los relatos culturales y sociales sobre la mujer que sufre al parir. También a ciertas formas que el sistema médico levanta como discursos desde la práctica y atención. Contrario a lo que se pudiera creer, esto, en vez de afectar la idea de bienestar parece favorecerla, desde la emoción de “gratitud”, de no haber pasado algo peor.

Y si bien, desde el diálogo, se evidencia una constante contradicción entre emociones vividas y percibidas como negativas; desde el discurso comparativo (entre lo que creían, escucharon y lo que fue), sienten que su experiencia fue buena dentro de todo, porque no fue “la peor de todas”. En cuanto a la conformidad con la experiencia de parto, la mayoría de las mujeres de la muestra (76.5% - 63 mujeres) declara que le habría gustado que su parto fuera mejor de lo que fue.

4.3.3 Análisis de los resultados y las recomendaciones OMS

Para la OMS la atención respetuosa de la maternidad tiene que ver con una atención organizada e igualitaria (en términos de equidad) a todas las mujeres de manera que se mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, su integridad física, que les permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. Según la misma Organización Mundial de la Salud, en cuanto a la duración del período de dilatación, se debe informar a las mujeres que no hay establecida una duración estándar de la dilatación y que esta fase puede variar en tiempo y forma, ampliamente de una mujer a otra (OMS, 2018). En el caso de este estudio todas las mujeres que tuvieron parto normal fueron apuradas en sus procesos, introduciendo balones para apurar la dilatación, y en algunos casos orilladas a inducir su parto, e incluso sus bolsas fueron rotas con las manos por los matrones para “apurar” el proceso, dejando desgarros en algunas de ellas.

La OMS también recomienda dentro de los estándares de un parto respetado, la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, porque se debe evitar que la madre se sienta con hambre o sed. En la gran mayoría de los casos del estudio, la ingesta de alimento no fue un estándar de cuidado.

53 mujeres de la muestra se sintieron abandonadas y como que sus necesidades fueran indiferentes al personal de salud. Además 58 mujeres manifestaron que no pudieron moverse o estuvieron limitadas a la libertad de movimiento en el pre-parto y parto. Aun cuando la OMS recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida (no litotómica) durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo; acá se establece que la mayoría de los partos ocurren en posición litotómica y que la mayoría de los partos fueron normales y de bajo riesgo.

Con relación al contacto piel con piel, la OMS recomienda que se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto con sus madres durante la primera hora después del nacimiento, para prevenir la hipotermia y promover la lactancia, entre otras cosas. Pero en las cifras del estudio la mayoría no superó los 30 minutos de contacto piel con piel con su hijo, estando muy por debajo de ese tiempo en la mayoría. Sólo en 3 casos (parto natural) esto se cumple.

De todos los procedimientos que la OMS establece como necesarios para un parto en bienestar, ninguno se asocia a observar la situación, estado o contexto emocional de la gestante. Y se limitan, como se ha dicho anteriormente, sólo al aspecto físico o biológico en la atención (OMS, 2018).

4.3.4 Los resultados y el contexto pandemia

El MINSAL en su documento oficial “Orientaciones para el manejo de casos SARS-COV2 (COVID-19) En gestantes, Puérperas Y/O diadas” de junio de 2020, precisa una serie de recomendaciones para una atención oportuna, segura y de calidad a las gestantes, que insta a considerar su entorno familiar, dice también que las gestantes tienen mayor riesgo frente a la población general, sin embargo posterior a ello, y según los estudios científicos realizados, se menciona que todas las

pruebas resultaron negativas para el contagio en recién nacidos; Por un lado, se cree que las embarazadas corren más riesgo, y por otro, según estos estudios se confirma que el riesgo no es tal, y que el contagio en general es bajo durante el embarazo y parto.

se cree que las mujeres embarazadas podrían tener un mayor riesgo de enfermedad, morbilidad o mortalidad severas en comparación con la población general, debido a los cambios fisiológicos propios de la gestación. Respecto de la transmisión perinatal, existen estudios recientes donde se han estudiado muestras de líquido amniótico, sangre de cordón umbilical, hisopado faríngeo del recién nacido y leche materna que resultaron negativas para COVID-19, por lo que no se cuenta con evidencia suficiente que determine la transmisión vertical de COVID-19 durante el embarazo. (MINSAL, 2020a, p.6)

Con estos antecedentes, el Ministerio de Salud de Chile recomienda que:

Todas las mujeres embarazadas, incluyendo aquellas con confirmación en aislamiento o sospecha de COVID-19, aun las que deban mantenerse en condiciones de cuarentena, tienen derecho a cuidados de calidad antes, durante y después del parto. Esto incluye prevención de violencia y atención a la salud mental... y las normativas, protocolos y orientaciones vigentes en toda la red NO SE MODIFICAN... (MINSAL, 2020a, pp. 6-7).

En este estudio sólo nueve mujeres estuvieron contagiadas con sars-cov2, sin embargo 24 mujeres de la muestra presentan malestar en situación de parto – en los diversos ejes que mide el instrumento entre 22 y 30 mujeres de la muestra estuvieron en condiciones de malestar en su parto. Y además 31 mujeres declaran haber sido tratadas como Covid positivo sin serlo.

A la mayoría de las mujeres de la muestra no se les ofrece contención o apoyo psicológico en su proceso de parto o puerperio, y la mayoría de ellas dice que necesitó aquella contención. La mayoría de los relatos en fase cualitativa contienen aspectos de violencia obstétrica, tratos hostiles, exceso de maniobras, poco

protagonismo y falta a los derechos sexuales y reproductivos. Esto no se logra justificar por medio de los protocolos de prevención del virus sars-cov2, incluso son las mismas mujeres quienes relatan experiencias similares en partos anteriores sin un contexto de emergencia sanitaria que los determine. Las mujeres relatan experiencias que se dividen entre decidir y acatar, las cuales están determinadas en si el parto fue natural o normal coincidentemente.

CAPITULO V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

Las principales representaciones sobre el parto se estructuran en lógicas que patologizan el proceso y que persuaden a la gestante, haciéndole creer que no será capaz de parir y que necesita que otros le digan cómo parir, qué hacer y cómo comportarse en su parto.

Además de su acento paternalista y su lógica de poder, las relaciones que se producen y reproducen entre obstetras y mujeres son casi en su mayoría de lógica vertical -y bajo esta razón- es difícil que la mujer tome el protagonismo de su parto.

Las diversas representaciones existentes en torno al parto natural-normal en un lugar ajeno a la institución de salud (en casa) o con mínima intervención, como una forma más dolorosa y arriesgada, genera inseguridades y miedos en muchas mujeres, lo que impide, en la mayoría de los casos, que ellas lleguen a planificar un parto diferente. Es así como la lógica medicalizada y paternalista del nacimiento se instala como una verdad absoluta y como el único medio para controlar o prevenir los espacios de riesgo. Esto ocurre porque son los mismos profesionales del área que entregan -información no basada en evidencia científica- y porque el sistema no da las facilidades para abrir las posibilidades de sustentar partos en casa. Con esto, además de intervenir en lo físico, influyen en las decisiones de las mujeres: para inducir partos, apurar procesos, realizar cesáreas y cambiar planes de parto, -apelando a la culpa y al miedo-. Lo anterior termina no sólo por afectar a las mujeres y violentarlas, sino que las “convence” de tomar decisiones contra su voluntad, aludiendo a -que si no lo hacen- sus hijos saldrán perjudicados por esas decisiones.

La Confederación Internacional de Matronas (International Confederation of Midwives (ICM, s,f) en relación a la situación de emergencia sanitaria mundial ha declarado que se encuentra en alerta por la introducción, en muchos países, de protocolos inapropiados que no se basan en evidencia y que son perjudiciales para las mujeres y no respetan los derechos humanos.

Desde este estudio, podemos inferir que el factor protocolo influye en que se sustenten ciertas prácticas en el espacio clínico que pueden mermar el bienestar materno -como por ejemplo el aislamiento- pero este no es el motivo principal del malestar de las mujeres gestantes del estudio.

Los resultados de esta investigación mostraron que las mujeres se vieron afectadas principalmente por dinámicas de poder que parecen estar establecidas como modos de atención por años, y no se justifican por el sólo contexto de pandemia. Muchas de estas mujeres pasaron la misma experiencia en un mismo hospital en partos diferentes y en contextos diferentes.

En este estudio existen experiencias con matronas y equipos médicos especialistas en partos, quienes desde su labor y conocimiento científico han logrado generar vínculos efectivos con las mujeres concretando una idea de salud integral en pleno estado de emergencia sanitaria, concretando partos respetados, naturales, planificados, en donde la voz de la mujer es la que guía el proceso. Sin embargo, la rutina habitual y la mayoría de testimonios, manifiestan que lo que se pone en práctica en las instituciones públicas o privadas redundaba en violencia contra las mujeres y sus bebés, no necesariamente desde un reglamento Covid-19.

Los testimonios recabados en esta investigación dejaron al descubierto situaciones de violencia verbal, de tactos excesivos, baja o nula alimentación, información errónea, entre otras formas de violencia y vulneración. Las cifras nos mostraron que entre 22 y 30 mujeres se sintieron en malestar en su parto, y ese número era mucho mayor que el número de mujeres contagiadas con covid-19 (nueve mujeres) incluso lo que sale peor evaluado en las dimensiones del instrumento tiene que ver con la infraestructura, ambiente acogedor, limpieza, etc. Al realizar entrevistas y seguimiento a las gestantes pudimos observar que la violencia simbólica, verbal, y la verticalidad en el trato era un habitual en la mayoría de los casos y que todas las situaciones que pusieron en malestar a las mujeres no tenían que ver con los protocolos o las cuarentenas por el contexto de emergencia sanitaria.

5.2 Discusión y recomendaciones

Cuando quisimos hablar de bienestar en el parto en pandemia, nos imaginamos que los mayores inconvenientes para alcanzarlo tendrían que ver con el aislamiento, y con las condiciones establecidas para la prevención del contagio, así como lo han mencionado en diferentes lugares y medios las organizaciones de matronas o los defensores del parto respetado. Nos preguntamos por el papel de la institución y de los discursos sociales, y las propias expectativas y significados de las mujeres en los procesos de embarazo y parto. Y partimos del supuesto que subyace en la definición de bienestar materno observando un campo en disputa por las legitimidades de su definición. Un cara y sello, un ida y vuelta constante entre nominaciones objetivas y significaciones subjetivas sobre las prácticas médicas, sus discursos y verdades, sobre el parto, sobre lo patológico y lo natural. -lo denominado correcto e incorrecto-. Y en cada discusión la voz de las mujeres parecía ausente. Era el discurso médico que seguía estructurando la validez de la palabra de las gestantes, de su cuerpo. Y ahora estructuraba por medio de instructivos y manuales la subjetividad femenina (diciendo que se debe o no hacer, sentir, pensar) pero sin incluir en la discusión o construcción de discursos la voz de otros profesionales no médicos, ni la voz de las propias madres. Entendimos que es difícil poder captar la voz de todas las mujeres, pero no por eso se debe partir de supuestos ajenos. Y notamos que mientras sea el discurso médico el que se toma la palabra, establezca los símbolos y significados, y marque el ritmo, será muy difícil conseguir el respeto por el espacio del parto que le pertenece a la mujer.

Es urgente ver el lugar del parto como un fenómeno social -y desde perspectivas más amplias que la sola experiencia personal del parto-

Pensar cómo en la práctica médica se expresan relaciones de poder, clase y jerarquías dejando a los “pacientes” como subalternos y pasivos. Porque en esas relaciones de poder asimétricas se sustentan las condiciones ideales para que se ejerza violencia sobre la mujer que va a parir. Y es esto lo que va impidiendo la autonomía reproductiva, la salud integral, el auto cuidado -y como es un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género-

los discursos y verdades de poder se establecen como hábito social. Y termina siendo significado por muchas mujeres, quienes crecen temiendo al espacio del parto, viéndolo como un lugar de dolor, riesgo y enfermedad, reproduciendo sus discursos y temores -resignándose a pasar por este tipo de experiencias de malestar-.

En este estudio de 82 mujeres, 73 de ellas temían al parto y lo veían como un espacio “terrible” de dolor y riesgo.

La violencia simbólica es esa que se ejerce, sin mediación de la fuerza física, y se ejerce sobre un sujeto dominado que no es consciente de su estado de sumisión. Es transmitida a través de símbolos, discursos, gestos, actitudes, posturas etc. Cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura y sociedad, y es transmitido de generación en generación mediante la educación (Fernández, 2005).

En este estado de temor y de pasividad ocurre un fenómeno interesante, ya que las mujeres en su mayoría tienen en su imaginario una imagen del parto tan sangrienta, dolorosa, cruel, patológica, que cuando pasa la experiencia y evalúan su vivencia se consideran afortunadas e incluso agradecen a sus médicos y obstetras aun cuando sus emociones al respecto sean tristes.

Agradecen que no fuera peor y que sus hijos estén a salvo. Desde este lugar observamos que ellas evalúan bien y pueden manifestar conformidad en algunos casos (desde esa comparación entre lo que creían y lo que ocurre) aun cuando sea negativo. Y a pesar de todo, terminan confiando plenamente en el médico y su labor. Se ponen en sus manos sin dudarlo y se convierten en su objeto de control muchas veces más, como si no existiera más opción; porque efectivamente el sistema no te da las facilidades e información para que así sea (por esto el parto en casa no es tan común).

Y no se trata de menospreciar la enorme labor científica que ha logrado la baja morbilidad materna en el país. Sino reflexionar en la necesidad de que el sistema evolucione a una visión integral del parto, que incluya otras visiones, y no

trate constantemente de apropiarse de la voz de las mujeres y de su subjetividad. Sin silenciarle, sin rechazar la naturaleza del parto. Que sean las mujeres las que decidan, informadas, con todas las condiciones a la mano, sin temor.

Desde esta investigación, tanto desde lo generalizable y las cifras, como desde los significados, lo subjetivo y lo particular, podemos concluir preguntándonos ¿cómo debería evolucionar la asistencia al nacimiento para que exista un efectivo bienestar materno? Y nuestra respuesta tiene varios matices, porque antes que todo defendemos la autonomía y voz de la mujer que va a parir, y su derecho pleno a ejercer su particularidad en cualquier situación en la que se encuentre.

Esto quiere decir que no creemos que una estructura sea mejor o peor que otra, siempre y cuando sea decidida plenamente por la mujer sin que sea instada por el temor o la poca información. Y que esa decisión no le cueste su bienestar. Entendemos además que el espacio del parto es un espacio de relaciones emocionales, altamente sensibles y no puede seguir objetivándose, restándole importancia, reduciendo el proceso al espacio del útero como único lugar de atención, cuando en el mismo instante convergen aspectos económicos, sociales, culturales, espirituales, emocionales. Es necesario promover una relación de diálogo -horizontal y no vertical- una relación colaborativa y no de poder con la futura madre, que permita superar las desigualdades, porque es allí en el espacio del nacimiento que inician las relaciones entre seres humanos.

Estas diversas maneras de opresión estructuradas en el cuerpo de las gestantes -por medio de las relaciones y vínculos de poder- respalda un sistema de subordinación que estructura relaciones desiguales en todos los niveles sociales desde el mismo nacimiento. Y por eso es tan importante que este espacio sea un lugar de respeto y no de temor o subordinación. Que la mujer decida y logre el pleno derecho de su parto es el primer paso para conseguir sociedades más equitativas, sanas y en bienestar.

CAPITULO VI. REFERENCIAS

- Abarzua-Camus, F. (2020). COVID-19 y Embarazo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85, (2), 110-114. doi.org/10.4067/S0717-75262020000200110
- Allende, I., Ascencio, G., González, R., Jarpa, C. A., Jeame, V., Mulet, J., ... Saa, M. A. (2020) *Proyecto de Ley: Establece ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos.*, Código 2608-11 § (2020).
- Almaguer, J., García, H., y Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras*, 10(2-3), 44-59.
- Amador, J., & Quintero, J. A. (2012). La humanidad de lo humano: Aproximaciones a la antropología de Lluís Duch. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 57(216), 25-40.
- Arango, L., León, M. y Viveros, M. (1995). Saberes y Dolores Secretos. Mujeres salud e identidad. En *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 149-168). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Ayers, S. (2004). Parto como evento traumático: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento para el trastorno de estrés postraumático posnatal. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 47 (3), 552-567. DOI: 10.1097 / 01.grf.0000129919.00756.9c
- Baltar, F., y Gorjup, M, T. (2012). Muestreo mixto online: una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8 (1), 123-149. DOI: <http://dx.doi.org/10.3926/ic.294>
- Barra de la, F., y Silva, H. (2010). Desastres y salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(1), 7-10. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000200001>
- Beck, C. T. (2004). Trauma de nacimiento: en el ojo del espectador. *Nursing Research*, 53 (1), 28-35.

- Beck, C. T., y Watson, S. (2008). Impacto del trauma del nacimiento en la lactancia: una historia de dos caminos. *Nursing Research*, 53(4), 228-236. doi.org/10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos Obstetric violence: Another form of Human Rights violation. *Red bioética/UNESCO*, 4(1), 25-34.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111.
- Biurrún, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol* (Tesis Doctoral inédita). Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- Blázquez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana Ed. Electrónica*, 42, 1-25.
- Bydlowski, M. (2000). *Je reve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*. París, Francia: Éditions Odile Jacob.
- Cantera, L. M., y Cantera, F. M. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13(2), 88-97. doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406
- Carbonell, E., Hortola, P. (2013). Hominización y humanización, dos conceptos clave para entender nuestra especie. *Revista Atlántica-Mediterránea*, 15, 7-11.
- Care. (s. f.). *Gender implications of covid-19 outbreaks in development and humanitarian settings*. Recuperado de https://www.care-international.org/files/files/Gendered_Implications_of_COVID-19_Full_Paper.pdf
- Carneiro, R. (2015). «Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor»: Sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sex, Salud Soc.*, 20, 91-112.
- Castro, R., González, M., y López, C. (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Chiarotti, S., García, M., Aucía, A., & Armichiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires, Argentina: INSGENAR y CLADEM eds.

- Costa, C. (1984). Discurso del Dr. Lorenzo Sazié en la apertura del curso de obstetricia (1835). *Revista Médica de Chile*, 112, 297-300.
- Covas, S., Maravall, J., y Bonino, L. (2009). *Los hombres y el cuidado de la salud*. Ministerio de Salud y Política Social, España. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>
- Covid-19 en el embarazo, Vousden, N., Bunch, K., Morris, E., Simpson, N., Gale, C., ... Knight, M. (2021). La incidencia, las características y los resultados de las mujeres embarazadas hospitalizadas con infección por SARS-CoV-2 sintomática y asintomática en el Reino Unido de marzo a septiembre de 2020: un estudio de cohorte nacional utilizando el Sistema de Vigilancia Obstétrica del Reino Unido (UKOSS). *MedRxiv*, 2021.01.04.21249195. doi.org/10.1101/2021.01.04.21249195
- Cruz-Coke, R. (1995). *Historia de la medicina chilena*. Santiago, Chile: Editorial Andrés Bello.
- DaSilva, I., y Santana, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(3), 71-70. doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481
- DeGraaff, L. F. de, Honig, A., Pampus, M. G. van, y Stramrood, C. A. I. (2018). Prevención del trastorno de estrés postraumático después del parto y experiencias de parto traumático: una revisión sistemática. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 648-656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de <https://deis.minsal.cl/>
- Díaz, L. I., y Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)*, (51), 123-143. doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301
- Díaz-Castrillón, F. J., y Toro-Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: El virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*, 24(3), 183-205. doi.org/10.36384/01232576.268
- Diccionario Lexico de la Universidad de Oxford. (2021) *Significado de bienestar en español*. Recuperado de <https://www.lexico.com/es/definicion/bienestar>

- Dios-Vallejo de, D. (2014). Ética y Humanismo en Perinatología, equidad de género y embarazo. *Perinatología y reproducción humana*. 28 (2), 71-78. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n2/v28n2a2.pdf>
- Dunn, P. M. (1991). Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. *Archives of Disease in Childhood*, 66(1 Spec No), 78-79. doi.org/10.1136/adc.66.1_spec_no.78
- El Mostrador Braga. (7, diciembre, 2017). Pandemia: mujeres denuncian vulneración a su derecho de acompañamiento durante el parto. *El Mostrador*. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/12/07/pandemia-mujeres-han-visto-vulnerado-su-derecho-de-acompanamiento-durante-el-parto/>
- Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, (2020) *Guía de manejo Covid-19 y embarazo*. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/04/Gui%CC%81a-de-Manejo-COVID-19-y-Embarazo-Segunda-Actualizacio%CC%81n.pdf>
- Fernández, J.M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de trabajo social*, 18 (2005), 7-31. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110007A/7582>
- Foucault, M. (1996). *La Vida de Los Hombres Infames*. La Plata, Argentina: Altamira Press.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267
- Fuster, N. (2013). *El cuerpo como máquina: La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago, Chile: Ceibo.
- García, D y Diaz, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública* 36 (8), 330-336. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2010.v36n4/330-336/es>
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Barcelona, España: Gedisa.

- Goberna, J., Palacio, A., Banús, R., Linares, S., y Salas, D. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof*, 9(1), 5-10.
- Goberna-Tricas, J. (2009). *Mujeres y procreación: Ética de las prácticas sanitarias y la relación asistencial en embarazo y nacimiento* (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- Goberna-Tricas, J. (2012). Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *Revista de Enfermería*, 6(1), 70-77.
- González, M., Sosa, L., y Fierro, S. (2018). Muestreo virtual online basado en redes sociales para localización de teletrabajadores como participantes de un estudio realizado en Victoria de Durango, México. *PAAKAT: Revista de Tecnología y Sociedad*, 8 (15), 1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.32870/Pk.a8n15.333>
- González, P., y Ramírez, C. (2013). *Acompañamiento en el parto y su relación en el nivel de bienestar de las parturientas asistidas en la maternidad del Hospital Base Castro entre octubre y noviembre de 2013* (tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile.
- Gow, R. W., Lydecker, J. A., Lamanna, J. D., y Mazzeo, S. E. (2012). Representaciones del peso y la forma de las celebridades durante el embarazo y el posparto: Un análisis de contenido de tres sitios web de revistas de entretenimiento. *Body Image*, 9(1), 172-175
- Guerrero, M. (2020). Bioética y Derechos Humanos en tiempos de pandemia: El fondo ético para la toma de decisiones en tiempos de emergencia. *Anales de la Universidad de Chile*, (17), 237-244. doi.org/10.5354/0717-8883.2020.58918
- Hernández, O., Honorato, M., Silva, M,C., Sepúlveda-Martínez, A., Fuenzalida, J., Abarzúa, F... Kusanovic, J,P. (2020). Covid-19 y embarazo en Chile: Informe preliminar del estudio multicéntrico GESTACOVID. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85 (1), 75-89. doi.org/10.4067/S0717-75262020000700011
- Hernández, R., Collao, F., y Batista, M, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México DF, México: McGrawHill.
- Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Valencia, España: Cátedra, Instituto de la Mujer, Universitat de Valencia.

- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. (2018). *Derechos sexuales y reproductivos en el contexto de los derechos humanos. Chile, 2018*. Recuperado de <https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Derechos-Sexuales-y-Reproductivos-en-el-contexto-de-los-Derechos-Humanos-2018.pdf>
- Inter-American Commission of Women. (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados*. Washington D.C., EEUU: OEA.
- International Confederation of Midwives. (s.f). Los derechos de las mujeres en el parto deben ser respetados durante la pandemia de Coronavirus. Recuperado de <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/spanish-statement.pdf>
- IPSUSS. (2017, junio 27). Cesáreas en Chile. Recuperado 19 de julio de 2021, de Wwww.ipsuss.cl website: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20170627/pags/20170627093230.html>
- Jordan, B. (1992). *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Houston, Estados Unidos: Waveland Pr Inc.
- Lafaurie, M. (2006). La investigación cualitativa como perspectiva de desarrollo social: Aportes a la Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Colombiana de Enfermería*, 1(1), 31-40.
- Lafaurie, M. (2010). Los derechos sexuales y reproductivos: Una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *Médicas UIS*, 22, 1-9.
- Larguia, M. (s. f.). Iniciativa parto respetuoso. Recuperado de <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Manejos-integrales-en-neo-Il/2.-Patologias/2.8.-Evaluacion-del-RN-en-la-internacion-conjunta-Seran-actualizadas-en-el-curso-del-ano-2016/2.8.1.-Guia-para-atencion-RN-en-sus-primeros-dias-de-vida/2.8.1.4.-Iniciativa-parto-respetuoso>
- Lavanderos, S., Haase, j., Riquelme, C., Morales, A., Martínez, A. (2019). Embarazo adolescente en Chile: Una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 84(6), 490-508. Recuperado de <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0490.pdf>
- Lebovici, S. (1989). Les liens intergenerationnels. Les interactions fantasmatiques. En *Psychopathologie du bébé* (pp. 128-142). Paris, Francia: Presses Universitaire de France.

- Liu, C. H., Erdei, C., y Mittal, L. (2021). Factores de riesgo de síntomas de depresión, ansiedad y TEPT en mujeres perinatales durante la pandemia COVID-19. *Psychiatry Research*, 295, 113552. doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113552
- Lozano, M. (2001). *La Construcción del imaginario de la maternidad en Occidente* (Tesis Doctoral inédita). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Maldonado-Durán, J. M. (2011). *Salud mental perinatal*. Washington D.C., EEUU: OPS.
- Mauriceau, F. (1740). *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Tome premier*. (7° Edición). Paris, Francia: Compagnie des Libraires.
- Maza de la, F. (24, julio, 2020). *¿Parto respetado en medio de la pandemia?: jaque a la autonomía de las mujeres*. Radio JGM. Recuperado de <https://radiojgm.uchile.cl/la-autonomia-en-jaque-a-la-hora-de-acceder-a-un-parto-respetado-en-medio-de-la-pandemia/>
- Mejía, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1(1), 47-60.
- Miller, R. L., Pallant, J. F., y Negri, L. M. (2006). Ansiedad y estrés en el posparto: ¿Hay algo más en la angustia posparto que la depresión? *Psiquiatría BMC*, 6(12).
- Ministerio de Salud. (2018). *Manual de atención personalizada, en el proceso reproductivo*. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf
- Ministerio de Salud, (2020a). *Orientaciones para el manejo de casos Sars-Cov2 (Covid-19) en gestantes, puérperas y/o díadas*. Recuperado de <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/GESTANTES-PUE%CC%81RPERAS-Y-0-DiADAS.pdf>
- Ministerio de Salud L. (2020b, mayo 8). Salud Mental Materna: El trabajo de la Red del SSMC en medio de la actual pandemia. Recuperado de Servicio de Salud Metropolitano Central website:

<https://www.ssmc.cl/salud-mental-materna-el-trabajo-de-la-red-ssmc-en-medio-de-la-actual-pandemia>

- Ministerio de Salud. (2021). ¿Qué es el nuevo coronavirus? Plan de acción de coronavirus. Recuperado de Ministerio de Salud – Gobierno de Chile website: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/que-es-el-nuevo-coronavirus/>
- Montero, J. (2009). *Salud Reproductiva. Derechos Sexuales y Reproductivos* (Tesis de master inédita). Universidad Jaime I, Castellón de la Plana, España.
- Montes, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* (Tesis Doctoral inédita). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.
- Morales, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98-104. doi.org/10.5872/Psiencia/4.2.71
- Moyano, E., y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 177-193. doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012
- Muñoz, C. (2013). Métodos mixtos: Una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública*, 17(3), 218-223.
- Muñoz, H., Kaempffer, A.M., Castro, R., y Valenzuela, S. (2001). *Nacer en el Siglo XXI de vuelta a lo Humano*. Recuperado de <https://studylib.es/doc/8468798/nacer-en-el-siglo-xxi-de-vuelta-a-lo-humano>
- Murillo, A. (1893). Historia de dos operaciones cesáreas. *Revista Médica de Chile*, 21(1-2), 88-99.
- Observatorio de Violencia Obstétrica. (s. f.). Recuperado de <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Observatorio%20de%20Violencia%20Obst%C3%A9trica%20Chile%20.docx#:~:text=En%20Chile%20a%C3%BAno%20contamos,que%20han%20sufrido%20violencia%20obst%C3%A9trica.&text=En%20Chile%20contamos%20con%20la,en%20vigencia%20el%20a%C3%B1o%202012.>
- Observatorio Violencia Obstétrica. (2021) “*Dijeron que me había cagado la vida*”: *violencia obstétrica, otra forma de vulnerar a la mujer*. Recuperado de

<http://ovochile.cl/noticias/dijeron-que-me-habia-cagado-la-vida-violencia-obstetrica-otra-forma-de-vulnerar-a-la-mujer/>

Oliver, D. (2017, octubre 19). Entrevista a Ibone Olza, autora de 'Parir, el poder del parto'. Recuperado 19 de julio de 2021, de WebConsultas website:

<https://www.webconsultas.com/entrevistas/embarazo/ibone-olza-autora-de-parir-el-poder-del-parto>

Olza, I. (2013, abril 15). Las secuelas de la violencia obstétrica. Recuperado de Ibone Olza website: <https://iboneolza.org/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/>

Olza, I. (2017). *Parir el Poder del Parto*. Barcelona, España: Vergara.

ONU Mujeres. (2020, septiembre 16). La pandemia de la COVID-19 y sus efectos económicos en las mujeres: La historia detrás de los números. Recuperado de ONU Mujeres website:

<https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/9/feature-covid-19-economic-impacts-on-women>

ONU. (1995). *Cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. Beijing, China: ONU.

ONU. (2020a). *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. 22.

ONU. (2020b, julio 22). Las mujeres, quienes han sido las más afectadas por la COVID-19, deberían participar en los esfuerzos de recuperación.

Recuperado de

https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/Women_COVID19.aspx#:~:text=%E2%80%9CLas%20mujeres%20y%20ni%C3%B1as%20se,una%20discriminaci%C3%B3n%20y%20desigualdad%20preexistentes

Organización Mundial de la Salud. (2006). Preguntas más frecuentes. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (2018a). Género y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. OMS. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331660/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Salud mental perinatal*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). COVID-19: *Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos en la República Bolivariana de Venezuela*. [Archivo PDF] Recuperado de https://www.paho.org/es/file/67478/download?token=n7vl_Rft
- Ortiz, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En *La salud de las mujeres: Hacia la igualdad de género en salud* (pp. 29-42). Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer.
- Ortiz, T. (En Prensa). La instrucción de las matronas en la Europa moderna. ¿Liberación o subordinación? En *De leer a escribir*. Madrid, España: Instituto de Investigaciones Feministas.
- Palomar, C. (2004). "Malas madres": La construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30. doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2004.30
- Piña, J., y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina. (2020). *Guía de manejo. Covid – 19 y embarazo*. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Prodemu. (s. f.). *Derechos sexuales y reproductivos: Nuestro cuerpo, un territorio de derechos*. Recuperado de <http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica/a/5/5/a558610ce39ece68be4cf8e347a35ad3cda288153f0b0c3526f1863845cf63eb/04.pdf>

- Pugin, E., Kopplin, E., Larraín, C., Gallego, V., Aramayo, M., y Ortiz, J. (2008). Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73, (4), 250-256. doi.org/10.4067/S0717-75262008000400006
- Rich, A. (2019). *Nacemos mujer*. Madrid, España: Traficantes de sueños.
- Rich, A. (2020, julio 29). El parto como estado alterado de conciencia. Recuperado de Ibone Olza website: <https://iboneolza.org/2020/07/29/el-parto-como-estado-alterado-de-conciencia/>
- Rodríguez, J. (1918). La Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas de la Universidad de Chile. *Revista de beneficencia pública* 14(2), 19-40.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2021). Infección por coronavirus y embarazo. Recuperado de Royal College of Obstetricians & Gynaecologists website: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/>
- Sadler, M y Leiva, G. (15 mayo 2015). *Cesáreas en Chile III: La construcción del temor al parto*. Centro de Investigación Periodística. Recuperado de <https://www.ciperchile.cl/2015/05/15/cesareas-en-chile-iii-la-construccion-del-temor-al-parto/>
- Sadler, M. (2016). Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33(1), 45-57.
- Sadler, M., Leiva, G., Bussenius, P., y León T. (2018). OVO Chile 2018, Resultados primera encuesta sobre nacimiento en Chile. *Researchgate*. doi:10.13140/RG.2.2.29371.52007
- Schallman, R. (2007). *Parir en libertad. En busca del poder perdido*. Ciudad de México, México: Grijalbo.
- Schiappacasse, V., Vidal, P., Casas, L., Dides, C., y Díaz, S. (2003). *Chile. Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Santiago, Chile: Servicio Nacional de la Mujer.
- Segovia, M., y Castillo, F. (2018, noviembre 5). *Silvia Federici: “Los hombres son la primera policía que encontramos en nuestras vidas”*—*El Mostrador*. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/destacado/2018/11/05/silvia-federici-los-hombres-son-la-primera-policia-que-encontramos-en-nuestras-vidas/>

- Sibrian, N. (2006). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 21(8), 27-38. Recuperado de file:///C:/Users/finda/Downloads/Dialnet-EIProcesoDeMedicalizacionDelEmbarazoEnChile-6983970%20(6).pdf
- Sibrian, N. (2016). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 21(8), 25-36.
- Smith, L. F. P. (2001). Desarrollo de un cuestionario multidimensional de satisfacción laboral: dimensiones, validez y confiabilidad interna. *BMJ Quality & Safety*, 10(1), 17-22. <https://doi.org/10.1136/qhc.10.1.17>
- Steen, M., y Francisco, A. A. (2019). Salud mental y bienestar materno. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32 (4), 3-4. doi.org/10.1590/1982-0194201900049
- Taucher, E., y Jofré, I. (1997). Mortalidad infantil en Chile: El gran descenso. *Rev Méd Chile*, 125, 1225-1235.
- Thornton, C., Schmied, V., Dennis, C.-L., Barnett, B., y Dahlen, H. G. (2013). Muertes maternas en Nueva Gales del Sur (2000-2006) por causas no médicas (suicidio y trauma) en el primer año después del nacimiento. *BioMed Research International*, 2013, e623743. doi.org/10.1155/2013/623743
- Tovar, P. (2004). Una Reflexión Crítica sobre el Género y la Antropología Médica desde la Perspectiva de la Salud y el Cuerpo de la Mujer. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 253-282.
- Tribunal Supremo de Justicia (Venezuela). *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. , (2006).
- Ullmann, H., Maldonado, C., y Rico, M. N. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. Santiago, Chile: ONU.
- Universidad de Chile, Facultad de Medicina. (2015). Historia de la Escuela de Obstetricia—Facultad de Medicina—Universidad de Chile. Recuperado 18 de julio de 2021, de <http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/escuela-de-obstetricia>.
- Uribe, C., Conteras, A., y Villarroel, L. (2014). Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: Segunda versión para

- escenarios de asistencia integral. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(3), 154-160. doi.org/10.4067/S0717-75262014000300002
- Uribe, C., Contreras, A., Bravo, P., Villarroel, L., y Abarzúa, F. (2018). Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(3), 266 – 276. Recuperado de <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v83n3/0048-766X-rchog-83-03-0266.pdf>
- Uribe, C., Contreras, A., Villarroel, L., Rivera, S., Bravo, P., y Cornejo, M. (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(1), 4-10. doi.org/10.4067/S0717-75262008000100002
- Uribe, C., Contreras, A., y Villarroel, D. (2014). Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(3), 154-160. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000300002>
- Uribe, C., Poupin, L., y Rodríguez, J. (2000). Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto. *Rev. chil. salud pública*, 4(2/3), 87-94
- Valenzuela, M. T., Uribe, C., y Contreras, A. (2011). Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index de Enfermería*, 20(4), 243-247. doi.org/10.4321/S1132-12962011000300007
- Vizental, M. (2012). *Maternaje y relación temprana madre-bebé en una muestra de madres primerizas latinoamericanas residentes en la ciudad de Miami* (Tesis Doctoral inédita). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.
- WHO. (2020). Palabras de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre el COVID-19 - 11 de marzo de 2020. Recuperado de <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Kvist, L. J., y Sandin-Bojöö, A.-K. (2010). Opiniones de mujeres sobre el cuidado intraparto: desarrollo de un cuestionario basado en la teoría. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1748-1760. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03055.x
- World Health Organization. (2015). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*. Ginebra, Suiza: WHO.

Wu, Z., y McGoogan, J. M. (2020). Características y lecciones importantes del brote de enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) en China resumen de un informe de 72 314 casos del centro chino para el control y la prevención de enfermedades. *JAMA*, 323(13), 1239. doi.org/10.1001/jama.2020.2648

Zárate, M. (2007). *Dar a Luz en Chile, siglo XIX. "De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica"*. Santiago, Chile: Universidad Alberto Hurtado.

CAPITULO VII. ANEXOS

ANEXO 1. Escala Bienestar Materno en Situación de Parto (EBMSP2)

Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto BMS2

El siguiente es un cuestionario que recoge el nivel de bienestar de las madres que han vivido el proceso de parto. Le rogamos leerlo cuidadosamente. En él, usted encontrará algunas afirmaciones que representan situaciones que usted pudo vivir; desde que llegó a la maternidad hasta que tuvo a su hijo, situaciones que le hicieron “sentirse bien” o “sentirse mal”.

Con cada una de estas afirmaciones, usted puede estar desde muy de acuerdo (puntaje 5), hasta muy en desacuerdo (puntaje 1). Le rogamos marcar con una X el grado de acuerdo que usted tiene. Marque para cada afirmación **una sola respuesta**. Si marca más de una, la respuesta se eliminará.

Siéntase en completa libertad para responder. El éxito de esta evaluación dependerá de que sus respuestas reflejen lo que usted realmente vivió en esta experiencia. En el caso de no entender alguna de las situaciones expresadas en el cuestionario, solicitamos consultar a la persona encargada.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	5	4	3	2	1
1. Durante todo el proceso de parto los profesionales me orientaron, me dijeron qué hacer y me animaron					
2. Me sentí siempre acompañada por algún profesional					
3. Sentí que algunas atenciones fueron bruscamente realizadas por algún miembro del personal **					
4. Cada vez que lo necesité pude estar con mi pareja o con otra persona importante para mí					
5. Me sentí tratada en forma autoritaria; “fueron mandones conmigo”**					
6. Creo que fui bien atendida, de manera muy profesional					
7. Pude disponer de anestesia cada vez que lo necesité					

8. Observé orden y limpieza en cada uno de los lugares donde estuve					
9. Sentí que las atenciones que me realizaron fueron hechas correctamente					
10. El trato que recibí fue cariñoso; ellas o ellos me hablaban con palabras suaves que me calmaban					
11. Pude expresar libremente mis dudas y temores relacionados con mi salud y la de mi hijo o hija.					
12. Previo al parto pude beber líquidos o comer jalea cuando lo necesité					
13. En cualquier etapa del proceso facilitaron la entrada de mi pareja u otra persona importante para mí.					
14. Las personas que me atendieron se relacionaban bien conmigo					
15. Sentí que las personas que me atendieron conocían y hacían bien su trabajo					
16. Se preocuparon de cuidar mi intimidad y la de las otras mujeres que vivieron la experiencia de parto junto conmigo					
17. Fui informada cada vez que se me administraba algún medicamento					
18. En cada uno de los lugares donde estuve la iluminación era adecuada					
19. Constantemente recibí información de mi estado de salud y el de mi hijo o hija					

20. Los profesionales estuvieron "pendientes de mí" durante todo el proceso de parto					
21. Me sentí siempre respetada y participando de las decisiones que los profesionales tomaban respecto a mi proceso de parto.					
22. En el momento que mi guagua nació pudimos estar juntos todo el tiempo que fue necesario					
23. Durante mi permanencia en el parto el personal se preocupó por el tiempo que yo llevaba sin alimentarme					
24. Cuando mi guagua nació los profesionales fueron respetuosos con el tiempo que necesitábamos estar juntos					
25. El personal estaba preocupado por respetar nuestra intimidad durante el nacimiento					
26. El ambiente era acogedor y me hizo sentir que estaba en un espacio familiar					
27. Las máquinas, monitores, aparatos para la presión u otros se veían seguros, en buen estado y funcionando bien.					
28. Las personas que me atendieron fueron respetuosas de mis valores o creencias religiosas					
29. Durante mi permanencia en el parto tuve la posibilidad de recibir algún tipo de alimento cuando tuve hambre					
30. En cada momento del proceso fui atendida a tiempo por el personal de la maternidad					
31. Antes del parto me ofrecieron distintas posibilidades de ejercicios y actividades para calmar el dolor					
32. Siento que se realizaron procedimientos que no corresponden al proceso de un parto natural **					
33. Muchas veces evité expresar el dolor, mis malestares o incomodidades, por temor a que las personas del equipo de salud se molestaran conmigo **					

34. Mientras estuve en el parto tuve la oportunidad de levantarme libremente de la cama, caminar o sentarme en una silla					
35. Sentí que me atendían en un hospital antiguo y en malas condiciones físicas **					
36. En el momento del parto pude estar acompañada de mi pareja u otra persona importante para mí					
37. Para que me sintiera cómoda en el parto se me ofreció distintas alternativas de descanso; aparte de estar acostada en una cama					
38. Durante el momento del parto pude escoger la posición que mas me acomodo para facilitar el nacimiento de mi guagua					
39. Independiente de cómo me portara yo, los profesionales siempre me trataron bien					
40. Me sentí cómoda durante el parto					
41. Inmediatamente después del parto tuve la oportunidad de recibir algún alimento					
42. La limpieza de los baños, y el funcionamiento de las duchas eran las adecuadas para un hospital					
43. Hubo momentos en que me sentí abandonada, como si mis necesidades le fueran indiferentes al personal**					
44. Siempre se notó el trato respetuoso de parte del personal de salud					
45. En el momento del parto y luego de haber nacido mi guagua pudimos estar en contacto piel con piel					
46. Tuve la posibilidad de amamantar a mi guagua al poco tiempo de haber nacido					
47. Sentí siempre la presencia prudente y respetuosa del profesional, sin que ésta me invadiera en los momentos que quería estar tranquila					

**Para análisis de los resultados invertir puntaje

¹ Uribe C., Contreras, A., Villarroel L.

ANEXO 2. Consentimiento informado

Usted está siendo invitada a participar de un proyecto de investigación, de la escuela de Psicología, de la Universidad Miguel de Cervantes, dirigido a mujeres que tuvieron su parto en contexto pandemia (Covid-19).

El objetivo de este cuestionario es observar los niveles de bienestar materno, en situación de parto -en contexto pandemia-. El equipo a cargo del estudio se compone de las estudiantes (investigadoras): Pía Núñez Ramírez - Macarena Martínez Ramírez, Estudiantes de Psicología, y del Docente Guía: Raúl Ortiz Contreras, Doctor (c) en Antropología Social.

Todas las participantes son seleccionadas al azar y la participación en el estudio es 100% voluntaria, esto quiere decir que no tenemos datos privados suyos y cada información que nos dé debe ser autorizada por usted.

En caso de aceptar, su participación específica, consistirá en responder una serie de preguntas, y para ello se le solicitará aceptar un consentimiento previo al cuestionario; consentimiento que no la compromete a nada, pero que certifica su participación voluntaria.

En caso de requerir más información sobre la finalidad de este proyecto, usted puede solicitarla a las investigadoras (Pía Núñez - Macarena Martínez) a los siguientes correos: finda.martinez@alumni.umc.cl - pia.nunez@alumni.umc.cl antes, durante, y después de participar.

Los datos, respuestas y opiniones que usted proporcione son absolutamente confidenciales, de manera que sólo tendrán acceso a ellos, las investigadoras, y únicamente para los fines del estudio. Por lo tanto, su nombre, respuestas, u otros datos que permitan identificarle no son parte de esta encuesta, y no serán parte en los informes escritos que se realicen, ni en otros documentos publicados. Usted puede abandonar el estudio cuando lo requiera.

Los datos entregados serán confidenciales y anónimos, y la participación en la siguiente medición es voluntaria.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIO

Autorizo y Decido Participar Voluntariamente del Estudio_____

Rechazo Participar del Estudio_____