



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología
Taller de Metodologías Cualitativas Innovadoras en Investigación Psicosocial

El discurso de la violencia obstétrica en Chile

Profesor:

Roberto Fernández

Ayudantes:

Bárbara Campillay

Jorge Lucero

Hecho por:

Sebastián Cruz

Patricia Jaurés

Ivo Leiva

Carlos Ruíz

Pablo Troncoso

6 de agosto de 2015

Resumen

El propósito de esta investigación fue determinar cómo se construye el discurso acerca de la violencia obstétrica por las mujeres que afirman haberla vivido. La violencia obstétrica se entiende como cualquier forma de violencia por la que pase la mujer durante el embarazo y el proceso de parto. Para este fin se entrevistó a cuatro mujeres que afirmaron haber experimentado este tipo de violencia y se examinaron en profundidad las formas que ésta puede adoptar. Entre las formas de violencia encontradas resaltan el maltrato por parte del equipo médico, la naturalización de la violencia en este contexto, la violencia de género y la desinformación. De esta manera, la investigación busca ir más allá de las definiciones y concepciones tradicionales de este tipo de violencia para considerar aspectos que por lo general no entran dentro del imaginario social, permitiendo el surgimiento de nuevas perspectivas desde las cuales mirar este problema social.

Palabras Claves: Violencia, Violencia Obstétrica, Violencia de Género, Maltrato, Mujeres, Parto Respetado, Chile.

Abstract

The purpose of the following research was to determine how the discourse about obstetric violence is built by women who claim to have experienced it. Obstetric violence is understood as any form of violence a woman goes through during pregnancy and labor. To this end, four women who claim to have experienced this kind of violence were interviewed and from there the forms that this kind of violence can take were examined in depth. Among the forms of violence that had been found the mistreatment from the medical team, the naturalization of violence on this context, gender violence and misinformation are the highlights. As such, this research pursues going further than the traditional definitions and conceptions of this kind of violence to consider aspects that go beyond the social imaginary, allowing the surge of new perspectives to look upon this social issue.

Key Words: Violence, Obstetric Violence, Gender Violence, Mistreatment, Women, Respectful Labor, Chile.

Antecedentes

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, junto con la positiva mejora de los índices de parto en centros de salud, han aparecido alrededor del mundo diversas instancias de trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto (OMS, 2014). Este es un problema que ha adquirido interés público debido a los riesgos asociados al maltrato de la madre y del niño durante el trabajo de parto, que pueden contribuir al aumento de la morbilidad y mortalidad, configurándose como un problema de salud pública y derechos humanos (d'Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002).

La violencia en el parto es un concepto que cubre una amplia gama de situaciones de maltrato durante el proceso de parto. d'Oliveira, Diniz y Schraiber (2002) encuentran tres focos de violencia de parte de doctores y enfermeras, concretamente: negligencia, violencia física, verbal y sexual. Un ejemplo común de negligencia es el parto no atendido. Los actos de negligencia pueden aparecer tanto por motivos de descuido pasivo, como por intentos activos de ignorar a la paciente, como puede ser la necesidad de "castigarla" por su conducta. La violencia verbal aparece debido al trato rudo y grosero de profesionales de la salud. En los países que permiten el aborto de manera legal, muchas veces las mujeres son estigmatizadas por atenderse en esos lugares. La violencia física incluye no sólo agresión física directa por parte de profesionales de la salud, sino también la negación de analgésicos o anestésicos en el caso de partos prematuros cuando se sospecha de aborto autoinducido. La violencia sexual aparece como una instancia menos común pero igualmente importante, ocurriendo cuando un profesional de la salud abusa de su posición para realizar intervenciones sólo con fines sexuales. Las denuncias de este tipo de violencia han aumentado progresivamente, lo cual da cuenta de la mayor conciencia sobre su existencia. En estos casos, la relación entre el profesional de la salud y su paciente presenta un problema ético fuerte dado que se da en una dinámica desigual de poder que puede ser dañina para ambos (FIGO, 2012).

Por su parte, la OMS (2014) menciona como actos de violencia también los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, el incumplimiento con la obtención de un consentimiento informado completo, violaciones de privacidad, el rechazo de la admisión en centros de salud, y la retención de mujeres y recién nacidos por imposibilidad de pago. Este trato ofensivo puede presentarse más en mujeres adolescentes, en solteras, en niveles socioeconómicos bajos, minorías étnicas, inmigrantes, y pacientes que padecen VIH (OMS, 2014). Villanueva-Egan (2010), en relación a este mismo tema, comenta que en el parto en instituciones de salud puede producirse violencia institucional, entendida como aquella que provoca daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos.

También pueden agregarse prácticas como la medicina defensiva (Kessler y McClellan, 1996), entendida como el uso excesivo de exámenes que no necesariamente van en favor del paciente, sino más bien con la intención de proteger legalmente al médico tratante; la utilización de técnicas consideradas dañinas y con poca evidencia que respalde su efectividad, como es el caso de la técnica Kristeller (El Parto es Nuestro, 2014); y el uso innecesario de procedimientos de cesáreas, que puede darse por recomendación o decisión unilateral del profesional de la salud encargado (FIGO, 2012). Es importante considerar que el uso de la técnica de cesárea afecta la obtención natural y el desarrollo de la microbiota digestiva por parte del infante (Dominguez-Bello, Costello, Contreras, Magris, Hidalgo, Fierer y Knight, 2010) y puede afectar el piso pélvico de la madre (Xu, Ivy, Patel, Patel,

Smith, Ransom, Fenner y DeLancey, 2010), ambas situaciones con consecuencias a largo plazo para la vida tanto del infante como de la madre.

La violencia obstétrica ha sido un tema de estudio y debate en los años recientes. En el año 2007 entró en vigencia en Venezuela la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Canadá: Immigration and Refugee Board of Canada, 2008). En esta se define la violencia obstétrica como:

“...la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, lo que se expresa como un tratamiento deshumanizado, abuso de medicación, y la transformación de procesos naturales en patológicos, trayendo con esto la pérdida de la autonomía y la habilidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la vida de las mujeres.”

Tal como comentan Faneite, Feo y Merlo (2012), la violencia contra la mujer se define por ley y se comprende como todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial para las mujeres, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se produce en el ámbito público como privado. La práctica médica exige al profesional de la medicina que informe a los pacientes acerca de la naturaleza y las implicaciones que pudiera tener la práctica que se les va a realizar, la conveniencia de efectuarla, las diferentes opciones o vías que se emplean para ejecutar un determinado procedimiento, así como los posibles riesgos y consecuencias que se derivan de tal práctica, el tratamiento que se le va a suministrar o aplicar y los posibles resultados favorables o adversos. Esto está conectado con la prevención de ciertas formas de violencia obstétrica. Sin embargo, al encuestar a profesionales de la salud se observa que buena parte de los encuestados no maneja procedimientos para detener, evitar o detectar la violencia obstétrica, junto con el desconocimiento de los beneficios del parto vertical, extendiendo la práctica del parto horizontal y sus consecuencias iatrogénicas (Faneite, Feo y Merlo, 2012).

En Chile se desarrolla actualmente el debate sobre una violencia obstétrica que apenas empieza a visualizarse como problema. Modestos artículos de discusión han contribuido a entablar el problema frente al ojo público (Viñals, 2014; Campos, 2014). A su vez, existen recomendaciones específicas para el trato correcto tanto de la madre como del infante al momento del parto (Chile Crece Contigo, 2009), que tienen el propósito de servir como guías médicas para evitar instancias de violencia obstétrica. Otro ejemplo es el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2008), que apareció con el propósito de entregar guías para permitir que el parto se dé en un ambiente de afecto y respeto. Sin embargo, un estudio reciente encontró que la implementación de las guías había sido pobre, con un 92,7% de mujeres con labor de parto inducida por métodos sintéticos, y casi un tercio descontentas con el trato recibido durante el proceso de parto, asociado a los tratos poco humanizados derivados de dichos métodos (Binfa, Pantoja, Ortiz, Gurovich, y Cavada, 2013). Otros casos recientes, como el uso de Misoprostol para acelerar el parto sin consentimiento (CIPER, 2013) sirven de ejemplo para mostrar que la discusión en Chile se encuentra en sus primeras fases y todavía queda mucho por discutir.

Problematización

El concepto de violencia lo entendemos desde la perspectiva de Guthmann (1991), como una construcción de discursos; hay distintas formas de entender la violencia, y existe un discurso hegemónico de la violencia que no puede ponerse en duda (las prácticas de la

guerra, tortura, daño físico), pero estos discursos hegemónicos son tan fuertes que invisibilizan la existencia de otros discursos de violencia que existen (simbólica, por ejemplo) que quedan marginalizados. Estos discursos marginalizados no ocupan un espacio dentro del constructo hegemónico de violencia existente. Esto se da debido a que el concepto hegemónico de violencia suele ser construido, definido e impuesto desde arriba, sobreponiéndose a otro tipo de prácticas de violencia que se viven en un contexto cotidiano, demarcando sólo aquellas que resultan peligrosas para el orden social establecido, como pudiese ser la delincuencia o la acción de encapuchados en contexto de marchas, entendiendo la violencia principalmente desde el ámbito de acciones y daños físicos, dejando de lado, como hemos dicho anteriormente, la profundidad y amplitud que tienen las prácticas de violencia.

Tal sería el caso, por ejemplo, de lo que ocurre con la violencia contra la mujer, la cual suele pensarse más en acciones de tipo físico (con lo psicológico cobrando cada vez más fuerza). Más aún, esta concepción de violencia de mujer está tan instalada en Chile, que no estaría permitiendo ver, ni incluir lo que hoy en día se considera como violencia obstétrica.

Cabe considerar que las formas de violencia simbólica instaladas sobre la mujer tienen un efecto importante en tanto que, a pesar de los discursos más progresistas de equidad de género que hay hoy en día, las mujeres siguen siendo víctimas de una visión estereotipada de ellas por parte del sentido común, instalada por los medios de comunicación y distintos mecanismos de enseñanza (Gauntlett, 2002). Esta representación de ellas como mujeres pasivas, sumisas, que deben responder a los hombres y a cualquier tipo de autoridad sobre ellas, les arrebató su derecho a manejar su propio cuerpo; al momento del parto deben dejarle esa tarea a otros y ellas ser meras asistentes del proceso, puesto que no está en ellas la experticia, y se les entiende como sujetos que necesitan ser guiadas, entregando todo control del proceso de parto.

La violencia obstétrica, en este sentido, es un concepto que lleva consigo una visión de mundo que concibe y violenta a la mujer no solo en su rol/identidad como mujer sino también en su identidad como madre, pues en sus supuestos, la despoja de toda decisión y control en lo relativo a su cuerpo durante el periodo de embarazo y labor de parto, convirtiéndola y tratándola como una herramienta capaz de traer nuevas vidas al mundo, incapaz de tomar decisiones válidas al respecto. Es entonces, un proceso de deshumanización de la mujer en tanto madre, lo que se traduce en violaciones constantes de sus derechos, así como una lucha de poderes, en donde la autoridad del equipo médico, que se respalda en sus conocimientos expertos y carreras profesionales, se sobrepone a la -nula- autoridad que posee la mujer sobre el tema en cuestión.

Surgen entonces, dos problemas. El primero refiere a una naturalización de la violencia obstétrica, pues al menos en Chile, el médico o cualquier profesional de la salud se concibe como alguien cuyos conocimientos son incuestionables, por lo tanto, cualquier acción que realice son aceptadas debido a que él sabe lo que está siendo: si hace algo que pueda ser considerado violento se le es permitido, ya que es el médico el que controla el conocimiento y la información, él es el que sabe qué es lo mejor para el trabajo de parte. Y he aquí el segundo problema, la desinformación y el desconocimiento de gran parte de la población de lo que es considerado violento en medio del proceso de parto. Las personas que sufren de este tipo de violencia por lo general no saben que han sido víctimas de violencia. Este problema se da en un contexto en donde la biopolítica se ha instalado en las formas de actuar del quehacer médico, y donde el dominio del cuerpo se ve regularizado

por instituciones que tienen el control y la potestad de decidir cuáles son los procedimientos a seguir (Foucault, 1976).

Finalmente, las definiciones de violencia no debieran ser impuestas desde arriba, pues una comprensión acabada del fenómeno debe incluir el discurso construido desde el mismo sujeto que la sufre, vale decir, mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica, no sólo porque ayuda a poseer una mirada más compleja y completa del fenómeno, sino porque también permite observar cómo se vive este tipo de violencia en el contexto particular de nuestro país, cuáles son sus aristas más importantes y qué conceptos nuevos pueden surgir, que no estaban siendo previamente considerados como parte del fenómeno. Las concepciones que se sostienen acerca de violencia obstétrica se sustentan, en su mayoría, en discursos institucionales acerca de lo que es este tipo de violencia y sus repercusiones; un discurso sobre la violencia obstétrica desde lo institucional desplaza los discursos sobre ella que puedan tener las mujeres que han pasado por la experiencia de tenerla, por lo que se invisibiliza la forma en que ellas la sufren.

Desde un enfoque Foucaultiano, la regulación de los procesos perinatales per se significa entregarle el poder de decisión en cuanto a los procesos obstétricos a los especialistas, siendo parte de los procesos de la biopolítica (Vázquez, 2012) y en esta entrega de poder pueden perfectamente encontrarse prácticas consideradas violentas que las mismas instituciones no consideren en su propia praxis. Retomando a Guthman (1991), al final, lo que consideran como violencia es un discurso que oculta otros tipos de violencia, por lo que la creación de un discurso desde las mismas madres que han vivido estas experiencias es clave a la hora de determinar qué cae y qué no cae dentro de violencia obstétrica.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los discursos acerca de la violencia obstétrica en mujeres de Santiago de Chile que afirman haberla vivido al año 2015?

Objetivos

Objetivo general: Comprender cuáles son los discursos acerca de la violencia obstétrica, por mujeres de Santiago de Chile que afirman haberla vivido al año 2015.

Objetivos específicos:

- Analizar los significados que atribuyen las mujeres a su experiencia de violencia obstétrica.
- Identificar las relaciones de poder percibidas en el contexto de la violencia obstétrica por parte de las mujeres.
- Analizar la relación entre las creencias asociadas al “ser mujer” y la percepción de la violencia obstétrica.

Relevancia

Si bien el término de violencia obstétrica y lo que ésta implica necesita masificarse con el fin de prevenirla, es de vital importancia que la construcción de este discurso no se forme ni legisle en base a conocimientos provenientes de sectores de poder que impongan la definición de este concepto, por el contrario, se necesita levantar el concepto desde la vivencia de las bases, de mujeres que la hayan sufrido. Esto con el propósito de que la definición de violencia obstétrica a la que adhiera Chile, sea pertinente al contexto nacional, permitiendo tomar conciencia de las prácticas de violencia más comunes y las que la propia

población considera como más relevantes y prioritarias de trabajar. Mediante nuestra investigación pretendemos dejar a disposición pública el material suficiente para abrir discusiones al respecto, y poder sentar las bases de una definición de violencia obstétrica, pertinente al contexto nacional, y que haga sentido a quienes viven estas prácticas de violencia.

De esta forma, nuestra investigación pretende proveer un aterrizaje cultural de un término relativamente nuevo en el país, aumentando también la escasa bibliografía formal al respecto, y el conocimiento general de la población sobre el tema, para eventualmente iniciar procesos de concientización y legislación al respecto, basados en discursos y problemáticas provenientes del mismo sector que las posee.

Marco Teórico

A continuación se presentan una serie de conceptos con sus respectivos autores, los cuales posteriormente serán analizados y discutidos. Estos conceptos son violencia, algunos temas de género, relaciones de poder y violencia obstétrica. Se describe cómo se entiende cada uno de estos conceptos desde diversos puntos de vista, para finalmente explicar por qué cierto enfoque es el más pertinente para este trabajo, lo cual se traducirá en el posicionamiento de los investigadores.

Violencia

“La realidad de la violencia flota según como se la percibe.” (Michaud, citado en Guthmann, 1991). La frase de Michaud sobre la violencia, deja claro uno de los grandes problemas a la hora de definir violencia: su significado varía de persona a persona.

La violencia es un fenómeno complejo y debe reconocerse como tal; hay muchas formas de violencia, todas cualitativamente diferentes entre sí, y cada hecho de violencia tiene distintos niveles de significación y efectos históricos. Es por ello que la violencia puede ser enfocada desde diferentes perspectivas, pero cada perspectiva constituye una mirada parcial o limitada, que arriesga a caer en el reduccionismo, haciendo visible solo algunas prácticas de violencia y no otras (Martín-Baró, 1996).

El concepto es demasiado amplio para poder definirlo de forma universal y hegemónica; por ejemplo, la mirada positivista de la violencia está ligada a lo evidente, a lo “terrible”, a aquellas formas de violencia que pueden señalarse con facilidad, como las guerras, los delitos, opresiones, entre otros de esa línea. Así, esta mirada corresponde a un discurso específico de violencia (DEV) que cubre solo un segmento del espectro de la violencia (Guthmann, 1991).

Una forma de violencia fuera del DEV hegemónico importante de reconocer es la violencia simbólica: ésta logra imponer significados como legítimos disimulando las relaciones de poder en las que se basa su fuerza, es decir, se instala en un plano de pensamientos por relaciones de poder que no son visibles ya que los significados construidos se asumen como ciertos (Bourdieu, 1996). De acuerdo a Bourdieu, las relaciones de poder determinan el modo en que se imponen los significados, son el sistema de medios para la imposición y el encubrimiento de las fuerzas en juego. Si no hay relaciones de poder no hay significados que se impongan, las relaciones en sí determinan qué tan profunda es su inserción en los modos de pensamiento.

Se hace necesario hablar de violencia simbólica en tanto permite salir del foco de la violencia dentro del plano de lesiones físicas, permite ver otro tipo de discurso de violencia que se estructura, y es necesario para entender cómo las visiones de mundo instaladas por la sociedad, desde los medios de comunicación hasta la educación formal, instalan de manera violenta roles y diferencias en la sociedad, sobre todo en temas de género.

Desde el marco de esta investigación, entendemos violencia según lo visto en el texto de Guthmann, desde los distintos discursos que se construyen sobre ella, vale decir, existen distintos tipos de discursos de violencia que engloban diferentes formas de entenderla. Ningún discurso de violencia llega a definir el concepto en su totalidad, pues siempre hay una forma o una expresión de ella que queda fuera, por lo cual se hace necesario la construcción de discursos de violencia autocríticos, que dejen claro cuáles son las formas de violencia que se están visibilizando, pero a la vez que reconozcan que no abarcan a todas las formas de violencia.

Es por ello que lo que entendamos sobre violencia obstétrica no puede ser entendido únicamente por los DEV que ponen las prácticas de violencia únicamente en la lesión física,

ni en miradas absolutistas y reduccionistas de ellas, debemos entenderlas según los discursos que versan sobre ella. A partir del discurso de la violencia simbólica de Bourdieu, entenderemos cómo se instalan representaciones sociales como forma de violencia de género en tanto se instala una visión particular de la mujer, sin embargo nuestro foco principal serán los discursos que las mujeres que han experimentado este tipo de violencia crean.

Género y sus repercusiones

La forma en que se define género deja en evidencia la representación social que hay de hombres y mujeres propiamente tal; la Organización Mundial de la Salud (2013) entiende “género” como los roles socialmente contruidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiada para hombres y mujeres. Esta definición deja ver que hay conductas que son consideradas adecuadas e ideales para cada género, pero no visibiliza que al establecer estas diferencias entre cada uno, se establecen a su vez diferencias que representan ventajas y desventajas, trabajo y recompensa, emoción y sexualidad, imagen e identidad, entre masculino y femenino, creados a través de actividades prácticas y representaciones que justifican dichos patrones y crean la categoría de hombre y mujer (Acker, 2005). El hacer una distinción de géneros de este tipo conlleva a las desigualdades de género.

A pesar de todos los cambios que se han dado a nivel de sociedad, las desigualdades de género se han mantenido por la facilidad en que la dominación masculina ha generado procesos de naturalización sobre las diferencias de género (Bourdieu, 2000). La diferencia biológica entre los sexos se instala como una justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los géneros.

Es en este contexto en que se ha creado una imagen particular de la mujer en donde ocupa un rol central de reproducción, de crianza y cuidado del hogar que se ha mantenido incluso después de su inserción al mundo laboral. El hombre, por su parte, posee la imagen de un rol en el ámbito público y fuera del hogar. Se observa mayor presencia femenina a nivel de las organizaciones comunitarias y sociales, que es muestra de una división sexual del trabajo. Ha habido cambios a nivel del imaginario con respecto a los roles clásicos de género que ocupan hombres y mujeres, los cuales se han flexibilizado y abogan por condiciones de igualdad. Sin embargo, en la práctica todavía se ve dichos roles casi sin el cambio ideológico, como parte de tradiciones, de los medios de comunicación y ocupan, contradictoriamente, un espacio importante en el imaginario social (Gauntlett, 2002).

La feminidad se percibe como la visión de una mujer estereotipada, ligada a una caracterización antigua de la mujer (pasiva, sumisa, reticente) y de sus roles en la sociedad patriarcal. Las mujeres hoy en día no se ven obligadas a responder a la feminidad, se le considera como uno de los estilos de vida que una mujer puede llevar a cabo en el día a día. No obstante, existe una contradicción dentro de la sociedad, puesto que la “falta de feminidad” puede ser vista como algo negativo, se espera que la mujer actúe de esa manera en ciertos contextos; puede ser fuerte de carácter, pero de cierta forma se sigue esperando que sea capaz de asumir un carácter de sumisión si la situación lo amerita (Gauntlett, 2002). Es este tipo de mirada, mantenida hasta hoy en día, que hace más difícil ver a la mujer en un contexto de igualdad con el hombre, aunque el discurso de la equidad esté instalado, puesto que en el imaginario social se sostiene una percepción de lo femenino desde una perspectiva clásica.

Es en este mismo contexto en que la mujer es considerada como un sujeto pasivo, y se espera que su trabajo vaya a estar más relacionado al trabajo social, y donde se espera que ella desarrolle buenas relaciones con quienes les rodean, pues así es como se le define en su rol (Gauntlett, 2002). El desarrollo de buenas relaciones, incluye aquellas de mujer a mujer, sin embargo, esto no ocurre en el caso de violencia obstétrica, pues si bien se define al victimario como el equipo médico, éste por lo general, cuenta con muchas mujeres (enfermeras y matronas) como miembros.

En el imaginario social se asocia el trabajo de obstetricia con mujeres que lo desempeñan, se espera que ellas tengan una mejor relación con las pacientes por una capacidad de empatía. Sin embargo, no se ha evidenciado diferencias de trato y de relaciones entre hombres y mujeres dedicados a la obstetricia con sus pacientes (Krueger, 1998), dejando en claro que esto es simplemente parte de los mitos del imaginario común.

La forma en que la mujer es entendida dentro de la sociedad repercute en todos los ámbitos en que está inserta, por lo que es necesario comprender a las mujeres fuera de las desigualdades y mitos instaladas en el patriarcado para poder entender sus experiencias dentro del marco de la violencia obstétrica, para entender las relaciones de poder y las formas de dominación que se dan en ella.

Relaciones de poder

Ya en el apartado de la violencia, al hablar de violencia simbólica, se mencionó las relaciones de fuerza y cómo ellas son la medida en que ciertos significados que creamos de la vida cotidiana se van instalando por sobre otros. Sin embargo, se hace necesario hacer una revisión del concepto del poder y cómo se establece.

Según lo visto en Microfísica del poder (citado en Vázquez Rocca, 2012), para Foucault, el poder es una relación entre parejas, individuales o colectivas. Si no hay al menos dos, el poder no existe en tanto relación. En estas relaciones, el poder es la forma de acción de unos sobre otros, una acción sobre las acciones de otros. Debe haber todo un campo de posibilidad de acciones entre los dos, campos en los cuales se den espacios de resistencia. No hay poder sin resistencia, las que adoptan múltiples formas, sea consciente o inconsciente, fugaz o permanente, confrontacional o buscando salidas, dadas en grupos o en privado.

Una sociedad sin relaciones de poder es impensable, siempre se van a dar en tanto las personas se relacionan entre sí.

En La Historia de la Sexualidad (1976), Foucault introduce el término de biopolítica, en la cual los problemas del cuerpo son tomados a cargo de una serie de intervenciones y controles reguladores, y de ahí mismo se desprende el biopoder, que sería el control total de los cuerpos. El biopoder actúa como dispositivo para el completo control de los cuerpos, pasiones y deseos. La invasión del cuerpo viviente, su valorización y la gestión distributiva de sus fuerzas, son formas que toma el biopoder y que permite la segregación y jerarquización social. El biopoder le da distintos valores a los distintos cuerpos.

En cuanto al control de los nacimientos, Foucault ve que la intervención se vuelve regularizada, apoyada en las exigencias de disciplinas y adiestramientos individuales, convirtiéndose en un ámbito de un poder organizado alrededor de la administración de la vida. Eso significa que el momento del parto se instala en una relación de poder institucional en la cual se regularizan las condiciones en las que se da; es una expresión del biopoder en tanto la institución actúa sobre las acciones de la mujer en proceso de parto.

Violencia Obstétrica

Antes de abordar este concepto, es necesario decir que la maternidad en las mujeres ha sido regulada, en casi todas las culturas de las que se tiene registro, por medio de diferentes mecanismos de poder, y actualmente en América y Europa existe una corporación médica que afianza progresivamente su poder hegemónico al tiempo que legitima sus saberes (Belli, 2013). Esto se traduce en que, tal como plantea Belli (2013), el sistema biomédico moderno logró un lugar de poder como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones, lo que puede verse claramente en los procesos reproductivos de las mujeres.

Lo anterior implica que existe una relación asimétrica entre las mujeres y los profesionales de la salud, que revela una desigualdad simbólica y real, la cual dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer (Belli, 2013). Por lo tanto, es esta asimetría la que pone en una condición de desventaja a las mujeres, posibilitando la violencia obstétrica.

¿Pero qué es, específicamente, la violencia obstétrica? Su definición conceptual no ha sido desarrollada formalmente, y aquellas concepciones existentes provienen desde marcos jurídicos, quedando definidas según la legislación de aquellos países donde existen normativas al respecto. Así, por ejemplo, en la legislación argentina la violencia obstétrica se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

Otro país que ha legislado al respecto es Venezuela, nombrando la violencia obstétrica como forma de violencia hacia la mujer, en la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia”. En ella, se define violencia obstétrica como:

“La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Alvarado y Guerra, 2012).

El artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, dice que se consideran actos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

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

Otra perspectiva sobre este concepto, consiste en que ésta constituye también una violación a los Derechos Humanos, vinculando la violencia de género contra las mujeres y el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006). Esta articulación de teorías es sumamente interesante, sin embargo, para los fines de este trabajo son preferibles otras visiones, como se explicará más adelante.

Posicionamiento

A partir de todo lo anterior, en este trabajo, cómo no consiste en una reflexión teórica sobre lo que es la violencia obstétrica, se considerará pertinente entender dicho concepto desde una perspectiva concreta y pragmática. Lo que se pretende es conocer la experiencia de las personas, y por esta razón se tomará parte de la definición que da la legislación argentina, específicamente, “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado”, pues como plantea Belli (2013) ésta incluye tanto a los profesionales actuantes durante el momento del parto, como a todo el personal que tiene trato con la mujer embarazada. Además, especifica que la violencia obstétrica implica violencia física o psicológica. Junto a esta definición, se agrega lo que la legislación venezolana comprende como violencia obstétrica y como actos de violencia obstétrica. Esto proporcionará un marco básico y adecuado para clasificar lo que se encuentre en los relatos de las personas investigadas.

Marco Metodológico

Fundamentación

En esta investigación, dados los elementos de significado en los que se quiere indagar, se recurrirá a una metodología cualitativa. El enfoque cualitativo se caracteriza, a grandes rasgos, por su apertura al enfoque del investigado (Canales, 2006). La investigación se concibe como una disposición a observar el esquema observador del investigado, a tratar de “comprender” al otro, indagando en el orden de los significados y sus reglas de significación. En tanto que significado, implica una interpretación de la realidad por parte del investigado, a la vez que lo que el investigador hace es también una interpretación de la interpretación del investigado (Fernández, 2006), lo que le confiere al conocimiento generado un carácter “situado”, el cual posibilita a la vez que restringe dicho conocimiento.

Es este enfoque el que constituye una manera de aproximarse al discurso, pues concibe al investigado como con habla propio, poseedor de un texto exclusivamente suyo. Así, *“lo que emerge en la instancia investigada es una estructura, un ordenamiento, una estabilidad reconocible de lo social. El orden del sentido es lo que emerge, como estructura de significación articulada desde una perspectiva”* (Canales, 2006). Esta es precisamente la información propiamente cualitativa, que describe el orden de significación, la perspectiva y la visión del investigado. Reconstruye el esquema observador, que da cuenta de sus observaciones.

Muestra

En el diseño cualitativo mediante entrevistas, la importancia de los participantes radica en las posiciones sociales ocupadas en relación al fenómeno observado, más que en el número de participantes, para obtener suficiente material a comparar en la llamada saturación de la información (Callejo, 2002). Por esto, el muestreo será no probabilístico por conveniencia, pues nos restringiremos, en primera instancia, a sujetos directamente relacionados con la experiencia de violencia obstétrica y a los cuales se tiene acceso por contactos previos de los investigadores.

En cuanto a los criterios de conformación de la muestra, se utilizarán los siguientes:

- De selección: Mujeres, chilenas, residentes en la ciudad de Santiago, entre 18 y 55 años, que afirmen haber vivido violencia obstétrica al menos una vez durante la atención perinatal. Que no se desempeñen en algún área de la salud vinculada al embarazo (obstetricia, medicina, enfermería, etc.)

- De exclusión: Mujeres, no chilenas, residentes fuera de la ciudad de Santiago, menores a 18 años o mayores a 55, que nunca hayan estado embarazadas o que en caso de haberlo estado, no afirmen haber vivido violencia obstétrica durante la atención perinatal. Mujeres que se desempeñen en algún área de la salud vinculada al embarazo (obstetricia, medicina, enfermería, etc.). Hombres.

Técnicas de producción de datos

La entrevista, para Hernández, Fernández y Lucio (2006) es una reunión entre dos o más sujetos para conversar e intercambiar información en las cuales se producirá una construcción conjunta de significados. La mayor pertinencia de la técnica de entrevista como producción de datos se da cuando queremos conocer la experiencia del sujeto respecto al fenómeno, ya que es una conversación e intercambio para ser observado (Callejos, 2002).

La entrevista se divide en tres tipos: Estructurada, semi-estructurada y abierta. Para esta investigación, se hizo uso de la entrevista de tipo semiestructurada, dado su carácter estructural pero a la vez flexible. Esto fue necesario por cuanto se requería formular adecuadamente una serie de preguntas que apuntaran a comprender desde la teoría los significados subyacentes a la experiencia de violencia obstétrica, pero que a la vez estuvieran abiertas a la formulación de nuevas preguntas pertinentes a la información obtenida, que permitieran indagar en nuevos aspectos de los discursos y mantener viva la perspectiva de los sujetos.

Técnica de análisis de datos

El análisis de contenido, según Krippendorff (citado en Vásquez, 1994) es una técnica de investigación destinada a formular inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. En el análisis de contenido, partiendo de datos textuales, se descompone el texto en unidades para luego agruparlas en categorías siguiendo el criterio de analogía (Vásquez, 1994), desde las cuales apuntaremos a realizar inferencias con vistas a obtener un significado que sobrepasen lo manifiesto en los datos.

Distinguiremos tres etapas consecutivas y recursivas: Preanálisis (organización del material y definición de las dimensiones a estudiar); Codificación (segmentación del material en unidades de registro y unidades de contexto); y Categorización (organización, clasificación y condensación de las unidades, diseñando categorías con un mismo nivel semántico y congruentes con la investigación).

Usamos este tipo de análisis ya que el análisis categorial asume la construcción de categorías desde las relaciones del contenido con las hipótesis y teoría previa, desde la mirada del objeto del investigador, a la vez que permite la emergencia de otras categorías desde el contenido de los sujetos (Piñuel, 2002).

Análisis

En el siguiente apartado nos dedicaremos a revisar las categorías y códigos que emergieron durante las entrevistas realizadas. A partir de una exhaustiva revisión pudimos encontrar 4 categorías que permitirían entender los distintos ámbitos en los cuáles las mujeres entienden violencia obstétrica. Estos son: 1) Mal-trato por parte del personal médico, 2) Naturalización de la violencia, 3) Roles de Género, 4) Combatiendo la violencia. A continuación revisaremos cada una de las categorías.

Mal-trato por parte del personal médico

Esta categoría refiere a cómo se dan situaciones de violencia concreta, en tanto existe un daño físico o psicológico que conlleva un perjuicio o secuela negativa para la mujer, por parte de los profesionales de la salud que asisten durante todo el proceso perinatal, desde el embarazo hasta la hora de dar a luz. En el discurso de las entrevistadas, percibimos graves fallos en el equipo médico, sobre todo a la hora de respetar sus decisiones: existe una gran variedad de situaciones en las que se sienten desplazadas e ignoradas, y derechamente no se considera su opinión, en donde el equipo médico simplemente toma decisiones por su cuenta justificándose en que están siguiendo sus protocolos o porque consideran que están tomando la mejor decisión para el caso atingente. De esta manera, lo primero que rescatamos es una sensación de “intimidación” por parte del equipo médico hacia las mujeres, en donde miembros del equipo médico las convencen de seguir sus instrucciones al decirles que no saben lo que están haciendo y que están poniendo la integridad de sus hijos en riesgo al no seguir sus instrucciones, infundiendo miedo en ellas, como podemos ver en las siguientes dos citas.

“Ehm, yo dije ‘pucha, no... yo quiero esto, yo quiero parto natural’, pero me dijeron ‘pero tenís que pensar en tu hija’.” (Entrevistada 2)

“yo ni siquiera quería tomarla, a mi guagua, porque como que me decían ‘no, que se va a acostumbrar a estar en brazos’, y mi hija tenía horas de nacida y yo no la quería tomar” (Entrevistada 1)

Reconocemos como una forma de intimidación, a su vez, la manera en que se presenta la situación de parto a las mismas mujeres; se enfrentan a una situación en la cual no tienen mucha información, no se les ha otorgado ni se las ha incentivado a buscar, por lo cual se encuentran desorientadas, perdidas y nadie se detiene a explicarles lo que está ocurriendo o por qué los procedimientos se están dando de una manera específica, lo que produce que se pierdan o se confundan en medio de lo que está pasando, por lo que llegan a sentirse fuera del proceso mismo, como lo vemos en la siguiente cita:

“había mucha gente que yo no conocía, muchas paredes mirándome, que yo no sabía quiénes eran, porque nadie se presentó, cachai. Nadie me explicó lo que iba a pasar, todo era muy rápido.” (Entrevistada 1)

Otra forma de maltrato que nosotros rescatamos de las entrevistas, son las burlas que el equipo médico realizaba ante las decisiones de las mujeres; esto abarca desde bromas de mal gusto hasta el menosprecio directo de las decisiones y/u opiniones de las mujeres durante el proceso perinatal. Esto causa incomodidad, temor y sensaciones de ser

menoscabadas, a la vez que se le quita poder de agencia a la mujer, como puede verse dentro de las siguientes citas:

“Ehm, empezaron a presionarme con el tema de que no iba a poder ser un parto normal, que no me dilataba, que me hacían tacto y el cuello todavía estaba largo en el útero, que me iban a tener que hacer cesárea, que mi guagua era grande... a lo cual uno empieza a asustarse. (...) Y... hasta que llegó un momento en que la matrona me volvió a hacer tacto y me dice ‘no te estás dilatando nada y a tu hija le está saliendo un chichón en la cabeza, te vamos a tener que abrir’. Ante el susto y todo, uno dice ‘ya, lo que sea’, o sea... te asustan con algo así y ya, uno dice ‘bueno’.” (Entrevistada 2)

“A mí algunos médicos de lo que me tocó monitoreo me atendió como bien y todo, pero había otro que hacía puras bromas, de mal gusto, en verdad y yo tampoco con los dolores con los que estaba tampoco estaba en las condiciones para escuchar ese tipo de cosas. (...) Pero eran unos chistes de plomo en realidad, entonces no... Creo que era poco adecuado.” (Entrevistada 4)

“Cuando yo le dije al doctor que yo quería sin anestesia, él me dijo así como ‘¿estay segura?’ (...) no respetando que es una opción válida (...) Claro. Prácticamente como que me dijeran, así como ‘ya, ya, déjenla... déjenla con sus creencias... que no cacha nah’.” (Entrevistada 2)

Una de las formas de maltrato que rescatamos de las entrevistas fue la forma en que el personal médico silencia a la mujer, la forma en que pasa por alto sus decisiones y no respeta su cuerpo, actuando sobre él como si fuese propiedad de ellos para intervenir, sin consideración alguna por lo que les ocurre a las entrevistadas en cuestión, tanto a nivel físico como emocional. Esto queda claro en las siguientes citas:

“en el fondo todo mi trabajo de parto giró en término a los tiempos del médico. Cuando me empezaron a inducir el parto con oxitocina sintética, a medida que el venía avanzando, o sea como que ‘no, ya viene en el peaje, no, ya viene no se dónde’, pero esa medida, como para que cuadrara que cuando él llegara yo ya estuviera completa para poder parir.” (Entrevistada 1)

“En el fondo, muy, muy horrible, muy... y como que me sentí muy invadida, te digo, como que era como un muñeco que me tiraban de acá pa allá, no...” (Entrevistada 4)

Para las mujeres esto significa tener que entregarse completamente a lo que decidan hacer los médicos, a su praxis, no les queda otra que dejarse ir y permitir que intervengan en ellas de la manera que ellos estimen conveniente, de cierta manera se ven forzadas a entregarles sus cuerpos. La siguiente cita lo deja más que claro:

“Una vez que te entregay, es prácticamente una derrota, y tú ya te sentís mal ya porque tenís que tomar una opción que no queríay, y como que finalmente te rindes ante eso. Entonces, ya nada te importa, es como..... ya, es lo que es no más.” (Entrevistada 2)

Las intervenciones del equipo médico que pasan por alto las decisiones de la mujer no vienen sin consecuencias; identificamos daños y secuelas que sobrevienen a la experiencia de entregar el cuerpo, de ser silenciadas y que se haga lo que se quiera con ellas, que tienen implicancias muy importantes en la vida de las entrevistadas, en tanto irrumpen con su cotidiano vivir, en sus emociones y en los recuerdos negativos que se generan a partir de la experiencia, como se ve en la siguiente cita:

“Para mí es como... es como una historia de terror en verdad, yo no pude hablar de este tema hasta como 5 años después (...) De hecho cuando hablaba lloraba y todo... todavía me produce un poco de angustia, pero no para llorar... em.... Y claro, no era nada lo que yo esperaba vivir en el fondo.” (Entrevistada 4)

Una de las secuelas importantes que se dieron debido al maltrato del equipo médico tiene que ver con que a las mujeres les produjo un fuerte rechazo la idea de embarazarse nuevamente: una de nuestras entrevistadas no fue capaz de volver a embarazarse por tres años, mientras que otra no lo ha hecho al día de hoy, debido al miedo que le produjo la experiencia. Este tipo de experiencias entonces, se presentan como un evento tan negativo que, con tal de no volver a pasar por lo mismo, muchas mujeres deciden no tener más hijos, temporal o permanentemente, como lo reflejan las siguientes citas:

“Afectó en que no tengo más hijos... (...) me da terror como volver a pasar por lo mismo, entonces como que no... no he vuelto a embarazarme por eso. (...) A lo que voy yo es que me da mucho miedo pasar por algo igual y me da miedo enfermarme mentalmente de nuevo.” (Entrevistada 4)

“Estuve tres años sin embarazarme de nuevo. Ni siquiera fue en sí por la muerte del hijo, que ya en sí es un tema fuerte, sino por el tema médico. Y que te implique posicionarte frente al tema y decir que no voy a tener un hijo hasta tener las lucas para pagártelo. Así fue el trauma.” (Entrevistada 3)

Naturalización de la violencia obstétrica

Esta categoría refiere a cómo la violencia, particularmente en el ámbito obstétrico, se encuentra fuertemente naturalizada en el imaginario colectivo de la sociedad, haciendo un énfasis especial en los cuerpos médicos que trabajan en maternidad y partos. En el discurso de las entrevistadas se percibe que esta naturalización tiene consecuencias tales como la realización de prácticas médico-obstétricas violentas por parte del personal médico, así como la invisibilización de violencia a nivel de pensamiento, por cuanto se asume y racionaliza que las prácticas llevadas a cabo son como deben ser, imposibilitando mayor cuestionamiento.

Así, lo primero que aparece es la sensación de que existe una visión “normalizada” del fenómeno, y esto tanto a nivel familiar y de entorno cercano como a un nivel más estructural, abarcando a la sociedad en su conjunto. Esto, además, conllevaría la ubicuidad de la violencia obstétrica respecto de las distintas modalidades del sistema de salud y la imposibilidad de evitar pasar por una situación con algún grado de violencia durante el embarazo, como se puede ver en la siguiente cita:

“O sea, yo creo que la percepción de mi entorno, de mí familia, de las mujeres de mi familia, de amigas, de todo lo que yo recopiló, es un número muy alto [*de casos de violencia*]. Y eso se debe a la normalización, es un... es un sistema normalizado, entonces, es muy probable que cumpla o te llegue a tocar violencia obstétrica. Quizá no todos los criterios, pero más de alguno te va a tocar. Si tú vas a una entidad, ya sea pública o privada, de una u otra forma vas a llegar a eso” (Entrevistada 2)

Además, se deja entrever que habrían diferencias de creencias en el trato esperado en función del estrato socioeconómico del cual se forme parte, lo que se refleja concretamente en el tipo de institución de salud a la cual se puede acceder. Así, en los niveles socioeconómicos medio-bajos estarían más naturalizados los tratos violentos, los cuales no pueden ser cuestionados, mientras que en estratos más altos se esperan tratos menos violentos y más respetuosos con la persona, asociados directamente al hecho de estar pagando mayores sumas de dinero por tal trato, o como plantean ellas “pagando por el respeto”:

“lo que pasa es que vengo de una familia de clase media baja, y en ese sentido hay una naturalización en las clases más pobres de que hay ciertos tratos que tienes que aguantar para acceder a la salud, y que tú tienes que hacer oídos sordos porque así es. Está tan naturalizado el tema...” (Entrevista 3)

“mi mamá tuvo... mi mamá tuvo 3 partos naturales, pero la diferencia es que, claramente, ella estuvo en una clínica totalmente privada. Ella pagó por el respeto” (Entrevistada 2)

No obstante, dentro de este imaginario violento normalizado es posible encontrar actos de resistencia y visibilización por parte de las entrevistadas, los cuales, lamentablemente, no resultan efectivos dado el alto grado de naturalización de las prácticas violentas, generando cansancio y malestar en ellas:

“Igual es difícil porque es como luchar contra la corriente permanentemente, entonces hay como un nivel de cansancio y de prejuicio desde la gente que está a tu alrededor y que en el fondo, o no conoce o no quiere conocer” (Entrevistada 1)

La implicancia más evidente de la naturalización de la violencia en la sociedad es su manifestación en la práctica médico-obstétrica, que se caracterizaría por ser inhumana, indolente y poco respetuosa en el trato con las pacientes. Por ejemplo, esto queda en evidencia en el testimonio de una mujer cuyo hijo falleció durante la gestación:

“Después llegó otra matrona y me retaba siempre pero yo no hablé con ella, no sabía qué le pasaba, parece que estaba enojada (...) Le decía a la matrona ‘oye, ¿puede entrar no sé quién?’ -‘no, porque tú no vas a recibir hijos’ y me dejaban en una camilla sola” (Entrevista 3)

Del mismo modo, se puede observar cómo el personal médico no sólo es desconsiderado en el trato, sino que en algunos casos dispone a la paciente o le realiza peticiones que por razones evidentes no pueden ser acatadas, pero que sin embargo se esmera en llevar a

cabo pese a la voluntad de ella, mostrando el alto grado de negligencia existente y la poca consideración de la situación objetiva y las condiciones subjetivas en que se encuentra la paciente:

“Y llego y me dicen [el anestesista] (...) ‘no, es que te tenís que agarrar las rodillas’ y todo un proceso muy agresivo, muy vulnerabilizado, muy... muy terrible. En donde, o sea, yo (...) realmente no podía agarrarme las rodillas con la guata entremedio. Entonces, no... te... agresivamente te dicen ‘¡No!’ pero... ya. Gritaba por el dolor de las contracciones... ‘que ya, que no le diera tanto color’, poco menos, que ‘ya, que ponte de una pa que te puedan poner bien la anestesia, si no, te puede agarrar un nervio’ (...) Y una vez que ya te ponen la anestesia, ya ahí ya no hay más que hacer” (Entrevistada 2)

Por último, también se puede dar cuenta de cómo en algunos casos la práctica médica es notoriamente iatrogénica, dado que si bien está dentro de los protocolos y procedimientos establecidos, no deviene ninguna consecuencia benéfica para la paciente, sino todo lo contrario, pues dichas prácticas resultan ser altamente invasivas, abusivas del cuerpo de la mujer y reiterativas, además de realizarse sin su explícito consentimiento:

“lo que había provocado eso, el procedimiento que habían hecho ellos es que me habían desprendido la placenta de la guagua.” (Entrevistada 4)

“a mi pareja lo sacaban cuando venían como a hacerme tactos, me hicieron muchos tactos, muchas personas distintas, me rompieron la bolsa.” (Entrevistada 1)

Otro aspecto que resulta interesante es que todo este proceso de embarazo aparece connotado como un simple trámite, donde la idea predominante es la burocracia del “*puja, puja, puja*”. Las entrevistadas expresan que son vistas como objetos que van pasando por una serie de procedimientos médicos, sin que exista cercanía o un buen trato emocional por parte del personal médico. Como si se tratara de un algoritmo en el que no hay cabida para las emociones. En algunos casos ni siquiera se les trataba por el nombre, como narra una entrevistada:

“Siempre hubo como un, claro no hubo una agresión explícita, pero sí como indolencia, es la palabra que yo utilizaría, como que no les importa. No les importa, es como ‘una más’, no hay un trato cercano, no te tratan por el nombre, no te preguntan ni tampoco por tu hija, como que mientras no salga de ti es como que no fuera otro ser, entonces tampoco nunca nadie me preguntó que si era hombre o mujer, que cómo se llamaba, nada (...) si era como nada, como ‘puja, puja, puja’.” (Entrevistada 1)

Es tal el impacto que tiene la idea del embarazo como un trámite, que incluso se compara con una sensación de indolencia, según la percepción de una entrevistada. Aquí aparece la idea de que el paciente no tiene injerencia en cuanto a los procedimientos por los que va pasando, sino que muy por el contrario, sólo se limitaría a contemplar las acciones realizadas sobre su cuerpo, como se aprecia a continuación:

“Yo creo que fue una relación de paciente, con todo lo que eso implica, cuando un paciente tiene cero poder, es un paciente. No tiene que ver con el proceso, solo transita.” (Entrevistada 3)

Este tránsito en calidad de paciente al que se refieren las entrevistadas tiene una clara connotación negativa. Alude a que a éso se limitan las acciones de la mujer, y que por lo tanto, pueden ser manipuladas como el personal médico estime conveniente, que como vemos, se reduce a un trámite. En esta cita puede verse lo anterior:

“ya ahora tenía que pujar, usted póngase acá, ¿usted es el papá?, ya, póngase acá, ya, ahora puja cuando nosotros te avisemos.” (Entrevistada 1)

Finalmente, el último aspecto que resalta en esta categoría guarda relación con el grado de información o conocimiento que las pacientes manejan. Así, el desconocimiento de las características concretas del trabajo de parto, tanto en los procedimientos, personal involucrado, tiempos, consideraciones, expectativas, entre otros, aparece como un elemento transversal a todas las entrevistadas, quienes reconocen lo importante que es la información durante el proceso y cuánto condiciona ésta la entrega inocente a las manos del cuerpo médico:

“Porque no tienes cómo saber lo que están haciendo. Ni tampoco en qué cantidades debería ser, ni en qué horarios debería ser, no tienes ni una idea de lo que están haciendo en el fondo. (...) Sí claro, es porque no hay mayor información, entonces te entregas a lo que los profesionales tienen que saber.” (Entrevistada 4)

Del mismo modo, las entrevistadas afirman que, hasta antes del parto, desconocían totalmente la existencia de la violencia obstétrica, situación que se hizo visible por el hecho de haberla vivido en carne propia. También resaltan el carácter subterráneo que tiene el fenómeno, destacando que es un tema delicado que puede ser conversado sólo con “los más cercanos”, y que por este carácter de subterráneo no es posible actuar adecuadamente para contener y dar apoyo a la víctima:

“este es un tema súper silencioso, algunos no saben cómo reaccionar, los más cercanos te preguntan, es un tema super delicado. Entonces, no fui sostenida, y tampoco sabía cómo ser sostenida. No tenía idea de que esto pasaba en el mundo. Con lo que me pasó recién caché que esto pasaba más frecuentemente.” (Entrevistada 3)

Por otro lado, entre los factores que promueven esta desinformación está la falta de medios formales donde las personas se puedan informar sobre sus derechos, los procedimientos del embarazo, qué es lo que les harán, a qué pueden optar, etc. Es precisamente por esta falta de medios formales que las entrevistadas han tomado la iniciativa y se han informado por otras vías, adquiriendo consciencia de que han sido víctimas de violencia obstétrica:

“Sabía que algo no andaba bien. Sabía que no era justo sentirse así después de un parto. Y comencé a recopilar muchas experiencias de amigas mías que les lo mismo. Y empezó... justo estábamos en la época en que empezó a surgir el tema de la violencia obstétrica, o a reconocerse más, o a hablarse más de ello en las redes

sociales. Y empezó a llegar a mí más información. A lo cual yo empecé a leer, empecé a leer, empecé a investigar... hasta que, claro, voy viendo y yo cumplía con todos los criterios de violencia obstétrica.” (Entrevistada 2)

Dentro de los medios de contrainformación que se utilizan, destacan los medios digitales, blogs redes sociales como Facebook, entre otros, convirtiendo a Internet en una herramienta clave para informarse, además de permitir el contacto e identificación con otras víctimas, posibilitando el surgimiento de una colectividad en torno al fenómeno:

“Eh por internet principalmente, como que empecé a conocer y empecé a informarme principalmente a través de Facebook, de páginas puntuales, y bueno, ahora que ya tiene como más en boga el término de violencia obstétrica como tal, ahí empecé a darme cuenta que en realidad...” (Entrevistada 1)

“Después de todos estos años empiezo a leer y empiezo a enterarme de que todas estas cosas no debieron haber sido así, debieron haber sido de otra manera. Y que otras mujeres lo denuncian como violencia, y entonces ahí tú dices ‘oye, yo pasé algo muy parecido’” (Entrevistada 4)

Rol de la mujer

Esta categoría da cuenta de las percepciones que poseen las entrevistadas respecto a su rol como mujeres dentro del proceso de embarazo. Al respecto, plantean diferentes roles que pueden describirse como un continuo que va desde una visión de rol contradictorio, esperado por el equipo médico con el que se relacionan durante el proceso, pasando por un rol en torno a una vulnerabilidad que definen como propia del embarazo y otra postparto, llegando finalmente al planteamiento de un rol ideal que debieran tener las mujeres durante su embarazo, vale decir, un continuo que abarca un rol impuesto y actuado, otro que está presente pero no es considerado y uno que debería ser el que efectivamente se desempeñe.

En primer lugar, cuando las entrevistadas hablan del rol esperado por parte del equipo médico con el cual se involucran durante el proceso de embarazo, refieren una suerte de contradicción. Por una parte se las percibe como una existencia pasiva y conformista que debe aceptar procedimientos y tratos sin quejarse ni emitir opiniones o tomar decisiones por cuenta propia, ya que dada su posición, no tendrían derecho a hacerlo. Esta situación supone una vulneración de la facultad de tomar decisiones que cada mujer posee en su condición de ser humano. Las siguientes dos citas permite apreciar, como se ha mencionado, el rol de pasividad y conformismo percibido y encarnado durante la experiencia de estas mujeres:

“Claro, ellos siempre esperan que tú seas como callada, obediente y que no les des mayores problemas. (...) Claro, lo dan por dado y que bueno... es lo que hay no más, y si te toca, te duele o lo que sea, como que tenís que pasarlo no más, como que en verdad no tenía mucho derecho a decir nada.” (Entrevistada 4)

“Estaba como muy, como en la onda de no molestar al personal de salud, de no preguntar, como pa no ser un cacho, pa no decir ‘oh esta galla que molesta, que se queja’, mejor quedarme callá, tonce podía venir cualquier persona a decirme cualquier cosa y yo me quedaba callá. No exigía ningún derecho.” (Entrevistada 1)

La cita a continuación, plantea el extremo nivel de pasividad que se impone en las mujeres, al tratarlas no como seres humanos que requieren de formas mínimas de relación, sino como objetos a disposición de otros:

“En el embarazo anterior me sentí como un sujeto de estudio.” (Entrevistada 3)

Por el otro lado, esta visión pasiva y conformista del rol de la mujer embarazada en relación al equipo y procedimientos médicos presenta su contradicción en que estos además esperan un actuar racional de su parte, sea en cuanto a firmar consentimientos como en actuar con tranquilidad durante el parto, restando importancia e ignorando todos los dolores y niveles de estrés propios del proceso, lo cual queda explicitado a continuación:

“De todas maneras. Ellos pretenden que tú actúes racionalmente cuando en verdad estás en un momento totalmente irracional. Por lo tanto, yo creo que se esperan cosas que no debiesen esperarse de una mujer pariendo... y que te respetaran” (Entrevistada 2)

Este momento irracional propio del parto, dicen, no alude a la percepción común de la mujer embarazada como sujeto vulnerable debido a la delicadeza, fragilidad y pasividad “propia” del género, sino a un momento de interiorización con los procesos corporales que se dan durante el trabajo de parto, que significan una desconexión con el entorno, en donde cualquier intento de reconexión, sea por parte de ella como de quienes se encuentran fuera, resulta en una interrupción prácticamente inútil. El desconocimiento o infravaloración de esta situación mantiene y perpetúa, por un lado, estereotipos de género de la mujer “histérica” que no escucha razones, y por otro, corrobora la toma de decisiones arbitrarias por parte del equipo médico en base a la incapacidad de la mujer dado su estado:

“en ese momento la mujer no tiene voz, y no voz porque no tenga voluntad ni mucho menos, porque estás en un proceso en donde estás enfocada en tu parto... estás más vulnerable y estás en otra... dimensión. No estoy en... pensando racionalmente, tus hormonas están a full, todo.” (Entrevistada 2)

Posterior a esta vulnerabilidad propia del parto, las entrevistadas describen una vulnerabilidad producto de la extenuación física y mental posterior al nacimiento de sus hijos, en donde, luego de no sentirse partícipe ni dueñas de su propio parto, consideran inútil algún intento de hablar o discutir sobre las prácticas o acciones que pudieron considerar como violentas. Las dos citas a continuación hablan de ello, la primera en relación a la convalecencia post operatoria, y la segunda del proceso en general:

“Nada. Cero. Durante el parto sí, más sentía por el hecho de que yo estaba respetando mis tiempos, estaba respetando el proceso... aguantándome los dolores, pero con un propósito... ehm... pero ya después que, con el tema... ya, te voy a cirugía y después el posparto... que igual queday con... es una operación, queday convaleciente, entonces... y lo único que te reconforta es estar con tu guagua. Entonces, finalmente, no eres protagonista de tu parto.” (Entrevista 2)

“[Sobre si supo en el momento que había sido violentada, o después] Sí. O sea, cuando me sacaron la guagua ya y ahí estaba en esa sala que estaba sola, mil horas, em... en ese momento sí sentí que había sido violentada. De alguna u otra forma si lo había sido tampoco estaba en condiciones de hacer nada, porque te puedes imaginar que, después de todo lo que me pasó, yo estaba como un trapo, no me iba a poner a discutir con nadie ni nada, yo lo único que quería era salir de ahí.” (Entrevistada 4)

Finalmente, si bien las entrevistadas reconocen los roles de pasividad y conformismo impuestos por otros y actuados también por ellas, así como también se definen dentro de un rol de sujeto vulnerable en tanto condiciones propias del parto y secuelas físicas y mentales, son críticas y propositivas respecto a qué rol deberían poder desempeñar en su proceso de embarazo. En primer lugar, reconocen que históricamente hay períodos que han ayudado a perpetuar la visión y mantención de un estereotipo de mujer sumisa, que se relaciona particularmente con el ámbito político, pero que acaba afectando todos los ámbitos no solo de su propia vida, sino de generaciones anteriores. Así lo expresa la siguiente cita:

“[Sobre similitudes de rol respecto a su madre, abuela o mujeres cercanas] Yo creo que es similar. Similar en términos de cumplir como el sermón, de cooperar, de ser más sumisa, sí, yo creo que sí. Principalmente porque antes había como, estaba recién empezando el tema de la liberación más femenina, que tampoco era muy bien visto, el tema también de igual la represión que tuvo que ver con el tema político, yo encuentro que igual eso nos ha afectado también, que no alcemos mucho la voz, como que siempre vivimos como con el temor de la represión ahí, invisible, yo creo que igual eso afecta como a toda la esfera.” (Entrevistada 1)

Posterior a este reconocimiento histórico de la mujer como sujeto pasivo, expresan de manera uniforme, que idealmente debieran poder desempeñar un rol protagónico ya que el embarazo no abarca procesos solo físicos que conciernen el ámbito médico, sino que además abarca de forma integral otros aspectos emocionales y psicológicos que son de dominio individual y que por tanto conciernen a ellas en particular; aspectos sobre los cuales el equipo médico y sus procedimientos no pueden intervenir arbitrariamente, menos aún cuando estos ni siquiera contemplan la presencia de ámbitos emocionales, por ejemplo, en su relación con ámbitos físicos. Reconocen con ello su legítimo derecho en su calidad de ser humano y de creadoras de vida, a ser partícipe de sus procesos. La cita a continuación, deja ver de forma más elaborada, un ideal de rol presente en el discurso de todas las entrevistadas, y que además, plantea el ceder a un otro su poder de decisión como una forma de autonomía y de hacerse escuchar, tema que desarrollaremos en detalle más adelante:

“El rol principal es protagónico, o sea, el parto es de una. Tú estás trayendo vida, por lo cual todo tiene que ser pasado por ti, todo tiene que ser en base a respetar a lo que tú sientes, a lo que tú vives... y respetando el proceso en sí, que finalmente es un proceso que abarca muchas dimensiones, no es sólo un tema físico. Debiese ser un momento... es pa mí muy divino, muy... bajo mi punto de vista, un momento sustancialmente creador de vida, lo que merece ese respeto, y no lo tiene. No puede esperarse una mente racional en ese momento, que lo único que hace es sacarte del proceso de parto, y que... finalmente, también contar con los apoyos necesarios. En

mi caso, mi apoyo es mi pareja. La que no lo tenga, que pueda tener una doula, que pueda tener su mamá al lado... la persona que estime conveniente que la apoye en ese momento, con sus ideales, que la apoye en que sea su voz.” (Entrevistada 2)

Combatiendo la violencia

Esta categoría consiste en una serie de reflexiones de las mujeres violentadas sobre qué debería hacerse para detener la violencia obstétrica. Ellas proponen una serie de ideas que apuntan a prevenir, frenar o denunciar la violencia. Es destacable el hecho de que existe una percepción de total desaprobación y condena a la violencia obstétrica, así como también de que es posible y necesario hacer algo para terminar con ella. Lo anterior implica que la violencia obstétrica ha provocado una respuesta por parte de sus víctimas, la cual puede visibilizarse en variados grupos de facebook y sitios de internet que se dedican a divulgar información relacionada.

Entre las ideas propuestas aparecen que debería: educarse o informarse a las mujeres sobre todo lo relacionado con el tema de la violencia obstétrica; existir cierta legislación o respaldos legales que empoderen a la mujer frente a las acciones cometidas en los hospitales o clínicas; recurrirse a sistemas alternativos de parto y tratamiento general durante el proceso de embarazo; permitirse un acompañamiento por parte de familiares o personas cercanas durante el embarazo y el parto; que los integrantes del equipo médico encargado del parto deberían ser capacitados en cuanto al trato humanizado hacia la mujer, y finalmente, que existen limitantes estructurales que deben ser superadas. Todas las ideas anteriores se explicarán y detallarán a continuación.

Sobre la primera idea propuesta por las entrevistadas, es decir, la educación a las mujeres, observamos que expresaban claramente la necesidad de informar a las embarazadas tanto del proceso normal de tratamiento durante el embarazo, como de todo lo relacionado con la violencia obstétrica, en caso de que esta última se presentase. Lo anterior pudimos apreciarlo en la siguiente cita:

“Que se informe es como lo principal. Que se informe, que se crea el cuento también, y que crea en sus capacidades físicas, emocionales, de mujer, que lea lo que pueda leer (...) tomar lo que les sirva, lo que les haga sentido, (...) Cada uno tiene que ver lo que le va a servir, pero sí lo importante es como la información” (Entrevistada 1)

Como podemos observar, esta educación no provendría necesariamente del propio centro de atención médica, sino que de otras fuentes bastante diversas. Lo que se propone apunta a una auto-educación, a que sean las propias mujeres quienes investiguen por sus propios medios sobre todos los temas relacionados con el embarazo y la violencia obstétrica. Esto último lo vemos en la próxima cita:

“Y dedicarme también, un poco, a difundir un poco el tema... la información, como esto sí, esto no. Empiezas a investigar, a psico-educarte, empiezas a ver que son cosas que no deberían estar pasando y pasan. Y tratar de alertar a la mayor cantidad de mujeres que estén en lo mismo, y empezar a recabar información, por supuesto, de que esto jamás te vuelva a pasar.” (Entrevistada 2)

La entrevistada da cuenta de esta auto-educación mencionada anteriormente, pero además propone que junto con ello, toda la información recopilada sea puesta a disposición de la mayor cantidad posible de mujeres embarazadas, ampliando la idea de auto-educación a

una educación propiamente tal. Esto sería el inicio de un verdadero empoderamiento por parte de las mujeres, quienes serían capaces de estar preparadas para cuestionar cualquier procedimiento médico inapropiado, o directamente, cualquier hecho de violencia obstétrica del que podrían ser víctimas. Esto se aprecia en la cita a continuación:

“Un empoderamiento, de entender de que es de ellas. Todo lo que se haga va a ser decisión de ellas por ellas. Y que también es necesario entregarles información, porque uno llega en base a lo que te dice el sistema. Entonces es súper fácil que siga pasando esto. Si empoderas a una mamá, le entregas información, va a ir con anticipación buena de saber lo que sí y lo que no. De saber ‘oye, estay equivocado en esto... oye, a ver, yo tengo... que se me respete esto’.” (Entrevistada 2)

Aquí podemos apreciar la conexión entre educación y empoderamiento, así como también la idea de que es necesario ir más allá de la información que el propio sistema de salud entrega. Esto da a entender que existe una fuerte desconfianza y un serio cuestionamiento al actual sistema, lo que refuerza y explica la idea de que la educación debe ser obtenida desde fuera de éste.

En cuanto al respaldo legal propuesto por las entrevistadas, éste consiste en la implementación y aplicación de diversos mecanismos legales que constituirían una protección de la mujer en caso de que se produzca cualquier acción que esté fuera de lo pactado con el personal de atención médica. Específicamente, las entrevistadas hablan de que debería existir una documentación legal puesta por escrito sobre todos los procedimientos que se realizarán durante el proceso de embarazo, con lujo de detalles y en el que esté contemplada cualquier decisión del personal médico, tal como un contrato legal. Esto se ve en la siguiente cita:

“Lo que yo haría, primero que nada, tener un plan de parto por escrito. Firmado por mi staff médico. Con todo lo que yo tengo estipulado y que se respete y que esté por escrito. Porque en ese momento las mujeres entramos en un proceso...” (Entrevistada 2)

Actualmente, todo lo que se hace en el proceso de embarazo queda estipulado simplemente de palabra. En caso de que alguien del personal médico decida un cambio de último minuto, no existe ningún respaldo que dé cuenta de ello, sólo ciertos estándares médicos fundamentales que claramente son insuficientes para la protección de la mujer. Más complejas son las situaciones en las que la mujer o el hijo recién nacido son víctimas de daños gravísimos o irreparables. Un ejemplo de esto último se encuentra en la cita a continuación:

“me imagino que deben haber casos en que la guagua queda con un daño neurológico, y obviamente hay que hacer una restitución monetaria ahí, porque lo que se viene pa esa familia, o sea, le destruyeron todo el proyecto de vida que tenían, eh... y si es que la guagua no muere, ¿me entiendes?” (Entrevistada 4)

Finalmente, a lo anterior se suma la propuesta de que las embarazadas deberían ser acompañadas de alguien que esté ahí a modo de testigo de lo que sucede, para que si ocurre algún procedimiento o trato que la mujer considere dañino o inapropiado, se tenga a

este acompañante como un respaldo legal. Esto está claramente enunciado en la siguiente cita:

“ser conscientes primero del contexto de economía de mercado que estamos en relación a la salud. A no plantearse ideales, sino ir en una relación ojalá acompañada donde uno pudiese parar el menor trato que uno considere mal, porque uno se merece el derecho a exigir.” (Entrevistada 3)

En relación a la propuesta de los Sistemas Alternativos, las entrevistadas afirman que dado el mal funcionamiento del sistema de salud actual, el trato inhumano y la violencia obstétrica que se presenta, una posible solución es la de abordar el embarazo desde otros enfoques, ajenos a los procedimientos médicos establecidos. Por ejemplo, una idea fue la de realizar un parto natural y en la propia casa de la embarazada:

“Siento que es muy necesario, creo que está muy en aumento el tema ahora más humanizado, esto de querer un parto natural, un parto en casa, lo que me parece excelente. Y con lo cual están reclamando mucho, porque obviamente no les conviene, no es negocio. Y ojo, que también partos en casa hay que ver con quién, porque si no te cobran un ojo de la cara, o sea, sigue siendo exclusivo.” (Entrevistada 2)

Sobre la cita anterior, es destacable la crítica que hace la entrevistada sobre el actual sistema de salud que está inserto en una economía de mercado, en donde todo el proceso está inevitablemente relacionado con intereses monetarios. Incluso el parto en casa, que podría ser una salida del sistema de salud, evitando la violencia obstétrica, sigue siendo económicamente restrictivo debido a los elevados costos que tiene, por lo que no cualquier persona tiene acceso. Sobre eso, otra de las entrevistadas afirma:

“Porque ahora es solo como un ghetto, es como una exclusividad poder parir en la casa, es como, es raro, y es como que tení que tener igual sus buenas lucas, o sí querí, tener como un equipo de parto, porque en el fondo el parto debiera ser humano por sí mismo po, no debiera ser la excepción, sino debiera ser así para todos.” (Entrevistada 1)

En general, si bien la idea de los sistemas alternativos es considerada como válida para las entrevistadas, esto no representa una solución definitiva, pues además de ser muy caro como se aprecia en la cita anterior, permanece la percepción de que el sistema de salud completo debería ser modificado de tal manera que un parto humanizado y con procedimientos adecuados sea accesible para todos, y que no sea una excepción, sino la norma.

Aún así, el mejoramiento del sistema de salud en su totalidad sería un proceso de muy largo plazo, por lo que por ahora y como una medida provisoria, los sistemas alternativos siguen siendo una opción válida, tal como se plantea en esta última cita:

“Les daría de consejo que busquen su idea de parto, ya sea respetuoso, en el agua, en la casa, donde quieran, pero que agoten las alternativas (...)” (Entrevistada 3)

Otra idea de las entrevistadas era la del acompañamiento por parte de alguien de confianza. Este acompañamiento tiene una doble función. La primera está relacionada con la contención y el apoyo a la mujer durante el proceso de embarazo, que siempre es una experiencia compleja. La segunda consiste en que, dada la condición vulnerable de la mujer durante el embarazo, y específicamente durante el parto, se requiere que haya alguien responsable que esté en condiciones de tomar decisiones por ella. Esta persona puede ser la pareja, un familiar cercano o cualquier persona que la mujer estime conveniente para tomar decisiones mientras que se encuentre en ese estado tan vulnerable. Lo anterior está claramente expresado en estas citas:

“Les daría de consejo que busquen su idea de parto, ya sea respetuoso, en el agua, en la casa, donde quieran, pero que agoten las alternativas, pero siempre contenidas, que vayan acompañadas. En el embarazo una anda más frágil, entonces requiere un interlocutor.” (Entrevistada 3)

“En mi caso, mi apoyo es mi pareja. La que no lo tenga, que pueda tener una doula, que pueda tener su mamá al lado... la persona que estime conveniente que la apoye en ese momento, con sus ideales, que la apoye en que sea su voz.” (Entrevistada 2)

El acompañamiento está fuertemente relacionado con la idea de vulnerabilidad de la mujer durante el embarazo y con la idea del respaldo legal, tal como vimos en párrafos anteriores. Por lo tanto, el acompañamiento constituye un punto donde confluyen dos importantes ideas, lo que lo convierte en un importante tópico al cual se le debería prestar especial atención por parte del sistema de salud.

Los centros médicos, en general, permiten que las mujeres tengan visitas y que sus parejas o familiares estén presentes en algunos momentos del parto, pero por lo expresado por las entrevistadas, esto no es suficiente:

“ (...) y también acompañarse, encuentro que, como por el contexto social, el tema laboral, uno está muy sola en la crianza, y en el tema del parto también, o sea, en el embarazo como que uno igual, ya el mundo que uno frecuentaba o los espacios que uno frecuentaba que son como sociales tampoco están muy adaptados para embarazadas. Entonces claro, uno no va a pedir que los demás modifiquen sus rutinas porque uno está embarazada, pero sí uno se va quedando más sola po, entonces en esa soledad yo creo que es súper importante contactarse o acompañarse por otras mujeres, que estén como en una situación que sea parecida o que tengan un conocimiento o que en el fondo te puedan contener, porque igual el cambio emocional es fuerte, el tema hormonal, es como algo que no está como muy... como permitido, no sé.” (Entrevistada 1)

En esta cita aparece una importante apreciación que va más allá de la crítica hacia el sistema de salud. Es una crítica a la sociedad en general, en donde se ha perdido la noción de que las mujeres embarazadas deben ser acompañadas. Dejarlas en un centro médico a su suerte parece ser una costumbre establecida y validada. Esta entrevistada da cuenta de una costumbre que debería ser cuestionada. Es un verdadero llamado de auxilio.

Sobre la idea de capacitar a los profesionales de la salud, ésta nace como una respuesta ante el trato inhumano que reciben por parte de ellos. No se refiere exclusivamente a recibir malos tratos, sino más bien a la percepción de que los profesionales de la salud tienen un

trato frío, dejando de lado la calidez emocional que debería existir en un centro médico, especialmente durante el embarazo. Por lo tanto, lo que expresan las entrevistadas es que los profesionales de la salud deberían ser capacitados en esta área con el fin de que sean capaces de entregar un trato más cálido y humano. La necesidad de un trato más humanizado que reclaman las embarazadas podemos apreciarlo aquí:

“Tonces debería haber como alguien al menos destinado, eh, a que cada cierto rato vaya a conversar contigo, que por lo menos, como te digo, la contención emocional la hagan porque tú no sabes lo que te está pasando, sobre todo las mamás primerizas. No sabes lo que viene, no sabes qué te duele, no sabes por qué te duele, etc” (Entrevistada 4)

Existe la percepción de que si se llegara a implementar una capacitación, ésta no sería tan simple de aplicar. Una de las razones es, según las entrevistadas, que se requeriría de un recambio generacional, porque sería muy difícil cambiar a las personas que llevan mucho tiempo en este oficio y que ya tienen cierta forma de pensar y de hacer su trabajo. Es por esto que en las futuras generaciones estaría la posibilidad de cambio:

“me gustaría que se masificara un poco en términos de, no sé, de los hospitales que tienen que ver con la docencia, que ahí yo encuentro que está como el nido po, o sea, uno difícil poder cambiarle la percepción a una persona que lleva 30 años metida en el sistema, que ya van de salida, es como en las nuevas generaciones que siento que ahí tiene que haber como un cambio, y que es el momento de hacerlo.” (Entrevistada 1)

Finalmente, existe la percepción de que la dimensión humana en el trato a las personas es extremadamente importante, y que el trato frío en donde esta dimensión no está considerada como algo fundamental tanto en la obstetricia como en la salud en general, sería parte de otros tiempos más antiguos que han sido superados, tal como puede verse en la siguiente cita esta percepción:

“Netamente, y esto lo llevo a todas las áreas médicas, no solamente al área ginecológica, obstetra... hay que hacer una capacitación a los profesionales de hoy en día. (...) que están cero actualizado y son máquinas. Estamos en otros tiempos, estamos entrando a otro paradigma donde lo humano es importante. Sobre todo un proceso de parto, que es como lo más divino que puede haber en esta vida.” (Entrevistada 2)

A pesar de todas las soluciones propuestas anteriormente, las entrevistadas reconocen la existencia de limitantes a nivel de la estructura del sistema de salud chileno. Esta idea consiste en que, producto del diseño del sistema de salud, existen determinadas características que constituyen una serie de limitantes que dificultarían la aplicación efectiva de los cambios planteados por las entrevistadas para prevenir, y eventualmente, terminar con la violencia obstétrica.

Estas limitantes estructurales parecieran ir más allá del sistema de salud y estar instaladas a nivel cultural, en donde el primer acto de violencia estaría enmarcado por la percepción de un embarazo como una acción irresponsable por parte de la mujer hacia su trabajo. Esto lo vemos en que actualmente embarazarse es mal visto en el mundo laboral, dado que

actualmente la condición de madre de una mujer pareciera considerarse incompatible con el trabajo, ya sea con su ingreso, reingreso o permanencia en él. La siguiente cita ilustra parcialmente lo anterior:

“El tema laboral tampoco te acompaña mucho si bien igual es un avance, tampoco siento que es suficiente, y es como mal visto también en términos laborales que te embaraces, eres casi irresponsable con el trabajo. Entonces hay como una serie de factores que influyen también en el tema de poderse vivir la maternidad como más conectada (Entrevistada 1)

Yendo más en detalle, otra de las limitantes planteadas por las entrevistadas refiere a las existentes en el propio sistema de salud, que serían la falta de insumos médicos, especialistas, hospitales, etc. Producto de esto, el equipo médico no daría abasto para satisfacer adecuadamente la demanda del servicio de obstetricia, en términos de entregar una atención médica que vele por el respeto de los tiempos y procesos de las mujeres. Lo anterior ocurriría tanto por la falta de recursos como por la gran demanda del servicio, en cuyo caso la violencia obstétrica tendría un origen que excede la responsabilidad del equipo médico, pues involucra a todo el sistema de salud. Esto se ve reflejado en la siguiente cita:

“igual yo encuentro que es súper complejo, porque requieren cambiarse situaciones a la base que son difíciles de poder modificar en el corto plazo, como el tema, no sé po, de la falta de especialistas, de la falta de hospitales, pero igual claro, puedes exigir y puedes pensar que debiera ser así, pero también como empatizando un poco con el personal de salud, a ellos también les exigen po, que no sé, saquen cierta cantidad de partos rápido, que las camas son escasas, que hay mucha demanda (Entrevistada 1)

Una última problemática planteada por las entrevistadas reside en el marco legal, pues es ahí donde se pueden influenciar los cambios estructurales en pos de la prevención de la violencia obstétrica. Sin embargo, la ley está diseñada de tal manera que no considera a las propias víctimas de la violencia obstétrica, pues sería diseñada por otros, ajenos a esa experiencia. En otras palabras, esto significaría institucionalizar la práctica actual que considera a las mujeres como entes pasivos sin derecho sobre sus cuerpos y sin participación. En la siguiente cita se puede observar esto:

“El país está reflexionando sobre el aborto, que tiene que ver con la violencia obstétrica, porque son decisiones que van a tomar otros, porque el proyecto de ley no está planteado... no contempla acompañamiento a las mujeres, entonces se está institucionalizando la forma donde los demás deciden sobre tu vida y sobre tu cuerpo.” (Entrevistada 3)

Discusión

Ya en el marco teórico vimos violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado”, incluyendo el actuar de los profesionales en el parto, y a toda persona involucrada en el embarazo, implicando violencia física o psicológica (Belli, 2013). Sin embargo, esta definición es insuficiente para tratar lo que hemos encontrado en el análisis: para empezar, hablar de violencia física y psicológica resulta muy amplio y no deja entrever de qué manera se puede dar. Por ello conviene aproximarse desde Guthman (1991) considerando la violencia como discursos que chocan entre sí, y podemos contrastar el discurso de nuestras entrevistadas sobre la violencia obstétrica con la definición que plantea Belli.

Un aspecto importante a considerar de la violencia obstétrica que no abarca Belli tiene que ver con violencia de género, en donde nuestras entrevistadas fueron capaces de detectar que, por el simple hecho de ser mujeres, se esperaba que ellas se entregaran a los procedimientos del equipo médico sin mayor discusión, asumiendo una posición pasiva y sumisa, sin dominio de su propio cuerpo.

Esto lo revisamos previamente, la mujer es considerada un sujeto pasivo en la sociedad y se espera que desarrolle buenas relaciones con quienes la rodean (Gauntlett, 2002). De la misma manera, el equipo médico (a partir de las experiencias de nuestras entrevistadas) pareciera esperar que las mujeres le hagan el trabajo fácil, que se entreguen porque son ellos los que tienen el conocimiento y la palabra final en las decisiones, por lo que ellas debieran aceptar de buena gana las decisiones que tomen, que las acaten y que se lleven bien a partir de esa relación en la cual la mujer se entrega. Los roles manejados en la relación médico-paciente son impuestos de manera unilateral, destruyendo su capacidad de agencia desde la misma definición de su papel.

Cabe destacar la investigación de Kruger (1998), en que observa que no hay trato diferenciado por parte hombres y mujeres dedicados a la obstetricia, y de acuerdo con lo observado en las entrevistas, no salieron a la luz diferencias significativas sobre el género del equipo médico, lo que significa que las relaciones de pasividad por parte de la mujer son algo que se espera independiente del sexo del mismo equipo.

Esta relación de pasividad que se establece con el equipo médico se entiende como una relación de poder; según Foucault el poder solo puede entenderse entre parejas, sean individuales o colectivas. Si no hay al menos dos personas, no hay poder (Foucault, citado en Vázquez, 2012). Un precepto importante en la visión Foucaultiana del poder tiene que ver con los espacios de resistencia, sin embargo esos espacios no quedan visibilizados a la hora que las mujeres se enfrentan a la experiencia que significan como violencia obstétrica: en la situación en la que están se entregan a los saberes de los médicos puestos que ellos poseen el monopolio del conocimiento, e incluso en el caso en que intenten oponerse a las decisiones la presión es tan grande que no pareciese encontrarse un punto de fuga o de resistencia. Este solo vendría después cuando las mujeres se informan acerca de las experiencias por la que pasaron y lo significan como violencia obstétrica propiamente tal. Reconocen la información como el mejor medio de combatir el poder que se ejerce sobre ellas, sería lo que les daría agencia y voz a la hora de enfrentarse al personal médico en el contexto de los procesos perinatales, pero para ellas la información no estuvo al alcance en el momento preciso para hacer frente la situación de violencia a la que se vieron sometidas.

Tomando otro término de Foucault (1976), la biopolítica, podemos entender que, al vivir en un mundo donde los cuerpos son controlados y regulados todos los días por instituciones, se llega a normalizar actos considerados violentos dentro de la obstetricia, ya

que la institución funciona y ha sido legitimada en su invasión al cuerpo de las personas. Por ello se podría entender, por lo que revelan las entrevistas, que las personas por lo general naturalizan las prácticas violentas de la obstetricia como algo que tiene que ser así, que simplemente es algo que a una le toca vivir. Llama sobre todo la atención que queda en descubierto la diferencia entre las clases sociales, y como las más altas estarían más protegidas de la violencia, porque tienen los dispositivos para asegurar dicha protección, cosa que la sociedad por sí misma no entrega como garantía para todas las embarazadas. La naturalización de la violencia es tal que se acepta un discurso en que la forma de evitar las agresiones es a través de los mecanismos de mercado.

Así, vemos que mecanismos de violencia obstétrica son aceptados socialmente debido a que han sido normalizados, porque es algo que le toca ver a los médicos y como es su experticia, ellos se encuentran validados socialmente y deben ser capaces de tratarlo, silenciando a la mujer en todo lo que tenga que decir al respecto, en toda opinión y poder de decisión que tenga sobre su cuerpo. Hay un mecanismo de violencia simbólica a la base, la cual tomamos a partir de Bourdieu (1996): es violenta por su carácter de imposición, se inculcan conceptos arbitrarios de una cultura específica, en este particular, se inculca que los médicos deben ser los que tomen las decisiones perinatales simplemente porque la cultura tiene una fuerte base en la biopolítica, de manera que cualquier otro mundo posible se invisibiliza o reprime; de ahí el alto nivel de desinformación respecto a sistemas de parto alternativos al sistema médico-hegemónico, y más aún de ahí el alto nivel de desinformación respecto del mismo sistema hegemónico, por cuanto conocer vagamente la opción impuesta invisibiliza aún más las alternativas.

No hay acciones culturalmente libres, ninguna escapa la arbitrariedad de la cultura a la que responde, simplemente logra ocultar la arbitrariedad como tal. Nuestras entrevistadas poseen un entendimiento de la violencia obstétrica que está completamente invisibilizado en la sociedad por este proceso de violencia simbólica; reconocen que el mundo a su alrededor ha aceptado que el saber médico es el que debe decidir sobre sus cuerpos, la sociedad así lo cree como lo que debe ser, pero esa misma naturalización resulta violenta en tanto despojan de agencia a las mujeres en sus procesos perinatales.

Por lo tanto, no podemos entender la violencia obstétrica simplemente en términos de un malestar físico o psicológico provocado en el trabajo de parto: la violencia obstétrica está en el despojo de la capacidad de agencia de la mujer en nuestra sociedad, en la falta de información accesible, en las formas de trato que se dan por razones de género, en las relaciones verticales que se producen al momento del trabajo de parto. Violencia obstétrica va más allá del acto concreto de perjudicar a la mujer con insulto o un golpe; estos elementos son parte de la violencia obstétrica, pero no es todo lo que considera. La violencia obstétrica son todas estas otras variables socialmente aceptadas, estas prácticas invisibilizadas, que se aceptan como lo que "tiene que ser", únicamente por una cuestión de cómo se ha constituido en nuestra cultura.

Conclusiones

La violencia obstétrica es una situación de violencia de género actualmente presente, que sólo recientemente ha comenzado a ser visibilizada como una práctica negativa bien definida, pero que aún se mantiene como un discurso relativamente naturalizado y aceptado, en el cual el equipo médico maneja todo el poder de decisión, arrebatando cualquier tipo de agencia que las mujeres pudieran tener durante el proceso perinatal.

En función de los resultados obtenidos, podemos decir que el discurso de la violencia obstétrica por parte de las mujeres que hemos entrevistado contiene elementos mucho más profundos que los desarrollados en las definiciones hegemónicas, en tanto reconoce violencia de género, violencia simbólica y desinformación como algunos de los aspectos fundamentales a la hora de pasar una experiencia de violencia obstétrica. Junto con ello, reconocen limitaciones estructurales que tienen que ver con problemas de infraestructura, recursos y legislación que van más allá del equipo médico y de cómo ellos se desarrollen. También reconocen violencia en la manera en que los espacios se dan para el proceso perinatal. Por ello, la definición de Belli (2013), que solo incluyendo el actuar de los profesionales en el parto, y a toda persona involucrada en el embarazo, implicando violencia física o psicológica se queda corta para entender violencia obstétrica según el discurso de nuestras entrevistadas, por lo que se necesitaría de una nueva definición que sea capaz de considerar todos estos aspectos ignorados en las definiciones tradicionales.

El uso de definiciones principalmente internacionales sobre la violencia obstétrica tiene que ver con el hecho de que en Chile el debate por la violencia obstétrica está recién empezando a ser visibilizado: recién a principio de este año la Cámara de Diputados presentó un proyecto de ley que consagra de manera legal el concepto de “Violencia Gineco-Obstétrica”, con el fin de proteger su integridad física y psíquica y cualquier tipo de violencia gineco-obstétrica (Cámara de Diputados, 2015). Si bien tener un proyecto de ley que sancione estas acciones es un avance, éste no reconoce todas las formas que la violencia obstétrica puede tomar en sí misma: no ve las limitaciones de la infraestructura de los hospitales, ni los atropellos que se generan en la mujer en actos de violencia de género o en su limitada capacidad de agencia a la hora del parto, lo que revela las profundas limitaciones de este proyecto de ley y lo retrasado que se encuentra Chile en estas discusiones con respecto de otros países que ya han acuñado este tipo de violencia en el ámbito de lo legal.

Junto a lo anterior, reconocemos que esta investigación puede resultar como una contribución al proceso de visibilización del problema es dar una voz a quienes han sufrido este tipo de violencia. Las entrevistas realizadas en el transcurso de este estudio buscan ayudar a comprender cómo entienden la violencia obstétrica las mujeres que han tenido que pasar por esta. Al contribuir al cuerpo de investigaciones esperamos ayudar a esta discusión que todavía está en curso.

Reconocemos como limitaciones la reducida cantidad de mujeres que hemos entrevistado y su ubicación geográfica, por lo que quedan fuera de este panorama las formas que la violencia obstétrica puede adoptar en diferentes instituciones de salud de Santiago, así como en regiones distintas a la Metropolitana, teniendo solo una pequeña noción de las diferencias del trato que se dan entre el sector de salud pública y privada, y en zonas urbanas y rurales, por ejemplo. Sin embargo, es por lo mismo que esta investigación invita a posteriores estudios a ver cómo la violencia obstétrica varía en el discurso de las mujeres según la clase social o zona en la que se da, existe un campo de estudio muy

amplio que queda por explorar en todo lo que se relaciona con la violencia obstétrica, el cómo se da, dónde se da y cómo se entiende.

Finalmente, llamamos también a una reflexión acerca de lo visto hasta ahora: considerando la importancia que tiene para el país la tasa de natalidad y el incentivo a tener más hijos, ¿no debería haber una legislación más dura en los temas que conciernen a la violencia obstétrica? ¿No debería haber organismos encargados de castigarla y de prevenirla? Si no pueden garantizarse buenos partos, ¿cómo puede haber un incentivo a embarazarse y tener hijos?

Referencias

- Acker, J. (2005). *Class Question: Feminist Answer*. Oregon: Rowman & Littlefield Publishers
- Alvarado M., Guerra, N.(2012). *La violencia de género un problema de salud pública*. Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social, 2012 Vol.2(2) pp.117-130
- Belli, L. (2013). *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*; 29(10): 1151-7
- Bourdieu, P. (1996). Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica. En P. Bourdieu, & J. C. Passeron, *La reproducción elementos para una teoría del sistema de enseñanza* (págs. 44-77). Barcelona: Fontamara.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 409-422. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n5/colabora3>
- Cámara de Diputados de Chile (28 de Enero de 2015). *Diputadas Carvajal y Hernando presentan proyecto para prevenir la violencia gineco-obstétrica*. Cámara de Diputados de Chile. Recuperado de https://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmid=125149
- Campos, P. (2014). *Colegio de Matronas: "La violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado"*. Radio Uchile. Recuperado el 20 de abril de <http://radio.uchile.cl/2014/10/12/colegio-de-matronas-la-violencia-obstetrica-existe-pero-la-ejerce-el-estado>
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada (2008). *Venezuela: Implementation and effectiveness of the 2007 Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence*. Recuperado el 15 de abril de <http://www.refworld.org/docid/49b92b1cc.html>
- Canales, M. (2006). *Metodología de la investigación social: Introducción a los oficios*. Chile: LOM Ediciones.
- Chile Crece Contigo. (2009). *Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento*. Recuperado el 17 de abril de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>
- CIPER. (4 de Marzo de 2013). *Mal uso de fármaco abortivo en Clínica Alemana provoca salida de uno de sus ginecólogos más reputados*. CIPER: Centro de Investigación

Periodística. Recuperado el 17 de abril de <http://ciperchile.cl/2013/03/04/mal-uso-de-farmaco-abortivo-en-clinica-alemana-provoca-salida-de-uno-de-sus-ginecologos-mas-reputados/>

Dominguez-Bello, M., Costello, E., Contreras, M., Magris, M., Hidalgo, G., Fierer, N., Knight, R. (2010). *Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns*. Proceedings of the National Academy of Sciences 107 (26), pp. 11971-11975.

d'Oliveira, A., Diniz, S., Schraiber, L. (2002). *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. The Lancet, Vol. 359(9318), pp.1681-1685.

El Parto es Nuestro (2014). *Informe de la campaña "StopKristeller": cuestión de gravedad*. Recuperado el 10 de abril de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140626KristellerFINAL/informe_stopkristeller.pdf

Faneite, J., Feo, A., Merlo, J. (2012). *Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud*. Rev Obstet Ginecol Venez 2012;72(1):4-12

Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) (2012). *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. United Kingdom: FIGO. Recuperado el 12 de abril de <http://www.glowm.com/pdf/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

Fernández, R. (2006). *Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 7(4)

Foucault, M. (1976). La voluntad de saber. En M. Foucault, *Historia de la sexualidad* (págs. 83-88). París: éditions gallimard.

Gauntlett, D. (2002). *Media, Gender and Identity*. Londrés: Routledge.

Guthmann, G. (1991). *Los saberes de la violencia y la violencia de los saberes*. Montevideo: Nordan-Comunidad.

Hernández, R., Fernández, C., y Lucio, M. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill

Kessler, D., McClellan, M. (1996). *Do Doctors Practice Defensive Medicine?*. NBER Working Paper 5466. National Bureau of Economic Research.

Krueger, P. (1998). *Do women medical students outperform men in obstetrics and gynecology?* Acad Med, 101-102.

Martín-Baró, I. (1996). *Violencia y Agresión Social*. En *Acción e Ideología*. San Salvador.

- Ministerio de Salud. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Santiago: MINSAL.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Gender, Women and Health: <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado el 12 de abril de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Sociolinguistic Studies*, 3(1), 1-42. Recuperado de https://www.ucm.es/data/cont/docs/268-2013-07-29-Pinuel_Raigada_AnalisisContenido_2002_EstudiosSociolingüísticaUVigo.pdf
- Vásquez, F. (1994) *Análisis de contenido categorial: el análisis temático*. Unitat de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Vázquez, L. (2012). Microfísica del poder y biopolítica en Foucault: posibles correspondencias con las antropotecnias y heterotopías en la Hiperpolítica sloterdijkiana. *eikasía*, 163-178.
- Villaverde M. (2006). *Salud Sexual y Procreación Responsable*. Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires, pp. 31-32.
- Villanueva-Egan, L. (2010). *El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra*. Rev CONAMED, 15(3):pp. 147-151.
- Viñals, V. (2014). *Violencia Obstétrica: La herida invisible del parto*. Radio UChile. Recuperado el 10 de abril de <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto>
- Xu, X., Ivy, J., Patel, D., Patel, S., Smith, D., Ransom, S., Fenner, D. DeLancey, J. (2010). *Pelvic Floor Consequences of Cesarean Delivery on Maternal Request in Women with a Single Birth: A Cost-effectiveness Analysis*. Journal of Women's Health, 19(1), pp. 147-160.

ANEXOS

ENTREVISTA 1

I: Ivo

E: Entrevistada.

----- O -----

I: Bueno, mira, para comenzar pensamos que lo primero sería si pudieras contarnos brevemente cuál, cómo fue tu experiencia durante el embarazo.

E: Ehh, ya, mira. Yo cuando me embaracé estaba recién trabajando, yo igual soy psicóloga y me costó mucho encontrar trabajo. Entonces, al principio cuando me embaracé igual fue como, como que no estaba muy contenta, estaba más bien como preocupada, por el tema laboral, porque era a honorarios, entonces, las condiciones de trabajo a honorarios son súper precarias en términos de la maternidad. Entonces al principio, claro, no estaba muy... estaba como más asustada que feliz, por así decirlo. Bueno, una vez que se solucionó un poco el tema laboral que igual, en ese tiempo yo estaba en la municipalidad de La Pintana, ellos igual tienen como medida otorgar el prenatal y post natal como de 3 meses, pero en el fondo es como, como que queda a la voluntad del empleador y ellos toman esas medidas, entonces eso igual me dio como un poco más de tranquilidad. Ahí empecé como recién a poder disfrutarlo, como a estar más conectada con mi guagua... Igual una palabra en general de lo que atravesó mi embarazo, fue como miedo a la incertidumbre, como que nunca pude estar completamente plena, completamente feliz, nada... siempre estaba como un poco urgida por lo fuera a pasar, por no saber lo que podría pasar. Ahí igual había como un tema también importante con lo que tiene que ver con el dolor, el que tiene que ver con el parto propiamente tal, por no saber cómo era, no saber cómo manejarlo, también ahí había un tema complejo en relación a eso, porque en ese tiempo yo no estaba muy informada, bueno, en realidad no estaba nada informada, no cachaba nada, sólo lo que te comenta la gente, que tiene que ver más con el sentido común que con una base más científica. Entonces, los típicos consejos como de abuela que, claro, uno después a la postre sabe que no son mal intencionados, pero sí como que afectan, porque se va perpetuando un discurso que no tiene asidero científico, entonces eso en el fondo es súper perjudicial, porque sin querer uno lo asimila y lo vuelve a transmitir, entonces eso es como súper penca.

I: Ya, ¿y por ejemplo ya después en etapas más avanzadas de tu embarazo? Quisiera poder recorrer todas las etapas: parto, parto y postparto... ¿cómo ha sido esa experiencia?

E: Mira, nosotros, bueno, yo principalmente por un tema de la isapre y todo el cuento más burocrático, pero igual con mi pareja elegimos el hospital clínico de La Chile, por un tema también de pensar que uno podría ser como entre comillas "un instrumento" para que los

alumnos también pudieran aprender, a mí también me interesa eso, que no pasara en vano, ponte tú. Pero sí tuvimos una súper mala experiencia en ese sentido, porque el hospital es súper poco humanizado. En las últimas etapas de mi embarazo tuvimos una ecografía, porque mi bebé presentaba un tamaño más pequeño de lo normal, y, bueno, llegamos, habían dos estudiantes, becados me imagino de obstetricia, que no tenían ninguna consideración en el fondo con el paciente. Yo pensaba que no era así, como que por ser estudiantes y estar como, no-quemados con la pega, porque uno lo puede comprender de gente que lleva mucho tiempo trabajando, a uno igual le pasa, como que uno ya se vuelve más frío como pa funcionar igual po, como una forma de mecanismo de defensa también que pasa. Y yo dije ya, estos son estudiantes, deben estar con las pilas puestas, mucho más motivados, con más ganas, y en el fondo no fue así, como súper indolente ante... principalmente una mamá primeriza, que no cacha mucho, que está como con toda la curiosidad, las ganas de saber, tonces al final fue como muy mala experiencia, los gallos hablaban cosas como que hace 48 horas que no dormían, lo que habían hecho no sé cuándo, como súper poco humano, ni siquiera me preguntaron cómo me llamaba, nada. Era como que, pescaban el instrumento, me empezaban a hacer ecografía, no encontraban lo que se supone que tenían que medir, y tuvo que venir al final el médico, mi obstetra, a explicarles bien, y está bien porque están aprendiendo, pero en el fondo el trato fue como súper penca. Y esa vez, cuando íbamos saliendo, mi pareja se devolvió a hablar con el doctor, como a encararlo en el fondo de que en realidad eso no debería ser... y al final fue peor porque la respuesta del médico fue como que él en el fondo les daba los conocimientos médicos técnicos, pero que el no podía formarlos como personas porque eso venía como de la casa. Entonces al final fue como peor... Súper arrepentidos igual, como que estábamos ahí, y yo ya estaba como a dos semanas de parir y ya no podíamos echar pie atrás. Tonces eso como que elevó mi ansiedad, y mi temor, y al final la última semana igual lo pasé mal, como muy preocupá, muy urgida por el tema de qué va a pasar, qué me van a hacer, como que al final tú te entregai nomá a un sistema de salud que no sabí cómo funciona, y que uno supone que lo que ellos hacen está bien, pero cuando no tení el conocimiento... tu pensai que está bien nomas, y no tení mucho que hacer en relación a eso.

I: O sea, entiendo que, ya durante casi todo el momento de la atención, de la relación con el personal de la salud se vivió como violento por ti.

E: Sí. Aunque en ese minuto yo no lo connoté así, porque no sabía que existía, eso de la violencia obstétrica. Sólo que me pareció inadecuado.

I: Ya, ¿y cómo te fuiste enterando en el tema de la violencia obstétrica como tal?

E: Ehh por internet principalmente, como que empecé a conocer y empecé a informarme principalmente a través de Facebook, de páginas puntuales, y bueno, ahora que ya tiene como más en boga el término de violencia obstétrica como tal, ahí empecé a darme cuenta

que en realidad... claro, hay casos y situaciones mucho peores que lo que me pasó a mí, pero sí también encuentro que fue inadecuado. Además que, claro, en el momento del parto, fue como todo mal, porque primero empecé con contracciones el sábado en la noche, lo más probable es que pariera el día domingo, y el día domingo es como muerto en el hospital, o sea nadie quiere trabajar un día domingo, entonces yo no quería ir al hospital, y me quería quedar acá. Como que no quería, no quería, y trate de estirar el momento hasta el último, y hasta que al final como que ya eran muchas las contracciones en términos de tiempo, muy regulares, y tuvimos que partir. Y claro, también hay como una serie de falta de consideración, ponte tú llegamos y no había nadie, me hicieron pasar a una sala donde había una matrona, y ella como yo que igual soy pequeña, como más flaca, ella no pensó que estaba de término, entonces me dijo "no, tení que caminar, porque te falta", y yo estaba con 5 centímetros de dilatación, igual llevaba la mitad del trabajo de parto hecho. Entonces, al final cuando se dio cuenta me dijo "oh no, ya estai lista, ya te van a subir" y me mandó buscar una silla de ruedas y ahí como que se deshacía en disculpas, entonces al final igual es como, una falta de consideración también hacia uno. Entonces llegué arriba, tuvieron que llamar al doctor, que andaba en la playa, que igual es válido, si es domingo, el podrá descansar e irse a donde quiera, pero en el fondo todo mi trabajo de parto giró en término a los tiempos del médico. Cuando me empezaron a inducir el parto con oxitocina sintética, a medida que el venía avanzando, o sea como que "no, ya viene en el peaje, no, ya viene no se dónde", pero esa medida, como para que cuadrara que cuando él llegara yo ya estuviera completa para poder parir. Tonces al final fue súper corto, fue súper rápido, y en ese momento yo como que lo connoté como que fue bueno, porque fue rápido y fue corto, pero no necesariamente eso es bueno, porque en el fondo fue como súper manipulado. Estaba como muy, como en la onda de no molestar al personal de salud, de no preguntar, como pa no ser un cacho, pa no decir "oh esta galla que molesta, que se queja", mejor quedarme callá, tonce podía venir cualquier persona a decirme cualquier cosa y yo me quedaba callá. No exigía ningún derecho, a mi pareja lo sacaban cuando venían como a hacerme tactos, me hicieron muchos tactos, muchas personas distintas, me rompieron la bolsa, pedí epidural rápidamente porque tenía mucho miedo al dolor, no sabía en ese tiempo cómo manejarlo ni cómo significarlo tampoco, aún más como nunca estuve muy conectá con el embarazo... pedí rápido epidural, y por el tema del ... me indujeron y dilate súper rápido, pero sí me hicieron harta maniobra po, y yo no sabía que no era muy adecuado. Entonces el medico llego como a las 7 y media de la tarde ponte tú, rapidito, me hizo tacto, me dijo que estaba como con nueve y medio pero que no importa, que eso ya era suficiente como pa empezar a pujar. Tonces ahí me llevaron rápido, y todo era inducido, como "ahora tú, ahora no, ahora de nuevo...", yo como que no sentía nada en realidad, como que sí sentía mucha adrenalina, como lo que no se debe sentir, como que estaba así súper nerviosa, gritaba y por el mismo efecto de la anestesia, que de ahí supe, que te provoca como temblores, mucho frío, había mucha gente que yo no conocía, muchas paredes mirándome, que yo no sabía quiénes eran, porque nadie se presentó, cachai. Nadie me explicó lo que

iba a pasar, todo era muy rápido, “ya ahora tenía que pujar, usted póngase acá, usted es el papá?, ya, póngase aca, ya ahora puja cuando nosotros te avisemos”, como muchas caras mirándome. Tonces, me acuerdo que la persona como más deferente fue como la auxiliar, como la última de la cola, que me guardó la ropa, me preguntó que cómo me llamaba, cómo se iba a llamar mi hija... ella, pero los demás no.

I: Entonces quisiera preguntarte... haciendo una comparación, ¿qué tan distintos fueron, cómo te imaginabas tu que era la experiencia, y cómo se contrastó con lo que realmente viviste? Entendiendo que tú no estabas tan pendiente del tema del embarazo o muy conectada, pero me imagino que igual tenías alguna expectativa o alguna idea de cómo debería haber sido.

E: Sí, lo que pasa es que yo siento que, en el embarazo fui dos veces a un taller que hicieron en un centro de yoga que era para manejo del dolor, y cuando fui había mucha gente que estaba como en esta onda del parto humanizado, pero yo no estaba en esa en ese tiempo, entonces lo encontraba súper descabellado, decía ¿por qué estas personas quieren pasar por eso, por ese dolor y sufrimiento si ahora hay tanta ciencia, tanto recurso nuevo? como ¿pa qué se exponen a eso? Me parecía súper loco, desde mi paradigma así tan científico lo encontraba como súper extraño o retrógrado, así como que no me calzaba por niun lao. Y en realidad el parto, yo siempre, bueno, siempre pudo ser mejor, pero como no conocía el otro lado, yo siempre pensé que estuvo súper bien, que así tiene que ser, nunca me lo cuestioné mucho, hasta que empezó a pasar el tiempo y me di cuenta que en realidad, siento como que en este tipo de temas, y también en el tema de la crianza como que uno tiene que abandonar el paradigma en el que está, definitivamente. Y cuesta, porque no a toda la gente le hace sentido, entonces como desaprender todo pa atrás y volver a, como a reaprender una nueva forma de vivirlo, y que claro, a veces a mí de repente me dicen “ay, es que tú te vai muy en la volá”, “que soy muy ultrona con el tema”, pero si po, yo siento que una tiene que ser lo suficiente humilde como pa abandonar lo aprendido y pa aprender de nuevo. Y claro, te tiene que hacer sentido, pero yo creo que el tema va por informarse también. Si ahora yo tuviera otro bebé, claro, me lo viviría distinto, claro, quizás no, no sé, conozco gente que es mucho más extrema y que tienen otro estilo de vida distinto, no sé, que son veganos, o son X cosa, que yo no lo comparto porque no soy no más, pero si me lo viviría como más conectada, sabiendo que hay otras formas también.

I: Bueno, además de lo que tú esperabas, como por el tema más emocional, me da la idea de que también hubo un poco de discordancia, osea, no es que hayas sentido que estabas, ehh “así es como debería sentirme”

E: Mh (asiente).

I: Quisiera profundizar un poco más en eso, en el “antes” de todo el proceso y el “después” emocional de todo el proceso.

E: Es que en el antes nunca hubo mucho cuestionamiento, sino más bien desinformación y la creencia de que lo que yo estaba viviendo o las decisiones que iba tomando a medida que iba avanzando el embarazo estaban bien. Posterior al parto tampoco hubo mucho cuestionamiento, porque tampoco teníamos muchas herramientas en información como para cuestionarlo, como que igual le decía a mi pareja “oye, el doctor igual como que fue muy rápido”, “como que estaba medio apurado, ¿cachaste que estaba como...?” Como que los locos después se fueron y me dejaron sola un rato, como que hacían comentarios que no eran acordes al momento, como que por ahí me pareció medio violento, pero tampoco como con mucha información a la base, y después cuando ya me empecé a interiorizar, ahí empezó el cuestionamiento más radical, de que en realidad estuvo mal, y sí hay vivencias peores, pero sí estuvo como... no adecuado, principalmente porque era un hospital de docencia, y yo como que ponía toda la ficha en que están formando personas, tan formando futuros médicos, jóvenes, que uno tiene toda la energía como de cambiar el mundo, y uno igual se va en la volá cuando es estudiante, entonces yo como que apostaba a eso, a que iba a ser mucho mejor.

I: Ya, y ahora que ya tienes un poco más de conocimiento o consciencia respecto del tema, no sé, ¿te das cuenta que esa experiencia particular haya tenido alguna repercusión en algún ámbito de tu vida, ya sea en lo social, en los temas de pareja, en la relación que tienes con tu hija?

E: Sí, es verdad, de todas maneras. Igual es difícil porque es como luchar contra la corriente permanentemente, entonces hay como un nivel de cansancio y de prejuicio desde la gente que está a tu alrededor y que en el fondo, o no conoce o no quiere conocer, o tiene otra forma de criar, que igual es válido, entonces sí de repente es agotador, y sí de repente también uno como que se ensimisma mucho también en el tema. A mí me pasó que estaba como muy metida en el cuento, y participaba en todo lo que hubiera, y la verdad es que tomé un poco más de distancia, como de tomar lo que me servía, lo que no, no, y de ahí como, tampoco tratando de evangelizar a todo el mundo, cachai, entonces como quedarme con lo que me sirve, o con lo que yo necesito, pero sí, me ha servido un montón, principalmente ahora que mi hija ya está más grande, como que igual trato de aplicarlo un poco en ella. Siento que igual es como extremo decirlo pero igual yo siento que me salvó la vida, porque ponte tú, inmediatamente después yo ni siquiera quería tomarla, a mi guagua, porque como que me decían “no, que se va a acostumbrar a estar en brazos”, y mi hija tenía horas de nacida y yo no la quería tomar, entonces es súper rudo pensarlo, como que yo lo pienso e igual me da pena, digo “puta, yo igual fui como las pelotas en un principio”, pero claro, una igual después, hay una serie de factores que influyeron en eso pero, sí siento que me salvó de perpetuar patrones de crianza que son súper autoritarios,

rígidos, violentos, con los niños. Ahora yo igual lo pienso y sé que lo que hago va a tener una consecuencia en su crianza principalmente ahora que es chiquitita. Entonces sí me lo cuestiono, tampoco lo vivo como tratando no de ser la mamá perfecta pero sí con mayor consciencia.

I: En el fondo la experiencia te ha servido en un sentido benéfico para tu relación con ella.

E: Sí, hartito, sí.

I: Eso igual es importante. Bueno, ya me contaste un poco que has podido informarte más y ver que hay experiencias similares, me pregunto si has podido contar tu experiencia o socializarla. Así como tú ves que gente la cuenta, tú poder compartirla con las demás.

E: Sí, y bueno, una igual se retroalimenta de eso, de pensar que no soy la única y que hay experiencias mucho peores principalmente en hospitales públicos que, la violencia es más explícita, en términos de comentarios, de burlas, de atención, es más... es peor.

I: Ya. Entonces, ya pasando un poco a otro tema, sobre la atención, me gustaría preguntarte qué tan... (Interrupción de la hija). Quería preguntarte ¿qué tan partícipe, concretamente, te sentías del proceso perinatal? Nuevamente, parto, parto y postparto.

E: Partícipe, ¿como protagonista?

I: Claro.

E: Poco po. Poco protagonista del tema. Claro, en el fondo, yo llevaba la guagua dentro pero, en términos de lo que iba a pasar, de los controles, de lo que me dijeron, de las instrucciones que me daban, cero partícipe, como que era solo un objeto que si le decían "tomate este remedio" me lo tomaba, o "hazte esta ecografía" me la hacía, o anda pa allá y o sea... confiar ciegamente en lo que me dijera el profesional médico, ni siquiera, nunca pensé en cuestionar nada, ni pedir una segunda opinión, nada, como que lo que era yo pensaba que era así. Tonces en ese sentido poco partícipe de los procesos.

I: Ya. Y por ejemplo entonces tampoco te sentías muy dueña de tu cuerpo, me da la impresión...

E: No po, pa ná.

I: ... de que la mayoría de las decisiones al respecto eran tomadas por el personal médico...

E: Sí.

I: ... sin consultarte.

E: Sí.

I: Entonces, también entrando un poco en el personal médico, ¿cómo lo caracterizarías tú en el tema de las relaciones, así como en los tratamientos que te aplicaban y los fármacos? ¿Qué características le darías?

E: Como... siento que es como estándar, es que yo, bueno. Al ser profesional del área social o de salud, uno igual comprende que la gente a medida que pasan los años se va, no todos, pero sí algunos nos vamos acostumbrando, o la vida en el fondo, con su velocidad y sus requerimientos, igual uno se vuelve más autómatas en ciertas cosas, como que desde ahí igual lo comprendo. Claro, ellos no tienen por qué conocerme no saber mi historia de vida ni tener ningún tipo de consideración con una paciente más en las filas de paciente que tienen que atender, pero sí siento que al ser como un área tan delicada como es la obstetricia, deberían quizá tener como un trato más humano. Siempre hubo como un, claro no hubo una agresión explícita, pero sí como indolencia, es la palabra que yo utilizaría, como que no les importa. No les importa, es como “una más”, no hay un trato cercano, no te tratan por el nombre, no te preguntan ni tampoco por tu hija, como que mientras no salga de ti es como que no fuera otro ser, entonces tampoco nunca nadie me preguntó que si era hombre o mujer, que cómo se llamaba, nada. Ni un comentario así como tampoco de que me conectara, así como “oye va a hacer tu guagua, qué rico”, no sé, nada, si era como nada, como “puja, puja, puja” y...

I: Ya, quisiera saber ¿hasta qué punto o en qué medida te sentías informada, guiada o respetada durante el proceso?

E: Ehh poco. Poco informada, claro te dan como los tips, como estándar yo creo, de que no sé po, “estai entrando al tercer trimestre, tení que tomar fierro”, “tení que hacer esto”, “te corresponde una ecografía para ver esto”, pero es como súper general yo creo.

I: Así como que quizá el tema de la dedicación pareciera no ser mucho.

E: No po, no.

I: Bueno, entonces ya un poco entrando en el ámbito mismo de esto de ser mujer, ¿quizá tú pensarás que por el hecho mismo de ser mujer se espera que te comportes de alguna cierta manera específica durante el proceso?

E: ¿Del parto, o del embarazo?

I: En general.

E: Si po. Yo creo que claro, es que está como lo que socialmente se espera de una embarazada, yo creo, ¿no? Que es que este conectá con su guagua, y que en el fondo sea como obediente, sumisa y colaboradora con el personal de salud, yo creo que pa ellos eso

es como lo ideal, que uno no moleste... (Interrupción de la hija)... y bueno, por otra parte, yo creo que si uno lo ve desde el punto de vista como más desde la biología, desde la naturaleza de la mujer no debiera, es como todo lo contrario po. En el fondo uno debiese estar como más empoderada, debiese tomarse o vivírsele con más naturalidad en términos de los procesos fisiológicos que te ocurran, que en el fondo es normal que te pongai en distintas posiciones, que emitas sonidos, que quizás tengai como algún tipo de retroceso en términos de emociones, como que es normal, debiera ser normal vivírsele así, pero claro, en términos sociales la presión de eso es como mucho más, y lo que te decía al principio, como el discurso del sentido común se va perpetuando y tiene un poder tan, como tan fuerte, porque te lo dice tu mamá, que igual la imagen materna es importante, como tu mamá, tu abuelita, la vecina, y tienden como a minimizar el tema de la naturaleza humana, la biología como, que uno va desde chica ya uno crece con ese discurso, como “no, teni que quedarte callaita, teni que colaborar, yo ya pasé por eso”, es como, no hay ningún tipo de permisividad en ese sentido.

I: Y a propósito de eso último que dijiste, me gustaría saber qué similitudes o qué diferencias puedes tú encontrar respecto al proceso que tú viviste en comparación al proceso de tu madre, tus abuelas o a otras mujeres de tu familia.

E: Yo creo que antes... sí era quizás más, porque claro tiene que ver con que había menos avance médico, menos tecnología, pero sí era más natural, natural pero no como dándole la connotación de natural respetado, sino que natural porque no había tecnología nomás. Como que la mujer paria en su casa, o de repente en algún servicio de salud, sin mucho quizá, el tema de los monitores, de la anestesia que hay ahora, así como de los recursos que hay, pero no por eso era más humano, ni bien tratado tampoco.

I: Y respecto al rol, tú crees que el rol que desempeñaste tú acá que dices que fue pasivo y claro, lo aceptado socialmente o lo que se debería saber socialmente, ¿crees que ha sido similar al que vivieron ellas o que también hay alguna diferencia?

E: Yo creo que es similar. Similar en términos de cumplir como el sermón, de cooperar, de ser más sumisa, sí, yo creo que sí. Principalmente porque antes había como, estaba recién empezando el tema de la liberación más femenina, que tampoco era muy bien visto, el tema también de igual la represión que tuvo que ver con el tema político, yo encuentro que igual eso nos ha afectado también, que no alcemos mucho la voz, como que siempre vivimos como con el temor de la represión ahí, invisible, yo creo que igual eso afecta como a toda la esfera.

I: Pero pese a ese temor invisible, igual pareciera que ahora hay mucha más conciencia respecto del tema por parte de las mamás que lo viven.

E: Sí, sí de todas maneras. Igual es como de generaciones más nuevas también, ahora hay otro contexto social, este tema está como alzándose a nivel mundial también po, o sea no

solo acá, sino que también tiene que ver con un cambio de consciencia a gran escala. Tonces, yo creo que son hartos los factores que han influido como para que se esté hablando de esto, se esté abordando, existan más prácticas médicas, que igual son las mínimas, pero de a poco yo creo que se va a ir diversificando a otros sectores también po, que es la idea. Porque ahora es solo como un ghetto, es como una exclusividad poder parir en la casa, es como, es raro, y es como que tenía que tener igual sus buenas lucas, o sí querí, tener como un equipo de parto, porque en el fondo el parto debiera ser humano por sí mismo po, no debiera ser la excepción, sino debiera ser así para todos, pero es como que tenía que tener un recurso, de poder atenderte en cierto lugar con cierto especialista, con cierto equipo médico que lo realiza, ya sea porque, bueno, sea por cualquier razón, porque tenga la convicción o porque tenga un, un tema económico bueno, ahí cada uno sabrá, pero ahora es la excepción en vez de ser como la generalidad, como casos muy aislados.

I: Entonces agarrándome un poco del contexto en el cual se está gestando como este movimiento de la violencia obstétrica, quisiera saber ¿qué crees tú que va a pasar en adelante, o cómo esperas que se aborde el tema, tanto para el ámbito médico, para el tema legal, quizá relacionándolo un poco con derechos humanos? ¿Qué proyecciones tienes al respecto?

E: igual yo encuentro que es súper complejo, porque requieren cambiarse situaciones a la base que son difíciles de poder modificar en el corto plazo, como el tema, no sé po, de la falta de especialistas, de la falta de hospitales, pero igual claro, puedes exigir y puedes pensar que debiera ser así, pero también como empatizando un poco con el personal de salud, a ellos también les exigen po, que no sé, saquen cierta cantidad de partos rápido, que las camas son escasas, que hay mucha demanda. Entonces como, poniéndome en las dos partes también es complejo, porque a corto plazo es difícil, que igual hay cierta cantidad de profesionales que se niegan, o que encuentran que, valga la redun... es violento hablar de violencia obstétrica, porque en el fondo le estoy cuestionando su quehacer, su oficio, como la forma en que no sé, quizá un profesional haya trabajado los últimos 30 años y la estoy cuestionando, o a esa matrona que es como la jefa de todas las matronas, que tu le esté cuestionando cómo ella lo ha hecho, igual es fuerte po. Tonces, como te planteaba al principio, abandonar un paradigma también tiene que ver con un proceso personal que no todos están dispuestos a hacer. Entonces creo que se tienen que conjugar muchos factores como para que pueda haber un cambio a gran escala, en términos políticos, en términos de infraestructura, profesionales, de procesos internos también de ellos como personas, como sujetos, y también por otro lado de las personas que consumimos el sistema de salud, de los pacientes.

I: Ya. Tonces ya para que vayamos terminando se me ocurría preguntarte, volviendo un poco a lo anterior, si tuvieras que aconsejar o conversar con una mamá primeriza antes de que pase eventualmente por todo esto, ¿qué tipo de consejo o cosas le darías?

E: Que se informe es como lo principal. Que se informe, que se crea el cuento también, y que crea en sus capacidades físicas, emocionales, de mujer, que lea lo que pueda leer, que tampoco, que en fondo es como, como me ha pasado como conversar con otras mujeres que, como que se vuelven locas leyendo e informándose, tomando cursos, talleres, pero que en el fondo después tienen como, que hacer después como la separación, como tratar de salirse un poco de eso y tomar lo que les sirva, lo que les haga sentido, si tampoco alguien que no lo hace va a estar, no sé, le va a hacer sentido parir en cuclillas o amarrar una sogá, no sé. Cada uno tiene que ver lo que le va a servir, pero sí lo importante es como la información, o sea, en todo, como pa defender tus derechos laborales, humanos, lo que sea, es como informarte, y también acompañarse, encuentro que, como por el contexto social, el tema laboral, uno está muy sola en la crianza, y en el tema del parto también, o sea, en el embarazo como que uno igual, ya el mundo que uno frecuentaba o los espacios que uno frecuentaba que son como sociales tampoco están muy adaptados para embarazás. Entonces claro, uno no va a pedir que los demás modifiquen sus rutinas porque uno está embarazá, pero sí uno se va quedando más sola po, tonces en esa soledad yo creo que es súper importante contactarse o acompañarse por otras mujeres, que estén como en una situación que sea parecida o que tengan un conocimiento o que en el fondo te puedan contener, porque igual el cambio emocional es fuerte, el tema hormonal, es como algo que no está como muy... como permitido, no sé, como que tú estai, te embarazai, te poní rara y te poní pesá con las hormonas, y parece que se... como una burla, pero en el fondo a una le pasa, que hay un cambio heavy en el cuerpo.

I: ¿Algo así como si no se tomara en serio, por ejemplo?

E: Claro, se tiende como a minimizar, o a infantilizar, sí. Entonces creo que uno está, por una parte está muy sola, el tema laboral tampoco te acompaña mucho si bien igual es un avance, tampoco siento que es suficiente, y es como mal visto también en términos laborales que te embaraces, eres casi irresponsable con el trabajo. Entonces hay como una serie de factores que influyen también en el tema de poderse vivir la maternidad como más conectada, como debiera ser. Pero eso, yo le diría que se informe, que se acompañe, que se empodere, que exija sus derechos, y que lo disfrute, sí.

I: Ya. Entonces ya para ir cerrando, no sé po, ¿alguna otra cosa que quisieras decir, alguna apreciación, reflexión, que se nos podría quedar en el tintero?

E: Pucha, que me gustaría que se masificara un poco en términos de, no sé, de los hospitales que tienen que ver con la docencia, que ahí yo encuentro que está como el nido po, o sea, uno difícil poder cambiarle la percepción a una persona que lleva 30 años metida en el sistema, que ya van de salida, es como en las nuevas generaciones que siento que ahí tiene que haber como un cambio, y que es el momento de hacerlo. Ojalá que el tema de la Usach, que es súper, ha sido como súper innovador, creo que la Diego Portales también tiene un tema, entonces, ehh bien po, ojalá que se pudiera masificar como a más sectores,

y que no solamente la gente que tenga acceso económico importante, pudiera acceder a eso, sino que también se diera como en otros ámbitos. El tema rural también está súper botado, las mujeres como, que tienen que trasladarse mucho y que rapidito nomás y mucha desinformación, entonces, que se masificara.

I: Bueno, entonces con eso estaríamos listos, muchas gracias.

E: Ya súper.

ENTREVISTA 2

C: Carlos.

E: Entrevistada

----- O -----

C: Bueno, (...), a continuación vamos a empezar a hacer esta entrevista. Y para eso tengo que preguntarte si tú autorizas que esta grabación sea analizada con fines exclusivamente académicos.

E: Sí, no hay ningún problema. Lo autorizo.

C: Ya, perfecto. Muchas gracias. Bueno, entonces la primera pregunta que me gustaría hacerte es si tú podrías contarme brevemente cómo fue tu experiencia del embarazo en relación a la atención del personal del hospital o a la experiencia en general.

E: Ehh... en un comienzo, debido a que yo me atendí en una clínica donde yo tenía una familiar, fue muy atento todo. Sin embargo, el parto empezó a alargarse mucho, por lo cual ya empezaron a presionar. Yo igual iba con la premisa de... sin oxitocina artificial, sin episiotomía, con todo establecido.

C: Disculpa, y cómo te presionaban, qué te decían?

E: Ehm, empezaron a presionarme con el tema de que no iba a poder ser una parto normal, que no me dilataba, que me hacían tacto y el cuello todavía estaba largo en el útero, que me iban a tener que hacer cesárea, que mi guagua era grande... a lo cual uno empieza a asustarse. Tu primer hijo... no cachay nada... te empezay a asustar y a urgirte, y eso no te ayuda para nada a seguir dilatándote po. Y después me fue a hacer tacto de nuevo el doctor, la matrona... y seguíamos en lo mismo, que tenía... que mejor me pusiera oxitocina... yo sabía que no quería nada artificial ni anestesia ni nada, sin embargo me... me dieron más tiempo. Yo llegué a la clínica a eso de la 1:00 de la tarde y ya eran las 7:00, 8:00 de la noche y yo seguía en parto. Y... hasta que llegó un momento en que la matrona me volvió a hacer tacto y me dice "no te estás dilatando nada y a tu hija le está saliendo un chichón en la cabeza, te vamos a tener que abrir". Ante el susto y todo, uno dice "ya, lo que sea", o sea... te asustan con algo así y ya, uno dice "bueno".

C: Ya, eso fue durante el embarazo entonces. ¿Y posteriormente? ¿Una vez que se terminó?

E: Posteriormente fue terrible, porque nació mi hija por cesárea, me la mostraron cuando nació, y me llevaron a la pieza a eso de las 10:00... 10:30, 11:00 de la noche, mi hija nació a las 9:00... y... no me quisieron llevar a mi hija.

C: ¿Y por qué no? O sea, ¿Qué es lo que ellos argumentaban?

E: Que tenía que descansar.

C: Ya, pero...

E: Que tenía que descansar, que no me preocupara, que descansara porque había sido una cirugía... que tenía que reponerme y que me la iban a llevar temprano.

C: Ya. O sea, tú lo solicitaste y se te negó simplemente. Contra tu voluntad.

E: Sí. Se me negó. Yo la pedí por lo menos hasta las 2:00 de la mañana. Yo pedí a mi hija. Y me decían que no, que descansara, que me la iban a llevar muy temprano.

C: Ya. Ya... Otra pregunta que me gustaría hacerte es si tú eras consciente de que estabas siendo violentada en ese momento.

E: En ese momento yo no tenía conciencia alguna. Entre la vulnerabilidad, la fragilidad y la nueva experiencia, tú no sabes nada, no conoces nada. Tú crees que puedes ir un poco preparada pero en verdad, todos los procedimientos cuando los vives por primera vez, todo es nuevo. Y jamás yo hubiese pensado que estaba ante algo así. Yo sabía que me sentía muy mal solamente por esta situación, y finalmente, después de estudiar... pero después de todo el tiempo de crianza que llevo y todo, llegué a la conclusión de eso.

C: Ya, y disculpa ¿Esto cuándo fue?

E: Mira, la Pascuala nació el 5 de junio del 2013 y ahora tiene 2 años. Y después de 2 años te puedo decir "sí, fue violencia obstétrica".

C: Ya. Y también quisiera saber ¿Qué tan diferente fue la experiencia que tuvieron... perdón... que tuviste, con lo que esperabas respecto a la atención pre, post y durante el parto?

E: Yo... ehh... con lo poco y nada que sabía, yo esperaba... tenía la esperanza de tener un parto natural. Yo quería un parto natural. Siempre me fue criticado y dudado al respecto.

C: ¿Por quiénes? ¿Por el personal de la clínica?

E: Por el... por la matrona, por el doctor. Yo siempre les planteé que yo quería esto. Ellos poco menos, igual me agarraban pal leseo, así como "¿Estay segura? ¿No sabís lo que duele?" y qué se yo. Yo decía "sí, estoy segura, completamente segura". De hecho yo me aguanté todos los dolores de parto de contracción, hasta el momento que me dijeron que te tenemos que abrir, y ahí por obligación te tienen que poner. Pero yo estaba... iba dispuesta a eso, tenía esa premisa, entonces yo esperaba más apoyo, respeto, y finalmente no... me llevaron a lo otro igual.

C: Ya. ¿Y eso tú, o sea... me refiero... tú lo, lo pediste así, expresamente?

E: Explícitamente. Yo le dije al doctor “yo quiero un parto natural, no quiero anestesia, no quiero episiotomía, no quiero oxitocina artificial, no quiero nada”. Desde un comienzo. Y el doctor es pro parto natural, pero sin embargo, no así tanto “parto natural”.

C: Ya. Pero entonces él... o sea, tú hiciste esta petición y se te negó simplemente, se te denegó. Te dijo “no es posible”, ¿o no?

E: No me dijo “no es posible”, sino más bien él como... el doctor llegó, me revisó, fue viendo mi evolución y decidieron que no, que cesárea. Pa mi gusto, innecesaria.

C: Ya. ¿Pero tú ahí participaste? O sea, ¿Se tomó en cuenta tu opinión? Por ejemplo, ya... se decidió que es cesárea y tú, no sé, presumo... tu dijiste “¿No pero yo insisto en que quiero hacerlo natural?”

E: Ehm, yo dije “pucha, no... yo quiero esto, yo quiero parto natural”, pero me dijeron “pero tenís que pensar en tu hija”.

C: Ya. Ya. Me gustaría saber también con qué tipo de emociones relacionas tu experiencia. O por ejemplo, por decirlo de otra manera, qué tipo de pensamientos recuerdas haber tenido en ese proceso, en todo, o sea, pre, post y durante el parto.

E: Mucho miedo. Mucho miedo, porque no sabía frente a lo que estaba, entonces al momento en que me empezaron a asustar con el tema de que mi hija tenía un chichón en la cabeza y todo, es completamente normal después que lo estudié. En ese momento yo quería que estuviera bien, por lo tanto yo accedí a todo lo que me dijeran solamente, porque yo quería que ella estuviera bien. Entonces, mucho miedo, mucha frustración de tener que dejar de lado mi ideal, mi... dejar de lado todo lo que yo esperaba, que quería un parto natural... soltar eso y entregarme, y finalmente fue... realmente un entregarse, porque ya tú decís “bueno ya” y de ahí ya viene la operación, viene la recuperación, la fragilidad la vulnerabilidad y... horrible.

C: Ya. Y quisiera saber también cómo crees tú que te afectó esta experiencia.

E: Me afectó muchísimo. Una vez que me fui enterando, de ponerle nombre a las cosas, de saber qué cosas estaban bien o no... obviamente me sentí muy, muy mal, fue un tema a tratar en terapia, sanar y deshacer el duelo de eso y... interesarme más por el tema, de hecho, por eso quise participar. Y dedicarme también, un poco, a difundir un poco el tema... la información, como esto sí, esto no. Empiezas a investigar, a psico-educarte, empiezas a ver que son cosas que no deberían estar pasando y pasan. Y tratar de alertar a la mayor cantidad de mujeres que estén en lo mismo, y empezar a recabar información, por supuesto, de que esto jamás te vuelva a pasar.

C: Ya. Eso quiere decir que tú, entonces ¿Lo has comentado con más personas? Por ejemplo, bueno, dentro de tu familia ¿cierto? Amigos y también por redes sociales, por ejemplo.

E: Por todas partes. Con la familia, psico-educarlos de que no es normal que pasen estas cosas que están muy normalizadas, y también, sí, por redes sociales... facebook... yo cada cuestión que yo veo de violencia obstétrica la subo, informo, etiqueto a mujeres que yo conozco que estén en gestación. Yo misma me encuentro en gestación de nuevo. Entonces, es distinto, bueno... para mí es distinto la segunda guagua ahora que tengo todo claro. Sé exactamente todo lo que no quiero, sé exactamente todo lo que hicieron que no se debería haber hecho. Es por eso que también estoy optando a un sistema totalmente distinto que es un parto natural en casa.

C: Ya. Y también quisiera saber, esta pregunta es media ficticia pero... ¿Qué harías tú si nuevamente estuvieras en una situación así como lo que tú me contaste y pasara algo parecido? ¿Qué pasaría? O sea, qué es lo que tú harías.

E: Lo que yo haría, primero que nada, tener un plan de parto por escrito. Firmado por mi staff médico. Con todo lo que yo tengo estipulado y que se respete y que esté por escrito. Porque en ese momento las mujeres entramos en un proceso...

C: Disculpa, es que ¿No es así? Es que yo no sé, pero no... ¿Se supone que esto es como de palabra?

E: Esto es de palabra. Uno nunca hace un plan de parto por escrito. Esto tú lo conversas con tu ginecólogo, con tu matrona, pero no hay un papel de por medio que diga "ella quiere esto". Tú lo manifiestas, pero finalmente se termina haciendo cualquier cosa porque, por decisión de ellos, no por uno. Por lo tanto es súper importante, creo yo, tener un plan de parto por escrito firmado por el staff médico, cosa que cualquier otra cosa que suceda, tú tengas cómo defenderte... un respaldo de eso, de por qué fue diferente. Porque ahora yo no tendría respaldo de nada, no podría decir "oye, no me respetaron esto, no me respetaron esto otro, no me quisieron esperar más tiempo donde tuve todo el día de pre-parto", quizá ya se querían ir pa su casa y me hicieron la cesárea y... y finalmente... eso haría distinto, establecerlo por escrito y... darle poder a mi pareja, porque en ese momento, él estaba igual que yo. Como que, era la primera vez, ni uno cachando nada, los dos asustados y no... hay que empoderar al hombre, porque en ese momento la mujer no tiene voz, y no voz porque no tenga voluntad ni mucho menos, porque estás en un proceso en donde estás enfocada en tu parto... estás más vulnerable y estás en otra... dimensión. No estoy en... pensando racionalmente, tus hormonas están a full, todo. No tienes que ser tú la indicada para dar estas opciones, sino que tiene que ser tu pareja que tiene que tener claro que esto, "quiero que sea así", o sea que sea él el que exija las cosas, porque uno no se encuentra en condiciones de exigir nada. Entonces, si lo dejas estipulado de antes, que sea tu pareja

quien diga “esto es lo que ella quiere, esto es lo que nosotros queremos”, finalmente. Y que el mantenga la batuta en eso, es súper importante de la pareja.

C: Ya. Entonces eso, me pregunto yo, entonces qué pasó con esta clínica, o sea... ¿Qué pasó después? Alguna, no sé, me imagino... ¿Alguna acción legal? ¿No se pudo?

E: No, para nada. Yo, después de cuánto... después de un año de mucho investigar llegué a la conclusión de violencia obstétrica. Por lo cual... y tampoco ya... ya pasó... no me interesaría en lo absoluto ya... actos legales ni mucho menos. Pero sí, bueno, sanar esa herida y ahora tener clara la película pal próximo parto que viene y difundirlo lo más posible... de educar a las mujeres en esta situación, lo más que se pueda.

C: Y una cosa que quería saber que se me pasó. Quería saber, porque tú me decías que la experiencia tú la comentaste ¿Cierto? Con tu familia, los amigos... ¿y ellos qué te decían?

E: Muchos lo siguen normalizando, así como “ya, pero no es para tanto, ya pero... que en verdad...”, los mitos al respecto, que las guaguas grandes son por cesárea... entonces, mucha normalización, muy difícil psico-educar... y... sin embargo hay otros aportes que igual... por ejemplo, tengo un tío que es cirujano infantil, fue obstetra, tiene como 5 especializaciones, y él dijo... me avaló en el sentido de que... ehm... en el sentido que me dijo, me reafirmó de que me hicieron una cesárea innecesaria. Porque él me reafirmó, me dijo “oye, pero si es que es normal que a los cabros chicos se le hagan chichones en la cabeza, estás pariendo, es normal... o sea te asustaron con eso”. Entonces, claro... eso es reafirmar que... claro. Probablemente no quisieron esperar más horas, ya era tarde, estaba todo el día en parto... y no respetaron mis tiempos finalmente.

C: Claro. También entonces me gustaría saber, dado todo lo que tú me cuentas, es ¿Qué tan participe te sentiste en el proceso, en todo el proceso, o sea, tanto pre, postparto y durante el parto? Si te sentías dueña de la situación, por ejemplo.

E: Nada. Cero. Durante el parto sí, más sentía por el hecho de que yo estaba respetando mis tiempos, estaba respetando el proceso... aguantándome los dolores, pero con un propósito... ehm... pero ya después que, con el tema... ya, te voy a cirugía y después el posparto... que igual queday con... es una operación, queday convaliente, entonces... y lo único que te reconforta es estar con tu guagua. Entonces, finalmente, no eres protagonista de tu parto.

C: Ya. También entonces quería saber... tú ya me lo dijiste pero, tú sabías entonces qué tipo de parto querías, tú, claro... ¿habías investigado?

E: Lo tenía claro, o sea... ahora lo tengo mucho más claro. Pero en ese entonces yo tenía una noción de que yo quería algo natural. Esa era mi única noción. Entonces mis estipulaciones fueron: sin anestesia, sin oxitocina artificial, sin espisiotomía... dejé todo eso estipulado como verbalmente, que no quería nada de eso y que... pero... ahora es distinto.

C: Claro. Pero porsiacá... eso que tú querías ¿cierto? Tú en ese momento pensabas que era perfectamente posible de realizar.

E: De todas maneras. De todas maneras.

C: Y también quería saber ¿cómo era tu relación con el personal de salud en las distintas etapas del proceso?

E: Súper cercano. El doctor, seco. De verdad, todas las dudas que yo necesitara él las aclaraba. La matrona igual, súper preocupada de todos los ámbitos. Y nunca, la verdad, yo vi indicios como de que se podría haber llegado a eso, a la cesárea. Sobre todo porque el doctor era pro parto normal, entonces yo confiaba en eso... como que finalmente se me dio vuelta la tortilla a última hora. Ahora, igual estuvieron acompañándome... la matrona todo el rato, toda la tarde al lado mío preocupada, me hizo tacto un par de veces pa ver cómo evolucionaba... y... al final fue que se dio vuelta la tortilla no más.

C: O sea tú te refieres como al parto mismo y a lo que pasó después, al posparto. Ahí como que fue... ya. Entonces quería saber también, en cuanto a eso... ehm... bueno, quizá me la respondiste, pero para estar seguro, es ¿Qué tan respetada, guiada e informada te sentiste en las distintas etapas del proceso por parte de los profesionales, del personal?

E: La verdad que yo me sentí bien guiada. Fueron muy cautos, muy específicos en darme a conocer todo lo que pasaba, de todo lo que podía pasar, debido a que yo igual tuve un embarazo extremadamente sano. No tendría por qué no haber sido normal o natural. Entonces, bajo eso, fue súper bien guiada y apuntábamos a eso. Ellos como equipo, como staff también apuntaban a eso. Pero a última hora cambió.

C: Ya ¿Y eso tú por qué crees que pasó? ¿Qué pasó en ese momento o de ahí en adelante?

E: Bueno, lo que te comentaba antes, yo creo que pasó un poco de... de que no iban a estar dispuestos a estar esperándome toda la noche pa que yo pariera, por lo que probablemente quisieron apurar el proceso no más.

C: Y fuera, o sea, aparte de la relación con los profesionales ¿Cómo fue el tratamiento en general? Por ejemplo, no sé ¿Te dieron fármacos? ¿Tú sabías si te dieron fármacos? ¿Los conocías? Etc.

E: ¿Durante el embarazo?

C: En todas las etapas.

E: Durante el embarazo... bueno, debido a que gracias a Dios soy sana, sólo me dieron vitaminas y fierro. Nunca necesité nada extra, ni calcio ni nada. Fármacos, yo soy anti-fármacos, entonces, igual... menos mal que no los necesité... pero sólo vitaminas, que

comiera muy sano, pero nada más, nada más. Durante... después la cesárea, posparto... tampoco me dieron medicamentos, no. A lo más que tuviese dolores, pero gracias a Dios también tuve una muy buena recuperación de cesárea, entonces no, no necesité al menos de ningún fármaco durante ningún proceso, ni pre, post, nada.

C: Ya. También me gustaría saber... así, cambiando un poquito de tema, quería saber si tú crees que por ser mujer se espera que tú reacciones de cierta manera determinada.

E: De todas maneras. Ellos pretenden que tú actúes racionalmente cuando en verdad estás en un momento totalmente irracional. Por lo tanto, yo creo que se esperan cosas que no debiesen esperarse de una mujer pariendo... y que te respetaran.

C: Pero entonces, me pregunto yo... cuál es el rol, entonces, que tienen las mujeres ¿cuál es el rol, crees tú, que es el que deberían tener las mujeres en las distintas etapas del proceso?

E: El rol principal es protagónico, o sea, el parto es de una. Tú estás trayendo vida, por lo cual todo tiene que ser pasado por ti, todo tiene que ser en base a respetar a lo que tú sientes, a lo que tú vives... y respetando el proceso en sí, que finalmente es un proceso que abarca muchas dimensiones, no es sólo un tema físico. Debiese ser un momento... es para mí muy divino, muy... bajo mi punto de vista, un momento sustancialmente creador de vida, lo que merece ese respeto, y no lo tiene. No puede esperarse una mente racional en ese momento, que lo único que hace es sacarte del proceso de parto, y que... finalmente, también contar con los apoyos necesarios. En mi caso, mi apoyo es mi pareja. La que no lo tenga, que pueda tener una doula, que pueda tener su mamá al lado... la persona que estime conveniente que la apoye en ese momento, con sus ideales, que la apoye en que sea su voz.

C: ¿Pero eso quiere decir que no lo dejaron, por ejemplo, estar contigo? ¿No lo dejaron entrar?

E: Sí, lo dejaron. Pero me refiero a que esperaban que yo no reclamara tanto porque me dolían las contracciones... ehm... ¿cachay? Que... como de cierta forma un tono medio burlesco de “ah, quiere parto natural, no tiene idea de lo que quiere” ¿cachay? Como... como “esta galla está loca porque quiere parto natural, no sabe lo que duele”, así como, ya “hay que dejarla no más”, así como... cierto tono burlesco. Entonces, finalmente, que sea muy respetado... y que... y eso, que tu pareja, tu amigo, tu mamá, tu... quien sea que esté al lado tuyo, sea tu voz, algo que no tienes en ese momento.

C: Ya. Ya. También quería saber, me gustaría saber ¿qué tan distinto fueron los procesos que tú viviste en comparación, por ejemplo, no sé po... a tu mamá o a tu abuela, según lo que tú conoces?

E: Según lo que yo... de lo que yo sé. Mira, yo vengo... mi mamá tuvo... mi mamá tuvo 3 partos naturales, pero la diferencia es que, claramente, ella estuvo en una clínica totalmente privada. Ella pagó por el respeto ¿no? Yo pagué una clínica con bono pago. Estamos hablando que es lo que hace la mayoría, ya sea en clínica o en hospital porque es lo más barato que te cubre todo, que es distinto cuando tú estás contratando un staff de una clínica completa para ti, en donde están todos pendientes de ti, y que tú mueves un dedo y hacen lo que quieres, porque tú estás pagando por eso. Por lo tanto, a ella sí se le respetaron sus tiempos. Ella... ella quería parto natur... normal, y se le respetaron los partos normales y se le esperó hasta la hora que fuese pa que fuera parto normal. En cuanto a mi abuelita, yo sé que tuvo partos normales y la última fue cesárea. Lo que yo sé es que la última, que es mi mamá, fue por cesárea bajo el respaldo de que era una guagua muy grande. Por lo cual... eso igual me da indicios de que no había conocimiento, ya que no existe esto de que las guaguas grandes. O sea, mi misma matrona me habla de los casos que atiende de mujeres, probablemente la mitad mía, y que tienen guaguas de 4 kilos y medio naturalmente, o sea no... estos mitos alrededor que hay son muchos, y... pero eso. Entonces, veo muy claramente una diferencia muy grande entre lo que es, para empezar, sistema privado o no. Y, bueno, por eso yo igual estoy haciendo todo distinto esta segunda vez.

C: Ya, ya. Eso quiere decir que tú, bueno, después de esta experiencia ¿Investigaste, cierto? ¿Te informaste? ¿Y eso cómo lo hiciste? O sea, por ejemplo, ¿esto te lo comentó alguien, fue por propia iniciativa?

E: Yo sabía que tenía un sentimiento que no era bonito, por decirlo así, después del parto. Sabía que algo no andaba bien. Sabía que no era justo sentirse así después de un parto. Y comencé a recopilar muchas experiencias de amigas mías que les lo mismo. Y empezó... justo estábamos en la época en que empezó a surgir el tema de la violencia obstétrica, o a reconocerse más, o a hablarse más de ello en las redes sociales. Y empezó a llegar a mí más información. A lo cual yo empecé a leer, empecé a leer, empecé a investigar... hasta que, claro, voy viendo y yo cumplía con todos los criterios de violencia obstétrica. Y me decía ¿por qué? ¿por qué me pasa esto a mí? ¿Por qué...? Después me voy... viéndolo más global... chuta, esto no me pasa a mí no más, le pasa a por lo menos al 90% de la población y no es un tema conmigo, es un tema general, y que finalmente está súper normalizado, y no por algo están haciendo leyes al respecto.

C: ¿Pero tú me decías que más o menos al 90%? O sea, es mucha gente. O sea, la percepción...

E: O sea, yo creo que la percepción de mi entorno, de mi familia, de las mujeres de mi familia, de amigas, de todo lo que yo recopilo, es un número muy alto. Y eso se debe a la normalización, es un... es un sistema normalizado, entonces, es muy probable que cumpla o te llegue a tocar violencia obstétrica. Quizá no todos los criterios, pero más de alguno te

va a tocar. Si tú vas a una entidad, ya sea pública o privada, de una u otra forma vas a llegar a eso.

C: Ya. Pero antes me comentabas que una, no sé si fue la matrona ¿cierto? que como que te trató de una manera como... como... no sé si despectiva o burlesca. ¿Cómo fue eso?

E: Fue de parte... a mí los comentarios me llegaban igual por mi familia, de comentarios que hacían así como “no sabe lo que quiere, no tiene idea de lo que es tener un parto natural sin anestesia, como... ella cree que va a tener un parto normal, pero en verdad... ya, dejémosla un rato”, pero como que finalmente se iba a llegar a la cesárea igual Cuando yo le dije al doctor que yo quería sin anestesia, él me dijo así como “¿estay segura? Yo no voy a llevar al anestesista, ah!” Como, totalmente fuera de contexto... eh, fuera... no respetando que es una opción válida, que es una opción que se puede. Entonces sentí que, claro, estaba... como médico, obviamente que le llegue una paciente que no quiere nada médico, no se adapta a su sistema.

C: O sea que él como que lo encontró como absurdo, no tenía sentido.

E: Claro. Prácticamente como que me dijeran, así como “ya, ya, déjenla... déjenla con sus creencias... que no cacha nah”.

C: Pero eso fue también, eso fue durante... o sea en el parto, o sea, bueno, antes del parto.

E: Fue parto y durante, o sea, fue... claro. Prenatal, parto, que es el momento que estuve antes de parir... eh... ahí fue toda esta situación.

C: Ya. Y también tú me decías que durante el parto, ahí tú no tenías voz alguna, o sea como que ¿No te escuchaban tus peticiones, por ejemplo? ¿Nada?

E: No... no. No. Ahí ya... y ya una vez que te entregay, es prácticamente una derrota, y tú ya te sentís mal ya porque tenís que tomar una opción que no querías, y como que finalmente te rindes ante eso. Entonces, ya nada te importa, es como..... ya, es lo que es no más.

C: Ya. Pero el tema es que ahí como que no te escuchaban, o sea, no sé si será así... pero, cómo decirlo, tú como que no tenías opinión en el fondo ¿No tenías como poder de decisión?

E: No, para nada. De hecho me acuerdo, cuando decidí no hacerme la cesárea el último en llegar fue el anestesista, porque como yo no había pedido anestesista. Y llego y me dicen “ya, que tal posición para la anestesia”, yo no podía, “pero no es que te tenís que agarrar las rodillas” y todo un proceso muy agresivo, muy vulneralizado, muy... muy terrible. En donde, o sea, yo con mi hija tengo una guata desproporcionalmente grande, entonces realmente no

podía agarrarme las rodillas con la guata entremedio. Entonces, no... te... agresivamente te dicen “¡No!” pero... ya. Gritaba por el dolor de las contracciones... “que ya, que no le diera tanto color”, poco menos, que “ya, que ponte de una pa que te puedan poner bien la anestesia, si no, te puede agarrar un nervio” que... Muy animalesco y vulneralizado totalmente. Y una vez que ya te ponen la anestesia, ya ahí ya no hay más que hacer.

C: Ya. Ya. También me gustaría saber... se está acabando la entrevista, era cortita... también quería saber, bueno, quería saber si ¿Tú tienes alguna reflexión, algo que tú me quieras decir... quizá algo que no te he preguntado, que te gustaría expresar?

E: Mmmm...

C: Por ejemplo, puede ser, no sé... si se te ocurre, no sé... es una idea no más, si se te ocurre a ti una idea de cómo cambiar esto. O si tú, o como te decía, si hay algo que no te pregunté.

E: Netamente, y esto lo llevo a todas las áreas médicas, no solamente al área ginecológica, obstetra... hay que hacer una capacitación a los profesionales de hoy en día. Estamos trabajando con médicos, doctores de todas las áreas, que son del año 1... con conocimientos de esa época. Que están cero actualizado y son máquinas. Estamos en otros tiempos, estamos entrando a otro paradigma donde lo humano es importante. Sobre todo un proceso de parto, que es como lo más divino que puede haber en esta vida. Siento que es muy importante psico-educar, actualizar, capacitar a todos los profesionales de la salud de hoy en día.

C: Tú te refieres, o sea... tú piensas que en cuanto, por ejemplo, a su... a su... no sé, a lo que tienen que hacer, eso sí lo manejarían... ¿o tampoco necesariamente? Me refiero a que tú, como que pones énfasis en el lado humano, pero y... eso quiere decir que, no sé si estoy en lo correcto ¿Qué en la parte profesional harían bien su desempeño? ¿O tampoco?

E: Yo siento que tienen que tener conciencia de la parte humana que no tienen. La salud son... es como el sistema, como números. Como, el diagnóstico... como, no hay una consideración humana dentro del sistema de salud. Creo que hay muchos avances y estudios al respecto, de todo lo importante que es. Siento que integrando la parte humana, pueden manejar esto de mejor manera, debido a que ya que el integre en este lado más humanizado... estamos hablando de que tiene que haber un respeto, tiene que haber todo lo que conlleva humanizar, que no se hace hoy en día. Y a mí me parece tirado de las mechas, como por ejemplo, no sé... voy al consultorio y la enfermera que te ve a tu hijo te dice “la lactancia es hasta los 6 meses”, siendo que estamos respaldados por la O.M.S. a decir que es hasta los 2 años. Entonces me parece que es tirado de las mechas que no haya una actualización, una capacitación. Y finalmente son esos los doctores que están viendo a la gente. Y están súper mal informados. Están normalizando conductas que no deben ser y que... les va a ir mal, porque ya estamos viendo luces de que pucha ya, está

saliendo a la luz el tema de la violencia obstétrica, estamos con tasas sobre... se están haciendo 200% más de cesáreas de lo que debiese hacerse. Creo que se debiese hacer con un máximo de 17% y acá estamos arriba del 50%, en Chile. Siendo que en los países desarrollados, a las mamás que tienen embarazos saludables, las mandan a la casa a parir... ¡En países desarrollados! Entonces, estamos hablando que aquí es, prácticamente, como todo, un negocio. Que finalmente... obviamente para un doctor es más fácil programar, no perder el tiempo, en vez de estar ahí con su paciente respetándola, ayudándola, apoyándola en su proceso. Siento que es muy necesario, creo que está muy en aumento el tema ahora más humanizado, esto de querer un parto natural, un parto en casa, lo que me parece excelente. Y con lo cual están reclamando mucho, porque obviamente no les conviene, no es negocio. Y ojo, que también partos en casa hay que ver con quién, porque si no te cobran un ojo de la cara, o sea, sigue siendo exclusivo. Y... pero eso yo creo que es más que nada el tema de la psico-educación, capacitación y actualización de los profesionales de la salud. Porque si no tenemos eso, tenemos pura gente que ya estudió y que ya entró al sistema con un sistema normalizado y que cree que eso es lo correcto, lo adecuado... y va a seguir el modelo. No entendiendo, no aprendiendo las cosas nuevas que van saliendo.

C: Hay una pregunta que no te hice, te la tengo que hacer, me disculpo por hacerte esta pregunta... es una tontera. Tengo que preguntarte ¿Cuál es tu edad?

E: Ah, está bien... yo tengo 27 años.

C: Ya, okay. Ya. Y, bueno... creo que eso ha sido la entrevista porque... ¿Algo más que me quieras decir? A parte de eso ¿Otra reflexión, lo que tú quieras?

E: A modo de reflexión yo creo que es importante, también a parte de estas capacitaciones de la salud, del área profesional, lo importante que es también... no sé si es capacitar, prestarle ayuda en talleres, charlas, a las gestantes. Porque finalmente ellas son las que deciden esto. El parto es de ellas con sus hijos. Y...

C: ¿Un empoderamiento?

E: Un empoderamiento, de entender de que es de ellas. Todo lo que se haga va a ser decisión de ellas por ellas. Y que también es necesario entregarles información, porque uno llega en base a lo que te dice el sistema. Entonces es súper fácil que siga pasando esto. Si empoderas a una mamá, le entregas información, va a ir con anticipación buena de saber lo que sí y lo que no. De saber "oye, estoy equivocado en esto... oye, a ver, yo tengo... que se me respete esto". Entonces también es importante abarcar el área de las mamás, que están muy solas pre, post... en todas partes, o sea, gestantes, en preparto, en posparto. Las mamás están muy solas. No está de más el tema de la depresión posparto, que también está en niveles muy aumentados. Porque están las madres solas, están solas antes, están

vulnerabilizadas durante el parto y después solas en el posparto. Entonces hay que abarcar todo el proceso.

C: Sí, es un tema completo.

E: O sea, te lo digo porque hay lugares del mundo, como en España, donde sí se preocupan de la salud mental de la mamá en preparto, porque entienden que esto genera, positiva o negativamente afecta al niño gestándose. Por lo tanto, ellos sí se ocupan de la salud mental, y de esa salud mental se preocupan antes, en preparto, cuando la mamá está gestando, para que no pase esto en posparto, en el parto. Entonces, es sumamente importante abarcarlo también, por muy complejo que sea. En Chile no hay preocupación de la salud mental.

C: Claro, aquí solamente como que se enfocan en la parte biológica, la parte física.

E: Solamente física, y no entienden que hay una parte psicológica que finalmente, a mi modo de ver, es mucho más fundamental, y que debiese prevenir en vez de estar haciéndose cargo de toda la embarrá que queda por no hacerse cargo de esto.

C: Así es. Ya, ya. Bueno, (...), te quería agradecer por tu tiempo, por tu disposición para esta entrevista.

E: No hay de qué, gracias a ustedes, qué bueno que se interesen en el tema.

C: Sí. Vamos a hacer un buen trabajo.

E: Muy bien.

ENTREVISTA 3

S: Sebastián.

E: Entrevistada.

----- O -----

S: ¿Cómo fueron sus experiencias durante el embarazo, en relación con el personal del hospital?

E: En el embarazo anterior, con muy baja participación de mi parte. Las personas no te ven como sujeto, sino como objeto de estudio, entonces es complejo iniciar una relación en la atención. En el embarazo anterior me sentí como un sujeto de estudio.

S: ¿Cómo siente que la atención?

E: Siento que no fue buena. El sistema está tan mecanizado, no es culpa de los doctores. Yo tuve una hospitalización a partir de una muerte en el útero, y tuvieron... cuando pasan a llevar tus derechos fundamentales a saber qué es lo que te está pasando y solo te hacen la intervención...

S: ¿Se dio cuenta durante o después de la intervención que sus derechos se vulneraban?

E: Durante. Lo que pasa es que mi situación es particular. Uno va transitando en la relación, y debido a que además una viene de un trato obstétrico, y asociado a la muerte de un hijo, claramente tenía más cosas en la cabeza y no venía con la idea de empoderarme, y te pasan cosas, y la gente no se presenta, y eso lo va elaborando uno más adelante lo que te pasa, no en el momento.

S: ¿Cómo fue la experiencia que tuvo con respecto a lo que esperaba antes, durante y después del parto?

E: Lo que pasa es que en la salud pública en general existen protocolos como de buena voluntad. En mi caso que fue una muerte en el útero no existen protocolos, es todo de buena voluntad. No existe en Chile. De hecho ni el Chile Crece Contigo lo contempla, no hay ninguna instancia donde lo vean. Entonces uno en el antes tiene la idea de que va a ser un trato respetuoso, que después, en el después cuando no está el equipo de parto, cuando uno ingresa de urgencias te enfrentas al trato directo, que es nada que ver. De haber sabido que el después era así yo me voy a otro lado, porque en Chile el buen trato está relacionado con la plata. De haber sabido, yo en esta economía de mercado me voy a otro lugar.

S: ¿Qué tipo de emoción relaciona con su experiencia?

E: Yo solamente tuve emociones... es que yo tuve una experiencia súper traumática, entonces sería miedo, inseguridad, que no te permitan hablar. Te pongo un ejemplo, yo escribí un libro sobre esa experiencia, por ejemplo yo estaba en una camilla y me dicen "llévensela a una sala donde no reciban mamás porque acá va a sufrir" y yo dije que no porque quería estar con gente. Y me toman y me llevan a una sala y yo decía no por favor. Y recuerdo mis palabras y no, me llevan a otra sala. Eso es lo más básico, de participar en

algo tan simple. Porque finalmente yo después que tenía reuniones con los equipos médicos y formamos una fundación a partir de esta experiencia, tiene que ver con el derecho humano más básico, que uno pueda participar y decir, no me parece, me parece, aunque después no te pesquen, pero las sensaciones serían eso, seguridad, miedo, impotencia, y sensación de tener cero poder sobre tu vida. Estar en las manos de gente que va a hacer y no te va explicar.

S: ¿Cómo cree que la afectó esta experiencia?

E: Trauma relacional con respecto a la salud. Estuve tres años sin embarazarme de nuevo. Ni siquiera fue en sí por la muerte del hijo, que ya en sí es un tema fuerte, sino por el tema médico. Y que te implique posicionarte frente al tema y decir que no voy a tener un hijo hasta tener las lucas para pagártelo. Así fue el trauma.

S: ¿Cómo ocurrió la pérdida del hijo?

E: La muerte de mi hijo, él venía con una enfermedad incompatible con la vida. Sabía a los 3 meses, y podía llegar hasta los 9 y me dijeron espere. Murió a los 5 meses. Gasté la plata en el cementerio y todo eso, y me dijeron que este equipo es tan bueno, y me van a atender bien, y me dicen que va a ser un parto y van a traer a mi familia, yo soy trabajadora social, y ahí también va la fantasía que uno se hace, la salud pública y todo eso. Después paso esto y me dicen “tu hija ya se murió”, me pasan a urgencias y empieza otra película, nada que ver. Genetistas, o sea, yo sea mucha experiencias de pasar de médicos, porque me veían de cada semana, pero yo te diría que de 20 médicos, uno se habrá presentado, y me decía su nombre, el resto ni se presentaban. Me decía, ya ahora vamos a hacer esto te vamos a bajar a urgencias, me hacían el procedimiento y ni me preguntaban qué cosa.

S: ¿Siente que la haya afectado en otros niveles?

E: La experiencia, si claro, tuve que elaborarla, pasar el duelo, y aprender a vivir con lo que me pasó.

S: ¿Qué tan partícipe se sentía del proceso?

E: En el proceso que viví... un 10% del uno al 100. Porque mandaban otras personas.

S: ¿Tenía idea del tipo de parto que quería?

E: Sí, porque construimos esa realidad con la psicóloga del hospital, que tampoco era una psicóloga especialista, porque yo no conozco especialistas, o diplomados de psicólogos que se pueda hacer en la muerte en el utero, así como en el duelo. La psicóloga se notaba super desbordada con los casos, y yo la entiendo, yo trabajo para el SENAME, mira tu. Pero ella muy desbordada, sin recursos de como atenderme, a veces me pasaban a pasillos, una cosa indigna, pero ella siempre me dijo, va a ser un parto donde van a entrar todas las personas que tu quieras, vas a ver a tu guagua y te vas a despedir, y con esa idea yo me fui al hospital. Y no fue nada de eso, nada de nada.

S: ¿Cree que hubiera sido posible un parto así? ¿Qué afecto que ocurriese?

E: Yo creo que el sistema público respecto de los ritmos, respecto de las exigencias del sistema, el número de usuarios en relación al personal que tienen, no está en condiciones de ofrecer un parto respetado en la medida en que además la relación médico-paciente desde el inicio está sesgada por los criterios de urgencia, entonces, están limitados por equipo, como por ejemplo tu dices yo necesito un ginecólogo con parto respetuoso, se hacen directorios para que vayas en confianza, pero si tu miras en la generalidad para que vayas en esa idea de bilz y pap, tu caes en esa generalidad del hospital y caes en eso del sistema y te deshumanizas. Y no le pasa solo a los médicos, el riesgo es que aca te generan traumas, y ahí uno va quedando y quedando, y van quedando muchos muertos en el camino por este tema de que la salud mental se ve afectada. Tu me preguntas que afectó, la escasez de recursos, que había muchas mujeres atendiendo, entonces ya la buena voluntad de un ser humano, que además que uno no debiese depender de la buena voluntad, se ve afectada por lo que la pega le exige.

S: ¿Cómo considera que fue su relación con el personal que la atendió? En relación a las dos fases que vivió.

E: Yo creo que fue una relación de paciente, con todo lo que eso implica, cuando un paciente tiene cero poder, es un paciente. No tiene que ver con el proceso, solo transita. Eso es lo que yo fui, una paciente en el sistema. Cero... porque al principio había una relación respetuosa, pero como paciente. La gente que me veía me decía "que pena que no exista el aborto terapéutico en el país". Hasta un dermatólogo que me vio me dijo "que pena que no exista el aborto". Era una paciente. Y no estaba en condiciones de pedir respeto, porque estaba recién cachando lo que está pasando. Y en esos ecos recién me acuerdo como de ese trato, como paciente. A lo más alegue una vez, cuando estaba casi que me moría, y el tipo me dijo "no te voy a pescar, porque no puedo decidir".

S: ¿Cuál es su opinión sobre el aborto terapéutico?

E: No estoy a favor, pero si hay que legislar. En general, si uno mira, la gente no anda por ahí como "matemos", hay posturas mas fuertes de el cuerpo es mío y todo eso, yo soy más sistémica, del tema más relacional, pero sí creo que hay que legislar. Mientras le pase a una mujer en Chile que tenga que esperar, ya se despidió del hijo, pero tengo que esperar a que le suba la fiebre porque si no esta que se muere no le puedo sacar la guagua, entonces llegar a esos extremos igual es violencia. NO te pueda hablar de todos los casos, pero en el caso de los embarazos inviabes creo que hay que legislar. Yo no me haría uno, pero hay que legislar.

S: ¿Qué tanto sintió que había respeto en el embarazo?

E: Yo creo que... siendo bien asi crítica y postmoderna si se quiere, el respeto estuvo mediado en relación a parámetros básicos que hay cuando tienes que firmar ciertas cosas porque tienes que firmar para dar tu consentimiento para ciertas cosas. Pero si me voy al respeto, para ver ciertas cosas, yo te diría que pase en relación a la mirada que todos tienen del mundo. La señora del aseo que fue la que más me contuvo me decía "oye, yo pase por lo mismo que tu" pero todos desde su propia historia, no se si me veían a mi, porque a mi

nadie me preguntó qué me pasa. Entonces si tú te miras en una relación, en el sentido de respeto de quién eres tú y qué te está pasando, no puedo decir que había respeto.

S: ¿Diría que fue protocolar?

E: Claro, los médicos igual tienen procedimientos. Cuando te pinchan la guata tienen que firmar que puede causar riesgo de aborto, eso es respeto en el sentido de que te están avisando pero... hubo un médico que me acuerdo que era jovencito, que me dijo "ahora vamos a hacer esto y esto otro", y no lo vi nunca más. Después llegó otra matrona y me retaba siempre pero yo no hablé con ella, no sabía qué le pasaba, parece que estaba enojada. La psicóloga me decía va a estar tu marido, no lo echan para afuera, me dejaron sola. Le decía a la matrona "oye, ¿puede entrar no sé quién?" "no, porque tú no vas a recibir hijos" y me dejaban en una camilla sola. Entonces tú como que estás en una película, y te tienes que resguardar, porque o sino te vas a volver loca. Como que me encerré psíquicamente en un lugar, porque si me empezaba a relacionar con esos personajes que se aparecían sin presentarse, yo pensaba que iba a rayar la papa. Yo pensaba en irme a otro lado y ese otro lado no existía, entonces tenía que ocupar la resiliencia y todas esas cosas que utiliza uno para salir adelante.

S: ¿Piensa usted que por ser mujer se esperaba que reaccionara de alguna manera a los procedimientos?

E: Sí. Estas cosas del género de la mujer histérica, tratémosla así porque es mujer... si, todo el rato. Esta súper marcado el estereotipo de género en salud. En ese sentido hay más naturalización de ciertas reacciones que tienen las mujeres, a no pescarlas porque es típico de ellas. Tú puedes ser muy primeriza y tener reacciones que todo el mundo compartiría, y los médicos se deben reír, pero no se entiende la individualidad, las reacciones básicas. En ese sentido en los procedimientos médicos están pendientes del tema físico, pero la emoción para ellos no es algo que les compete a menos que uno se descompense, pero no es un tema para ellos. Se sabe que si tu reaccionas elevando un poco la voz te van a hacer callar, que hay un parámetro de dolor que todas las mujeres pasan, y la que reacciones más o menos se invisibiliza y no se toma en cuenta, pero lo mio igual fue distinto, igual fue un parto distinto, no se si te sirva en ese sentido.

S: ¿Qué rol cree usted que debió haber tenido?

E: A mi me hubiese gustado es que me hubiesen preguntado quién era, por el nombre no más, aunque hubiese sido el nombre, y me hubiesen respetado el derecho humano básico, me parece del artículo 12, que uno tiene derecho a participar en los asuntos que le conciernen. No decidir si te van a hacer una incisión o no porque no eres médico, pero sí que te expliquen, esto va a ocurrir, esto puede pasar, ¿le parece?, no que se obvien esas cosas. Eso me hubiera gustado, que finalmente tiene que ver con la deshumanización. Yo le diría en los diplomados a los médicos... que la percepción de la medicina es como una tierra de zombies, porque están aprendiendo a conectarse, que están viendo que si a la vieja la trato 5 minutos, parece que la tengo que escuchar un poco porque tiene que ver con

una sensación de estar mejor, parece que recién se están conectando con la emoción, que es algo básico que hacen los seres humanos, ¿cachai?

S: ¿Qué nota de la experiencia suya comparada con la de su madre o su abuela?

E: De mi abuela no podría decir nada porque la vieja tuvo todas las guaguas en la casa, con parteras. Mi madre... lo que pasa es que vengo de una familia de clase media baja, y en ese sentido hay una naturalización en las clases más pobres de que hay ciertos tratos que tienes que aguantar para acceder a la salud, y que tú tienes que hacer oídos sordos porque así es. Está tan naturalizado el tema... el otro día escuchaba a una señora diciendo que así es. Y porque me acuerdo de mi madre, porque ella perdió un hijo por otras razones, también tuvo un aborto por otras razones, y en esa época a las mamás ni siquiera les preguntaban si se habían relacionado con el hijo, metían al hijo en un frasco de estudio y se lo llevaban. Ni siquiera si lo quería enterrar. Porque además en el ámbito en que estoy que es la muerte por incompatibilidad con la vida no hay protocolos, entonces no es la misma experiencia porque ahora por lo menos te preguntan si lo quieres enterrar, o uno puede pelear el cuerpo y hacerle un funeral. Pero Chile sigue siendo un país con... donde las mujeres se entregan a la buena voluntad de las personas, donde no hay protocolos éticos.

S: ¿Qué papel cumplieron en el proceso antes, durante y después otras mujeres cercanas?

E: Antes, ninguna. Durante, tampoco. Después en esta sensación de injusticia respecto al trato médico y esa sensación, porque yo adquirí un papel más heroico, de heroína de transitar esta experiencia bien parada, yo busqué mujeres y busqué fundaciones que trabajen el tema en Chile, hicimos una fundación que trabaja el tema en Chile, para el trabajo humanizado en esta área. Buscamos grupos de mujeres, hacemos encuentros de familias que han transitado estas cosas y vamos recopilando todas estas experiencias tanto del trato médico como del tránsito personal por esta experiencia para poder ir aportando un grano de arena respecto a estas cosas en Chile, pero yo diría que después. No porque no tuviera las redes primarias de acompañamiento, pero quizás por eso me escapo un poco de estas cosas más normal y por eso no te sirvo tanto, pero este es un tema súper silencioso, algunos no saben cómo reaccionar, los más cercanos te preguntan, es un tema super delicado. Entonces, no fui sostenida, y tampoco sabía cómo ser sostenida. No tenía idea de que esto pasaba en el mundo. Con lo que me paso recién cache que esto pasaba más frecuentemente. Yo diría que después sí. Hubo grandes acompañantes mujeres y todavía existen respecto de esta experiencia. Uno tiene que aprender a vivir con esta experiencia, que pasan los años y uno igual va haciendo círculos, así que en el después diría yo.

S: ¿Tenía alguna idea de cómo quería que la trataran mujeres cercanas?

E: Respecto a lo que me pasó, sí. Pero es un camino medio quijotesco, porque como estamos en una sociedad del microondas, donde todo es rápido e instantáneo, a muchas mujeres les parece que 9 meses es mucho. Te dicen que estás embarazada y te hacen el baby shower, nadie disfruta el proceso, con la experiencia milagrosa que es que una guagua... es quijotesco porque yo quería por ejemplo que le dieran el estado de hija a la hija que se me murió en la guata, pero para la sociedad es un aborto, porque la quieres si

no la tuviste, Dios sabe porqué hace las cosas. Y ahí uno tiene que pararse quijotesicamente porque es una relación con esa guagua y tuve que demostrársela a las personas y educar a las personas que están a mi alrededor. Desde mi mamá que había tenido una experiencia y me decía “Pucha parece que no me hubiese dolido igual que a ti”, y yo le digo que hay que visibilizar los dolores, porque sino uno avanza y eso igual te va a salir por otro lado más adelante. Te va a pasar algo psicosomático, te vas a ir a parar a una terapia gigante, entonces está esto de que “qué lata, ya pasó un año”. Entonces está esto de que una quiere ser mamá, hoy está de aniversario mi hija de muerte, cosas que la gente no quiere escuchar, es como una discapacidad querida respecto al embarazo, porque ya no es natural, por ejemplo, yo ando mas pendiente de la ecografía, porque me pasó algo que a mi me detectaron. Claro, no ando como loca asustando a la gente, pero una se hace consciente de esa discapacidad. Porque hay otras mamás que son más amargadas con respecto al tema van generando otras cosas. Pero sí tuve que enseñar a darle estatus de hija. Han pasado 3 años y hacen una torta para mi abuela que cumplió 80 años y le ponen un angelito, y todos la nombran. Y no es porque yo los haya obligado, sino porque... bueno, yo también saqué el libro y toda la cuestión.

S: ¿Qué consejos le daría a otras madres en base a su experiencia?

E: Yo creo que, a ser conscientes primero del contexto de economía de mercado que estamos en relación a la salud. A no plantearse ideales, sino ir en una relación ojalá acompañada donde uno pudiese parar el menor trato que uno considere mal, porque uno se merece el derecho a exigir, y en ese sentido tener... estoy pensando en la salud pública... porque uno tiene que cachar cuero de chanco si es que no tienes las lucas. Bueno es que igual hay de todo, porque en la clínica igual pueden tratar mal, pero les daría de consejo que busquen su idea de parto, ya sea respetuoso, en el agua, en la casa, donde quieran, pero que agoten las alternativas, pero siempre contenidas, que vayan acompañadas. En el embarazo una anda más frágil, entonces requiere un interlocutor, porque desde donde yo estoy hablando el sistema es más brutal, y claramente yo soy más exagerada, pero si.

S: ¿Alguna reflexión final?

E: Cuando a mi me dijeron que me venían a entrevistar sobre violencia obstétrica... es super fácil, porque claro, ahí es el límite, es super relativo en la medida en que entra la subjetividad y que te hace mal a ti. Pero yo al final del trabajo con mujeres tiene mucho que ver con humanizar el respeto, de tu derecho humano básico, de que existes, de que alguien tiene que explicarte por lo que pasas. Ya de ahí si te caen mal o bien, pero hay distintos niveles, es tan difícil hacer un concepto... hay cosas que aquí y en la quebrada del ají son violencia obstétrica, pero hay otras cosas que son más subjetivas y yo creo que si uno debiera mirar seriamente el tema de la violencia en este país, debiesen existir observadores de derechos humanos externos a nuestra experiencia, como con las naciones unidas, y que el tipo sea interlocutor, ya que si hay tanto estereotipo, que la mujer es loca, que da lo mismo lo que le digai, y aparte hay un relacion de médicos hombre, entonces tiene que ver con el poder. Hay que meterse con esta relacion... hay cosas muy subjetivas, pero hay que avanzar. El país esta reflexionando sobre el aborto, que tiene que ver con la violencia

obstétrica, porque son decisiones que van a tomar otros, porque el proyecto de ley no está planteado... no contempla acompañamiento a las mujeres, entonces se está institucionalizando la forma donde los demás deciden sobre tu vida y sobre tu cuerpo. Y eso me parece grave, que un equipo médico diga sí, vamos con el aborto, y esa mujer quien me dice que no se va a arrepentir en tres meses más. Por ejemplo, a mí me pasó cuando la Tini se me iba a morir, todos me miraban y nadie me creía, todos los doctores que me vieron excepto uno me dijeron "que pena que no exista el aborto terapéutico acá", y yo terminé pensando lo mismo, y después al mes, caché que iba a ser mamá, que este hijo necesitaba que fuera su guata para su tránsito por este mundo, que iba a estar 9 meses, lo que iba a significar, entonces transitar en esa cosa... Y si me hubiese quedado en el principio, claro yo hubiera dicho saquenmela, pero me hubiera perdido todo lo sanador que fue despedirla y ver su lápida. Típico de Chile traer experiencias de otro país, y todo se dicotomiza, y se pierde lo humano en el debate, entonces la violencia se va institucionalizando, porque antes que la violencia, antes que el aborto, es el concepto de humanización que tiene que ver en el contexto de sociedad en la que estamos. Suena raro decirle economía de mercado pero la economía de mercado en la que estamos lleva a una deshumanización. Yo subo a la micro y a la gente le doy sueño. Yo por mi estructura de personalidad me carga, me bajo y me tomo un colectivo, porque no soy una persona que... conmigo tengo serios problemas para defender, porque me cuesta mucho tener que defender cosas tan básicas. Entonces, faltan estudios, faltan... y no necesariamente tener el tema de la definición clara, pero cachar que pasa algo en Chile y que no se está pescando a las mujeres, y también está este discurso de que el país envejece, pero la llamada a tener hijos no da ganas porque todo está tan caro. Y estas cosas de tener el hijo, de casarse a cierta edad, pero se pierde la riqueza de tener el hijo, de disfrutar el proceso, que está tan naturalizado para el otro lado... que si ustedes pueden sacar el tema de que hay un componente super subjetivo pero la violencia existe. Aquí y en la quebrada del ají es violento que a una mujer le metan una sonda y la mujer diga que me están haciendo y le digan te vamos a abrir el útero, y yo diga no, puedo esperar 3 días más. Si a mí me hubieran dicho lo que me iban a hacer, porque me hicieron un procedimiento que, después lo hablé en conferencias pero si hubiera sabido, porque lo hacían en la edad media, y nadie me preguntaba. Tengo recuerdos de la mujer que me llevaba para allá, que me movía, del camillero que necesitaba irse rápido a colación y me llevaba rápido y me pegaba en la cabeza con la camilla. Son cosas mínimas, ni siquiera estamos hablando de gastos económicos. Ni siquiera estamos hablando de los médicos que sean buena, pero por ejemplo nosotros ahora que estamos haciendo intervenciones con equipos médicos, es hablar de devolverlos a la motivación que tuvieron para estudiar. Yo creo que lo primero es decir, sí, la violencia existe, y no solo es porque lo digan las mujeres. Tenemos acá un psicólogo que es hombre y parece que dice que la violencia que también existe y no solo es un tema de mujeres histéricas que se les ocurrió hacer páginas porque no les gustó cómo el médico las miró feo. Hay historias detrás que lo avalan, entonces yo no puedo a grupos de discusión, estoy con 7 meses de embarazo después de una muerte, entonces estoy en otro proceso psicológico, pero se agradece, porque son pequeñas cosas que se van moviendo y hacen diferencias en el camino.

ENTREVISTA 4

P: Pablo.

E: Entrevistada.

----- O -----

P: Entonces, lo primero que te voy a pedir es que me describas un poco tu experiencia, lo que encontraste que fue violento y cómo se dio. Si me puedes contar un poco acerca de la historia.

E: O sea, yo pienso que al principio, al menos desde el desarrollo del embarazo, es como medio violento.

P: Uhum.

E: En el sentido que para uno, ese fue mi primer embarazo, mi primer hijo, el tema que cuando te dicen que estás embarazada... pa uno es súper importante.

(Corte de la grabación)

P: Me sigues contando.

E: Entonces claro, cuando llega con toda la... alegría de la noticia y todo, de saber, como que le bajan harto la importancia a lo que uno está viviendo y eso que el equipo debería estar más o menos sintonizado a las sensaciones que tiene la futura mamá.

P: Claro.

E: Siendo eso no tan importante, en el transcurso del embarazo anduvo todo bien hasta que eemmm... se hizo el pronóstico de cuándo iba a nacer la guagua.

P: Uhum.

E: Y me hicieron la última ecografía y el médico en esa instancia decidió que tenía que ser por parto normal, lo que me extrañaba mucho porque yo tenía una guata muy grande. Y porque mi marido es un hombre... pa que tengas las descripciones, yo mido un metro setenta y mi marido un metro ochenta y cinco, entonces era probable que esa guagua fuera grande o...

P: Ya, claro...

E: Emmm... entonces, decidieron hacer como parto natural, y yo también era súper inexperta en ese tiempo, como para saber los costos de que no fuera por intervención. Y

bueno, eso fue como un par de días antes de que me hospitalizaran a tener la guagua, y dijo que el bebé pesaba algo de 3 kilos 700... creo que el margen era 4 kilos para poder operar.

P: Igual bien grande.

E: Creo que hasta los 4 kilos tienen como medida para hacer cesaría. Y bueno, fui a como me dijeron... ah, y lo otro que me hicieron esperar mucho porque yo estuve diría que el último mes sin poder caminar ya. Con muchos dolores, algunos monitorios, me mandaban a la casa de vuelta y al final ya no pude más y mi hijo nació casi a las 42 semanas de gestación. Eh... y llegaba en muy malas condiciones, la verdad.

Llegó el día de hospitalizarme en la mañana, me ingresaron a una sala también, con la médico que estaba de turno y eh.... También, o sea la típica toma de que la guagua no quiere salir, así que... mira, yo no sé bien lo que me hicieron, lo único que me explico es que me pusieron en estas camillas obstétricas, espantosas, y me puso una pastilla.

P: Ya.

E: Supuestamente produce una dilatación que era oxitocina sintética. Ahora yo ando más enchufada en el tema.

P: Claro.

E: Y eh... como para acelerar las contracciones, porque no había ningún signo de nada. Eh, y a rato me pasaron a una sala de parto, con un suero, que no sé lo que contenía. Viste ahí hay hartas cosas que son como... uno debería estar mucho más informado.

P: Que en el momento uno no sabe.

E: No, no piensa uno que es malo. Todo ese rato no sentí nada.

P: Uhum.

E: Hasta que pasó que.... Em, mira deben haber pasado... yo me ingresé como a las ocho de la mañana, por nueve y media, y ahí en la sala estaba en la compañía de mi marido, la matrona me iba a preguntar cada cierto rato como estaba y a mí no me pasaba nada, absolutamente nada. Hasta que yo me siento un poco de... me siento húmeda. Mi... mi... estaba tapada, entonces no sabía entonces lo que pasaba. Entonces, lo que pensé yo en mi mente era que se había roto la bolsa. Y le digo a mi marido que le avise a la matrona. Tranquilo igual fue a avisarle y cuando vuelve, ya, me destapa y se le pone la cara así como

pálida. Como que le cambian todas las facciones y lo primero que me dice es que.... Eh, oye tranquila, entonces igual era raro que me estuviese diciendo así como “tranquila” si ya no estaba....

P: O sea, indicaba que algo iba mal.

E: Claro. Em... entonces en eso mi marido mira y estaba sangrando así mal, tenía una hemorragia grande. Y lo que había provocado eso, el procedimiento que habían hecho ellos es que me habían desprendido la placenta de la guagua.

P: Uuuuuh...

E: Se. Entonces, ahí no pasaron ni un par de minutos, se da un alza de presión que llegué a 17.

P: Ya... que mal.

E: Y ya sin control del cuerpo, saltaba en la camilla, en verdad súper horrible la experiencia. Y empezaron a sonar todas las alarmas, llegó los médicos a medio vestir, entre que me iban poniendo cosas, yo como que perdí como un poco la parte de los recuerdos claros, ya a esa altura ya andaba demasiado híper tensa, ya estaba medio borrada. Y en eso, desde que avisaron más menos a cuando estaban operando no pasaron más de 15 minutos. Entonces me pasaron al pabellón, y recuerdo al anestesista que se puso a ayudar, am... a empujar la guagua, con esa maniobra en que se ponen encima tuyo.

P: Uhum.

E: Eh... la enfermera que estaba... había mucha gente adentro y yo... me pasaron la epidural, alcancé como, afortunadamente se alcanzó a dormir, casi en su totalidad, pero si sentir yo cuando me estaban cortando, eso sí lo sentí.

P: Claro.

E: Em... Y empezaron, porque parece que la guagua empezó a ir hacia arriba y empezaron como entre dos, estaban encima mío, espantoso, me cargaban así... y me empezaron a dar convulsiones en ese momento. La verdad que yo tampoco era mucha prioridad para ellos en ese momento, porque, como que me revisaban los signos vitales seguramente, pero tenían que sacar la guagua, porque la guagua se iba a asfixiar, y en el peor de los casos iba a salir con un daño neurológico.

P: Claro.

E: Eh... y empezaron a hacer esa maniobra hasta que sacaron al niño. Afortunadamente salió él bien, no sé cómo, pero salió sin presión alta, sin problemas, como un niño normal, ahora. Eh... y después, como lo que me acuerdo es que estaba mi marido conmigo, y para mí, en realidad, fue todo súper horrible, no tengo fotos, no tengo video, no quiero tenerlos tampoco.

P: Ya.

E: Los recuerdos no son nada lindos. Y ahí me sacaron a una sala, que me dejaron sola no sé cuanto rato. Y que yo sentía un hormigueo por todo el cuerpo, como un calor horrible, que seguramente era la anestesia y todo y después llegaron como a verme, pero en realidad nada... nada, muy, muy, preocupado. Y mi marido se fue con el bebé, pero así fue como mi parto, que fue como bien, bien espantoso.

P: Claro, bien dificultoso. Sí. Tú en varias partes me dijiste que cómo que no sabías que estaba ocurriendo, medio perdida, pero ¿tú tenías alguna noción de que estabas siendo víctima de violencia en ese minuto?

E: No, ninguna. Pero si tenía mucha rabia, cuando todo pasó todo esto, por lo que pudo haber pasado, porque me arruinaron todos los recuerdos del tema y me dio mucha rabia con el equipo médico, porque al final la guagua nunca pesó ese peso. Estaba casi 4 kilos 370. Entonces el médico que hizo la ecografía cayó en un error de más de 600 gramos. Entonces... estábamos mal.

P: Sí...

E: ¿Entiendes? Porque la decisión debió haber sido intervenido, pero todo preparado, no como fue...

P: Y en el momento, tú te entregaste no más a lo que los médicos decidían.

E: Sí, claro. Afortunadamente la médico que estaba de turno tomó la decisión más rápida, porque había que operar sí o sí, a la guagua había que sacarla. Ya no había ninguna otra opción. Y era una mujer y la verdad que realmente se habla mucho de las médico obstetras, como que no se les tiene mucha confianza, pero en ese sentido con ella creo que fue bien segura. Igual, el procedimiento, la decisión de no haberme operado no fue de ella. Ella siguió el protocolo que hacen siempre no más.

P: Claro, al final no más, estaba siguiendo instrucciones.

E: Claro, estaba de turno ese día. Pero, ello también estimaba el peso de la guagua según el peso que había dado en el examen.

P: No había razón para desconfiar de ese examen.

E: Claro.

P: Hasta que ocurrió.

E: Sí.

P: ¿Me puede contar un poco de lo que... eh... esperabas acerca deee el parto en contraste con lo que viviste? ¿Qué tan distinto fue lo que esperabas de lo que fue?

E: ¡Totalmente distinto! Porque para mí es como... es como una historia de terror en verdad, yo no pude hablar de este tema hasta como 5 años después.

P: Ya.

E: De hecho cuando hablaba lloraba y todo... todavía me produce un poco de angustia, pero no para llorar... em.... Y claro, no era nada lo que yo esperaba vivir en el fondo.

P: Claro.

E: En el fondo, muy, muy horrible, muy... y como que me sentí muy invadida, te digo, como que era como un muñeco que me tiraban de acá pa allá, no...

P: Como es juego de "Operation", operación en que...

E: ¡Sí! Uno como que no tiene ni voz ni voto ni opinión, no entiende muy bien lo que te está pasando, yo la verdad que nunca he tenido accidentes ni nada. (Tose un poco) Pero si esa vez yo sentí que me iba a morir... por todo... por todo lo que me estaba pasando, con el tema de la preclamsia y todo lo que me pasó. Eh, sí sentí eso en algún momento y lo único que pensé así como que "por último, salve la guagua". Igual, que te sometán a eso, lo encuentro espantoso.

P: Entonces, el impacto como de la emoción fue lo que te hizo tan difícil hablar del tema, ¿verdad?

E: Es que, me... a todo esto, eso me gatilló una depresión post parto que me duró un año y seis meses.

P: Ooh, que terrible.

E: Uhum... la experiencia. Em... que también por otro lado, por... por parte de un psiquiatra que vi al poco tiempo de nacer mi hijo, muy mal manejado también.

P: Claro.

E: Según él me diagnóstico... (Tos) un trastorno adaptativo. Emm... y en verdad fue como eso, y justo yo me fui a vivir a otra ciudad y al ver que esto no pasaba con los meses y los meses, ya cuando tenía a mí hijo cerca de los 8 meses. Eh, fui a otro médico en Punta Arenas y me diagnóstico... o sea, me dijo desde un principio que tenía depresión post parto, poh. O sea, a manejarme con otros medicamentos y ahí ya... partí a empezar a salir de eso.

P: Ya... ¿Y tú crees que habrías sido capaz de manejar esto mejor? ¿Qué esto no se habría producido si las condiciones en que te hubiesen atendido hubiesen sido mejores?

E: Creo que... emm... que se equivocaron, en lo que tenían que hacer y... y te tratan en el fondo como un bulto más.

P: Claro. ¿Cómo crees que esta experiencia afectó, así... afectó en tu vida cotidiana, así con tu pareja, con tu hijo y con otros familiares?

E: Afectó en que no tengo más hijos...

P: Ya.

E: Tengo un solo hijo que ya a estas alturas tiene como 6 años y me da terror como volver a pasar por lo mismo, entonces como que no... no he vuelto a embarazarme por eso.

P: Entonces por eso has decidido no tener más hijos.

E: Sí. Como que todavía todo el mundo trata de convencerme, que no, que todas las experiencias son distintas. A lo que voy yo es que me da mucho miedo pasar por algo igual y me da miedo enfermarme mentalmente de nuevo.

P: Claro. No quieres volver a pasar por la misma experiencia.

E: Claro.

P: Eh... en medio del proceso prenatal, ¿qué tan participe te sentías del proceso? ¿Así desde el inicio hasta el final?

E: ¿Me dices como el embarazo, todo ese tema?

P: Claro, desde el embarazo hasta el momento del parto.

E: Hasta ahí claro, como que el tema es más liviano, más que nada vas a los controles con la matrona, la matrona que yo tuve no tuvo mayores problemas.

P: Uhum.

E: Em... hasta ahí, sí, yo creo que bien. Lo que pasa es que yo creo que... hay como un tema en la sociedad que te plantea como que fuera todo así lindo, y la verdad es que no es tan lindo. No es tan lindo, porque también después de que nace la guagua uno tiene problemas con la lactancia y un montón de cosas. Entonces, creo que hay poca información y si uno supiera bien a lo que se enfrenta...

P: Claro.

E: Y como que las personas que han tenido hijos, eh... no sé, tratan de no contarte totalmente cómo es esto.

P: ¿Y por qué crees que es esa razón? ¿Por qué crees que las personas que han pasado por eso no te contarían como "el lado B" de la historia?

E: Yo creo que es pa no asustarte no más, que si ya estai embarazada no hay mucho que hacer.

P: Claro, eh... va a seguir el embarazo.

E: Independiente de lo que tú pienses o no pienses de eso. Ahora, hay gente que no le pasan cosas así que tienen las guaguas súper bien... no sé qué tan bien en realidad, porque en verdad cualquiera de los dos tipos de partos es una experiencia como "heavy".

P: Eh... justamente acerca de los tipos de parto quería saber, quería saber si, previo al proceso, ¿tenías alguna idea de cómo eran los procesos, de cómo se iban a dar, qué tipo de parto habrías preferido? Antes del proceso de parto mismo.

E: Eh, bueno lo que uno se informa en verdad, una igual trata de saber harto, busca en internet, trata de saber cómo va a ser, eh, le tenía mucho miedo al parto natural.

P: Uhum.

E: Em... y, también tenía como... lo que me extrañaba es que ellos decidieron no operarme y yo sabía que, lo que, más o menos lo que iba a ser esta guagua, y como que estaba más preparada para someterme a una cirugía que... que a un... parto normal.

P: Claro, habrías preferido en esa instancia como, teniendo una idea de lo que se venía, habría sido una cesaría.

E: Sí, claro. Claro, sí en el fondo hay que priorizar... gracias (le dice al mozo que deja un café. Luego vuelvo a hablar a Pablo). Yo creo que dos cosas: que una que la experiencia no sea demasiado traumática, porque la mía si me hubiese nacido una guagua tan grande por parto natural tampoco habría sido lindo, horrible igual. Y la otra que la guagua efectivamente no sufra ningún daño.

P: ¿Tú crees que habría sido posible en otras circunstancias, quizás con otros médicos, haber llevado una cesaría en vez de un parto natural?

E: Sí. Porque este es un hospital de las fuerzas armadas.

P: Ya.

E: Un hospital institucional, por lo tanto se guían bajo los mismos... eh, protocolos que un hospital público.

P: Ya.

E: Eh... es como, es como un hospital privado, pero con sistema de público. Como para que me entiendas.

P: Comprendo.

E: Em... entonces ellos como que, como usando esos protocolos, dejan el tema hasta el final. En el caso de que hubiese sido en una clínica privada lo más probable es que hubieran... hubieran determinado, eh, que hubiese sido una cesaría desde antes.

P: Claro.

E: Por las características que tenía, yo sé que hay un abuso porque yo leo harto igual.

P: Uhum.

E: Hay un abuso con el tema de la cesaría y todo y hay casos que sí lo ameritan, como el mío.

P: Claro, entonces habría sido meritorio...

E: Sí, claro.

P: ... hacer una cesaría. Em... la relación que tú tenías con todas las personas que te encontraste en el proceso, el personal médico, ¿cómo era? ¿Era una buena relación? ¿O era una mala relación?

E: No, en general era una buena relación, pero en general, como te digo, son como... em... como distantes igual, como que tú eres uno más no más.

P: Ya.

E: Y yo creo que en eso hay que tener cuidado, yo también soy profesional de la salud.

P: Uhum.

E: Entonces, estoy muy metida con el tema y creo que cuando tú perdiste la humanidad frente a otro humano, y más encima que está pasando por un proceso tan estresante como este, estamos mal.

P: Claro.

E: A mí algunos médicos de lo que me tocó monitoreo me atendió como bien y todo, pero había otro que hacía puras bromas, de mal gusto, en verdad y yo tampoco con los dolores con los que estaba tampoco estaba en las condiciones para escuchar ese tipo de cosas.

P: Ya. Como que intentaba aliviar el ambiente, pero no resultaba.

E: Pero eran unos chistes de plomo en realidad, entonces no... Creo que era poco adecuado.

P: Ummm... Eh, ¿sentiste que te faltaron el respeto o... sentiste también que te faltó guía? ¿O sientes que, en cierto sentido también estaba bien y los problemas fueron otros?

E: ¿Con lo que me pasó?

P: Claro, como en el proceso, como lo que me dijiste ahora de las bromas, ¿sientes que el personal eh, en general te respetó o en algún momento no...?

E: Mira, en general el perfil del hospital.

P: Uhum.

E: Em... fue súper respetuoso en el sentido, porque yo voy a ser súper sincera, porque yo soy la señora de un oficial.

P: Ya.

E: Eh, por lo tanto ahí se da mucho que atienden según la categoría que tú tienes. ¿Me entiendes? O sea, yo creo que en ese sentido ellos saben cómo manejarse con el tipo de público que atienden. Em... pero siento sí que me atropellaron absolutamente con lo que fue mi experiencia como parto, en eso sí.

P: Eh, si me puedes decir tú, ¿piensas tú que por el hecho de ser mujeres se espera que ustedes actúen a la hora del parto de una manera determinada? Onda desde que se puedan dejar llevar o... ¿alguna otra manera que tú percibas, que tengan que actuar por ser mujeres?

E: Claro, ellos siempre esperan que tú seas como callada, obediente y que no les des mayores problemas.

P: Mmm...

E: Absolutamente eso. Em... es como que viene por esencia, pero espero que eso cambie.

P: Como que lo dan por dado.

E: Claro, lo dan por dado y que bueno es lo que hay no más, y si te toca, te duele o lo que sea, como que tenís que pasarlo no más, como que en verdad no tenía mucho derecho a decir nada.

P: ¿Y cuál crees tú que es el rol que deberían tener las madres embarazadas en medio del proceso de parto?

E: Mira yo creo que hay cosas que son inevitables.

P: Uhum.

E: Como precisamente el tema del dolor, y otras cosas como que ojala nadie pasara. Um, como que bueno, es parte de. Pero creo que deberían estar al lado, como estar al lado, la contención emocional de una de las personas, eso debería ser como clave de que alguien estuviese encargado solo de eso.

P: Ya.

E: Y además de estarte informando todo el rato todo lo que está pasando, y todo lo que puede pasar. En el fondo que no te dejen botada en una sala, esperando que te mueras de dolor, con las, ya he leído mucho también, con las contracciones que ya no dan más, y en verdad las dejan ahí. Creo que eso igual es un trato inhumano. Tonces debería haber como alguien al menos destinado, eh, a que cada cierto rato vaya a conversar contigo, que por lo menos, como te digo, la contención emocional la hagan porque tú no sabes lo que te está pasando, sobre todo las mamás primerizas. No sabes lo que viene, no sabes qué te duele, no sabes por qué te duele, etc.

P: Al final la contención emocional sería un rol que te permitiría enfrentar todo el proceso de mejor manera.

E: De mejor manera, de todas maneras.

P: Eh, ¿qué tan distinto crees que fue los procesos em... de parto que has vivido tú en comparación con los que pueden haber vivido tu madre o tu abuela...? Así como, comparando entre generaciones.

E: Eh, yo creo que lo mío fue feo, más que, no por un tema técnico ni de implementación, porque igual son hospitales que tienen de todo, ¿me entiendes?

P: Uhum.

E: Em... aquí, claro, jugó como un rol fundamental el tema del equipo y ahí falló.

P: Claro.

E: En el caso de mi mamá... eh, que yo conozco las dos historias, mi mamá tiene dos hijos, el primero

nació en un hospital público y también fue así, horrible la experiencia, la trataron súper mal, aparte que era súper chica. Y yo nací en una clínica y fue como todo mucho mejor.

P: Ya.

E: Pero también yo nací por cesarí y mi hermano por parto natural. Em... y mi... mi otra hermana, que es mi hermana más chica, volvió a nacer en el mismo hospital, que es en el que trabaja mi mamá, eh... pero ya también con menos problemas, nació también por cesarí y con el último médico encima, pero, una salvedad, mi mamá es funcionaria.

P: Ya.

E: Entonces, evidentemente el trato del equipo hacia alguien que trabaja en el hospital, cambia mucho.

P: Claro.

E: Tampoco podría decir yo que ahora está mucho mejor que antes, no lo sé.

P: ¿Crees que es posible que la violencia obstétrica en sí, se haya mantenido a través del tiempo como una constante? O sea que, independiente de las condiciones, cómo vayan cambiando, igual se da.

E: Yo creo que igual se da. Lo que pasa, es que quizás, ya no es tan verbal.

P: Ya.

E: Porque antes como lo que... bueno, todavía hay matronas como que insultan mucho a las, a las paciente y que le dicen cosas horribles a las mamás, pero... quizás ahora como que las mujeres ya están más empoderadas y... ya no permiten tanto atropello, quizás verbalmente no se da tanto. Pero sí te pueden inyectar lo que quieran, ¡hacer lo que quieran en el fondo!

P: Claro, y una está entregada a esas situación.

E: Porque no tienes cómo saber lo que están haciendo. Ni tampoco en qué cantidades debería ser, ni en qué horarios debería ser, no tienes ni una idea de lo que están haciendo en el fondo.

P: Y tanto el padre como la madre están apartados en estas situaciones, porque aquí también el padre podría decir “espera, ¿qué estás haciendo?”

E: Sí claro, es porque no hay mayor información, entonces te entregas a lo que los profesionales tienen que saber.

P: Claro, confías al final en la experticia de los profesionales. Eh... (pausa) En el proceso en general, ¿cómo sientes que otras mujeres aportaron en el parto? Así como tu mamá, tu abuela, tu hermana quizás. Cuéntame un poco acerca de eso.

E: No mucho. No mucho porque no... porque son como experiencias tan distintas que... tampoco, como te digo, nadie te cuenta la realidad de lo que va a pasar.

P: Mmm.

E: Yo creo que uno se entera de... de, cosas más claras a través de internet que de cercanos.

P: Claro... Eh, si me podrías contar acerca del rol que debiese ocupar el hombre en medio del parto. Así, como el esposo, el pololo, el padre, que esté al lado, ¿cuál crees tú que es la función que eh... debería cumplir junto con la madre que está embarazada?

E: O sea, normalmente de acompañamiento y quizás tener un poco más de información respecto a lo que... a lo que te va a pasar, porque igual me imagino... que es para un hombre es súper fuerte la experiencia de ver lo que va a ver. Eh, y como que eh, todos echan la talla, de si está preparado o no, si se va a desmayar o no, porque igual todas las personas son distintas y reaccionan de distinta manera.

P: Ya.

E: Quizás tener más información en eso y... yo creo que lo ideal para una pareja sería tener un protocolo establecido, en los pasos que se van a seguir, eh... en las dos posibles vías de nacimiento de una guagua.

P: Ya.

E: Y qué es el que se puede inyectar, lo que puede pasar, no sé... qué, qué, qué reacciones puede tener la madre, tener un poco claro el escenario de las situaciones que se pueden presentar.

P: Por supuesto. Eh, ¿me pudieras dar así una... reflexión acerca de... como que tú tengas acerca de los sectores privados y públicos? ¿Dónde crees que hay mayor cantidad de violencia obstétrica?

E: Verbalmente.

P: Uhum.

E: Y mecánicamente, en el sector público.

P: Sector público, ya.

E: Y mecánicamente, en el sector privado.

P: Ya, eh, ¿cómo ves la... cuando dices mecánicamente, a qué te refieres específicamente?

E: Me refiero a los procedimientos sin tener que hablar.

P: Ya.

E: En el fondo.

P: ¿Y por qué crees que el sector privado se da más que en el sector público?

E: Eh... no, creo que más...

P: Claro, en el tema mecánico.

E: En el tema... ahora, yo creo que el mecánico se da en los dos, lo que pasa es que en el sector público se cuidan más de no entrar en ofensas y en palabras que la persona pueda memorizar y después acusar a alguien, ¿me entiendes? Em... te dejan no más.

Ahora también creo que depende mucho de qué clínica, y quién sea el paciente, porque acá, tú vas por la plata que tú tienes.

P: Claro.

E: Que es un país muy desigual en ese sentido. Em... por lo tanto me imagino que una persona como de ahí, una persona súper importante probablemente, esas cosas no van a suceder.

P: Van a evitar a toda costa que ocurran, para evitar mala prensa.

E: Mala prensa, claro, demandas y etc. Pero en el sector público, en verdad... además se encuentran con estas como... estas mecánicamente, como claro, se producen estos abusos y además también verbalmente hacia las personas.

P: Claro, y, hablando justamente de las demandas, ¿tú crees que hay posibilidades de denuncia o demanda? ¿O las posibilidades acá en Chile son mucho menores?

E: Yo creo que es súper poco, porque lo que estuve leyendo hacer poco en un artículo de la revista Paula.

P: Uhum.

E: Salió con respecto al tema. Y, eh... hablaban de cómo se podía hacer algo a través de... cómo para poder establecer alguna acción... y lo primero, en el fondo, que había que hacer era ir al SERNAC, entonces es como raro igual.

P: Ya.

E: Porque, claro, lo que sí es un cliente... claro, en el caso de la clínica, en el caso de que así sea, pero no sé cómo tendría que ser a través de un sector público, porque es un prestador de salud, pero yo encuentro que es súper difícil igual.

P: Y hay poca información al respecto.

E: Hay poca información, y otra que los médicos normalmente... yo trabajo con el ambiente médico, así que lo tengo súper claro, eh, normalmente siempre se libran de todo. Con el tema de que em... es parte del procedimiento, de que... a mí me dijeron, por ejemplo, la respuesta que me dio la doctora cuando me pasó todo esto, me dijo "es que la obstetricia como que no tienen... como que son cosas de la obstetricia", esa fue como la respuesta, así como que, es súper ambiguo, como que puede pasar cualquier cosa. Ahora ya no sé, con una buena planificación se evitarían todas esas cosas.

P: Claro.

E: Em... pero creo que es difícil por ahora... o hay demasiada desinformación con respecto a cómo establecer una acción contra, cuando tú te sientas menoscabada de esa forma. Pero normalmente se protegen entre ellos, entonces es difícil, el jefe del servicio va a proteger al médico que estuvo, y el director de la clínica va a mandar un comunicada respecto a eso, y le va a prestar ropa y así se tapa todo el cuento en verdad.

P: Como que todo está sobre un manto para que la gente siga desinformada, básicamente.

E: Claro, pa que... o pa que ni siquiera te des... la molestia de alegar, porque está claro que en el fondo no va a tener mayores resultados.

P: Claro. Eh... Como que ya terminamos con las preguntas oficiales.

E: Que bueno.

P: Pero, ahora me gustaría saber si tienes algún tipo de reflexión o comentario que quieras aportar.

E: Em... mira, yo soy nutricionista y trabajo con... además de eso, yo trabajo haciendo clínica de lactancia a domicilio.

P: Ya.

E: Entonces estoy como bien conectada con al menos con la parte de la... después de la guagua. Y creo que muchas de estas experiencias malas causan una, en lo que me causó a mí, como que en el fondo rechazo a tener más hijos, para no tener una experiencia esta. Y otro, problemas con el tema de la lactancia, que igual es súper importante, porque... normalmente como la experiencia ha sido tan traumática, eh... después si se produce alguna complicación con la lactancia, ya en verdad no están dispuestas a someterse a otro martirio parecido.

P: Uhum.

E: Por lo tanto, también se da mucho que abandonan la lactancia producto de experiencias malas en el parto.

P: Claro.

E: Entonces ahí estamos súper mal, porque ahí partimos con otro proceso de que las guaguas toman fórmulas nada más y las cosas no se dan como debieran darse en el fondo. Eso por un lado, y por el otro que... cuando uno tiene una... ustedes que son de psicología lo deben tener más claro que nadie, cuando tú tienes como un cuadro mental, o una depresión, etc., como severa, tú te mejora, pero te mejoras como clínicamente hablando, pero eso es como una grieta que queda pa siempre.

P: Sí.

E: ¿Cierto? Y que después puedes volver a recaer en eso, si... si se vuelve a presentar una situación similar, entonces el daño va mucho más allá de lo físico.

P: Sí.

E: Yo creo que eso es como lo más... tremendo del tema, porque como que te digo, yo no siento como que esté sana de eso, y han pasado 6 años. Entonces, yo no tuve por qué haber pasado por eso.

P: Nadie tendría por qué pasar por eso.

E: No.

P: Yo creo... sobre eso mismo, sobre el tema del daño, lo que causa dolor, ¿tú crees que debería haber una legislación que permitiera que hubiese algún tipo de... de reparación o restitución por parte de la institución? O sea, que al final el hospital o el personal, o los otros profesionales de la salud que te atienden posteriormente... puedan así como... devolverte algo, como compensación monetaria o que te paguen terapia por los daños causados...

E: Depende.... Depende de cada caso, imagino, depende de lo que puede pasar, porque al final en mí caso resultó todo bien al final, si vemos como la suma final, la guagua salió bien, ¿entiendes? Al final la que salió media dañada fui yo. Pero... pero me imagino me imagino que deben haber casos en que la guagua queda con un daño neurológico, y obviamente hay que hacer una restitución monetaria ahí, porque lo que se viene pa esa familia, o sea, le destruyeron todo el proyecto de vida que tenían, eh... y si es que la guagua no muere, ¿me entiendes? Y en el caso mío, claro, si es que hubiese algún sistema de evaluación post parto, según la experiencia que hubo, y efectivamente tener una terapia de tratamiento y ayudar a esa persona hasta que se recupere totalmente. Lo mío fue todo como aparte.

P: Pero tuviste que ocuparte, tú por tu cuenta de...

E: Sí.

P: ... del dónde se trataba.

E: Y en otro, salud también, porque probablemente, lo que pasa en todas partes, lo que te decía. Que si después te evalúa un psiquiatría o un psicólogo del mismo equipo clínico, eh, probablemente también va a prestar ropa al procedimiento, no sé si me explico.

P: Comprendo.

E: Entonces, tiene que ser todo como, em... separado.

P: Mmm... Separado, lo cual igual encuentro como... eh, todos estos procesos están intrínsecamente juntos, desde los daños que pueda tener la guagua hasta los daños que pueda tener la madre, entonces debería estar como todo... contemplado, en el sector público, así debería haber un reparo.

E: Pero ponte tú, no sé, según mi idea, que no fuera en el mismo hospital.

P: Claro.

E: Que sea otro servicio que sea como la contra parte en el fondo.

P: Ah, claro.

E: De lo contrario van a estar todos de un mismo lado y nadie va a querer como tirarse tierra entre ellos.

P: Claro, desde el mismo lugar en que ya te hicieron el maltrato es mejor salir a otra parte.

E: Sí, claro. Dentro del mismo sistema de salud, pero desde otro sector.

P: De otra manera se podría caer en lo mismo, otra vez.

E: ¡Sí, claro! Lo mismo en lo que caen los médicos.

P: Y está también la desconfianza que uno tiene ya con el personal y el hecho que uno haya hecho una denuncia, ya genera un problema con las relaciones.

E: O sea en el momento en que tú te pones a... digamos a... a denunciar cualquier situación, ya estás en la mira del resto.

P: Um.

E: Pero, mira ahora yo lo veo como, como está la campaña de la... de la no violencia obstétrica, creo que uno... debería, ahora primero que todo, si es que yo decidiera volver a tener otro hijo, yo lo primero que haría es hablar con el jefe del equipo médico y me pongo el parche antes de la herida.

P: Ya.

E: Y le voy a explicar lo que me pasó, y le voy a explicar de lo que tengo conocimiento hasta ahora, y que voy a estar pendiente de cada procedimiento que ellos hagan, ¿me entiendes? Como en el fondo, advertirlos un poco, cosa que, igual vayan cambiando, que se fijen que la gente ya no son los pájaros que son antes y que uno ya tiene puesto el ojo en distintas situaciones.

P: Uhum. Eh, ¿tú me puedes decir por qué crees tú que la gente todavía está tan desinformada con el tema de la violencia obstétrica? ¿Por qué es... eh... tan, algo que uno puede preguntarle a la gente y uno te puede preguntar “¿qué es eso?”, sin saber que es? ¿Por qué será que la gente no está informada al respecto.

E: Debe haber como un manto ahí, medio turbio respecto, a los medios de comunicación, la prensa, em... respecto del mismo sector médico.

P: Um.

E: Eh, porque la idea es que mientras menos información tenga la gente, menos van a ser las denuncias. Eh, tú no tienes como me pasaba a mí, te contaba, yo no tenía la capacidad de identificar que lo qué era violento y qué es lo que no.

P: Uhum.

E: Después de todos estos años empiezo a leer y empiezo a enterarme de que todas estas cosas no debieron haber sido así, debieron haber sido de otra manera. Y que otras mujeres lo denuncian como violencia, y entonces ahí tú dices “oye, yo pasé algo muy parecido”.

P: Claro.

E: Yo creo que hay un tema... medio sombrío que está como tapando esto.

P: Entonces no pudiste determinar qué era violencia hasta después de que... fuiste víctima de.

E: Sí. O sea, cuando me sacaron la guagua ya y ahí estaba en esa sala que estaba sola, mil horas, em... en ese momento sí sentí que había sido violentada. De alguna u otra forma sí lo había sido. Tampoco estaba en condiciones de hacer nada, porque te puedes imaginar que, después de todo lo que me pasó, yo estaba como un trapo, no me iba a poner a discutir con nadie ni nada, yo lo único que quería era salir de ahí.

P: Mmmm.

E: Lo que me pasó días después de que tuve la guagua, es que tuve que ir a sacarme ponte tú, los corchetes que me habían puesto, em... y lo que pasó es que no podía... ahí hay un tema mental, ya, como que me quedaba parada y no podía avanzar a ese lugar, porque me quedé como traumatizada.

P: Ya.

E: ¿Entiendes? Entonces, son signos de que te pasó algo muy "heavy" pa no poder reaccionar de otra manera. O, pensando en el fondo.

P: Eh... ahora, para ir como cerrando, eh... si tú me pudieses definir violencia obstétrica como en una breve respuesta. A partir de tu experiencia.

E: Yo creo que la violencia es cualquier procedimiento que a ti te haga sentir violentado, la desinformación.

P: Uhum.

E: Em... la desinformación en el fondo, que te sometan a dolor innecesario y en como, como que en el fondo prácticamente que ... (balbuceo) ... como que no saber lo que te está pasando.

P: Ya. La desinformación también es un tipo de violencia.

E: Sí. Claramente, claramente. Y bueno, obviamente todo lo que son. Eh... humillación y denigración de cualquier tipo, eh... se da en otros casos. Pero yo también creo que cualquier tipo de procedimiento violento que hagan contigo y no informado, o lo que sea, claramente lo es.

P: Entonces la información sería, al final, una de las mejores formas de combatir, eh... los casos de violencia obstétrica, para evitar.

E: Información del paciente, claro.

P: Y eso.