



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ÁREA PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

**EXPERIENCIAS DE PARTURIENTAS EN  
INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA EN  
CARACAS: MEJOR SI ESTÁS  
ACOMPAÑADA**

**Autora:** Jessica Fajardo Contreras

Caracas, 30 de noviembre de 2022

*Experiencias de parturientas en instituciones de salud pública en Caracas:  
Mejor si estás acompañada*

Jessica Fajardo Contreras

Universidad Central de Venezuela  
Caracas, 2022

Depósito legal: DC2023000374

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ÁREA PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

EXPERIENCIA DE PARTURIENTAS EN INSTITUCIONES DE SALUD  
PÚBLICA DE CARACAS: MEJOR SI ESTÁS ACOMPAÑADA

Autor (a): Jessica Fajardo Contreras

Trabajo que se presenta para optar al  
grado de *Magister Scientiarum* en  
Psicología Social

Tutora (a)

---

Profa.: Dra. Leonor Mora Salas



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



## VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el Trabajo de Grado presentado por: **Jessica Fajardo Contreras**, cédula de identidad No. **17.384.308**, bajo el título, **Experiencias de parturientas en instituciones de salud pública en Caracas: mejor si estás acompañada**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **Magister en Psicología Social**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día **miércoles 30 de noviembre de 2022 a las 9.00 am**, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que esta hizo en la sala de reuniones de la Comisión de Estudios de Postgrado, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió aprobarlo, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado visibiliza y aporta un registro escrito de la problemática que viven las mujeres de sectores populares, en su condición de parturientas, en instituciones públicas materno-infantiles. Ofrece apertura a otras líneas de trabajo vinculadas al tema de estudio. Desde el punto de vista metodológico, los resultados denotan la construcción de teoría sustantiva relacionada con las vivencias de las participantes, además reafirma hallazgos de investigaciones sobre el tema. Se recomienda la difusión de los resultados en distintos formatos y espacios.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 30 días del mes de noviembre del año 2022, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado la profesora **Leonor Mora Salas**.

**Profa. Fanny Cubillán Carrizo**  
C.I. 5.796.546  
Universidad Nacional  
Experimental de las Artes

**Prof. Renato Gerullo Di Lorenzo**  
C.I. 12.054.218  
Universidad Central de Venezuela

**Profa. Leonor Mora Salas**  
C.I. 5.643.937  
Universidad Central de Venezuela  
Tutor(a)

LMS /30-11-2022.



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

APROBADO EN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD  
CENTRAL DE VENEZUELA POR EL SIGUIENTE  
JURADO EXAMINADOR:

---

Profa. Leonor Mora Salas  
Coordinadora

---

Profa. Fanny Cubillán Carrizo

---

Prof. Renato Cerullo Di Lorenzo

## AGRADECIMIENTO

A Dios por siempre abrirme puertas.

A mi profa y tutora Leonor Mora por tanta dedicación y por todo lo que aprendí de ella.

A mi hijo David por sus aportes intelectuales y consideraciones.

A mi familia por su apoyo (mamá, papá y mi Narghir).

A mi hermano Juan Carlos por su valioso aporte técnico y estar hasta lo último.

A mi Doc. Andrés por el “empujo”.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ÁREA PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

**Experiencias de parturientas en instituciones de salud pública en Caracas:  
Mejor si estás acompañada**

Autora: Jessica Fajardo Contreras

Tutora: Dra. Leonor Mora Salas

Fecha: Caracas, 30 de noviembre de 2022

**RESUMEN**

Las mujeres usuarias de las maternidades o centros hospitalarios públicos en Venezuela y sus experiencias se han convertido en un tema de importancia para la salud pública y para el estudio psicosocial. Esta investigación tuvo como objetivo comprender la experiencia de atención en el parto, durante el parto y en el posparto inmediato que recibieron mujeres embarazadas en instituciones de salud pública en Caracas. La mirada psicosocial permite problematizar las vinculaciones de la interacción entre los actores sociales implicados. El abordaje de la investigación lo realicé desde el paradigma constructivista y desarrollé una investigación cualitativa con diseño de teoría fundamentada. En la producción de la información utilicé el método de la entrevista en profundidad con seis mujeres en edad reproductiva. Para el análisis de la información empleé el método comparativo constante de la teoría fundamentada con el fin de generar teoría sustantiva sobre este fenómeno. Como resultados principales destacan: la norma institucional de separar a la parturienta del grupo familiar al entrar al centro de salud es asumida con naturalidad por ambos actores, sintiéndose vulnerables ante el sistema de salud; las parturientas experimentaron su recorrido dentro del centro de salud con violencia y desasistidas. En conclusión, la pobreza extrema, la falta de preparación del control prenatal por negación a estar embarazada, las separó de la tarea de organizar su gestación y parto, características dominantes entre las entrevistadas; la mayoría de ellas sintieron actos violentos y discriminatorios ejercidos en su contra por el personal de salud, esta violencia se expresa verbal y físicamente, en desatención y omisión de prácticas en el momento del alumbramiento.

**Descriptor:** Parturientas, Instituciones de Salud Pública, Normas Institucionales, Separación Familiar, Violencia Obstétrica, Estudio Cualitativo.

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	10
Capítulo 1 .....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
1.1    Objetivo General: .....	22
1.1.1    Objetivos Específicos: .....	23
1.2    Justificación .....	23
Capítulo 2 .....	26
MARCO REFERENCIAL .....	26
2.1    Mujer: embarazo, parto y acompañamiento familiar .....	26
2.1.1    Mujer y maternidad .....	26
2.1.2    La mujer a partir del embarazo .....	32
2.1.2.1    Los cambios físicos y fisiológicos .....	32
2.1.2.2    Las emociones .....	36
2.1.3    El parto .....	40
2.1.4    Embarazo y condiciones socio-educativas de la madre .....	50
2.1.4.1    Educación .....	50
2.1.4.2    Pobreza .....	52
2.1.5    Acompañamiento familiar a la embarazada .....	57
2.2    Las instituciones hospitalarias públicas .....	62
2.2.1    Infraestructura hospitalaria .....	64
2.2.2    Cultura hospitalaria pública .....	68
2.2.3    Normativa hospitalaria específica .....	69
2.2.4    Atención en los servicios de obstetricia en instituciones públicas .....	73
2.3    El Construccionismo social: perspectiva teórica .....	81
Capítulo 3 .....	95
MARCO METODOLÓGICO .....	95
3.1    Perspectiva metodológica .....	95
3.2    Investigación Cualitativa .....	99
3.3    Diseño de la investigación .....	102
3.4    Participantes y contextos .....	102
3.5    Método de producción de la información .....	104



3.6	Método de análisis de la información .....	106
3.7	Criterios para evaluar la calidad del estudio .....	109
3.8	La experiencia de investigación .....	111
Capítulo 4 .....		114
RESULTADOS: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....		114
4.1	Análisis .....	114
4.1.1	La fatalidad me acompaña y “la administración pública es muy fría”116	
4.1.1.1	“Sentía que eso era culpa mía” .....	116
4.1.1.2	Se naturalizan los procesos .....	119
4.1.2	Entre violencia, apoyo y muchas expectativas .....	126
4.1.2.1	Diferentes tipos de violencia .....	126
4.1.2.2	Diferentes tipos de atención .....	134
4.1.2.3	Lo que hubiera querido .....	139
4.1.3	En un momento particular de la vida .....	144
4.1.3.1	En qué momento me llegó el embarazo .....	145
4.1.3.2	Durante el parto .....	148
4.1.3.3	Embarazo y situación familiar .....	150
4.1.4	Instituciones de posible acceso .....	155
4.1.4.1	Las instituciones de salud pública .....	155
4.1.4.2	Tuve que parir ahí .....	158
4.1.5	El personal de salud y compañeras de parto .....	164
4.1.5.1	Equipo de salud .....	164
4.1.5.2	Los familiares que acompañan .....	168
4.1.6	La peor experiencia, para no repetirla .....	171
4.1.6.1	Heridas emocionales .....	172
4.1.6.2	Después del parto .....	175
4.2	Discusión: La experiencia de las parturientas: solas, maltratadas y en silencio .....	178
Capítulo 5 .....		200
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		200
5.1	Conclusiones .....	200
5.2	Recomendaciones .....	208
Referencias .....		212
ANEXOS .....		223

## INTRODUCCIÓN

Las mujeres gestantes, usuarias de las maternidades o centros hospitalarios en Venezuela se han convertido en un tema de importancia para la salud pública. Actualmente se encuentra vigente la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), en el artículo 15, apartado 13, se describen las diferentes formas de violencia y se especifica sobre la violencia obstétrica, acción que se da a partir del uso o apropiación del cuerpo femenino – apenas ingresan en los centros hospitalarios– por el personal de salud. Junto a esto, se resalta la capacidad de las mujeres de decidir libremente sobre ellas mismas. A partir de la necesidad de crear parámetros que regulen estas acciones y en virtud de mejorar las políticas públicas, esta ley al mismo tiempo que es veladora por un trato humanizado hacia las mujeres gestantes, hace visible la existencia de una problemática contextualizada de la población venezolana.

La importancia que implica entender, analizar e intervenir esta realidad, reencontrándola desde la práctica histórica del parto se ha ido transformando hasta la actualidad, resalta la modificación del enfoque humanista hacia el modelo institucional el cual a su vez ha cambiado la configuración del parto y sus implicaciones como significante social. Mi acercamiento a esta realidad estuvo orientado por la interrogante general: ¿Cómo es la experiencia de atención en el preparto, durante el parto y en el posparto inmediato que recibieron mujeres embarazadas en instituciones de salud pública en Caracas? Y los objetivos dirigidos a: comprender la experiencia de atención en el preparto, durante el parto y en el posparto inmediato que recibieron mujeres embarazadas en las

instituciones de salud pública en Caracas; interpretar las construcciones que elaboran las mujeres a partir de la experiencia de atención en instituciones de salud pública de Caracas en el preparto, durante el parto y en el posparto inmediato; conocer qué función desempeñan las normas institucionales en el proceso del parto; analizar cómo es la participación de los familiares en el proceso de parto en instituciones públicas de la ciudad de Caracas.

La aproximación, por medio de los relatos de las propias parturientas usuarias de las instituciones hospitalarias públicas, a la comprensión de las diferentes actuaciones presentes en la dinámica hospitalaria es de donde surgen y se elaboran los datos de esta investigación. Este acercamiento al fenómeno me ha permitido profundizar cómo cada mujer registró su propia experiencia sobre su parto y cómo fue ese contacto con el resto de actores sociales presentes en el preparto, durante el parto y en el posparto inmediato.

Como resultados principales del estudio destaco: las embarazadas ingresan a la institución de salud con expectativas positivas pero con un alto nivel de compresión del dolor, los familiares que las acompañan deben esperar afuera, esta norma es asumida en el grupo familiar con naturalidad, de igual forma, esto no impide que los familiares ejecuten sus funciones como responsables de la parturienta desde la zona asignada para ellos, afuera, durante la espera la organización del espacio está definido por las diferentes familias que coinciden, formando un grupo llamado “los familiares”, las parturientas sienten la compañía de sus seres queridos de una forma espiritual que las dota de fortaleza y esperanza. Las entrevistadas en su mayoría experimentaron emociones negativas, estar entre

la angustia y el sufrimiento las colocó en una posición de desventaja, el sufrimiento y el dolor fueron una constante en su recorrido, desde sentirse culpables y merecedoras de la fatalidad hasta manipuladas corporalmente sin su consentimiento. El recorrido de las entrevistadas dentro de los centros hospitalarios públicos está lleno de experiencias asumidas y sentidas como violentas, todas las entrevistadas experimentaron algún tipo de violencia, entre la omisión y abandono de su proceso en el trabajo de parto y parto, y agresiones físicas, burlas y regaños, colocándolas en una revictimización constante. Dentro de los diferentes tipos de violencia descritos en esta investigación, sintieron agresión psicológica, física y obstétrica, al mismo tiempo, definen diferentes modos de atención y los contrastan con expectativas de lo deseado sobre su parto. En el caso de las madres primerizas aspiraban una relación médico-paciente a través de una actitud didáctica, que indicara cada parte del proceso de forma paciente y solidaria; las madres multíparas aspiraban una atención dialógica, respetuosa y considerada.

Entre las conclusiones más resaltantes puedo indicar, La vulnerabilidad social y económica caracteriza a las entrevistadas, en este contexto desarrollaron un embarazo problemático y desatendido. No prepararon a tiempo sus controles prenatales, como tampoco un parto seguro. En estas condiciones inestables les llegó el día del alumbramiento, de manera que la improvisación y búsqueda del centro de salud, a última hora, limitó a las gestantes de un proceso tranquilo. Las dificultades económicas y de vivienda son la causa principal de rechazo al embarazo, estas limitaciones las llevan a problematizar su rol femenino. Sin

embargo, el estereotipo materno está fijado, este ideal las hace culminar el embarazo con profundo agobio y resignación, dando inicio a una maternidad complicada. La interpretación de las entrevistadas sobre su experiencia desde la noticia del embarazo hasta el encuentro con los familiares representó una desventura, a pesar de contar con un grupo familiar que proporcionó fortaleza en todo el proceso, las acciones por parte del equipo de salud superaron en angustias y malestares su capacidad de tolerar. El centro hospitalario separó en un momento importante y necesario a la gestante de su grupo de contención, pero esto no fue limitante para lograr el objetivo de demostrar protección y afecto a la embarazada. La mayoría de estas mujeres sintió actos discriminativos y violentos ejercidos en contra de ellas por el personal de salud, esta violencia se expresa en agresiones verbales y físicas, así como en desatención y omisión de prácticas en el momento del alumbramiento; la actitud violenta del personal de salud, en el recorrido dentro de las salas de parto, las hizo sentirse humilladas y burladas, presas de la desolación y con el deseo de acompañamiento familiar.

Este informe de investigación contiene cinco capítulos en los que presento: (1) el planteamiento del problema: problematización de la situación de estudio, interrogantes, objetivos y justificación de la investigación; (2) marco referencial: aproximación conceptual de la investigación, la incorporación de esta literatura la realicé en simultáneo al desarrollo del estudio y su actualización la llevé a cabo luego del análisis de los resultados con el propósito de favorecer los contrastes teóricos en la discusión; (3) marco metodológico: paradigma, características de la investigación, diseño, participantes y contextos, métodos de producción y análisis

de la información, criterios para evaluar la calidad de la investigación, la experiencia de investigación; (4) resultados análisis y discusión: comprensión de la información a través de la categorías de análisis, interpretación de los significados construidos por la población de estudio y propuesta de teoría sustantiva; (5) conclusiones y recomendaciones: responden a los objetivos de investigación planteados, incluyo además sugerencias para próximas investigaciones así como consideraciones para la práctica. Finalmente incorporo un par de anexos vinculados a la experiencia de campo.

## **Capítulo 1**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde el punto de vista cultural, la manera en la que las mujeres han traído un niño o niña al mundo no siempre ha sido la misma; en el pasado, dicho evento ocurría, generalmente en lugares que permitieran la mayor privacidad posible, así mismo, las parturientas solo eran asistidas por otras mujeres las cuales gozaban de una sabiduría popular para lo que hasta hace unos 250 años, aproximadamente, la autonomía exclusiva de las mujeres para atender el nacimiento, era un factor común y por lo general, esto ocurría en el seno del hogar de la parturienta (Magnone, 2009). Por otro lado, Villaraga (1994) hace mención de la costumbre campesina en la que los hombres eran quienes asistían el nacimiento de los mamíferos de cría, por lo que, dicha práctica les permitía adiestrarse y, en consecuencia, asistir a sus esposas en el alumbramiento; paralelamente en las ciudades, la iglesia católica nombraba por medio de las asambleas de mujeres a la comadrona, quien era una mujer facultada para atender el parto de la clase social alta, comerciantes y artesanos.

Con la aparición del modelo institucionalizado de la salud, el hecho del parto se alejó del seno del hogar para ser atendido en espacios ajenos a la privacidad de la mujer y con ello se apartó también la presencia del grupo familiar en el acto (Biurrun y Goberna, 2013). Por lo tanto, la historia del tratamiento del parto ha sido cambiante según aspectos como la cultura, la innovación tecnológica y la clase social, (este último constituye un aspecto transversal). Dentro de este

orden de ideas, indican estos autores que los primeros registros de parto tecnificado tuvieron lugar en el siglo XVII, por necesidades patológicas, como la muerte del feto o la imposibilidad de expulsión; es entonces, cuando surge por primera vez el método fórceps (primera técnica registrada sobre el parto) en el que la mujer era atendida por médicos/as especialistas (cirujanos) con instrumentos adecuados para el procedimiento.

Algunos antecedentes relacionados con la temática que sirven de referencia a la investigación nos indican: García (2015), trabajo monográfico que introduce el tema de las relaciones de poder de la hegemonía masculina sobre la mujer, situación que influye en las relaciones institución/hombre, ciencia/hombre, saber/hombre, lo que permea directamente en el proceso de concepción. Se constituyen así las primeras formas de distanciamiento entre el trabajo de parto y los familiares de la mujer, sin tomar en consideración la importancia que representa el grupo familiar como parte de la intimidad de la parturienta y las afecciones psicológicas de ella. Esta investigación se concentró en una profunda revisión de los tratos o maltratos que pudieran suscitarse en las embarazadas durante su trabajo de parto, con elementos influyentes: la historia del parto, el orden institucional, el despego de los familiares, las implicaciones psicológicas y el impacto psicosocial que enfrenta esta población específica

Nieves (2014) en su Tesis doctoral, titulada: Competencias Profesionales de las Matrona en Atención al Parto Normal nos presenta el desarrollo de las competencias profesionales de las matronas, tema de interés para el presente estudio, al ser ellas una alternativa de carácter humanista calificadas para la



atención en el proceso del parto y el nacimiento. En las conclusiones del estudio se evidenció que el auto-cuidado de las mujeres junto con el cuidado que ofrecen sus parejas son el discurso utilizado por las matronas para hacer del acompañamiento en el trabajo de parto un proceso lo menos traumático posible, sin la intención de generar atenuantes hegemónicas en el mismo. Este tipo de atención garantiza la independencia de la mujer sobre el equipo médico en la mayoría de las fases del parto, permite la participación de los familiares quienes evidentemente están ligados emotivamente con la embarazada; de esta forma, en la sintonía con el equipo profesional, la familia y la parturienta garantizan un estado de mayor tranquilidad, lo cual es beneficioso para todos/as los/as participantes. Sin embargo, actualmente, la actividad matronal ha perdido fuerza en el mundo hospitalario, convirtiendo a la asistencia de los médicos/as, en el único recurso de la mujer en el momento del nacimiento.

En Venezuela se realizó un estudio sobre la “Tendencia actual de la mortalidad materna. ‘Maternidad Concepción Palacios’ 2014-2020” (Cabrera, Gómez, Faneite y Uzcátegui, 2021), una investigación de corte “descriptivo, analítico, retrospectivo de las muertes maternas ocurridas en el periodo 2013-2018” (p. 342). Esta investigación revisa las causas por muerte materna en nuestro país, “La muerte materna se encuentra ligada al desarrollo económico y social de los países” (p. 343), así mismo indican que, “La adecuada planificación familiar impacta significativamente en la muerte materna, junto con la apropiada educación sexual y reproductiva y el adecuado acceso a la diversidad de métodos anticonceptivos” (p. 348). Los autores hacen referencia de la problemática que

sostiene este centro de salud público “Por otro lado, existen grandes limitaciones como la ausencia de especialidad en obstetricia crítica, adicional a las limitaciones de infraestructura e insumos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en la institución [...]” (p. 346), se establece la relación de las muertes maternas entre complicaciones desarrolladas posparto y aquellas patologías previas de las gestantes, estos decesos se registran en toda la etapas del embarazo hasta la etapa de puerperio significando también riesgo de muerte. La evaluación fue documentada a través de 73 casos de muertes maternas “Se procedió a una revisión médica de 73 historias médicas del Departamento de Historias Médicas y Estadísticas Vital de la MCP (Maternidad Concepción Palacios)” (Ibid., 344).

El acompañamiento en el parto es parte importante de la tranquilidad de las gestantes al momento del alumbramiento, lo distingue así una investigación realizada en Ecuador, sobre los “Beneficios maternos perinatales del acompañamiento durante el trabajo de parto en el Hospital Mariana de Jesús” Huacón (2018, p. ii), bajo una metodología cuantitativa con diseño no experimental y una población de estudio de 164 pacientes “Entre los resultados el 63% del total de la muestra recibió acompañamiento durante el parto, las pacientes primigestas fue el grupo que más acompañamiento tuvo en un 51% y las pacientes eligieron a sus parejas como acompañante en un 81%” (Ibid). En su tesis de Maestría en obstetricia refiere sobre las condiciones emocionales beneficiosas de las parturientas el acompañamiento durante el parto “trabajo de parto menor a 6 horas en un 80%, periodo expulsivo menor de 10 minutos, no hubo necesidad de utilizar episiotomía en un 54%, en el 100% de los casos el

parto fue eutócito, el apego al recién nacido en la mayoría de los casos fue de 9 al minuto en un porcentaje de 51%” (p. 33). Resalta la importancia de que la parturienta elija la persona que desea esté con ella durante su trayectoria de parto, inclinándose a elegir a sus parejas sentimentales, las condiciones opuestas al acompañamiento implican momentos angustiosos y problemáticos para la parturienta, además, se señala como la presencia del equipo médico se sobrepone ante la compañía del familiar imposibilitando un mejor desarrollo del parto.

En este sentido, el orden establecido sobre el deber médico de vigilar a la parturienta ha concebido, como producto de socialización por la patologización del parto, el tratamiento de las mujeres en proceso de parto como si fuesen pacientes que padecen una enfermedad; en consecuencia, este concepto se expande a todos los planos del proceso, e inicia con el traslado de la embarazada desde la privacidad del hogar hacia los hospitales que son instituciones públicas donde se enmarcan todos los partos como patologías, de esta manera, se reformula la práctica del parto (Cantero, Fiuri, Furfaro, Jankovic, Llompart y San Martín, 2010)

Cárdenas (1993), nos expresa que las normas institucionales que separan a la parturienta de su zona de bienestar, de confort tienen influencia sobre el plano emocional de ellas por la gran actividad orgánica a la que se exponen, este agotamiento del proceso abarca tanto la dimensión fisiológica y psicológica. Los procesos orgánicos normales del embarazo recaen en el psiquismo de la embarazada. El autor continúa especificando que cada caso de embarazo y parto constituyen una particularidad en cada mujer “Aun cuando el embarazo es un

hecho natural, las condiciones que lo rodean son eminentemente particulares a cada mujer y a cada caso [...]” Cárdenas (p. 42), agregando a esto, las variables “[...] de orden social, económico, religiosos, familiar, etc., que rodean a la condición del embarazo” (p. 40). A partir de esta descripción, se pueden definir las emociones que intervienen en el embarazo y el parto, por ejemplo, temor por la integridad de ella y del recién nacido/a, ansiedad y miedo a los posibles escenarios que se pueden presentar en situaciones como el parto.

Las actividades de los hospitales y maternidades públicas en Venezuela son ejercidas por dos tipos de actores: en primer lugar, las embarazadas y sus familiares, esta participación se encuentra regulada por la estructura organizativa compuesta por el segundo grupo, es decir los/as trabajadores, equipo médico, enfermero y enfermeras, personal de mantenimiento y administrativo.

Estos actores se relacionan de diferentes formas con la parturienta. Los/as agentes sociales de la institución de salud están legalmente destinadas/os para la atención, control y cuidados en todas las etapas de gestación de la embarazada desde el momento del parto e inclusive hasta la etapa de puerperio, como misión sobre el derecho universal a recibir atención oportuna en materia de salud pública. Al respecto, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, artículo 83, expresa el derecho a la salud como un hecho social, garantizando así mismo la accesibilidad a servicios relacionados a esta:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios [...].

En otro aspecto, problematizar la presencia y permanencia de la familia durante el proceso de parto, es cuestionar sistemas fijados en nuestra sociedad que pueden llegar a ser considerados “indiscutibles”, en consecuencia, es necesario visibilizar aspectos cerrados a la reflexión inmediata abrumada por la cotidianidad. Existe la posibilidad de que los elementos indiscutibles sean de marco estructural, es decir, que se niegue la posibilidad de cuestionarlos abiertamente para producir cambios al respecto, por ejemplo, la línea que divide a la parturienta de su familia y el tratamiento patológico que se le aplica al hecho del parto. En consecuencia, el aislamiento de la parturienta posibilita el uso de prácticas ocultas o en la mayoría de los casos como la patologización y medicación del parto, entre otras. Al respecto Cabral (2013) expresa que, en el orden social donde se maneja un determinado espejismo de violencia y quienes la ejercen responden a ciertos intereses de dominación, son estructuras que se manifiestan desde el poder.

El enfoque de esta investigación es de carácter humanista al prestar profundo interés por las experiencias y significados que surgen en mujeres madres como agentes sociales que se resignifican en muchas ocasiones por vivencias como las del parto. Este estudio se concentra en las relaciones que surgen en el momento del parto entre los tres tipos de actores: la embarazada, la institución y la familia. Desde la tilde personal surge en mí la voluntad de oír y reproducir estas experiencias cruzándolas con la mía; producto de mi vivencia con el parto en una institución de salud pública, tratada desde el discurso institucional y médico. Por ello, despertar estos recuerdos en las mujeres entrevistadas probablemente podrá

aportarles una mirada de solidaridad y hermandad de la misma forma que ellas a mí.

Mi interés de investigación se orienta por las siguientes preguntas y objetivos:

### **Preguntas de la investigación**

¿Cómo es la experiencia de atención en el preparto, durante el parto y en el posparto inmediato que recibieron mujeres embarazadas en instituciones de salud pública en Caracas?

¿Qué papel desempeñan las normas institucionales en el proceso del parto?

¿Cómo es la participación de los familiares en este proceso?

¿Cuáles son las construcciones que elaboran las mujeres del preparto, el parto y el posparto inmediato a partir de la experiencia en instituciones de salud pública?

#### **1.1 Objetivo General:**

Comprender la experiencia de atención en el preparto, durante el parto y en el posparto inmediato que recibieron mujeres embarazadas en las instituciones de salud pública en Caracas.

### **1.1.1 Objetivos Específicos:**

1. Interpretar las construcciones que elaboran las mujeres a partir de la experiencia de atención en instituciones de salud pública de Caracas en el parto, durante el parto y en el posparto inmediato.
2. Conocer qué función desempeñan las normas institucionales en el proceso del parto.
3. Analizar cómo es la participación de los familiares en el proceso de parto en instituciones públicas de la ciudad de Caracas.

### **1.2 Justificación**

Las instituciones de salud o maternidades son las mayores receptoras de mujeres gestantes y parturientas, la praxis y valoración del trabajo de parto y del parto mismo son productos de construcción histórica. Son mujeres quienes dan a luz, por consiguiente, es entendible que sean ellas las que han de participar en el escenario de las instituciones y maternidades. Al ser la mujer el factor común, es importante revisar entonces la valoración que se tiene de la mujer reproductora en nuestra sociedad para comprender por qué y cómo se dan estas relaciones entre todos/as los/as actores.

El cuerpo de la mujer puede ser propósito de muchas especulaciones, de creaciones y destrucciones también, el cuerpo de la mujer puede ser significado, comercializado y reproducido de muchas formas, el cuerpo de una mujer es

controversial (Thomas, 2008). Desde luego un cuerpo que sustenta otro cuerpo significa algo o muchas cosas:

Un cuerpo que es capaz de albergar a otro u otra durante nueve meses sin ningún tipo de discriminación; un cuerpo-claustro, un cuerpo-refugio, un cuerpo que proporciona calor, alimento y vida a otra vida misma, a una vida que se volverá humana en la medida que sea deseada, y desde ya, amada y fantaseada con locura por la dueña de ese cuerpo (p.135).

Esta premisa permite ampliar la interpretación sobre lo que el cuerpo de la mujer representa. Al mismo tiempo en la ideología patriarcal la diferencia entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo del hombre radica sobre la forma en que se asume la condición de femenino o masculino precisamente, desde esta óptica, se denota desigualdad, ya que corresponde a la mujer la debilidad, producto de las relaciones sociales asumidas como naturales entre la sociedad (Cornieles, González, Gómez, Gutiérrez, Guillen, Mota, 2010). El propósito del análisis de las relaciones que surgen a través del cuerpo de la mujer, se sostiene su explicación en la Psicología Social, especialmente sobre la estructuración de las relaciones y comportamiento, es decir, cómo se constituyó este significado en la psiquis colectiva (Martín-Baró, 1990).

En consecuencia, revisar y contextualizar la atención que reciben las mujeres en el proceso de parto desde el aspecto del cuerpo femenino, el acompañamiento y las relaciones de poder que se dinamizan por medio del discurso institucional y el discurso de las prácticas médicas, nos permitirá comprender y fortalecer estos hábitos desde un tratamiento más humano frente a lo tecnocrático. Asimismo, promover partos concentrados en la familia como extensión de la parturienta, aportando un concepto institucional humanizado y



reflexivo, que replantee las funciones médicas, de atención, de servicio, y de derecho al acompañamiento de la institución a la mujer.

Las maternidades centradas en la familia reconocen el protagonismo de las mujeres embarazadas y el de sus familiares porque integran elementos éticos y filosóficos en sus fundamentos (Cantero et al., 2010). Desde esta expectativa los familiares están contemplados como parte del equipo de la institución para el afianzamiento en el trabajo de parto y poder aportar refuerzo al equipo médico, por ello es posible resignificar las posiciones de estos escenarios en beneficio cabal para la parturienta.

## **Capítulo 2**

### **MARCO REFERENCIAL**

En este capítulo incluyo referentes conceptuales y empíricos, delimitados, contruidos y organizados a partir de los temas emergentes que surgieron en los resultados de la investigación. Su propósito no es fijar teoría ni profundizar en ella, sino presentar un estado del conocimiento sobre el tema de estudio para insertar en la discusión los resultados de esta investigación. En atención a ello presento tres apartados: (1) Mujer: embarazo, parto y acompañamiento familiar; (2) Institución hospitalaria pública; (3) Construccinismo social.

#### **2.1 Mujer: embarazo, parto y acompañamiento familiar**

##### **2.1.1 Mujer y maternidad**

La relación inseparable de la maternidad y la mujer se caracteriza a partir de la identidad de la mujer dependiente del rol social materno, esto refiere a una cuestión de acatar las referencias sociales intrínsecas a su condición de género, bajo la cúpula de la ideologización este rol está presente en el sistema de pensamiento y conciencia de relación humana, es por esto, que a través de símbolos sociales la mujer asume su biología como referente indentitario a la maternidad (Flax, 1995 citado en Mora-Salas, Otálora y Recagno-Puente, 2005). Respecto a la ideologización, Martín-Baró (1990) expone que el sistema ideológico se compone a partir de criterios sociales, contenidos en la

individualidad de sus miembros, es decir, la relación de lo personal como forma de vincularse estrechamente una con lo social, donde el carácter histórico estructura lo objetivo y subjetivo del vínculo individual-social; sin embargo, este proceso no se define como una acción totalmente consciente sino que su modo de operar es por medio del valor que la historia le otorgue a los significados sociales.

Lo ideológico, lo pensado, se fundamenta en lo social y es imposible concebir lo social sin el carácter histórico que este implica (Castoriadis, 1997). De esta manera, la génesis del sistema de relaciones, de aquello que forma el pensamiento, la reflexión, lo individual pertenece a la historia como hecho objetivo, no existe el pensamiento en su estado puro sin que este sea intervenido por el elemento social, además de intervenido es a su vez creado, perpetuado y fomentado por lo social, y lo social no se concibe sin la propia historia, todo lo que en algún momento se pensó viene dado por la historia y es producto de ella que fluya a través del pensamiento.

La maternidad es asumida a partir de un hecho exclusivo individual y, además biológico, se fundamenta en la existencia de un instinto, llamado instinto materno, algo con lo que se nace y evoluciona con el crecimiento de la mujer, esta teoría es fundamentada por la historia y la cultura, pero sin ser reconocida su participación, es decir, el instinto es un hecho objetivo que nace con el ser femenino que se le adjudica a la biología (Saletti, 2008). En esta deconstrucción que hace la autora frente a la maternidad como hecho histórico y no biológico, refiere que el rol asumido por la mujer de manera innegable y consagrada se ubica en el sistema de valores sociales y que este como un meta-valor materno le hace

de contraparte al discurso masculino, el cual es diferente al femenino materno. Esta visión resulta opuesta a la reduccionista de la mujer y maternidad como hecho biológico. Del mismo modo, Palomar (2005) abre debate al respecto de la biología de la mujer al desarmar los preceptos instintivos y dar explicación a través de la historia, la cultura y de discursos con intereses de subordinación. Es desde la antropología y los cuestionamientos feministas que la lógica maternal adquiere nuevas perspectivas teóricas.

Al respecto de esta dialéctica, la contra-postura es entonces: entender los discursos sociales que fomentan y dan vida a estos preceptos, tales como la responsabilidad de la madre sobre la psiquis y salud mental del/la hijo/a y la cultura de lo sobre-entendido que no razona alguna explicación más que la biologicista sobre los designios maternos.

En esta asignación del rol materno, al género femenino se le adjudica la maternidad. El género es un concepto que define la condición de ser mujer u hombre en su mundo de relaciones, es internalizado por cada sexo de diferentes formas, el género como construcción social se sedimenta en la psiquis de forma individual, son distintos discursos sociales que intervienen en la identificación del rol, a la mujer se atribuye el carácter femenino y todo lo que simbólicamente esto implica y al hombre el carácter masculino (Cornieles, González, Gómez, Gutiérrez, Guillen, Mota, 2010).

El género como construcción social no implica aspectos de valor biológico, sino estrictamente social que se basan en lo biológico. El rol femenino-materno asignado a la mujer puede encontrar su justificación en la capacidad

biológica del embarazo y el parto, de aquí la concesión de todo lo referido al hijo/a, quedando sumida como papel principal en el trayecto de su vida a su capacidad biológica, lo que es fomentado por la cultura patriarcal como su función primordial (Saletti, 2008).

Producto de estas afirmaciones sociales sobre los designios naturales de la maternidad, las complicaciones que representa tanto para el Estado como para sus usuarios/as es precisamente cargar sobre una sola figura la responsabilidad de la crianza de los hijos/as a la mujer (Palomar, 2005). Esto incide en tasas estadísticas sobre violencia infantil, trata de personas, abortos, infancia en la calle, en todo ello aparece como un elemento transversal la figura irresponsable de la madre, la única visible en la responsabilidad sobre las atenciones y cuidados del menor.

En el estudio cualitativo de Carosio (2014) que se fundamenta en datos a partir de mujeres de zonas populares en la ciudad de Caracas, parte de sus objetivos son la narrativa y construcción de los símbolos que crean las mujeres referentes a la maternidad, sus expectativas, así como la vinculación del rol femenino frente a la postura materna. La autora señala que en Venezuela la maternidad no está alejada de la visión universal que la distingue, el imaginario femenino basa sus anhelos maternos en la consagración de la vida misma, el significado de la maternidad otorga a la mujer venezolana la confianza de una existencia con propósito, a pesar de que no todas las dimensiones de su vida estén satisfechas es revelador que este aspecto cubra todos los demás.

El significado de la identidad de la mujer se basa en que un/a hijo/a es una forma de existir en el mundo, este/a le da sentido y fuerza para la lucha

alcanzando para la madre el deseo y lo gratificante del mismo (Ibid). Los símbolos que representa la maternidad ciertamente son casi generales, sin embargo, la experiencia aumenta la dificultad de la crianza, el contexto donde la madre y el/la hijo/a se desenvuelven implica doble esfuerzo y se codifica al respecto de forma diferente. La maternidad significa la lucha por el/la hijo/a y a su vez este es la fuerza que impulsa y potencia a la madre a continuar:

La maternidad centra la vida de las mujeres, a partir de la necesidad de proteger y luchar por hijos e hijas, las mujeres populares descubren su propia fuerza. En condiciones donde la maternidad es una tarea que se realiza en condiciones difíciles, el poder superar las dificultades da a estas mujeres sentimiento de posibilidades y poder. Las responsabilidades son impulso para enfrentar la vida (Carosio, 2014, p. 40).

De esta forma, en la sociedad venezolana prevalece el matricentrismo que dirige la relación de la maternidad al ámbito social, como una forma de hacer sociedad. Para la clase popular el matricentrismo es la forma de organización social, la madre es indispensable para la organización de la familia, reduce todas las relaciones de los demás miembros a ella; sobre todo lo que respecta el hijo varón como parte de su propiedad y como un fuerte frente al mundo social (Vethencourt, 1995 citado en Paván, 2001).

El matricentrismo (Moreno, 2012), no es ausencia de la figura masculina dentro de la familia venezolana, esta figura puede estar como no estar, lo que sustenta este concepto es la madre como presencia indisoluble dentro de la familia, es una figura intransferible, en ella se consigue la totalidad del amor, protección, enseñanza, socialización de los hijos/as y próximos reproductores de cultura. Para las diferentes formas de entender este concepto, la ubicación de los otros miembros de la familia está definida solo a través de la misma definición de la

madre; en la formación de la identidad del hijo varón predomina la identificación femenina, incluso por encima de las representaciones de masculinidad, paternidad o sustitutos de la paternidad, estos elementos de la masculinidad que intervienen en el hijo varón para formarse como hombre-padre-hijo no son los suficientemente imperativos, para evitar que el hijo varón gestione sus forma de estar en el mundo como hijo de una madre. La hija, por el contrario, se vincula con la madre a través de mimetizar la abnegación por los hijos, es decir, la hija es la encargada de la reproducción de otra maternidad (dentro de la maternidad donde ya existe), será su responsabilidad sostener esta herencia cultural. En este concepto de matricentrismo la figura de la pareja está situada como el proveedor de la maternidad, es decir, solo a través de él es posible que se materialice la vida materna, su función es tan clave y a la vez tan fugaz que al cumplirla este puede ser despedido sin ningún contratiempo, su reemplazo o su anulación queda sin efecto trascendental para la crianza del hijo.

Para fortalecer el concepto de matricentrismo, Hurtado (1991), indica una semejanza con este, al proponer el concepto de matrilinealidad, representando el significado de la crisis familiar venezolana, nos indica sobre la celosa y obsesiva forma del orden familiar orquestado por la madre-mayor, la “abuela”. En la abuela se consigue la consagración y majestuosidad del albergue uterino que fija en toda su descendencia el culto a su figura, es a través de esta línea-uterina que se sustenta todo tipo de relación familiar. Sin embargo, esta familia virtuosa de nacer en el mismo cuerpo es la garante a la vez de que todo lo que yace fuera de esto puede estar en la familia más no pertenecer. En esta estructura rígida e

impenetrable la responsabilidad en todo el aspecto general de la familia recae sobre la figura de la abuela o de la madre excluyendo las potencialidades paternas, inclusive disminuyendo de esta forma el Estado proveedor a su mínima expresión, quien interviene bajo políticas públicas y fomenta la independencia de la madre toda poderosa, ayuda a fortalecer esta figura pero al mismo tiempo en este doble discurso reduce a la mujer y a su familia a estar desprotegidos y requiriendo a la vez de él.

## **2.1.2 La mujer a partir del embarazo**

### **2.1.2.1 Los cambios físicos y fisiológicos**

En el estado de gravidez se producen cambios a nivel general de la fisiología del cuerpo de la mujer, al respecto de estos cambios Vizcarra (1981), nos indica lo siguiente, “En los primeros meses la hipertrofia del útero es originada por el estímulo que produce la acción del estrógeno en las fibras musculares” (p. 83), es evidente el cambio físico que va surgiendo a medida que avanza el embarazo:

Las alteraciones más notables que la gestación ocasiona en el organismo materno, se observan en el canal genital y, sobre todo, en el útero que crece de manera muy notable teniendo al final de la gestación, aproximadamente 32 cm de longitud, 24 de ancho y 22 de profundidad (Ibid).

El cambio físico es inminente para la gestante, sin embargo, no solo se producen cambios notables externos, sino que además internamente la funcionalidad del organismo cambia, al respecto. El autor nos indica que, en el área genital interna se va formando el tapón mucoso, que surge a partir de la



inactividad menstrual de la embarazada; al mismo tiempo el miembro de la mujer se va adaptando durante todo el lapso de la gestación y estará listo para el momento de la expulsión, permitiendo para el momento del parto el proceso de dilatación; una parte importante de este proceso que involucra tanto a la madre como al próximo recién nacido/a es la preparación de las glándulas mamarias que se da por medio de la información hormonal que recibe el cuerpo, se incrementan en tamaño y van dilatando los conductos sanguíneos para la primera producción de leche materna antes del nacimiento; a estos cambios se suma que el funcionamiento del metabolismo pasa de estable a fluctuante por transformaciones importantes en su composición metabólica, es decir, a través de este cambio la mujer comienza a conservar en el tejido grasa para utilizar toda esta energía en el momento del parto y amamantamiento.

La sangre también tiene un componente protagónico en la gestación, es importante para dos procesos vitales del embarazo; el primero la sangre contiene hierro y calcio dos minerales básicos para subsistencia de la vida del embrión y de la madre, si este es deficiente ambos se verán afectados; el segundo, unos de los riesgos comunes del posparto son las hemorragias, para esto el cuerpo maneja sus propios tiempos de coagulación de la sangre, en casos normales de hemorragias, sin embargo, la embarazada deberá mantener un proceso sanguíneo eficaz para garantizar estos tiempos correctos de la sangre; el sistema nervioso de la madre se ve ligeramente alterado, puede producir desde cambios en los deseos alimenticios fuera del rango común hasta en aquellas madres comprometidas en alguna patología psiquiátrica eleve gradualmente la estabilidad del sistema nervioso; de

igual manera, las gestantes experimentan inflamación en las extremidades inferiores, esto se debe al descenso o lentitud del flujo sanguíneo que trabaja con los riñones, a medida que avanza el embarazo el sedentarismo se apropia del cuerpo a esto se suman el retraso de eliminación de sales y agua del cuerpo Vizcarra (1981).

A partir de la concepción, la madre le suministra al embrión todas las condiciones de alojamiento para su formación, al respecto (Ibid.), indica que; la relación inmunológica de la madre no rechaza al embrión, siendo este ajeno a su cuerpo, para su beneficio ella crea anticuerpos sustentables y puede mantener y compatibilizar con el feto; la producción de hormonas es fundamental para esta dualidad, se producen a partir de las glándulas tiroideas, a pesar de que la madre sufre modificaciones que alteran la producción, sin embargo, son beneficiosas para la vida de ambos produciendo los minerales necesarios; a estas acepciones se une el aparato respiratorio, este se ve notablemente afectado, parte del espacio que ocupa en el cuerpo de la mujer es utilizado por el embrión y el corazón de la madre que se recrece en tamaño durante la gestación, reajustando el lugar original de los pulmones, de esta manera el ritmo respiratorio de la mujer cambia.

En un estudio descriptivo y transversal (Azuaje, Henríquez y Rached, 2002), se realizó la valoración por métodos estadísticos de varios factores que intervienen en la salud integral de la gestante, entre estos, el valor nutricional, por medio de la evaluación de 200 mujeres gestantes, entre 13 a 44 años de edad, de la Parroquia de Antímano, Caracas, se referenciaron diagnósticos sobre el estado dietético, psicológico, socioeconómico, bioquímica de las gestantes. Respecto a

los datos nutricionales, los resultados se ubican en: entre el primer trimestre de gestación en el grupo de adolescentes se observa una moderada nutrición, así como las demás gestantes, sin embargo, pasado este trimestre los valores se modifican, indicando desnutrición por falta de alimentación de las madres adolescentes, y obesidad en las madres adultas.

Estos autores señalan que en Venezuela se considera un alto porcentaje de embarazos adolescentes, y a su vez sufren de desnutrición posterior a la concepción, en el grupo de mujeres adultas gestantes se observa es sobrepeso, entre las respuestas al respecto, la investigación revela que, el mal hábito alimenticio es el protagonista de estas variaciones nutricionales, el bajo consumo de alimentos fuertes en minerales, grasas naturales, hierro y calcio, que se encuentran en vegetales, frutas, lácteos y proteínas, no se ingiere por una cultura particular de la población venezolana.

En los grupos señalados, entre desnutrición y sobre peso causado por los malos hábitos alimenticios nos indica que:

Es preocupante el alto porcentaje de gestantes con consumo deficiente de colesterol y ácidos grasos polinsaturados, dada la necesidad de ácidos grasos omega 3 para la formación del sistema nervioso y la retina del feto. El consumo deficiente de fibra (< 85%) es producto de la ingesta deficiente de frutas y vegetales en la dieta, ya señalado anteriormente. La adecuación baja del consumo de ácido fólico, magnesio, selenio se explica por la baja ingesta de alimentos que las contienen, como los vegetales verdes, las oleaginosas y el germen de trigo entre otros; la de hierro, zinc y cobre por el consumo bajo de proteína animal y la de calcio por la ingesta inadecuada de lácteos. La ingesta deficiente de calcio, hierro, ácido fólico y piridoxina coincide con lo reportado en un estudio realizado en un área urbana de México (Azuaje, Henríquez y Rached, 2002, p. 102)

A través del diagnóstico presentado, se revelan datos importantes sobre la población gestante venezolana. Por tanto, se promueve una cultura para

revisiones periódicas y constantes sobre el estado de salud de las mujeres, sobre todo para garantizar un embarazo saludable y el nacimiento de un ser humano en óptimas condiciones (Ibid).

#### **2.1.2.2 Las emociones**

Las adolescentes embarazadas en Venezuela experimentan diferentes sensaciones al respecto de su embarazo, son jóvenes que viven las emociones de forma fluctuante frente a este hecho (Figueredo y Vélez, 2015). Adolescentes embarazadas en condición de pobreza sufren intranquilidad por el futuro laboral y económico; en general las adolescentes embarazadas no planificaron su estado, por tanto, este tipo de embarazo no deseado conlleva emociones altamente negativas, sin embargo, estas emociones fluctúan en el tiempo y se convierten en positivas por la representaciones sociales del embarazo en pobreza; en estas circunstancias de preñez precoz adelantan su vida adulta a formar núcleos familiares bajo inconsistencias sociales y económicas, se vuelven sujetas violentadas por la pareja, se convierten así en jóvenes dotadas de una mala auto percepción que gestionan sus vidas a través de esta autovaloración.

En otro orden de ideas, el embarazo será asumido de diferentes maneras y este factor cambiante dependerá de la cultura en la que participe la embarazada, hay culturas que manejan el embarazo como símbolo de éxito, en otras manejan un imaginario místico sobre el hecho, sin embargo, el pronóstico del embarazo en la mayoría de las mujeres es un condicionante del tiempo, es decir, cosas nuevas van a suceder a partir de este hecho, como el cambio de emociones que puede

representar estar embarazada; las emociones pueden variar con la afirmación del nuevo miembro de la familia, se pasean entre emociones angustiosas hasta de gratificación y allí comienza el primer contacto emocional de la madre y el/la hijo/a y es posible que el embarazo se lleve con cierto escepticismo al principio, de igual manera, en esta modernidad, el confirmar estar embarazada es cuestión del tecnicismo científico (Lartigue, Martín, Saucedo, 2008).

Al inicio sobre la conciencia de la información recibida del estado de gestación presente, la mujer se enfrenta a condiciones de aportación psicológica como “Se ha propuesto que la mujer embarazada realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas la primera es: “Estoy embarazada”, lo que solo le pasa a ella y a su cuerpo; la segunda es: “estoy esperando un bebe”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo; y, lo que incluye además del bebé, al padre de éste, lo que da lugar a la noción de paternidad” (Ibid., 8). En conjunto con su acompañante la madre estará evolucionando sobre su nueva condición de madre, ya para el final de la gestación estará lista y acompañada para el recibimiento:

Para el final del embarazo, la madre y su familia tienen perentoriamente la tarea psicológica de “hacer lugar” para su hijo o hija. Este “hacer lugar” en primer término, se refiere a que la mujer y su compañero se preparan psíquicamente para pensarse, no como individuos, sino como una entidad conjunta con el bebé. Además, se refiere a las tareas que acompañan a este proceso, literalmente creando espacios físicos (además de los psíquicos) para acomodar al recién nacido: haciéndole ropita, adquiriendo una cesta o cuna para que duerma, etc. A esta serie de conductas preparatorias algunos autores las denominan “preparar el nido” (Lartigue, Martín, Saucedo 2008, p. 8).

Algunas investigaciones dejan ver el papel que juegan los aspectos emocionales de la mujer en el embarazo y el parto. Guarino (2010), con el

objetivo de identificar las repuestas emocionales del estar embarazada a partir de la sensibilidad egocéntrica negativa y el afrontamiento de estas emociones en relación a su salud y la calidad de vida percibida por la gestante; desarrolló un estudio descriptivo con 94 mujeres, de grupo etario entre 16 a 43 años y con las siguientes condiciones: registro médico de la gestación en curso saludable en el rango físico y psicológico; estar bajo control médico prenatal y contar con el grado académico mínimo de secundaria completa; ciudadinas de los estados Miranda y Distrito Capital. Se utilizaron como instrumentos cuestionarios, inventarios que dieran resultados a través de escalas de salud, calidad de vida, síntomas físicos y afrontamiento prenatal.

El análisis de los resultados se basa en la segmentación de dos grupos diferentes de embarazadas; por una parte, el grupo positivo, por otra, el grupo negativo. El estudio valoró estas respuestas según la forma sensible de afrontar las cuestiones del embarazo, es decir, la percepción de sí mismas mediante elementos subjetivos, percepción del bienestar general, salud, trabajo, vida social, frente a los objetivos de la cotidianidad en relación a su estado de gravidez, estado de salud física y psicológica. El afrontamiento positivo generaba respuestas de recursos religiosos, respuestas de complacencia frente al estado de gestación y todo su contexto, al mismo tiempo de esto, se reflejaba en la salud clínica de la paciente así como en la salud psicológica, son mujeres integradas a la cotidianidad con problemas pero con una forma positiva de afrontarlos; caso contrario en el otro grupo de gestantes que afrontaron de forma negativas las respuestas relacionadas a su contexto, el desenlace de estados de ánimo y de salud clínica se

percibía por medio de emociones frustrantes, de esta forma las condiciones psicológicas y físicas se vieron negativamente afectadas.

En otra investigación realizada por Gaitán, Olmos, Reyes y Salazar (2009), en Colombia, de corte cuasiexperimental y análisis descriptivo, donde se emplearon encuestas. La población estudiada fueron 35 mujeres entre los 18 y 32 años, en trabajo de parto, en el sector de salud pública de Colombia, estas mujeres debían tener condiciones de embarazos estables, de parto vaginal y sin complicaciones. La investigación se basa en la percepción que tienen las gestantes sobre el dolor durante el trabajo de parto, por tanto se dividió en dos etapas: antes del dolor y después de él; referente al cambio de percepción del dolor es posterior a la aplicación de diferentes técnicas para el alivio del mismo como, masajes, orientación y preferencia en el cambio de posición incluyendo la libertad en la elección y respiración; al menos más de la mitad de las participantes indicaron no tener conocimiento sobre el dolor ni cómo manejarlo; en esta dualidad frente al dolor desde tenerlo y cómo enfrentarlo se generaron orientaciones al respecto. La segunda parte del estudio se establece a partir de la percepción del dolor pero posterior a las variadas técnicas de relajación, esto indica que en las pacientes se redujo moderadamente la sensación de dolor y algunas gestantes notablemente se redujo la sensación, al respecto de la aplicación de técnicas de relajación como parte del objeto de estudio están; las diferentes posiciones de la parturienta frente al dolor como, posición decúbito dorsal lateral y posición de cubito dorsal de frente, control en la respiración y masajes en momentos tensos del proceso, esto les permitió experimentar aspectos positivos de su trabajo de parto.

### **2.1.3 El parto**

Entre las diferentes modalidades y formas de acompañamiento del trabajo de parto y parto, el parto humanizado es un procedimiento que valora la expresión y deseo de la gestante como aspecto transversal en la atención y servicio. En este sentido la Fundación Juan Vives Suriá (FJVS, 2012) nos incorpora el concepto de parto humanizado, como un evento que conlleva intrínsecos valores como el respeto, libertad, protagonismo y dignidad “Como parto humanizado, se hace gran énfasis al respeto y dignificación de la mujer en la sociedad, y la participación protagónica en la toma de decisiones y planificación de su gestación, parto y puerperio; se valora a la subjetividad femenina, su identidad, intimidad, deseos y derechos” (FJVS, 2010, p. 44). La intención es reconocer este acontecimiento como un proceso físico, pero también psicológico de la gestante, en todo momento las emociones de la mujer se ubican como prioridad para el equipo de salud, sea este un equipo médico o un equipo formado exclusivo para la atención al trabajo de parto y nacimiento.

De esta forma, la madre y el/la recién nacido se envuelven en un ambiente cálido y disponible para sus necesidades, evitando tratos que interrumpan el desarrollo sano y satisfactorio del acontecimiento, incluyendo y permitiendo que el grupo familiar o el padre del/la bebé presencie, apoye, intervenga en todo momento. De esta forma garantizarle al núcleo familiar del hijo/a derechos a un parto y nacimiento digno “No sentirse y o permitir ser juzgada, maltratada, intervenida, menospreciada y discriminada, le permite apoderarse y tener una postura emancipada para evitar los traumas tanto de ella como del o la bebé que



viene en camino, y en esta asociación con el padre y la familia respetar y garantizar los derechos en el marco de la dignidad de todas y todos” (Ibid., p. 45). Las condiciones generales de este acompañamiento humanista a la mujer en un momento de mucha vulnerabilidad es la garantía y seguridad emocional en que sus condiciones humanas son consideradas y atendidas con integralidad.

En otro aspecto, alrededor de un debate conceptual de corte etnográfico antropológico las definiciones que el autor Blázquez (2005), hace referentes a todo el proceso de gestación y post gestación, confirman el carácter biológico del embarazo, sin embargo, agrega el carácter social que representa este acontecimiento, así como la visión que cada sociedad le incorpora en función de sus propios intereses, a estas acepciones refiere el sentido social que impone e indica aspectos transversales de los elementos constitutivos de una sociedad: “[...] política, materiales y socioculturales, que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significados a todos sus elementos como el embarazo, parto, puerperio y produce unas determinadas de la maternidad y paternidad” (Ibid., p. 4); de esta manera, no se trata del parto a secas como acto biológico, sino de aquel individuo que estará en una relación social, usuario/a de un sistema que debe responder a él/ella y a sus necesidades. La filosofía de atención de los centros hospitalarios es hoy en día el epicentro del acto del parto, el tipo de atención médico exclusivo de la biomedicina aplica técnicas de control sobre el proceso como, la medicalización y tecnicismo del parto, dejando al proceso natural solapado por los procesos hospitalarios como la

única forma que se debe ejercer alrededor del alumbramiento (Kitzinger, 1978 citado en Blázquez, 2005).

El trabajo de parto como acto biológico se divide en dos etapas significativas, descritas por Andina (2002, p. 65), “etapa del trabajo de parto, fase 1 o latente y el inicio del trabajo de parto fase 2 o activa”. La Primera etapa visibiliza aspectos claros sobre el proceso del parto, es decir, las contracciones y dilataciones son visibles para el personal de salud, esta fase es el final del embarazo para dar inicio al trabajo de parto; la segunda etapa indica que el trabajo de parto está llegando a su culminación, en este sentido los signos clínicos visibles son el ensanchamiento completo del cuello uterino listo para la expulsión del embrión. En esta etapa la valoración del médico/a de guardia es importante, son ellos quienes definen a través de las sintomatologías de la gestante si la paciente ingresa a sala de trabajo de parto o si al contrario debe retirarse, sin embargo, en casos de dudas de los síntomas presentes o ausentes los especialistas deberán seguirla observando clínicamente; la parturienta debe cumplir requisitos institucionales para el ingreso y su estancia dentro del centro de salud, entre estos, datos personales así como todo lo referente a su historial prenatal; de igual manera el personal de salud deberá cumplir con exámenes de rigor para el diagnóstico del estado actual y real de la gestante; en este orden, el examen físico es importante para completar la valoración clínica; al respecto de esto, la revisión de la vagina de la parturienta a través del tacto es un procedimiento importante, en él se determinan aspectos sobre la posición del embrión y presión fetal así como el nivel de la dilatación; finalmente al estar estas condiciones verificadas, la

parturienta será trasladada a sala de parto donde procederá al alumbramiento, en esta etapa es importante el recurso del pujo, sin embargo, para mujeres primigestas el pujo debe ser administrado y racionado para el beneficio de ella dado que el exceso no es prudente; si el neonato/a al nacer presenta signos saludables como su progenitora, entonces, estarán juntos en observación y posteriormente ambos pasarán a evaluaciones clínicas de rutina (Andina, 2002).

En otra modalidad de parto, el parto por cesárea es también una posibilidad para traer niños/as al mundo. La cesárea descrita como un proceso quirúrgico, por Cunningham, Leveno, Bloom, Gilstrap, Hauth y Wenstrom, (citados en Cabrera y Uzcátegui (2010, s/n): “En la actualidad se define como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía)”. Esta forma de parto es utilizada en muchas partes del mundo, por múltiples razones, principalmente por complicaciones en el parto natural, exposición de la salud de la madre o el feto, sin embargo, en la actualidad es una modalidad que sale del contexto de emergencia. La gestante puede convenir con el médico tratante para incrementar el procedimiento quirúrgico con la esterilización de la madre (Cabrera y Uzcátegui, 2008), así como otras razones menos médicas: “comodidad del médico, honorarios más altos, el costo es mayor al del parto vaginal” (s/n).

Para Cabrera y Uzcátegui (2010) es importante que la paciente no solo consienta la decisión de la cesárea, sino que además esté informada sobre los riesgos que pueden ocurrir en la cirugía, el contexto beneficioso y riesgoso que conlleva su consentimiento. A este tipo de información sobre riesgos y beneficios,

así como la importancia del consentimiento de la gestante sobre esta modalidad de parto, las autoras lo denominan “consentimiento informado” (Ibid., s/n). Las autoras continúan exponiendo que, en Venezuela contempla en sus estatutos al respecto del consentimiento informado como una forma responsable por parte de las instituciones de salud públicas y privadas de ejecutar este procedimiento:

Un punto a destacar es que todavía en los hospitales y clínicas del país, no se utilice el CI, lo cual es obligatorio de acuerdo con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Artículo 46, la Ley de Ejercicio de la Medicina, Artículo 25, Código de Ética Médica Artículo, Ley Orgánica de Salud, Artículo 69, y Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 51. En todos ellos se expresa que el médico está en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes las indicaciones, los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, así como las alternativas al mismo solicitando el consentimiento informado anticipadamente. En el caso de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia la referencia es específica a la cesárea (s/n).

En un estudio documental realizado en Venezuela por Carvallo y Martínez (2020), utilizaron la recolección de datos bibliográficos y digitales, con el objetivo de la revisión documental sobre la hormona de la oxitocina y los efectos que trae para la gestante al utilizarse en la estimulación del parto. Esta técnica aplicada como parto medicalizado o parto estimulado La Organización Mundial de la Salud (citado en Carvallo y Martínez, 2020), lo define como: “todos aquellos procedimientos dirigidos a estimular contracciones uterinas, artificialmente, en mujeres embarazadas que no se encuentran en trabajo de parto y buscan lograr un parto vaginal” (p. 84). El uso de esta hormona se considera a partir de sus beneficios en la aceleración del parto, es utilizada en la última etapa de la gestación por su propósito culminante; este medicamento es administrado a la

gestante durante la mayor parte del trabajo de parto, es decir, se aplica generalmente por vía intravenosa mientras la gestante está en su proceso de dilatación uterina; la dosificación convendrá si la parturienta es primigesta en la aplicación temprana del trabajo de parto y si es múltipara en una aplicación más tardía al inicio del trabajo de parto; a pesar de que cada hospital maneja su dosificación alta o baja de la oxitocina, existe una aclaratoria de estudios internacional sobre la dosis adecuada.

La cantidad aplicada tiene gran impacto, si la dosis es baja y gradual durante el trabajo de parto, tanto la gestante y el embrión se verán beneficiados: “reduce los riesgos de taquisistolia uterina y la pérdida de bienestar fetal” (Carvallo y Martínez, 2020, p. 88). También contribuye a regular el dolor durante el parto “A su vez es capaz de inducir el decremento en las sensaciones doloras de la madre” (Ibid). Además de esto cuenta con el beneficio de mantener en orden los tiempos adecuados de la placenta “Por si fuera poco si se siguen estos esquemas, los riesgos de ruptura uterina disminuyen significativamente, así como los desprendimientos prematuros de la placenta y los de cesárea producto de alteraciones cardiotocográficas fetales” (Ibid).

Para Arámbula, Camarena y López (2014) es importante la cantidad y la frecuencia sobre la aplicación de la oxitocina en parturientas, el protocolo de uso y cantidad no es uno estándar universalmente, esto implica que cada paciente puede reaccionar de manera diferente. En este trabajo documental, citan a Marriel y colaboradores sobre un estudio con asignación al azar en parturientas; allí develan las contrariedades que surgen de dosis elevada y los efectos de estos

procedimientos. Entre estas desventajas por el uso desmedido de la oxitocina “Se observó que la oxitocina fue suspendida o discontinuada más comúnmente en el grupo de dosis alta, por hiperestimulación uterina y por anormalidades en la frecuencia cardíaca fetal” (p. 478).

Los beneficios de la oxitocina dependerán del uso adecuado facultativo del/la médico/a tratante, no obstante, este medicamento propicio para el parto genera en gran medida beneficios a esta población “La oxitocina intravenosa, además de utilizarse en tratamientos de la distocia del parto y como primera línea de prevención y tratamiento de la hemorragia posparto sirve como un inductor, siempre y cuando no se administre siguiendo los esquemas de alta dosificación (4-6 mU min) de la misma, ya que es allí cuando surgen complicaciones prevenibles” (Carvalho y Martínez, 2020, p. 92). La valoración médica es importante en la aplicación de esta hormona, el médico/a tratante debe considerar aspectos tales como; el estado “materno fetal” (p. 84).

En este mismo orden de ideas, el parto realizado con episiotomía contribuye a la gama de formas de parto. Al respecto la autora Vargas (2011) señala que, “la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizado a nivel mundial. Fue propuesta por Ould en 1742 para facilitar las dificultades presentes durante el parto sin tener fuerte evidencia científica de sus beneficios” (p. 461). La importancia de esta técnica de parto es sobre todo en mujeres primigestas en sus partos, de esta forma se justifica el uso para evitar lesiones en el área uterina de la madre. Sin embargo, el uso debe ser considerado en su aplicación “En Colombia ha disminuido la tasa de uso de la episiotomía más

del 80% a valores cercanos al 30%, esto a partir de la aplicación de la política selectiva la cual consiste en que el uso de la episiotomía se debe evitar en todo lo posible, a menos que haya un indicativo de sufrimiento fetal” (p. 462). La medida de uso al respecto de esta técnica tendrá que ver con la expulsión complicada del feto, en el intento de salir el embrión ocasiona desgarro y daños al piso pélvico.

Las desventajas asociadas se manifiestan con el tiempo, se visibilizan a los años “Un estudio de evaluación de la fuerza muscular del piso pélvico con la colocación de conos vaginales, demostró que las mujeres que se les realizo episiotomía tenían menor fuerza que aquellas con desgarros espontáneos” (Vargas, 2011, p. 464). Esto indica que el uso de este procedimiento agrava con posterioridad la vida de la madre “La episiotomía y parto vaginal instrumentado son factores de riesgo de laceración del esfínter anal” (p. 465).

En Venezuela, propuesto por, Blasco, Cortés, Figueira, Ibarra, Mendoza y Velásquez (2004) “Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, aleatorio y controlado con 100 pacientes nulíparas entre marzo y noviembre de 2002. Cincuenta pacientes fueron asignadas al grupo de episiotomía rutinaria y 50 al de episiotomía selectiva, Ambiente: Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas” (s/n). En este estudio se generaron dos vertientes para el análisis del impacto de la episiotomía en parturientas. “En el marco del surgimiento de la medicina basada en la evidencia, este estudio prospectivo, controlado y aleatorio se diseñó para comparar el uso rutinario versus selectivo de la episiotomía en pacientes nulíparas en relación a la incidencia de desgarros genitales, con el objetivo de establecer pautas respecto al uso de la episiotomía en nuestra institución y proyectarla a

otros centros” (s/n). Se determinó que en el grupo de parturientas con episiotomía selectiva “En forma global, la mayoría de las pacientes (76%) en el grupo de episiotomía selectiva presentaron solo desgarros leves (menores que los desgarros de segundo grado) o no presentaron.” (s/n). Propuesto de esta manera la episiotomía se divide en dos (2) tipos, episiotomía selectiva y episiotomía rutinaria. “Así, el dolor tendió a ser más intenso en las pacientes sometidas a episiotomía rutinaria a las 24 y 48 horas” (s/n). La episiotomía rutinaria se basa en “Quienes avalan el uso rutinario de este procedimiento (sobre todo en pacientes nulíparas) argumentan que la episiotomía previene el daño perineal y la relajación del piso pélvico, disminuye el trauma neonatal y acorta el período expulsivo” (s/n) Al respecto el estudio justifica la aplicación de episiotomía selectiva para el control de morbilidad fetal. “En conclusión, todas las evidencias disponibles hasta la actualidad nos conducen hacia la utilización racional y selectiva de la episiotomía con el objetivo de ofrecerle a la paciente y su producto una adecuada atención del parto con la menor cuota de morbilidad posible” (s/n).

Una vez ocurre el parto, la emocionalidad que está ligada a los sucesos posteriores es destacada por Andrade, Méndez, Mora, Ortiz, Pérez, Salas y Zambrano (2020), en un estudio descriptivo y mixto, bajo la técnica de observación, realizado en Venezuela, la población que participó fue de cuatro madres con sus recién nacidos, la selección se basó en que los neonatos estuvieran en condiciones óptimas de salud, mujeres escolarizadas, mayores de edad y bajo consentimiento. El primer encuentro de la madre con el neonato/a se gestionan las primeras entregas de emociones es un instante para el reconocimiento que la



madre hace a su hijo/a, a través de los sentidos, es un momento cargado de emociones.

Al neonato/a estar cerca de su madre se intercambia el primer estímulo entre la madre y el hijo/a, en este primer contacto ambos experimentan sensorialmente el encuentro. De allí que:

El apego temprano representa todas aquellas variables que tratan sobre el vínculo madre-hijo en las primeras horas y meses de vida extrauterina, es por eso que involucra primeramente el denominado contacto temprano piel a piel, el cual consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después (Andrade, Méndez, Mora, Ortiz, Pérez, Salas y Zambrano 2020, p. 17).

De acuerdo con los autores, en esta primera interacción el hijo/a consigue en la madre un cuerpo adaptado para él/ella, es decir, las respuestas físicas que la madre ofrece para el hijo/a están plegadas a sus necesidades, permiten la lactancia exitosa, estimula a la madre a la salud mental posparto y ambos suplen necesidades físicas y emocionales. Las condiciones adversas a estos beneficios oprimen aspectos maternos a desarrollar por la madre en un futuro inmediato, afecta el estado de tranquilidad del neonato/a alterando su proceso de adaptación a la vida y finalmente el no apego temprano contribuye al estado de irritabilidad del recién nacido/a. A modo de resumen el estudio revisó y valoró el contacto temprano de neonatos con sus madres, y se observó la respuesta positiva de ambos y el amamantamiento natural del neonato/a.

## **2.1.4 Embarazo y condiciones socio-educativas de la madre**

### **2.1.4.1 Educación**

Figueredo y Vélez (2015) señalan que las adolescentes con poca información sobre métodos anticonceptivos son candidatas para la iniciación de relaciones sexuales tempranas, esto destaca que la educación sexual y reproductiva no es una constante en todos los y las adolescentes. Detrás del embarazo precoz las y los jóvenes carecen de recursos económicos, tienen limitaciones personales y sociales para entender su mundo de otra forma; por esta razón, la educación sexual debe ser oportuna, abierta, accesible y comprensiva. La condición de adolescentes en pobreza estimula la sensación de sentirse solas y consiguen compañía y respuestas a sus interrogantes con otros adolescentes con las mismas incertidumbres; el poco acercamiento al y la adolescente de parte de los padres niega las posibilidades de conversaciones a tiempo. En suma, la baja educación sexual es proporcional a la alta producción de embarazo precoz en la cultura venezolana.

Ilustración de esto lo constituye un estudio realizado en Venezuela por Albornoz, Bermúdez, Carreño, Cuberos, Marzuera, Hernández y Vivas (2018), en una población de 235 adolescentes, con edades entre 10 y 19 años, quienes cumplían con el criterio de estar en gestación y en algunos casos ya ser madres. El objetivo principal de este estudio fue explorar el nivel de educación sexual recibida por las gestantes antes de su primer embarazo en los ámbitos de su cotidianidad: escuela y familia. El estudio reveló causas que sostienen la cultura

del embarazo en adolescentes: la educación sexual que recibe la media de adolescentes no es lo suficientemente amplia para abarcar todos los aspectos, en cambio, su núcleo parte de una educación reducida al aspecto biológico; el embarazo no planificado y la nomenclatura de ser madre soltera adolescente forman parte del imaginario colectivo, permitiendo la naturaleza del acontecimiento; adolescentes con tiempo de ocio, sin proyectos de vida se exponen a experimentar con su sexualidad; la pobreza en esta población es un elemento transversal que afecta en la deficiencia de educación sexual reproductiva, así como en el inicio temprano de la actividad sexual adelanta la vida materna de la joven.

Los reportes estadísticos en Venezuela nos orientan que “La tasa de embarazo adolescente en Venezuela durante el periodo 2006 a 2015 fue, por cada 1000 niñas de entre 15 y 19 años, de 95.34, por encima del promedio de la tasa de América Latina y el Caribe, que es de 64.10” (Ibid., p. 29). Los resultados del estudio destacan que esta problemática no solo afecta a la adolescente, sino a su familia y su contexto social, es por esto que resulta necesario incentivar a los y las adolescentes a participar en los espacios públicos como movimientos sociales, esto les permite buscar una posición protagónica en las actividades que se desarrollan, de esta forma se fomenta en ellos/as el intercambio de diferentes conocimientos sobre sus derechos y deberes para la interrelación; por su parte las instituciones educativas deben promover el ambiente y el acompañamiento.

Con respecto a los derechos reproductivos de los y las adolescentes, González (2008) destaca el “Derecho a una educación sexual veraz, científica y

oportuna, que apunte hacia un ejercicio pleno y responsable de la sexualidad” (s/n). El acceso a información oportuna referente a su sexualidad y salud sexual posibilita al joven a concientizar su propia existencia. En Venezuela elementos como las muertes de madres adolescentes y embarazo precoz inclina a observar esta problemática con lupa. “En Venezuela, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, asume el embarazo en adolescentes como el segundo gran problema de salud sexual y reproductiva a nivel nacional; siendo el responsable de la alta cifra de mortalidad materna por causas prevenibles” (s/n). Es notable que exista una problemática que indica vacíos en la educación sexual y reproductiva accesible para él y la adolescente, así lo indica la Organización Mundial de Salud: “En Venezuela la fecundidad temprana entre 15 y 19 años es alta, uno de cada cinco nacimientos pertenece a una madre adolescente” (citado en González, 2008, s/n).

Estas cifras desfavorables son adjudicadas a la inactividad o lentitud en las políticas públicas que integren factores educativos más accesibles: “El desconocimiento, la desinformación, la gran fragmentación de los programas y la ceguera de género, son obstáculos que deben ser superados a fin de lograr coherencia entre la ética y la estética del discurso sobre los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela” (González, 2008, s/n).

#### **2.1.4.2 Pobreza**

Hurtado (1991), desarrolla un esquema conceptual sobre el orden de la familia venezolana, es decir, el nivel estructural del sistema y dinámicas propias de las familias que están contenidas y dirigidas por la madre, esta figura simboliza

el arquetipo de otros tipos de familia que se sostienen en esta cultura; bajo esta explicación se concentran grandes razones para desarticular y comprender los problemas económicos en Venezuela.

La estructura familiar que se origina a partir del símbolo de la madre consiste en ordenar socialmente este grupo particular, “Según esto proponemos que la crisis social en Venezuela se origina fundamentalmente a partir de su estructura matrilineal, pues esta revela a la familia como un grupo social esencialmente emergente o crítico respecto del sistema de reciprocidad de los bienes femeninos” (Ibid., p. 86).

A partir de este concepto de estructura matrilineal se revela la condición imperante de la madre y su significado en la solidez de la sociedad, de esta forma la madre como auto administradora de los recursos afectivos, sociales, económicos, políticos, generacionales e ideológicos de su grupo familiar omite el carácter participativo de la figura paterna, masculina del hombre social y familiar, esta estructura matrilineal fomenta el valor operativo y afectivo del útero de la madre protectora que a su vez excluye las intervenciones que rompan con este orden. De los varios escenarios sociales de participación del hombre en este contexto de la familia solo queda relegado a un rol transitorio o un segundo lugar, el hombre, la pareja, el esposo, el conyugue, sin embargo, el hijo varón como producto puro del vientre materno está asociado a la exclusividad de la verdadera familia.

En la crisis social venezolana no solo interviene como agente ejecutor las desigualdades económicas de género, sino que aparte de estas diferencias la

postura matrilineal de los sectores populares incrementa de forma aventajada este conflicto: en el surgimiento de una mujer independiente, el hombre proveedor queda expulsado de su rol económico dentro de la familia; de esta forma, el hombre ya no es proveedor sino hombre biológico, reproduce más familias mono parentales sin correspondencia y responsabilidad sexual hacia las progenitoras de sus nuevas familias. En esta inestabilidad del rol paterno y masculino, el hombre no es capaz de generar y fomentar solidez económica hacia sus distintos grupos familiares creados, en este orden de ideas, las familias populares no producen ni están abastecidas de recursos estables para responder a las demandas de sus hijos/as sino que el Estado interviene y a su vez apoya a la desfiguración de la imagen del rol masculino ya establecida.

La familia en estado de pobreza genera dinámicas que funcionan alrededor de la sobrevivencia y de la apropiación de sus recursos:

La consolidación de la familia, así ésta signifique mujeres sin pareja estable y con hijos, se produce, entre otras cosas, por las difíciles condiciones de vida que tiene que enfrentar la mayor parte de nuestra población. Estas condiciones llevan a asumir como estrategia de sobrevivencia la colaboración mutua, colaboración que no es tan intensa entre los vecinos que no son miembros de la misma familia (Otálora y Mora-Salas, 2004, p.79).

La cultura de la pobreza organiza de esta forma a la familia popular, así lo define (Hurtado, 1999 citado en Otálora y Mora-Salas, 2004), al exponer un concepto sobre familia extensa modificada. Esta familia multinuclear se representa entre sí como una fuerza social, en este interés de congregación la base de unión es la participación igualitaria en la gestión y solución de los problemas; para consumir esta unión este tipo de familia está en el mismo espacio geográfico

de forma cercana o directa entre sí. De esta forma de unión familiar, la “familia extensa modificada” enfrenta las circunstancias contextuales “Este tipo de familia, por lo tanto, sobrevive a la adversidad que significa la escasez y las condiciones generales de marginalidad” (Otálora y Mora-Salas, 2004, p. 80).

Las dinámicas generacionales que padres pobres de sectores populares en Venezuela transmiten a sus hijos/as es preciso el mismo patrón que ellos obtuvieron, es decir, las adolescentes embarazadas son productos de tipificaciones generacionales de embarazos a temprana edad (Figueredo y Vélez 2015). Al respecto (Ardiles 2008, citado en Romero, 2013) “Los pobres no son solo pobres por su insuficiencia en el poder adquisitivo de bienes, son individuos que aparte de contar con muy pocos recursos económicos están inmersos en una compleja red de condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales definidas por la sociedad a la que pertenecen” (p. 122). En el análisis de estas generaciones de pobreza, formula características de adolescentes embarazadas que computariza la pobreza en Venezuela: el espacio geográfico, el hábitat, la forma de organización social, se desarrollan en condiciones de extrema escasez, en general son viviendas con bajo nivel de salubridad, espacios reducidos para la cantidad de habitantes, este tipo de condiciones limitadas de vida son también proyectadas al exterior de la familia, en la sociedad (Figueredo y Vélez, 2015). Son miembros sociales con poco acceso y oportunidades de crecimiento intelectual, laboral y económico, llevando a estos grupos a la sobrevivencia, por ende, a la pelea constante por dominar la carencia de recursos para la vida básica.

En estas formas de vida el desarrollo personal de las adolescentes se nubla, surge el cambio de la vida académica por la vida maternal y familiar a tiempo completo “Es un hecho evidente que la maternidad precoz impide el desarrollo social principalmente en las adolescentes que pertenecen a hogares de bajos recursos” (Ibid., p. 53). Continuar con la línea de pobreza generacional es limitar un futuro diferente para estas adolescentes y próximas adultas. El empañamiento que representa la maternidad precoz en condiciones de pobreza no absuelve a la mujer de un futuro signado por agresión, escasez y falta de oportunidades.

Trigo (2015) nos refiere que existen diferentes roles que describen a la mujer de las zonas populares de Venezuela:

Esta diversidad incomponible, además de la importancia que tiene la mujer, o más exactamente tiene cierto tipo de mujer, para la vida del barrio, para su dinamismo, y humanidad, aconseja una atención especial a la figura femenina. Comenzaremos estableciendo una tipología “Mujeres que nacieron sufriendo” (p.103).

A través de este concepto Trigo categoriza a la adolescente que pasa de una etapa despreocupada a otra despreciativa, las adolescentes embarazadas en situación de pobreza en las zonas populares del país pasan de ser niñas en proceso de juventud, a madres sin apoyo, pasan de no tener nada a adquirir un capital social, sus hijos serán el único bien que controlarán y poseerán, es la camada acumulativa de la pobreza.

Son mujeres marginadas que sustentan la configuración de lo más ínfimo del machismo a través de la producción de pobreza; estas adolescentes con embarazo precoz son el fruto de un sistema desorganizado carente de carácter humanitario que endurece el corazón y la razón de estas mujeres, des poseedoras



del conocimiento de su valor, de su condición de sujeto, al contrario están dispuestas a descolocarse de la realidad social por no tener conciencia de ella, de esta forma, las jóvenes viven sin autonomía en condiciones de descuido y desatención. De allí que, “Lo humano que reside en estas mujeres es fuente de inmenso sufrimiento, pero este dolor obra como principio de realidad y de personalización y va buscando a tintas algún tipo de consistencia, un suelo firme que pisar, una salida” (Trigo, 2015, p. 104).

### **2.1.5 Acompañamiento familiar a la embarazada**

El modelo de familia en Venezuela se basa en los vínculos sanguíneos que son naturalizados en estos grupos como fortaleza, cada embarazada vivirá su experiencia familiar dependiendo del lugar que ella ocupa y del rol que cumple dentro de su núcleo, es decir, si esta ya era madre, hija, hermana, incluso nuera, cada una de estas ubicaciones refiere a un modelo de mujer en cada caso (Moreno, 2012). El autor menciona que la fortaleza que brinda la madre a sus hijos e hijas no trasciende al solo hecho de la crianza, la madre se involucra en todo el desarrollo y dimensiones de la vida de cada hijo/a, en este aspecto la embarazada hija, hermana, nuera y pareja estará definida por la representación de la figura de la matriarca, protegida como hija y hermana como portadora del linaje. La nuera vive una experiencia diferente por no estar privilegiada con la consanguinidad de la jefa del hogar.

La compañía del varón se inclinará también por su posición frente a la embarazada, el hermano como destino asignado por la madre, es el hombre protector del linaje “El hijo varón se siente obligado a proteger y ayudar a sus hermanos maternos, pero no a los otros” (Moreno, 2012, p. 17). Las dinámicas de la familia venezolana muestran la solidaridad entre sus integrantes y compañeros de clan, la hermana seguirá el legado de su madre y el hermano seguirá la orden de la madre, es de esta manera que la embarazada podrá contar con la participación y acompañamiento de su grupo. En general, la llegada de un nuevo integrante estimula actividades con la pareja y la familia (Lartigue, Martín y Saucedo 2008), es importante que la familia condicione el espacio que ocupará el bebé no solo en las emociones de cada uno de ellos, sino también de su lugar en el seno de la casa, el espacio donde será su próximo hogar, a partir de esta necesidad la gestante consigue cómplices que la apoyan y acompañan.

Entre los vínculos que se producen en la familia se encuentra el amor, la fuerza, protección, seguridad así lo indica Mora-Salas (2003), y hace una distinción entre familias de origen y familias que se pretenden construir. Sobre los significados que las familias asumen, la autora se basa en las experiencias que las personas tengan como agentes de familia para darle calificativo bueno o malo. Los vínculos producidos están referidos según el contexto social, por ejemplo, la familia venezolana popular matriarcal. En esta constitución se ejerce una relación de “binomio” es decir, una relación cerrada entre madre e hijos/as, la madre genera un vínculo en forma de nudo, pues lo que ella proporciona como madre se devuelve a sí misma (González, 2007).

La familia popular en Caracas se compone por la mujer - madre y sus hijos, es la forma más pronunciada en los sectores populares. Moreno (2012), lo denomina “modelo familiar-cultural venezolano” y se encuentra tan fortalecido que permea los sistemas estructurales de diseño económico y social de corto o largo plazo. Los vínculos que se construyen en este tipo de familia se consideran el mundo completo de sus vidas, la relación madre e hijos/as se concentra en una ética que se fundamenta en lo “afectivo, solidarizante y comunicacional” (p. 21). A su vez esta ética se basa en vivencias de sentido y valor. El autor acentúa el valor de la ética de la familia popular, expresa que lejos de ser un sistema de normas de elemento moral, la ética prescribe en estos grupos condiciones fijas de la afectividad y la relación. La insistencia de ver a la familia popular venezolana como matricentral es consecuencia de un porcentaje elevado (no especificado) de mujeres que no ejercen un gobierno de madres, sino que ejercen su maternidad en el interior de sus hogares sin la compañía del padre.

Algunas evidencias de esta experiencia del vínculo y apoyo familiar a la embarazada en Latinoamérica y Centroamérica, las señalan García, Koller, Schiro, Nieto y Silva (2012), en un estudio exploratorio-descriptivo realizado en Brasil, cuyo objetivo fue revisar cómo adolescentes, con o sin la experiencia en el embarazo, asimilan el apoyo familiar. La población referente fue de 452 adolescentes, los resultados se dividieron entre jóvenes con experiencia en el embarazo y sin experiencia, distribuidos en partes iguales, estos jóvenes pertenecen a la data del Estudio Nacional sobre factores de riesgo y protección de la juventud brasileña de Koller, Cerqueira, Morais y Ribiero (2005 citado en

García, Koller, Schiro, Nieto y Silva, 2012). El estudio reveló el impacto que tiene el apoyo familiar en ambos grupos: el grupo de los adolescentes que no han experimentado embarazo tiene relaciones familiares más amorosas, estables, gratificantes y con mayor atención; sin embargo, el grupo opuesto percibió el apoyo familiar desde un aspecto logístico para solucionar elementos derivados del embarazo, al ser jóvenes sin autonomía financiera se sujetaron al apoyo económico de la familia en especial de los padres, al mismo tiempo no sintieron apoyo emocional ni antes ni después del hecho. Estos jóvenes en general son de familia compuesta por la madre o ya formaban su propia familia. El significado del embarazo irrumpe negativamente en el núcleo familiar dado que el acontecimiento puede representar para la adolescente un desvío en sus planes de vida, pero con el apoyo de la familia llega a retomar la dirección; no obstante, para otros grupos familiares esto implica una mala gestión de los padres y de esta forma optan por culpabilizarlos.

Otro estudio exploratorio descriptivo realizado por Arraiga, Cruz y Pérez, (2019), en Jalisco-México, en una población de embarazadas y sus grupos familiares, con el objetivo principal de comprender el significado del cuidado familiar como red de apoyo de las embarazadas en una comunidad rural de Tabasco, se revela la representación que las embarazadas construyen sobre la atención percibida por sus familiares. Esta atención es proporcional al mismo significado del embarazo dentro del grupo familiar y la comunidad, el nuevo ser implica un nuevo miembro de la familia, por tanto, es asumido con felicidad, es

decir, de forma positiva, es captado por esta comunidad como un hecho religioso para la mujer y llega hasta la familia como una dádiva divina.

Los cuidados de la embarazada comienzan por su auto percepción, su forma de cuidarse a sí misma parte del ejemplo de las otras madres que reproducen el rol de embarazada y materno y es tipificado por las generaciones siguientes de mujeres. El soporte que le dan a la gestante tiene que ver con todo tipo de atención que se refiere a la vida de ella y al embrión, desde cuidados en la alimentación hasta la prevención de su muerte. Al respecto Hernández (2016):

[...] refiere a las redes de apoyo [que] en su mayoría están constituidas por mujeres que forman parte de los familiares más cercanos: madre, hermanas, tías, así como las amistades, vecinos entre otros que están pendientes y se responsabilizan del cuidado de la familia formando parte de una estructura de cuidado que existe de tiempo atrás y se conserva por generaciones (citado en Arraiga, Cruz y Pérez, 2019, p. 46).

Las mujeres como cuidadoras y responsables de la embarazada organizan, vigilan y protegen todo lo que tiene que ver con la gestante, en este sentido, la protección nunca baja la guardia, todo el núcleo se centra en estas actividades del embarazo, incluso el hombre, no presente, es el proveedor económico y aunque no esté en constante vigilancia igualmente pertenece a la red. Estas mujeres protectoras y reproductoras son las encargadas de llevar a feliz término el embarazo, aportan interesantes saberes culturales que dotan de sabiduría a la gestante, entre estas mujeres están las parteras de la zona, la embarazada es captadora de los conocimientos propios de su cultura, sin embargo, no anula el conocimiento científico representado por los centros de salud que también monitorean su proceso, en sentido general, la red tiene que ver con un grupo de personas atentos a la embarazada, entre estos se encuentra los responsables de su

salud: médico/a, mujeres de la familia, mujeres dotadas de saberes en la comunidad como es el caso de las parteras.

Los hallazgos de este estudio tienen que ver con la forma como la familia es garante de la salud de la embarazada y el embrión, las mujeres en sus saberes reproducen sus conocimientos a partir de sus propias experiencias y los comparten nutriendo de contenido a otras mujeres y a su comunidad. En una población en pobreza, con importantes cifras de mortalidad materna, ha prevalecido la asistencia familiar como fuente sólida y fiable para la gestante.

A partir de las ideas señaladas, es posible suponer que las instituciones de salud pública en Venezuela, asuman el modelo de familia –popular– matricentral, proyectándose en cada espacio de la institución los vínculos psico-afectivos de este modelo sobre la parturienta madre y parturienta hija. En tal sentido, puede que la madre de la parturienta esté ocupando el lugar de espera en los alrededores del centro de salud como familiar protagónico y no el hombre esposo o concubino.

## **2.2 Las instituciones hospitalarias públicas**

La auto-producción del hombre es siempre, y por necesidad, una empresa social, la capacidad de creación de espacio social o ambiente social del hombre es infinita y está en producción constante, el hombre hace sociedad y se hace asimismo como ser social (Berger y Luckmann, 1968). El hombre construye para sí el hábitat que está ocupando, estas construcciones se realizan de manera abstracta y no son tan rigurosas como se piensa. En el método de la

institucionalización convergen elementos visibles y otros no tanto en la serie de actividades de condición más simples, que el hombre llega a realizar desde el aspecto social que precede al componente biológico en la praxis social.

En este sentido, el hombre transcurre en una consistencia social presentada en forma de mundo objetivo, pero esta valoración se concibe de la internalización de ese mundo y en la externalización (Berger y Luckmann, 1968). La práctica más sencilla requiere de un continuo de actos organizados; esta condición se denomina habituación, siendo este el componente base de las prácticas sociales.

En la habituación de las prácticas sociales, a pesar de ser una cuestión de costumbres, se integran un conjunto de significados que radican en la cotidianidad, está a su vez, está cargada de acciones continuas, repetidas e iguales llevadas en el tiempo y que a su vez dejan margen también a la formulación de otras acciones si lo requiere. Por consiguiente, ya ejecutada una acción de esta naturaleza, el siguiente paso sería, que el cúmulo de acciones continuas anteceda lo que vendrá, evitando una constante búsqueda de significados (Berger y Luckmann, 1968). Es decir, si se repite es un hábito, si es un hábito se sostiene en lo cotidiano, y si está en lo cotidiano, está naturalizado como lógico, común, obvio, y sin estar siendo razonado en un estado continuo de conciencia, su práctica fluirá y se institucionalizará, pues los procesos de habituación anteceden a la institucionalización.

De esta forma, la institucionalización se aprende, se copia, en palabras de Berger y Luckmann, (1968) “se tipifican” por tanto, las instituciones son compartidas y todo aquel que comparte un espacio social es un tipificador/a de

hábitos; esta serie de acciones se producen en espacios comunes, así pues las instituciones son expresamente de carácter social, aunque se compongan de seres individuales, la institución se encargará de tipificarlos y a su vez el individuo tipificará a la institución (tipificación recíproca). De igual manera, para que las tipificaciones se internalicen es importante el factor tiempo, pues para hacerse una habituación se requiere que ésta se constituya y fortalezca en el tiempo y he ahí parte el elemento histórico de las instituciones.

### **2.2.1 Infraestructura hospitalaria**

En Venezuela el sistema de salud está compuesto por diferentes centros asistenciales que responden al bienestar físico y mental de la comunidad. Estos centros de salud están constituidos a partir de su lógica de servicio: servicio público o privado, desde el Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS), hasta centros ambulatorios son dirigidos y controlados mediante un ente rector, el Ministerio de Poder Popular para la Salud (Bonvecchio, Becerril, Corriedo y Landaeta 2011, citado en Castellano, Peña y Suárez 2019).

A partir del año 1999 en Venezuela se instaura un nuevo orden de servicio de salud pública, aunque ya se contaba con la descentralización y el acceso a la salud, el nuevo gobierno en sus reformulaciones constitucionales, incorpora una perspectiva distinta para las estrategias de servicios públicos, en el sector salud. El enfoque se basa en la participación ciudadana en su propio proceso de cambio, en la atención integral y ofrece a la comunidad el protagonismo del cambio. Al respecto en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2001):



Su ejecución se trata de realizar a través del Modelo de Atención Integral en el ámbito de los servicios locales de salud, apoyándose en la descentralización y la participación social, la cual es considerada como un proceso dinámico donde las organizaciones sociales participan activamente en la identificación, análisis, diseño y puesta en marcha de soluciones. Gobierno y sociedad mantienen vínculos de corresponsabilidad en el marco de la autonomía, el consenso y la equidad (2000, citado en Rincón y Rodríguez, 2004, p. 525).

De esta manera se concibe la salud en Venezuela como un servicio integral y participativo, que procura vincular de forma coherente los recursos destinados por el Estado en proporción de su capacidad de atención en cada centro de salud público (Ministerio de salud y Desarrollo Social, 2001, citado en Rincón y Rodríguez, 2004), para responder así a las demandas de la comunidad de manera satisfactoria.

Los servicios de salud públicos están estructurados por medio del formato de gestión de salud pública, al respecto, Rincón y Rodríguez (2005), nos ejemplifican dos hospitales modelos de gestión de salud pública, ubicados en el estado Aragua. El primer modelo de gestión corresponde al Hospital José María Vargas, los autores lo relacionan con la “nueva gestión pública” (p. 116), y lo describen como una “estructura flexible”. Esta forma de ordenar, dirigir y distribuir los activos asignados por el Estado es piramidal, la dirección general del hospital está a cargo del director, esta persona debe ser asignada por la máxima autoridad estatal, es decir, la asignación no deviene de la organización del personal del hospital, sino de un ente superior, en este caso, de la gobernación del estado Aragua.

A esta organización piramidal se integra la participación ciudadana, aunque no sean considerados/as en la toma de decisiones, la comunidad tiene voz

para diagnosticar y exponer problemas propios que competen al sector salud. La administración del hospital está dirigida por coordinadores de áreas, estos responden a acciones precisas sobre los recursos económicos y materiales; el área de salud se compone por un “cuerpo colegiado integrado por una comisión técnica, encargada de administrar el centro asistencial” (Ibid.). En general, esta estructura se define por “los coordinadores de las áreas administrativas y las áreas sustantivas, entre las cuales destacan: Dirección, Administración, Recursos Humanos, Epidemiología, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia” (Ibid). Este equipo tiene injerencia de corto alcance, las determinaciones de la comisión siguen bajo la jerarquía del estado, en este caso el presidente del hospital.

En las actividades del hospital la comisión técnica explora y revisa problemas de la propia estructura, como también brinda y busca soluciones a problemas internos; en la agenda de las actividades se contemplan reuniones periódicas para hacer oportunas sus funciones y gestionar de manera acertada. Esta comisión es supervisada y controlada por una “Junta socio sanitaria”, una gerencia que sobrepasa en rango administrativo a la comisión, bajo la figura de auditores del hospital.

El segundo modelo de gestión de salud pública, corresponde al Hospital Estatal los Samanes, su estructura organizativa está compuesta por dos gerencias, este modelo no se diferencia en gran medida del antes descrito, a pesar que inscribe la participación ciudadana como parte de la estructura. La cúpula de poder y decisiones del centro de salud están sujetas a cargos administrativos de rango político, la primera gerencia de este modelo trata de los “miembros

fundadores, quienes en la actualidad integran la asamblea del hospital, y entre los cuales destacan como miembros principales el Gobernador del estado, el Presidente de CORPOSALUD el Presidente-Director del hospital, y doce personas más” (Rincón y Rodríguez, 2005, p. 117). La segunda gerencia denominada “Junta directiva” está conformada por personal político, civil y médico, gran parte de este equipo integra también la gerencia de “miembros fundadores” quienes se han mantenido en sus funciones gerenciales por más de una década, en este sentido, ambas gerencias están estrechamente vinculadas, comparten los mismos intereses, sin perderse en el orden jerárquico la figura principal, en concordancia con el primer modelo de gestión es el director general del hospital. En ambos se observa la gestión de modelo piramidal, sin embargo, en el segundo ejemplo la participación política es abierta, legal y aceptable.

El sistema de atención y servicio de salud que prestan estos hospitales se basa en la salud preventiva, en el Hospital José María Vargas “se brinda una atención preventiva por medio de los programas de vacunación, infecciones de transmisión sexual, SIDA, como también lactancia materna, programa de control de cáncer de cuello uterino y control prenatal” (Rincón y Rodríguez, 2005, p. 124). De igual manera, el servicio del hospital los Samanes aborda el concepto salud desde la perspectiva de la prevención “Se brinda una atención preventiva a través de los siguientes programas: Inmunizaciones, Atención al Adulto, Lactancia Materna y Control Prenatal” (Zárraga, 2001, citado en Rincón y Rodríguez, 2005, p.124).

### **2.2.2 Cultura hospitalaria pública**

Una institución se constituye a partir de varios elementos, entre estos: la estructura física, el modelo de gestión que será aplicado y la organización del personal que labora y hace vida dentro de la institución. Al respecto Brunet (1987), le llama a este espacio y la percepción del mismo por los/as trabajadores “al clima humano y psicológico de una organización generalmente se le llama clima organizacional” (p. 19), las instituciones están dotadas de vida, de creación, de la fuerza y del trabajo humano a su vez, estas vidas deben regirse según la misión que cumple el lugar al que pertenecen, es decir, están sujetos a un orden organizacional establecido y sus funciones laborales son segmentadas en grupos de trabajo según el interés de la institución.

En un estudio descriptivo de campo y no experimental, realizado en el estado Zulia, Venezuela (Castellano, Peña y Suárez 2019), con una población tomada de 259 mujeres, el objetivo principal fue evaluar la calidad del servicio en los centros Maternopediátricos del estado. En el análisis se demostró la percepción que esta población femenina obtuvo del servicio recibido en estos centros de salud. El estado Zulia cuenta con tres centros maternopediátricos, las mujeres que fueron tomadas en cuenta para este diagnóstico, son receptoras de este tipo de servicio, es decir, son gestantes y la atención que reciben es prenatal, citas y consultas médicas. Este estudio se dirige a conceptualizar la calidad de servicio, al mismo tiempo que describe la percepción que las pacientes asumen en general de los centros de salud.

Los resultados se desglosan en varios conceptos sobre la calidad del servicio y se resumen entre eficiente y deficiente: sobre la aceptación y comodidad de la estructura física de los centros, es un espacio estropeado no apto para un establecimiento de salud; la percepción sobre la apariencia del profesional de salud específicamente del equipo médico, es referida, como una imagen institucional deficiente; el servicio que prestan los médicos/as puertas adentro hace sentir seguras a las gestantes, en general los médicos/as generan *feedback* con sus pacientes, sin embargo, el resto del personal del centro no otorga esa misma fiabilidad y retardan los procesos que para la embarazada son engorrosos, es por esto, que la definición de este tipo de acciones es calificada como “servicio ineficiente” (Ibid., p. 405). En este sentido, al describir el clima organizacional “opinan que en general los profesionales que allí laboran demuestran poca capacidad para solventar situaciones de salud que enfrentan los pacientes, representando esto una apreciación desfavorable hacia el personal maternopediátrico” (p. 406); en último desglose la “empatía” ocupa un lugar importante, definen la atención del médico tratante buena, al contrario sobre el personal de enfermería, administración y demás, donde no sintieron la “empatía” necesaria.

### **2.2.3 Normativa hospitalaria específica**

Como respuesta del Estado a las necesidades de la población sobre seguridad social referente al control y regulación de la salud sexual y reproductiva de las y los venezolanos, se promulgan leyes orgánicas, reglamentos y normas que

puedan organizar y regular los riesgos sexuales y reproductivos en todo el trayecto de la vida humana. El alcance de estos reglamentos involucra al sector de salud privado y público en todo el territorio nacional, sobre intereses a contribuir con la educación sexual y reproductiva:

La aplicación de los preceptos dirigidos a la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones públicas y privadas que desarrollan acciones en este ámbito, según Decreto Ministerial N° 364 publicado en Gaceta Oficial N° 37.705 de fecha 5 de junio de 2003 (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013).

La justificación legal de la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva se organiza a partir de instrumentos regulatorios, basados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y que “Actualmente, responden tanto al Primer Plan de la Patria Socialista de la Nación (Simón Bolívar 2008-2012), como al Segundo Plan Socialista de la Nación (Plan de la Patria 2013 hasta 2019), los cuales constituyen las bases fundamentales del proyecto de desarrollo que orienta los procesos de cambios en el país” ( Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013, p. 7). De igual manera, su contenido se desarrolla a través de La Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (2007), Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993), Ley Orgánica sobre el Derecho a una Vida Libre de Violencia (Ibid., p. 8).

Esta norma está dirigida a toda la ciudadanía, apegada a los derechos humanos, con intención de promover la educación y prevención de todo lo referido a la sexualidad y reproducción, y prever daños irreparables que pudieran gestarse en la sociedad venezolana. Venezuela es un país que ha mostrado alta

cifras de natalidad, sin embargo, estas cifras también se ven acompañadas de la muerte de mujeres a causa del parto, puerperio y gestación, “El nivel de mortalidad materna tuvo un promedio de 63,77 muertes por 1000.000 nacidos vivos entre 2005 y 2010, alcanzando en 2012 a 63,57 (dato preliminar) (SIVIGILA; 2012 MPPS)” (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013, p. 38). Los índices de deceso por parto se incrementan en las zonas de vulnerabilidad social, “Estudios del Ministerio del Poder Popular para la Salud muestran que la tasa es muy superior en los estratos más pobres de la población, y es más alta en las mujeres no incorporadas al mercado de trabajo y de bajo nivel educativo (MPPS, Dirección General de Epidemiología, 2010)” (Ibid., p. 39).

En este sentido, la ordenanza y fiel cumplimiento de esta norma se aboca a todo el sector de salud pública y privada, en cada centro de salud, hospital, clínica y ambulatorio, el reconocimiento de la existencia de este instrumento es válido y preciso para el interés de las usuarias y de los representantes del sector salud. Estas normas de atención a la embarazada durante todo su proceso de gestación hasta la etapa de puerperio se dictan para su protección y atención; “Ofrecer cuidado prenatal con prioridad, (Ibid., 2013, p. 80). Así mismo, es considerada la pareja y su recién nacido/a durante todo el desenlace del nacimiento y pos nacimiento, de forma garante, y humanizada; aparte del servicio biomédico hacia la embarazada la institución y el equipo profesional deben asegurar que la mujer conozca todo su proceso instruyéndola al respecto.

En el apartado de la “Atención de la salud prenatal y perinatal” (Ibid., p.103). Se estipulan como atención los siguientes criterios: la aceptación

inevitable de la gestante en los centros hospitalarios para un parto dirigido y organizado por la institución; es también imperante “Garantizar la participación de la pareja u otra persona elegida por la mujer durante el embarazo, parto y puerperio como parte del apoyo psicoafectivo que requiere en este proceso” (Ibid.). En estas estipulaciones sobre la atención y cuidados hacia la gestante hacen referencia al parto medicalizado y tecnificado, el cual debe ser evitado y “aplicando éstas sólo cuando se considere necesario” (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013, p. 151). En las prácticas médicas debe considerarse el uso de los aceleradores del parto, así como la consciencia del personal de salud sobre sus desventajas en el cuerpo de la mujer y su embrión, de igual manera cuidar y resguardar las membranas uterinas para permitir un parto natural si es el caso, la ruptura de membrana “no debe acelerarse con procedimientos artificiales” (Ibid.).

El gobierno nacional venezolano promueve programas de servicio social para la población materna, con intención de erradicar la visión sesgada de las dinámicas de desatención y agresión contra los derechos de la mujer a una vida libre de violencia, en su apartado sobre violencia obstétrica. El Plan Nacional Parto humanizado, expuesto como Decreto Constituyente; insta a la comunidad y familiares de las gestantes y parturientas a conocer y empoderarse de los espacios hospitalarios, saberes populares; así como formar y participar en los proyectos comunales donde hace vida esta población materna, a través de la capacitación y promoción en materia de derechos y garantías para un parto y nacimiento digno. (Gaceta Oficial N° 41.376, Decreto N° 3.369, de fecha 12 de abril de 2018,



GORBV, p. 440. 846). Estas políticas públicas dirigen su atención para informar, educar y desarrollar un servicio consciente sobre las condiciones humanas que envuelven este tipo de acontecimiento, aportando una formación sensible a las madres, padres, comunidad e instituciones hospitalarias afines con el monitoreo y nacimiento de niños y niñas de nuestro país.

En la ampliación de este proyecto se incorpora en su apartado para el Ministerio del Poder Popular para la Salud, en Gaceta Oficial N° 41. 564, Decreto N° 3.739, de fecha 15 de enero de 2019, Resolución mediante la cual se establece la ruta materna como estrategia que contribuya al desarrollo de la maternidad deseada, segura y feliz y a la reducción de la morbilidad materna grave, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal (p. s/n). En el despliegue de un equipo de atención y apoyo al parto y nacimiento humanizado denominado Ruta Materna, el propósito es que se geste en las comunidades comprometidas con el desarrollo de la salud y calidad de vida de sus ciudadanos/as y en especial de la población materno infantil (Ibid.).

#### **2.2.4 Atención en los servicios de obstetricia en instituciones del sector público**

Las instituciones hospitalarias públicas dejan ver una práctica en la atención ofrecida en los servicios de obstetricia que puede ser variable, discordante e inconclusa. Las mujeres, usuarias de este tipo de servicios en instituciones de salud pública, se manifiestan sobre ellos y los valoran desde sus experiencias. Así lo indican los resultados de investigación que incluyo seguidamente.

Estudiantes del servicio de obstetricia del hospital de Carabobo, realizaron un estudio fenomenológico hermenéutico, cuyo objetivo principal fue comprender las vivencias de atención médica de 8 mujeres mayores de 18 años multíparas y primerizas en el proceso de su parto y parto, también se consideró la participación de los médicos/as tratantes en el mes de diciembre del 2016 (Díaz, Buyes, Herrera, Morales y Rivas, 2019). El desarrollo del estudio refiere la percepción de las participantes frente a la experiencia de su parto a partir de sus emociones y sensaciones, entre las percepciones descritas se encuentran: el tipo de atención médica recibido, recepción del centro hospitalario, información suministrada de los médicos, consentimiento de las pacientes a los actos médicos, tipos de recursos del centro hospitalario y la sensación al momento del alumbramiento.

A partir de las entrevistas en profundidad emerge un esquema conceptual y se organiza de la siguiente manera: “Atención médica eficiente” (Ibid., p. 26), se basa en la percepción que las usuarias sintieron directamente del personal médico/a del servicio de obstetricia en relación a su ingreso al centro de salud, definido como atención oportuna, informativa, rápida, apoyo emocional, privacidad y respeto; no obstante, menos de la mitad de las entrevistadas relacionó el servicio como “Atención médica indebida” (Ibid.). Esta categoría tiene que ver con maltrato, sentirse ignoradas, rechazadas, desatendidas y enviadas a otros centros de salud, lo que las hace sentir relegadas; otro aspecto considerado fue “Información médica procedimental deficiente” (Díaz, Buyes, Herrera, Morales y Rivas, 2019, p. 27), más de la mitad de las pacientes entrevistadas describieron un servicio que les suministró poca información o debían solicitar explicación

sobre los actos que realizaban hacia ellas, por lo que no sintieron asesoría oportuna ni concreta; esto conecta con la siguiente categoría como “Irregularidad en la obtención del consentimiento informado” (Ibid.), sienten este proceso carente, el estudio indica que la mitad de las parturientas no fueron informadas sobre los actos a realizar en sus cuerpos, siendo este recurso informativo obligatorio y legal en los centros de salud. La “Deficiencia en los servicios médicos quirúrgicos” (Ibid.), fue expresado como un servicio deteriorado en el aspecto físico y sin recursos para cubrir los fármacos para partos por cesárea; y, el último aspecto valorativo se relaciona a “Experiencia traumática al momento del parto” (Ibid.), este apartado refiere directamente al proceso fisiológico, es decir, la percepción de las dificultades propias del cuerpo al momento de la expulsión del feto, momento doloroso y complicado para las parturientas.

En las categorías mencionadas se conceptualizaron diferentes tipos de servicios, basados en la atención percibida por las gestantes. Para las entrevistadas es relevante que la información sea continua y sobre todo estén informadas antes del procedimiento que se vaya a realizar. Así mismo, es conveniente que posterior a la valoración clínica, el médico/a tratante siguiendo el “protocolo de atención” (Díaz, Buyes, Herrera, Morales y Rivas, 2019), si este indica procedimiento quirúrgico se debe obtener el consentimiento firmado de la parturienta. Al respecto indican que “sin duda están sucediendo hechos que no concuerdan con el médico sea un buen comunicador en cuanto a los procedimientos que deben informar a sus pacientes” (p. 28), esta omisión contrae posibles consecuencias legales para el médico/a.

En otro estudio de campo no experimental, realizado en Venezuela, en el estado Anzoátegui, Jiménez, Rodríguez, Rodríguez, y Santiago (2020), se consideró desarrollar la investigación a partir de los preceptos de la Ley Orgánica de la Mujer a una Vida libre de Violencia, por consiguiente, las categorías de análisis se basan en lo estipulado en esta ley, se contó con 574 usuarias participantes y 70 médicos/as de salas de parto del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, del Instituto Venezolano de Seguros Social Dr. Domingo Guzmán Lander y el Instituto Venezolano de Seguro Social Dr. Cesar Rodríguez, el objetivo principal se estableció en “Relacionar la percepción que tienen las usuarias embarazadas ante la violencia obstétrica en función a la conducta del personal médico en salas de parto de tres centros de salud, durante octubre 2018” (p. 280).

La investigación aborda esta perspectiva como un problema social e indica que la “importancia del estudio es la violencia obstétrica abordada como un problema de salud pública, por lo que se plantea relacionar la percepción que tienen las usuarias embarazadas ante la violencia obstétrica en función a la conducta del personal médico” (Ibid., p. 281). Se valoró tanto la percepción de las parturientas así como el manejo del conocimiento de parte del equipo profesional sobre la ley antes mencionada, la investigación se estructura a través de un cuestionario de recolección de datos, en el primer escenario se encuentran las parturientas, usuarias del servicio hospitalario mujeres entre 21 a 30 años de edad y de pobreza extrema, la mayoría con grado instrucción de bachillerato completo; en el segundo escenario están los profesionales de la salud, todos las y los

trabajadores de la unidad de obstetricia, distribuidos en los tres centros de salud, quienes son aspirantes al grado de médicos/as gineco obstetras.

Los hallazgos de la investigación refieren que todas las usuarias fueron víctimas de violencia obstétrica, la totalidad de las participantes sintieron algún tipo de violencia, entre los tipos de violencia ejecutada se definen los siguientes: violencia psicológica, más de la mitad de las pacientes sintieron agresión verbal, sin empatía por parte del equipo médico, como también fueron sometidas a cuestionamientos sobre su proceso fisiológico, recibiendo ordenes de la postura que deben asumir en el momento del alumbramiento en posición supina (parto horizontal), esta limitación no les permitió adoptar otras formas para expresar su movilidad y comodidad al momento del acto; otro tipo de violencia sentido fue la violencia física, al respecto las parturientas sintieron que se utilizó fuerza contra ellas al instante del parto; otra estipulación de violencia obstétrica es negar a la madre y el recién nacido/a el apego temprano, por tanto, esta acción se considera un acto violento para ambos y fue de igual manera percibido por más de la mitad de las entrevistadas; la información oportuna connota importancia para las mujeres, es por esto, que los médicos/as al limitarles este derecho de estar advertidas sobre su proceso en el parto actuaron sin la aprobación de ellas, afectando incluso el proceso de medicalización del parto.

Respecto a la participación del equipo médico y su valoración profesional frente a la ley antes mencionada se analizó el conocimiento y aplicación de estos estatutos, la totalidad de los participante fueron responsables de violencia obstétrica al aplicar estimulantes para acelerar el parto de las gestantes, la

mayoría de los profesionales de la salud tiene poco conocimiento sobre esta ley, sin embargo, se observó que a menor conocimiento es más delicado y cauteloso la ejecución de las funciones del médico/a así como la aplicación de fuerza contra la parturienta al momento del parto y a mayor conocimiento, superior es la aplicación de violencia obstétrica, tal como, hincarse sobre la parturienta con el propósito de hacer presión al feto para ayudarlo a salir; en otro aspecto, la formación académica que reciben los aspirantes de gineco obstetricia se enfoca en atender partos horizontales sin amplitud en el parto vertical limitando otras estrategias para las y los profesionales.

Las categorías descritas dan cuenta de la apreciación negativa que las usuarias refieren sobre el servicio, a pesar de esta calificación, las usuarias indican haber recibido “un trato eficiente”, se incorpora en el análisis de la investigación que esta ambivalencia se debe a:

[...] contradicciones cuantitativas entre lo que las usuarias consideran como trato eficiente frente a la percepción de trato deficiente del médico en su conducta y conocimiento en violencia obstétrica; esto pudiera denotar que las usuarias de la sala de parto están acostumbrada a recibir un trato inadecuado y no considerarlo de este modo (Jiménez, Rodríguez, Rodríguez, y Santiago 2020, p. 288).

Las pacientes visualizan la violencia en algunos momentos claros de su proceso, pero no son ampliamente conocedoras de la ley, por ejemplo, menos de la mitad de esta población gestante conocía la ley, y menos de un cuarto conocen los mecanismos sobre denunciar este tipo de actos dejando la experiencia del parto como un suceso desagradable y violento para estas mujeres. Las instituciones de salud están al tanto de la ley como estructura de los procedimientos pero la percepción de las usuarias denota la imposibilidad

institucional de mejorar los mecanismos: “Además, sin recomendación de la medicalización excesiva, negligencia, privación de asistencia y maltrato, la limitaciones institucionales para recibir a las gestantes con ambientes incómodos y desestructurados con un ritmo de trabajo alienante asociado a la precariedad de los recursos” (Jiménez, Rodríguez, Rodríguez, y Santiago 2020, p. 288).

Estos resultados son confirmatorios de que las mujeres víctimas de violencia obstétrica se encuentran bajo dinámicas de poder que corresponden a jerarquías del conocimiento situado y avalado. Las mujeres deben entregar su cuerpo al equipo médico pues son ellos quienes saben qué hacer al respecto sobre la atención en el trabajo de parto y en el parto (Sadler y Obach, 2009). No obstante, en estas dinámicas sociales es posible problematizar estas relaciones, tomando en cuenta que los y las médicos/as no se detienen a reflexionar sobre las prácticas habitadas, tipificadas y cotidianas que están acostumbrados a realizar desde un sistema “corriente”. El aparato de la biomedicina establece sobre los cuerpos humanos la condición de salud o la condición de lo enfermo, el cuerpo de la mujer particularmente ha sido enfrentado en estos dos términos, no solo por una estructura ideológica sino también política, la biomedicina no se desvincula de los términos políticos situados en los modelos médicos

En los parámetros de estas relaciones de poder (médico/a –paciente) se involucra al cuerpo de la mujer desnudo, expuesto y significado por la biomedicina la que a su vez opera de manera simbólica para el control del cuerpo expuesto de la mujer, es decir, un cuerpo cosificado por la cosmovisión masculina, a ser tratado solo por su condición biológica sin importar el aspecto emocional

(Sadler y Obach, 2009). Este sistema es quien determina los parámetros de cómo será tomado el cuerpo de la mujer parturienta, de enfatizar que en el uso de instrumentación se vincula una condición patológica, por el solo hecho de la atención médica que fuerza en sí una condición específica.

La medicina a través de la historia ha sido considerada como una práctica que supone saber “En las culturas primitivas y arcaicas la figura del médico se confundía con la del chamán o sacerdote, y muchas veces con la del gobernante y el juez” (Lázaro y Gracia, 2006 s/n). Culturalmente el médico y la médica están acreditados por un rol superior para ejercer desde una posición de autoridad. Desde esta postura teórica la figura de poder es quien puede reproducir la autoridad. Es importante destacar que este poder se ejerce por medio de un sistema de discursos hegemónico. Por tanto, los discursos se encuentran sujetos a un orden jerárquico en tiempos específicos. Se objetiva a través del lenguaje (Berger y Luckmann, 1968), este se involucra de manera apremiante en las actividades cotidianas de las personas, pues desde la vida cotidiana es que el lenguaje se origina y consolidan otros elementos como, los significados o expresiones capaces de poder transmitir subjetividades por medio de la interacción.

Como lo indican estos autores, no solo lo que se trasmite gesticularmente “cara a cara” es portador de mensaje, en el sistema de signos como recurso de la comunicación se colocan otros elementos, como el artefacto material que puede remplazar al recurso lingüístico gesticulado. En este sentido se destaca que, en la cotidianidad de las interacciones sociales, las personas participan en estos escenarios sociales como creadores/as al mismo tiempo que usuarios/as de estos



derivados del lenguaje. En el universo hospitalario no solo el médico/a está dotado del poder de la comunicación, sino que también todo lo que se ubica dentro de este centro emite un mensaje incluyendo a las parturientas y sus familiares.

### **2.3 El Construccionismo social: perspectiva teórica**

El énfasis que el construccionismo social le otorga al carácter discursivo de las realidades sociales se constituye en el significado que tiene el lenguaje, y cómo representa el eje transversal de las estructuras que sostienen esta corriente teórica. En el acto práctico de hablar y escuchar se generan muchas formas de organización social, todo el artefacto social de la vida moderna se organiza a través de lo que se dice y se escucha, es decir, no solo lo que está en la mente del hablante como forma de comprender el mundo, sino lo que dice como forma de comprenderse en ese mundo descrito, “los procesos de la estructuración del mundo como proceso lingüístico y no cognitivo” (Gergen, 1996, p. 34). El lenguaje simboliza incluso la misma condición humana, se es humano a medida que esto pueda responder al entorno, es a través del acto discursivo, descriptivo e interpretativo que el ser humano ocupa un lugar en la sociedad y que, además, da cuenta de ello al organizar y reorganizar el mundo en el que vive.

El lenguaje no siempre se ha considerado como significante del mundo, en otros momentos históricos la importancia de la producción de conocimiento era resultado de la observación y verificación y aunque esto no era pasivo, de igual

forma lo observable y verificable “la verdad y objetividad” (Gergen, 1996, p. 39) no accionaban solas. Al revisar el significado de una verdad absoluta enfocada en una sola realidad posible, el lenguaje pasó a ser exclusivo de los grupos poseedores de la verdad y quedó en otro aspecto para el uso cotidiano, sin embargo, en el surgimiento de una crítica poseedora de la diversidad y emergente del discurso, se observa el renacimiento de una concepción menos exclusiva, “es a través de una apreciación crítica del lenguaje como podemos alcanzar una comprensión de nuestra formas de relaciones con la cultura y, a través de él, abrir un espacio de la consideración de las alternativas futuras” (p. 44).

En estas formas de pensar y de reformular el lenguaje se ubica la importancia de este en el mundo individual y social del agente social, se comprende que las culturas se sostienen a través de un sistema lingüístico, de intercambios de saberes que solo se reproducen por las diversas formas de comunicación. La organización de las comunidades no se da por un futuro programado, es en cambio, por un pasado conversado y sostenido en la narrativa de sus participantes. Todo lo posiblemente hablado está instaurado en la mente de aquellos que pertenecen, que actúan y funcionan como agentes cambiantes, modificadores e instauradores de costumbres y por consiguiente de culturas. Es decir, lo posiblemente conocido y comprendido en una comunidad es endosable a la misma comunidad, en este sentido lo conversado a través de símbolos y representaciones puede ser codificado en su propio eje de conocimiento (Geregen, 1996).

En la variedad de los discursos se gesta la variedad de realidades, si cada comunidad se maneja en sus propios conocimientos, entonces, cada comunidad consumidora y generadora de sus propios discursos se vive a sí misma como una realidad, una constituye a la otra. El conocimiento genera discurso, el discurso se produce por medio del conocimiento, es la capacidad del lenguaje de describir al mundo y de conocerlo por este medio descriptivo “solo podemos ver cosas que se describen, es la descripción y no la cognición lo que estructura el mundo factual” (Goodman, s/f, citado en Gergen, 1996, p. 34). Solo se conoce al mundo y se vuelve realidad a medida que este sea compatible con la capacidad descriptiva que se tenga de él:

Para los construccionistas, las descripciones y explicaciones no se derivan del mundo tal como es, ni son el resultado inexorable y final de las propensiones genéticas o estructurales internas del individuo. Más bien, son el resultado de la coordinación humana de la acción” (Gergen, 1996, p. 35).

En este orden de ideas, se observa la capacidad que tiene la acción coordinada de crear hechos en la vida comunitaria de las personas, lo que es posible a través del carácter descriptivo, donde el ser humano se entiende y entiende su mundo, y lo que el dialogo conserva y permite de enunciados aceptables en el mismo mundo de relaciones, de esta manera, da cuenta de la acción humana, del individuo como ser social y no solo contenido en su individualidad. Expuesto así por Gergen (1996): “Explicar la acción humana en términos de procesos psicológicos individuales, por ejemplo, ha de tener consecuencias mucho más diferentes para las prácticas y las políticas, que explicar esas mismas acciones en términos de estructura social” (p. 51). La relación en

primera persona del individuo se diluye en la relación del individuo con el otro donde sus acciones tienen significados, es porque el otro existe, no se trata de un otro exclusivo para ser referente, sino de la condición conjunta como referentes.

El lenguaje no solo es considerado un medio para comprender el mundo social, es de por sí, el todo de las partes del mundo social; sin embargo, el lenguaje no opera solo como un hecho autosustentable o desprovisto de enunciados coherentes con su entorno, por el solo hecho de poder ser utilizado, por ejemplo, una teoría no ordena el mundo social y cotidiano de una comunidad, su aplicación tiene contexto y su forma de entenderlo también, “el grado en el que dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo no depende de la validez objetiva sino de las vicisitudes del proceso social” (Gergen, 1996, p. 47). Es por medio de la tradición que se acerca a la comprensión del uso del lenguaje, del contexto, de su aplicación como engranaje de todo un sistema de relaciones. Al respecto, Berger y Luckmann (1968) indican: “En lo que a relaciones sociales se refiere, el lenguaje me “hace presentes”, no solo a los semejantes que están físicamente ausentes en ese momento, sino también a los del pasado recordado o reconstruido, como también a otros proyectados hacia el futuro como figuras imaginarias” (p. 56). Es decir, es aplicable en la medida en que es comprendido, y es comprendido en su tradición. En tal sentido, todo aquello que se encuentra fuera de la tradición, del pasado, que está desprovisto de significado no puede articular ni comprender el mundo social del otro: “La distribución social del conocimiento de ciertos elementos que constituyen la realidad continua puede

llegar a ser sumamente compleja y hasta confusa para aquel que mira desde afuera” (p. 63).

La distribución social del conocimiento no implica selectividad, implica reconocer la pertenencia a una comunidad de símbolos y de representaciones que estructuran un mundo de relaciones y conocimiento, aunque esto sea delimitado, no significa que el ser social no pueda extender su comprensión a otras comunidades de sentido, sino que los significados siguientes estarán estructurados por los obtenidos previamente y aunque sea amplia la capacidad de extender la comprensión del todo, nunca podrá ser el todo entendido cabalmente. Como lo expresan Berger y Luckmann:

[...] el acopio social del conocimiento establece diferenciaciones dentro de la realidad según los grados de familiaridad. Proporciona datos complejos y detallados con respecto a los sectores de la vida cotidiana con los que debo tratar frecuentemente, y datos mucho más generales e imprecisos con respecto a sectores más alejados (1968, p. 60).

La comprensión del mundo social, en este amplio sentido de la vida cotidiana, comienza por el lenguaje, de lo transferible, aceptable, negociable hasta incluso lo negado a través de él: “Por lo tanto, la comprensión del lenguaje es esencial para cualquier comprensión de la realidad de la vida cotidiana” (Berger y Luckmann, 1968, p. 53). De allí que la interpretación que hacemos sobre el mundo de vida cotidiana “no solo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por éstos” (p. 35).

Se observa, que el contenido simbólico del lenguaje organiza la vida cotidiana y la provee de sentido, es por esto, que la interacción con otros confirma la existencia del ser humano (Berger y Luckmann, 1968). La vida cotidiana es el escenario preciso para que la interacción sea consumada y validada, no se puede estar en la cotidianidad de una comunidad sin este elemento de la interacción lingüística. Sin embargo, los significados que se construyen no son estáticos, siempre se pueden extender y aumentar en nuevos elementos de la vida común, lo significado no se extingue, sino que continúa generando complicaciones sobre el entendimiento de lo nuevo; de aquello que no existía y que ahora exige una atención y será aceptado y agregado a lo preexistente.

Los autores exponen la contrariedad que se experimenta cuando un nuevo elemento se incorpora tanto al lenguaje como a la cotidianidad, no es un proceso sencillo, en sus palabras “el desplazamiento hacia una zona limitada de significado es de índole mucho más extrema” (Ibid., p. 41). Por tanto, la vida cotidiana no va en línea recta, lo conocido y el lenguaje no son limitados, por el contrario, son expansibles en la medida que la rutina exija más interacción.

En la vida cotidiana, la importancia de comprender las interacciones sociales, no se limita a la acción estricta, sino que está en el ejercicio de pensar al otro que hace posible la vida social, es decir, la importancia centrada en la acción se dirige a quién la ejecuta y cómo este adquiere incluso significado consciente frente sí mismo/a, según Berger y Luckmann (1968), la cotidianidad se vive es a través del otro, el otro es quien la significa, quien le da orientación y sentido al yo, este no está negado, solo ausente y a medida que el yo requiera hacerse presente

será porque se concientiza de su existencia: “para que así ocurra requiere que me detenga, que interrumpa la espontaneidad continua de mi experiencia y retrotraiga deliberadamente mi atención sobre mí mismo” (p. 45). Al comprender que el otro me da un lugar en la vida cotidiana, espero algo más que el solo reconocimiento de mi existencia, requiero formar parte y entender qué hace él y cómo lo hace, las interacciones que exigen la presencia, la corporeidad, es decir, el poder ver al otro en su quehacer y que él me reconozca a mí, me llama a reproducir el quehacer del otro y el otro de mí: “La realidad de la vida cotidiana contiene esquemas de tipificadores en cuyos términos los otros son aprehendidos y “tratados” en encuentros ‘cara a cara’” (p. 47).

Por consiguiente, las interacciones que se producen en la vida social se concentran en hacer y en estar “cara a cara” frente al que hace y frente al que aprehende, el valor de estar, de que una corporeidad concentre un cuerpo y este produzca información para la suma de la vida social está en el fundamento de las interacciones: “la experiencia más importante que tengo de los otros se produce en la situación "cara a cara", que es el prototipo de la interacción social y del que se derivan todos los demás casos” (Berger y Luckmann, 1968, p. 44).

En este foco de estudio, el análisis sobre el construccionismo nos devuelve el carácter ontológico que siempre está presente y condiciona el poder entender el mundo vivido y por vivir, después de comprender que existen comunidades que diseñan la practicidad del ámbito social como un esquema continuo de pasos, el entender la interacción de los individuos unos con otros, en un contexto histórico, en tiempos definidos y con particularidades exclusivas de su propia comunidad

de sentido, entonces, las teorías generales que explican una visión indeterminada del sujeto y de su entorno, sin delimitaciones, ni subjetividades, niegan la complejidad del tiempo, contexto, y agente social “Por consiguiente, transmitir teorías abstractas, descontextualizadas en revistas, libros, conferencias y demás es una consecuencia práctica limitada en términos de predicción o aplicación” (Gergen, 1996, p. 47). Centrarse en la comprensión del mundo social del agente, va más allá de explicaciones de la atemporalidad del sujeto expuesto en un mundo sin rincones; en lo abstracto; pasar de esas confirmaciones a entenderse de forma limitada en un contexto geográfico y temporal. Es decir, comprender desde otra estructura de ideas que sobrepase las conclusiones y el punto final de una explicación, dándole continuidad sin enunciar la culminación del hecho: “Efectivamente, los lenguajes de la descripción y de la explicación pueden cambiar sin hacer referencia a lo que denominamos fenómenos, que a su vez son libres de cambiar sin que ello comporte consecuencias necesarias para las exposiciones de orden teórico” (Ibid.).

Por esta razón, surge la intención de darle un tiempo y un lugar al agente social, darle contexto y no solo encajado en compuestos organizados externamente a sus particularidades, razonarlo a partir solo de su humanidad y no de sus prácticas “las proposiciones teóricas mismas permanecen vacías, desprovistas de significación por aquello que llamamos: “mundo concreto”. En sí mismas, no consiguen transmitir las reglas culturalmente compartidas de instanciación necesarias para la predicción o aplicación” (Gergen, 1996, p. 46). En este sentido, despoja el hecho único de un individuo pensante que razona su



existencia a partir de su capacidad cognitiva, y en cambio visibiliza una inteligibilidad que solo alcanza significado en la acción conjunta, es decir, en la acción con el otro y el otro con él: “Esto significa que alcanzar la inteligibilidad es participar en una pauta reiterativa de relación o de ser lo suficientemente amplia, en una tradición” (p. 45). Un ser social que se relaciona con el presente y con el pasado, sin conclusiones, ni atemporalidad.

De esta forma, problematizar el ángulo discursivo, espacial y objetivo que el agente social constriñe, no define, ni niega las explicaciones que convergen en entenderlo como un sujeto, aunque histórico independiente de su historia, poseedor de la universalidad del conocimiento y dotado de una emancipación cognitiva de su entorno, al respecto Gergen (1996), alude a las ciencias humanas, como un “potencial en condiciones de estabilidad relativa o de tradición duradera” (p. 50). Una ciencia ya codificada, entendida, practicada y dotada de referentes lingüísticos, tiene consagrada las acciones humanas en una organización, aunque cultural individualizada, sin embargo, el interés de manifestar el uso de las teorías no concluye en su utilidad o uso instrumental de las mismas:

La investigación no opera ni para validar ni para invalidar las hipótesis generales, ya que todas las teorías pueden ser reducidas a verdaderas o falsas dependiendo de la gestión que uno haga del significado en un contexto dado. Tampoco la vasta parte de investigación que pone a prueba hipótesis es relevante para el desafío que supone la predicción social (Gergen 1996, p. 52).

El fuerte de este análisis traslada a interrogar si en este orden las teorías operan y en alguna medida responden a hechos, entonces, ¿Cuestionarlas nos lleva a desordenar lo establecido, y reconstruir partiendo de otras acepciones? Al respecto, el construccionismo social sugiere que en el cuestionamiento no se

abogue por la razón, y no se encuentre sujeta a estereotipos de comprensión absoluta, sino sobre una ampliación de la sabiduría colectiva gestada en sus propias interacciones, es una crítica que valora la realidad antes que la validez, discursos cotidianos frente aquellos que canonizan en la verdad y el saber científico, en este sentido no es el desplazamiento de la teoría por la concepción de reconstruir los significados; es permitir que los significados ocurran en otros escenarios, sobre todo en escenarios sociales. Señala Gergen (1996):

Así, pues, en lugar de separar los propios compromisos profesionales de las propias pasiones, intentando separar difícilmente hecho y valor, el construccionismo invita a una vida profesional plenamente expresiva, en relación a las teorías, los métodos y las prácticas que pueden realizar la visión que uno tiene de una sociedad mejor. En este sentido, el construccionismo ofrece una base fundamental para desafiar las realidades dominantes y las formas de vida a ellas asociadas (pp. 52-53).

En esta perspectiva, el construccionismo instaura una visión accesible y comprensible del lenguaje del conocimiento y que a su vez esté constituido por el agente social que hará uso de él, es por esto, que la participación del profesional; de la ciencias humanas en la realidad, no este mediada por dotar conocimiento universal, al contrario, su contribución servirá de puente entre lo común y lo exclusivo, “Sin embargo, el construccionismo también invita a una tercera forma de investigación, menos apoyada por una posición de valor particular y más centrada en el desbaratamiento general de lo convencional” (Gergen, 1996, p. 53). La lupa está puesta en la cultura, en las dinámicas sociales, en las múltiples realidades que emerge en la reformulación de las ciencias humanas.

Respecto a lo antes mencionado, el valor que implican estas reformulaciones de conocer la realidad, sugieren el avance a espacios antes no

mencionados, existentes, pero no provistos de lenguaje, de dotar de argumentos enriquecidos de sentido contextual, del incremento del saber cultural a partir del autoconocimiento de sus fronteras y limitaciones de significados, pero abundantes en su propia construcción y dominio, se refiere a deconstruir para construir todo saber a través de las tantas forma de objetivar el cerco social:

De manera similar, a medida que los analistas sociales exploran los procesos racionales —las gestiones, las tácticas de poder, la dinámica política...— proclamando diversas verdades, esas verdades pierden su generalidad. Aquello que parecía la “única vía” de expresar las cosas — más allá del tiempo y de la cultura— se convierte en algo local y particular (Gergen, 1996, p. 54).

En este orden de ideas, la reestructuración de modelos de análisis diferentes, de discursos diferentes, de reconocer necesidades diferentes demanda la atención de crear estructuras de investigación generativas, en palabras Gergen, (1996): “propuse el término teoría generativa para referirme a los enfoques de carácter teórico que se introducen contra, o contradicen abiertamente, los supuestos comúnmente aceptados de la cultura y abren nuevos modos de percibir la inteligibilidad” (p. 55) , la renovación como piedra angular de las nuevas concepciones del mundo social y la deconstrucción de lo normalizado “Todo cuanto es natural, normal, racional, obvio y necesario está —en principio— abierto a la modificación” (p. 54).

En este sentido construccionista, lo trascendental ocupa espacios transversales en la sociedad, en la cultura, en la gestión del agente social con su entorno:

Una orientación construccionista sustancialmente amplía el programa de trabajo. Las más importantes oberturas a la innovación son: la deconstrucción, en la que todas las suposiciones y presupuestos acerca de

la verdad, lo racional y el bien quedan bajo sospecha —inclusive las de los desconfiados— [...] (Gergen, 1996, p. 57).

Si consideramos los planteamientos del construccionismo en términos del tema central de esta investigación podemos señalar que algunas de las mujeres embarazadas, intrínsecamente llevan consigo el constructo social del “instinto materno” Saletti (2008), una simbología de lo que significa ser madre y cómo este rol debe ser ejercido desde sus inicios, en una especie de relación fructuosa entre ser hembra y ser mujer social, una serie de discursos que comienzan en la infancia y terminan materializándose muchas veces en la etapa de la adultez o etapa reproductiva, pues, la repetición de estos discursos va proporcionando a la mujer y al resto del colectivo expectativas sobre estos roles, de forma tal, que este concepto se alinea a la concepción aceptada sobre acudir a centros hospitalarios como acción que responde a una edificación social sobre la maternidad.

De esta forma, el control prenatal, como medida preventiva y la preparación de la psiquis-cuerpo al momento del parto conllevan a la mujer en estado de gravidez a apoyarse en el equipo médico para la realización de los exámenes de rutina, los cuales, la mayoría de veces están avalados por la biomedicina, diagnosticando a la mujer sobre su situación a fin de resolver posibles complicaciones (Abreu, Camacho, Díaz, Fescina, de Mucio, Marinez y Schwarcz, 2007). La lógica médica prenatal es producto de estos discursos preventivos, por lo tanto, en el cumplimiento de las funciones del proceso de parto la asistencia a tiempo o fuera de él en los centros hospitalarios se convierte en un requisito *sine qua non* del embarazo.

Lo que se dice y no se dice fuera y dentro de los centros hospitalarios, lo

que se encuentra expuesto, pero también, lo que no es sencillo de percibir están determinados como negociaciones sociales. En este particular, todas las negociaciones requieren intereses en común para que la transacción se efectúe, Sin embargo, estos acuerdos no son percibidos abiertamente por los involucrados, tal y como la realidad es construida entre las personas, los acuerdos son consensuados entre las personas. Entonces, es posible, que se establezcan y restablezcan las legitimidades que se producen en este tipo de negociación, pero también es posible que existan acuerdos desproporcionados en cuestiones de poder entre las partes, es decir hay dinamismo en estos acuerdos, hay verticalidad y asimetría, todas las relaciones y formas de relaciones se dan bajo un acuerdo social, por eso no depende de un solo ente (un lado del acuerdo) para que esta negociación se establezca; depende de ambos actores y no es una sentencia irrevocable (Gergen, 2007).

Estas transacciones se establecen porque existe una configuración que las posibilita, las mantiene, las avala, las consagra, más allá del término sociedad como hábitat donde se sostienen. En este orden conceptual, Berger y Luckmann (1968) agregan: la socialización, apuntando a la sociedad desde el foco estructural, constituyéndola como una realidad objetiva y una realidad subjetiva a la vez. De esta manera, la socialización tiene que ver con la forma subjetiva en la que aprehende el agente social sobre su mundo objetivo, por lo que se hace posible constituirse como ser social a partir de socializaciones más o menos eficientes; esto dependerá de cómo el mundo objetivo asuma que debe ser la realidad común, pero en este proceso la objetividad no se encuentra ajena al agente social, la

misma es, a su vez, conducida y reproducida por personas.

En la socialización primaria se manifiestan la diferencia entre hombre y mujer, en este proceso se emprende la conceptualización del rol, luego la práctica del mismo y por supuesto, la diferencia social de cada uno, allí el uno interpretará y socializará al/la otro/a, partiendo de lo que ha tipificado por medio de quienes le han mostrado la realidad objetiva (Berger y Luckmann, 1968). De esta forma, la socialización conduce a construir la realidad a partir de la “supremacía predefinida de la versión masculina para niño y de la versión femenina para la mujer” (p. 207). Es posible notar las diferencias entre el rol femenino y masculino, las cuales comprometen el estado constante femenino de la mujer inclusive en el momento del parto y en el estado vulnerable del embarazo.

Sin embargo, estas diferencias no se agotan en la socialización como eficiente ni deficiente del individuo. Importa tanto lo que se encuentra fuera de él o ella como lo que está dentro. Esta perspectiva teórica sobre el construccionismo social propone el énfasis en lo que se encuentra dentro de las personas y la importancia de lo comunicable en proporción con el espacio donde se dicen y por qué se dicen (por qué los/as médicos, dicen lo que dicen y sobre todo dónde lo dicen). La ubicación, el espacio, la amplitud de lo que se dice, establecen poder en la distribución de las relaciones.

## **Capítulo 3**

### **MARCO METODOLÓGICO**

En este capítulo incluyo referentes metodológicos, a través de los cuales se llevó a cabo la investigación de carácter cualitativo. En atención a ello presento ocho apartados: (1) Perspectiva paradigmática, (2) Investigación cualitativa, (3) Diseño de investigación, (4) Participantes y contextos, (5) Método de producción de la información (6) Método de análisis, (7) Criterios para evaluar la calidad del estudio, (8) La experiencia de investigación.

#### **3.1 Perspectiva metodológica**

Las interacciones que emergen de la triada familia, parturienta e institución operan de manera particular y su engranaje se constituye en una lógica específica, es entonces, donde la mirada psicosocial fija su interés. El acercamiento paradigmático desde esta postura, se sitúa en cómo se construyen estas relaciones. Para ello, el paradigma Constructivista (Guba y Lincoln, 2002) me permitió revisar e integrar la información desde la postura investigativa social pero también sumergirme en la condición puntual del agente social en su espacio-tiempo, es decir, participar desde un carácter activo en la investigación. La construcción del conocimiento como elemento participativo, progresivo, dinámico,

relacional y situacional, donde la información se construye por medio de la interacción y consenso entre la/el investigador social y las personas que hacen parte de la investigación para la construcción de contenidos más sofisticados.

Destaco de los autores arriba mencionados, la prioridad de entender las construcciones primero desde un carácter social, pero además la amplitud del artefacto mental, es decir, la consideración de las experiencias de los sujetos sociales para la creación de realidades, donde estas son las que entretajan las relaciones conceptuales, permitiendo al facilitador/a en conjunto reconstruir experiencias desde la consciencia del aprendizaje y valoración de los hechos. Esta premisa constituye la fundamentación teórica y práctica en el paradigma constructivista, así mismo, la investigación social permite activamente espacios para la reflexión de los significados previos y posibilita la resignificación de los mismos.

Así, el constructivismo sostiene que la realidad es construida y tratada como “realidades sociales múltiples” (Guba y Lincoln, 2002, p.130) y a su vez estas son operativas, dinámicas y alterables, son en sí mismas producto del colectivo. Desde la dimensión ontológica es posible revisar cómo asumen las parturientas la realidad y cómo es asumida por otros/as cuando afrontan el momento del parto, y las implicaciones cambiantes y particulares asociadas. En los diferentes hospitales y maternidades de la ciudad de Caracas se presentan experiencias diferentes para cada mujer, sus acompañantes y el equipo médico.

Lo esencial es, comprender que existen unas relaciones pero que a su vez estas relaciones se jerarquizan produciendo disparidad dentro de la estructura



institucional entre la parturienta y sus familiares, sin embargo, es posible que esta disparidad no converja en el poder vertical absoluto de la institución, sino en hechos de otra naturaleza que se gestionan camuflados en la cotidianidad. En este paradigma, desde la dimensión epistemológica, el/la investigador/a social es inclinado/a a valorar aspectos descriptivos del fenómeno de estudio, es así como emerge un profundo interés en el contexto de los/as agentes sociales, las interacciones que se ejercen, y la constante producción de significados de estas interacciones. Por tal motivo, investigar desde lo minucioso es posible en el aspecto común y cotidiano de las personas, en lo narrativo, en la significación del lenguaje, en las interacciones, y desde primera instancia la valoración activa de percepciones, vivencias e interpretación que asume el “facilitador” bajo acuerdos con los/as demás involucrados (Pérez, 2002).

Según el tratamiento que se le da al proceso de parto, la familia de la parturienta debe dejar de participar en alguna etapa de este, aunque la separación no implica que los familiares queden fuera de este acontecimiento, ellos mientras tanto ocupan el espacio físico que les asigna la institución, también experimentan e interpretan un conjunto de elementos. Estar a distancia puede producirles tanto a ellos como a la parturienta emociones fluctuantes como angustia, ansiedad, temor y grandes niveles de estrés.

Guba y Lincoln (2002) exponen, sobre la dimensión metodológica cómo el investigador o investigadora social organiza estas suposiciones y le da sentido por medio de la interacción entre ambos, permitiendo reproducir estas emociones desde el aspecto dialógico, por ejemplo, cuando alguno de los familiares expresa

el estado emocional que sostuvo en el momento del parto de su hija, hermana, esposa entre otras, está reconstruyendo y reviviendo esa experiencia para sí mismo/a y para el/la otro/a, entendiendo que solo desde su manera particular de sentir e interpretar dará cuenta de la forma en que ese acontecimiento quedó registrado en sus recuerdos; es por medio de la reproducción del registro del hecho que se podrá representar el proceso de separación de la parturienta por medio de los significados que esto dejó en las personas involucradas.

No es un proceso cerrado, el beneficio no solo es para el/la investigador/a, pues el carácter intencional en el que se manifiestan estos recuerdos le permite al/la narrador/a revelarse, a sí mismo, aspectos ocultos, que al ser verbalizados posibilitan la reconstrucción de nuevos significados por medio de la investigación.

En este paradigma, la investigación no solo cuenta con el compendio de registro de experiencias de la mujer embarazada, sino que reconoce la existencia de alguien más, quien posibilita y da inicio a la investigación y aún más importante, ese alguien (investigador o investigadora) está compuesto también de vivencias registradas. La experiencia conservada de actores/as, investigadores/as y agentes sociales se consideran realidades que se sostienen cada una por su cuenta, en una estructura mental de consistencia múltiple (Guba y Lincoln, 2002) como hechos sociales ubicados en espacio y tiempo específico.

Por tal motivo, cada actor/a cuenta como una entidad dialéctica que responde y contribuye de forma diferente al proceso de investigación. Al comunicar estas tantas construcciones sociales se producirá una alimentación individual de una construcción con la otra (Guba y Lincoln, 2002). El propósito

de reconocer esta variada existencia de construcciones es que sean más consensuadas, condición que se logra mediante la acción dialéctica de los/as participantes incluyendo al/la investigador/a, desde el uso de las técnicas de hermenéutica.

### **3.2 Investigación Cualitativa**

El origen de esta investigación se compone desde el carácter interpretativo y desde la perspectiva asumida al momento de observar los acontecimientos. La vida de una mujer embarazada puede colocarse en un sinfín de situaciones, escenarios, actores y de tantas construcciones y significados posibles, donde el/la investigador podrá asumir un foco para profundizar en la comprensión, no por esto los demás ángulos no tienen relevancia, por ejemplo, la experiencia que pueda atravesar una embarazada en su trabajo de parto se diferencia de otras si consideramos a su vez que esta mujer múltipara, diferente a una primeriza que tendrá otra observación sobre cada una de sus vivencias e inclusive la misma mujer múltipara tendrá registrado cada parto de diferente manera.

La investigación cualitativa es definida por diferentes criterios, asumo aquí los señalados por Taylor y Bogdan (1987) que identifican mi estudio con una investigación cualitativa. Estos criterios estructuran el estudio para que el investigador/a pueda dar cuenta del fenómeno social sin someterse a proceso rígidos y estandarizados “Es un modo de encerrar el mundo empírico” (p. 20). Para esta investigación permitieron ajustes progresivos a los requerimientos del

estudio, tomando en cuenta que “La investigación cualitativa es inductiva” (Ibid.), las preguntas de investigación se iban estructurando de acuerdo al desarrollo del estudio, en este sentido, hacer los ajustes del guion temático en función de las características de las entrevistadas, las posibilidades de ingenio y los ajustes que ofrece la investigación cualitativa al investigador/a van desde la experiencia de campo hasta el proceso de análisis. La investigación cualitativa también nos invita a una mirada amplia del sujeto y sus relaciones, “En la investigación cualitativa el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística” (Ibid.). No solo el aspecto del trabajo de parto es significativo para el estudio, sino todo aquello que colocó a las participantes del estudio en esa posición histórica y social.

Desarrollar investigación cualitativa implica un nivel de sensibilización social “Se ha dicho de ellos naturalistas” (p. 20), las interacciones con las madres ocurrieron a medida que ellas se vinculaban con el propósito de estudio, antes de las entrevistas propicié conversaciones que nos permitieron el acercamiento y la manifestación de nuestros intereses. La esencia del ser humano como intérprete y comunicador/a prevalece sobre el método en sí. El contexto de las entrevistadas fue la clave para entender que desde allí sus relatos cobraban vida, incluso, en la comodidad de su comunidad sentía fuerza en sus discursos “Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas” (Ibid.). “Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas” (Ibid.). Las desigualdades sociales de las entrevistadas las relega a un sector vulnerable de la sociedad es, por tanto, importante para la investigación cualitativa conocer sus experiencias y privilegiar sus discursos en la sociedad,

como lo señaló Lewis (1965, citado en Taylor y Bogdan, 1987, p. 21) “He tratado de dar una voz a personas que raramente son escuchadas”.

Las entrevistadas son mujeres dotadas de valentía y fuerza, estas características fueron posibles de percibir a través del uso de métodos cualitativos, escuchar sus experiencias me permitió un acercamiento empático hacia ellas “Los métodos cualitativos son humanistas [...] Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad” (p. 21). En el acercamiento a las relaciones íntimas, familiares y sociales, desde los relatos hasta la observación, en general, el detalle de la vida de las entrevistadas me acercó a una mayor comprensión de su mundo interior, de esta forma se fortalece la veracidad de este estudio, así “Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación” (Ibid.). Estas cualidades de la investigación cualitativa refieren a una metodología que se ajusta a las necesidades de investigación “Los métodos sirven al investigador; nunca el investigador el esclavo de un procedimiento o técnica” (p. 23), el hecho de que un primer grupo homogéneo de mujeres parturientas fuera mostrando similitudes, me permitió abrir la perspectiva para conocer la experiencia de otras mujeres con otras características. Los criterios que se fueron creando a medida que desarrollaba la investigación contribuyeron a valorar las características de las informantes y su realidad social.

### **3.3 Diseño de la investigación**

En el diseño, el primer elemento a considerar es la flexibilidad que este posee debido a sus condiciones tanto ambientales (escenario) como de abordaje al agente social (sujeto de estudio) por eso lo provisional también forma parte de las características, pues no es un diseño que cumple desde el inicio estrictamente un orden, si no que más bien, el orden es simultáneo, los cambios que emergen son asumidos normales en este tipo de investigación (Ruiz, 2009).

Con base en la teoría fundamentada, es posible considerar la facultad profesional del/la investigador/a social al analizar los datos por medio del proceso de interpretación. Poder extraer lo mayor posible las estructuras de significados y cómo estos significados son viables en su alcance social es, en resumen, la toma de lectura del/a agente social (Ruiz, 2009). El diseño escogido que posibilita, define y da sentido a la información con el debido proceso sistemático se puede estructurar desde la teoría fundamentada. “Se refieren a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí” (Strauss y Corbin, 2002, p. 21).

### **3.4 Participantes y contextos**

En la selección de los participantes se pueden mencionar dos etapas estratégicas descritas por García, Gil y Rodríguez (1996). En la primera etapa, los

autores recomiendan que este primer acercamiento sea de carácter informal, tiene que ver con el momento inicial del acceso al campo, lo que él/ella identifica, qué conversaciones se manejan allí y qué entorno hay en ese lugar. En la segunda etapa, un acercamiento formal, una mirada psicosocial del ambiente y de las proyecciones sociales de las personas, consiste en revisar qué interacciones se constituyen entre los/as agentes sociales y el espacio, en qué tiempo se presentan y observar entre esta población concentrada las características individuales como: profesión, competencia, estructura de funcionamiento, forma de las actividades, tiempo en que se realizan, entre otras.

Posteriormente conviene identificar a un/a informante o más de uno. La intención es que esta persona reúna consigo conocimiento, experiencia y al mismo tiempo disposición de tiempo en la investigación. (García et al., 1996). Así, en centros hospitalarios públicos ubicados en Caracas, sería importante y primordial reconstruir el hecho en conjunto con una o varias mujeres que hayan sostenido la experiencia del parto y desde su saber poder conversar sobre su valioso conocimiento.

En esta investigación los criterios que se consideraron para la selección de las participantes permitieron la constitución de un grupo heterogéneo: mujeres en edad reproductiva, pacientes de diferentes centros de salud pública, con variedad de número de partos. Sus características que representaron aportes singulares para el estudio fueron su situación de pareja para el momento de la entrevista, las condiciones habitacionales y la presencia de la familia en su experiencia de

embarazo, parto y posparto. Las participantes se encuentran representadas en la tabla siguiente:

**Tabla No. 1.** *Participantes y centro hospitalario de atención*

No	Inic.	Edad	No. de partos	Pareja / familiares	Zona de residencia	Centro hospitalario
1	C	25	2	Sin pareja/ Padres	Catia, Los Frailes – Caracas	IVSS Maternidad Santa Ana
2	M	32	3	Sin pareja/ Padre, hermanos y sobrinos	Guarenas – estado Miranda	Hospital Materno Infantil de Petare
3	E	29	3	Pareja e hijos	Cementerio – Caracas	IVSS Maternidad Santa Ana
4	Y	18	2	Pareja e hijas	San Juan – Caracas	Maternidad Concepción Palacios
5	L	39	3	Sin pareja/ Hijo y hermanos	San Juan – Caracas	Maternidad Concepción Palacios
6	D	18	1	Pareja, hijo y amistades	San Martin – Caracas	Maternidad Concepción Palacios

### 3.5 Método de producción de la información

Los datos están presentes en todo el proceso investigativo, son simultáneos con el análisis e inclusive son también parte del diseño, no son asumidos como entidades separadas (Coffey, 2003). Tampoco se elaboran de manera separada al resto de la metodología. Los datos son sustraídos por medio de entrevistas, diarios de campo y acciones que apunten a profundizar el análisis y poder buscar una teoría que dé cuenta de ellos.



De allí pues, la información en la investigación cualitativa responde a lo minucioso de su naturaleza, está presente en lo cotidiano y desde esta perspectiva se podrá capturar la complejidad del mundo social, lo que representa interés profundo para la Psicología Social, sobre todo, el contenido de las personas tanto como individuos o miembros de grupos constituidos en lo social, partiendo que en la cotidianidad estas acciones no son explicables para el mismo sujeto ni de forma explícita (Martín-Baró, 1990).

En este estudio, utilicé como método para la producción de la información la entrevista en profundidad (Valles, 2002) Dentro de esta perspectiva la práctica de lo cotidiano puede traducirse en algo simple, sin contenido científico; las expectativas de una conversación rutinaria pueden ser bajas al encontrarnos con elementos sobreentendidos, es entonces, donde adquiere importancia, lo oculto, lo que no se había dicho nunca o lo que se ha dicho y forma parte de lo obvio. La entrevista es precisamente un catalizador que excava en el agente de estudio cuando este/a se conecta con su mundo objetivo; posee el don de explicar lo que no necesita ser explicado “lo obvio” reconociendo quién contiene la sabiduría, los detalles y el saber, comprendiendo que solo él/ella puede dar cuenta de sus propias experiencias y construcciones de los hechos.

En la construcción del guion de entrevista (Anexo 1) orienté las interrogantes de mi observación e interacción tanto con el espacio como con los/as agentes sociales, sobre todo preguntas que me dirigieron más de lo que el agente social contiene y no lo que yo deseaba saber, formuladas en preguntas no directivas (Taylor y Bogdan, 1987). De igual manera, fue importante considerar la

formulación de preguntas no tan estructuradas como guía para aproximarme a comprender las experiencias de las parturientas.

Otro aspecto de gran importancia fue considerar el lenguaje como el canal de interacción que manejan las participantes, en la observación (Taylor y Bogdan, 1987). El lenguaje es la entrada y llegada a cada mundo particular. Este elemento debe ser reconocido, focalizando cómo se da el uso del lenguaje en esos espacios, partiendo de lo esencial lo cual es comprender el mundo del otro/a, su clasificación y cómo da cuenta de él (Anexo 2).

### **3.6 Método de análisis de la información**

El método de análisis permite que se produzca teoría a partir de los datos. Esta teoría no solo cumple con describir posturas de fenómenos, sino que además genera conocimiento mientras amplía las formas de la o el investigador para comprender el mundo (Strauss y Corbin, 2002). Elaborar los datos mientras están siendo registrados y conocer que durante el proceso de codificación también se accede al proceso de análisis, es el desarrollo simultáneo de la investigación (Bonilla y López, 2016). De esta manera, es posible responder a los objetivos planteados.

En los datos construidos surge la verdadera sustancia de la investigación, sin embargo, no es suficiente con que esto se encuentre dispuesto allí, pues el método de análisis forma también en sentido imperioso la visión que va a tomar la/el investigador/a. En el método comparativo constante de la teoría

fundamentada obtenemos la condición de datos expuestos para denominar, en términos de propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002). Estas denominaciones permiten claridad para la/el investigador al respecto del fenómeno, esta herramienta permite analizar simultáneamente mientras se etiqueta, crean conceptos y se establece comparación entre ellos.

Entre los aspectos resaltantes que posibilitan la creación de teoría se pueden destacar: el criterio de selección de la muestra, la creación de las categorías principales, si estas categorías establecen relación con el muestreo teórico, el carácter enunciador de los conceptos. De igual manera considerar dentro de los elementos del criterio ¿cómo se fundamenta el análisis final de los datos? (Ibid.).

A partir de la intención de elaborar teoría que se fundamenta en los datos es significativo valorar los siguientes criterios (Strauss y Corbin, 2002): que el proceso de la generación de conceptos se toma del balance entre el uso común de nuestro lenguaje y el aspecto teórico al fenómeno; la sistematización se amplía en la relación que surge entre los conceptos en sí, aunque estas relaciones no se presenten de manera consecutiva; se pretenden hallazgos teóricos relevantes de valor, que permitan representar el uso notable de los datos para desarrollar posteriormente conocimiento significativo; la versatilidad de enfocar desde varios prismas un solo concepto conduce a examinar de diferentes puntos sus dimensiones y así la variación dentro de la teoría. Estos criterios pueden ser conductores de la criticidad y evaluación por segundos/as lectores.

En el análisis se consideran tres procesos de codificación. La codificación abierta que implica identificar fenómenos y asignar códigos posibilitó la creación de conceptos, en general, conceptos del saber común tomados de las propias palabras de las entrevistadas y, en otros casos, conceptos teóricos. Logré así crear una lista de conceptos que posteriormente pasaron a ser categorías y subcategorías; a través del análisis y jerarquización de conceptos. Clasificar la información por medio de este proceso me permitió analizar y comparar de forma paralela.

La codificación axial me permitió la creación de familias de códigos, es decir, establecer la relación jerárquica que guarda un concepto con otro en términos de categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones. En el proceso de identificar estas relaciones, los esquemas elaborados iban respondiendo a la categoría central de la investigación, en esta etapa del proceso, las subcategorías facilitaron la estructura de análisis. Cada mujer manifestó un tipo de experiencia diferente al principio, sin embargo, las similitudes no fueron previstas con facilidad, por medio de la agrupación visualicé, que los conceptos elaborados guardaban mucha relación entre sí, solo luego de la clasificación y organización de los conceptos el estudio.

Para finalizar el proceso de codificación, aunque este no se dio de forma lineal, en la codificación selectiva, en torno a la categoría central, pude unir en análisis los diferentes conceptos y, de este modo, la creación de teoría sustantiva dio cuenta de los significados elaborados por las mujeres entrevistadas.

### 3.7 Criterios para evaluar la calidad del estudio

Los estudios culturales se distinguen por la composición que ofrecen: “un foco hermenéutico en las realidades vividas, un análisis crítico (pos) estructuralista de los discursos que median nuestras experiencias y realidades y una investigación contextualista/realista de las estructuras históricas, sociales y políticas del poder” (Saukko, 2012, p. 316). En ellos, las corrientes metodológicas o modos distintos de investigación que representan las dimensiones: contextual, dialógica y autorreflexiva, son integradas en tres tipos de validez homónimas.

Las valideces derivadas aluden a: la “realidad social” (validez contextual), las “realidades locales” (validez dialógica) y, la “modelación social de la realidad” (validez autorreflexiva) (p. 317). Su articulación dentro de los estudios, proporciona la posibilidad de que la investigación social asuma el papel de un actor social que trata “conexiones entre las diferentes instituciones, personas y cosas, creando, fomentando y deteniendo los procesos sociales” (p. 319), y con ello facilita “dar sentido a lo qué es cómo afecta a los diferentes pueblos y cuál es nuestra función en él” (Ibid.).

Las formas de asegurar la “veracidad” de la investigación (p. 318), que procura el abordaje multidimensional de la investigación social, se traduce de forma diferente y complementaria. Desde la *dimensión contextual* en la posibilidad de llevar a cabo “un análisis de los procesos sociales e históricos y el valor o la validez del proyecto depende de cuán detallada y justificada o correctamente se ha hecho” (p. 321). Investigar las experiencias de mujeres parturientas en centros hospitalarios públicos me llevó a revisar el contexto social

en el que sus vidas transcurren, las condiciones que históricamente han definido sus prácticas e interacciones sociales, la asignación que les dan a sus diferentes roles como mujeres, sus historias, contexto y discursos relacionados con las estructuras sociales en las que se insertan y la forma en que co-determinan sus vidas.

En la *dimensión dialógica*, se busca “tomar con seriedad las realidades locales” (p. 325), y entender la concepción de mundo que asumen las persona al “dar voz a las experiencias que han sido descuidadas por la sociedad en general” (p. 28). Mi interacción con algunas parturientas de centros hospitalarios públicos de Caracas, me permitió conocer de primera mano sus experiencias y relaciones, además de diversas realidades presentes en la vida hospitalaria. Los códigos que se generan en las salas de parto son exclusivos entre las mujeres y el equipo de salud, los diálogos, las expectativas y las emociones respondían a las interacciones que mantenían dentro del espacio. Las interacciones con las otras parturientas validaron para ellas qué lugar ocupan en el mundo hospitalario

A través de la *dimensión autorreflexiva*, la validez se focaliza en la “Reflexión crítica acerca de cómo los discursos y los procesos sociales configuran o median la manera en que nos experimentamos a nosotros mismos y a nuestro entorno” (p. 328). En mi postura de investigadora, experimenté cómo las percepciones previas del fenómeno de estudio en algún momento regularon los conceptos que definían las teorías de la investigación, es a través del análisis de la información que resulta posible la creación de conceptos nuevos, la clasificación y proceso de codificación permiten despojarse de esquemas conceptuales que se

explican en círculos de información. La autoreflexión sobre una postura investigativa abierta y no circular, facilitó el desarrollo de perspectivas que dieran mayor explicación al fenómeno. También incorporó parte importante del sentido de la investigación comprender a estas mujeres, sus discursos sociales, sus experiencias desde una postura de escucha participativa. El aporte que me suministraron es importante para todo el desarrollo del estudio, no obstante, ellas contribuyeron en mi vida personal y profesional con conocimientos, sensibilidad investigativa y criticidad.

Las consecuencias específicas que tiene esta investigación para la realidad: la experiencia de las parturientas que participaron en ella, serán leídas y comprendidas ofrece, además, la oportunidad de que otros grupos sociales reconozcan sus esfuerzos y valentía durante su experiencia de parto. La interpretación de la realidad que ocurre en las salas de parto permite reflexionar sobre las relaciones de poder que se gestan en estas estructuras, las mujeres se sintieron sometidas y humilladas, estas consecuencias sugieren para el estudio que los centros de salud cuenten con grupos de contención emocional donde las mujeres puedan resignificar sus experiencias.

### **3.8 La experiencia de investigación**

Al inicio de esta investigación, las interrogantes eran pocas, solo el acercamiento al contexto hospitalario estaba centrado en mi interés, luego de las primeras observaciones me surge la necesidad de analizar ¿Cómo son las

dinámicas de atención que recibían las parturientas? Mi experiencia previa con el parto en una institución de salud pública me aportó elementos disuasivos. Es por esto, que mi postura ontológica facilitó aclarar cuáles eran mis intereses frente a estas interacciones. Indagar ¿Por qué algunas mujeres que acuden a centros hospitalarios públicos, anecdotizan sus experiencias como hazañas y les queda un registro de vida muy importante?

En el desarrollo de la investigación me vinculé con los relatos de las madres, exploré versiones discrepantes a las ya escuchadas, a la ya vivida. Estas nuevas experiencias aportaron diferencias y similitudes que aumentaron mis expectativas en la investigación, los nuevos elementos le dieron textura, color y densidad al estudio. Lo que creía conocer se disolvió entre los datos, de este modo, los hallazgos revelaron información distinta de las deducciones del inicio sobre las interacciones médico-paciente.

En el proceso de aprendizaje se integraron herramientas para la comprensión de textos académicos, estas a su vez aplicaron para mi vida cotidiana y mi mundo de relaciones, el nivel de comprensión de mi contexto me dio una visión ética y considerada hacia mis compañeras de investigación (las madres), quienes también me aportaron grandes conocimientos académicos y cotidianos. La interacción con las madres del estudio fue satisfactoria. En mi experiencia general, fue un trabajo largo y riguroso, requirió de mucho esfuerzo intelectual, que pude lograr por medio del acompañamiento profesional de las tutorías, esta orientación me condujo al ejercicio continuo y reflexivo de entender mi propósito principal: ser el medio para que las mujeres expresaran sus vivencias y ser



escuchadas a través del estudio. No despegarme de este propósito me guío durante todo el camino.

## Capítulo 4

### RESULTADOS: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Este capítulo está estructurado en dos partes: (1) Análisis de los resultados de acuerdo a las categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones que conforman el esquema conceptual; (2) Discusión: la interpretación del tema de estudio se presenta en una propuesta de teoría sustantiva.

#### 4.1 Análisis

Para efectos de facilitar la lectura y su comprensión, presento de entrada el esquema conceptual derivado del análisis de la información que, a su vez, sirve de marco para la presentación de los resultados.

##### 4.1.1 La fatalidad me acompaña y “la administración pública es muy fría”

###### 4.1.1.1. “Sentía que eso era culpa mía”

*Castigada por Dios*

*Sin palanca ni dinero*

###### 4.1.1.2. Se naturalizan los procesos

*Doctores “dándoles clase a los estudiantes”*

*Todo normal*

*Soportar lo que venga*

*Es la norma separarse de los familiares: “lo decide el miliciano”*

##### 4.1.2. Entre violencia, apoyo y muchas expectativas

###### 4.1.2.1. Diferentes tipos de violencia

*Violencia psicológica*

*Violencia física*

*Violencia obstétrica*

*“Ni siquiera le vi la cara... ¿y si me lo cambian?”*

#### **4.1.2.2. Diferentes tipos de atención**

*Médico ofrece apoyo y tranquilidad*

*Atenciones del postparto inmediato*

#### **4.1.2.3. Lo que hubiera querido**

*Médicos didactas*

*Respeto a la privacidad*

*El parto ideal es con acompañamiento familiar*

#### **4.1.3. En un momento particular de la vida**

##### **4.1.3.1. En qué momento me llegó el embarazo**

*En pobreza extrema*

*No lo quería tener*

##### **4.1.3.2. Durante el parto**

*Sentirse humillada*

##### **4.1.3.3. Embarazo y situación familiar**

*Familia comprometida con el embarazo*

*Apoyo incondicional del papá del niño*

#### **4.1.4. Instituciones de posible acceso**

##### **4.1.4.1. Las instituciones de salud pública**

*La responsabilidad con el parto*

##### **4.1.4.2. Tuve que parir ahí**

*El recorrido*

*La mejor opción para parir*

#### **4.1.5. El personal de salud y compañeras de parto**

##### **4.1.5.1. Equipo de salud**

*Los médicos*

*Compañeras de parto*

##### **4.1.5.2. Los familiares que acompañan**

*Lugar de espera de los familiares*

*Visitas posparto de familiares en la habitación*

#### **4.1.6. La peor experiencia, para no repetirla**

##### **4.1.6.1. Heridas emocionales**

*Eso es lo más triste que me ha pasado en mi vida*

*Resentimiento*

##### **4.1.6.2. Después del parto**

*Lesiones físicas*

#### **4.1.1 La fatalidad me acompaña y “la administración pública es muy fría”**

Las instituciones de la administración pública se califican como muy “frías” desde la experiencia que las parturientas tienen de ellas cuando recurren para ser atendidas. Los significados que las entrevistadas construyen de estos lugares parecieran responder a designios externos a la voluntad de mujer, fundamentalmente porque consideran que estos son los lugares a los cuales deben acudir, debido a que en estos sitios pueden expiar la culpa que se adjudican a sí mismas (por un embarazo no deseado, por ejemplo) y al estar allí se deben aceptar las condiciones que se imponen, las cuales son parte de la práctica cotidiana que en esa institución se realiza.

##### **4.1.1.1 “Sentía que eso era culpa mía”**

La culpa, es un sentimiento social, que se arraiga y se valida en lo social. Algunas mujeres pueden sentir varios tipos de culpa; culpa por no tener pudor; por lo que expresa moralmente; por deseos impuros; incluso por no traer un hijo/a al mundo en “buenas condiciones”. Si es Dios quien castiga, entonces, la culpa tiene razón espiritual y religiosa. Dios beneficia a la mujer través del embarazo (un hijo/a) y es Dios también quien castiga el no aceptar tal bendición. En la religión cristiana los hijos/as son la más pura manifestación de la creación, en el embrión se encuentra la vida que El padre ha puesto en aquella mujer bendita y agraciada ante sus ojos.

En la biomedicina la temprana y oportuna revisión clínica del embarazo garantiza que el mismo se lleve a feliz término; esto implica un niño/a sano; una madre sana; y el apego temprano del hijo/a para amamantarlo, si esta revisión clínica no se realiza en el primer trimestre del embarazo puede traer como consecuencias un desenlace contrario al apego inmediato del/a recién nacido y la madre. “Por no ponerme en control ni nada de eso” dos discursos sociales que la confrontan, el de la biomedicina y el religioso, ambos entrelazados en su castigo.

El impacto emocional que genera el no poder estar con la/el recién nacido, envuelve muchos sentimientos y entre ellos la gran pregunta cuando algo no sale bien ¿Qué hice yo para merecer esto? Una mirada retrospectiva, o una respuesta que siempre estuvo presente de un Dios castigador y un discurso social cuestionador. Así, *castigada por Dios* es una expresión que recoge la autoinculpación de la mujer por tener los pensamientos y acciones tipificadas desde la religión cristiana como “pecado”. El pecado deriva en la culpa y, a partir de ella, inicia su expiación con el castigo:

[...] y cuando la vi ahí [la hija en incubadora] sentía como que Dios me estaba castigando, por lo que yo dije: porque yo no la quería tener, porque cada vez que me daba rabia maldecía mi barriga, todo eso me sentí mal y yo la veía, y yo sentía que eso era culpa mía y en sí, si era culpa mía, por no ponerme en control ni nada de eso (Y, 18, 2, p. 3)<sup>1</sup>.

Otra manifestación del fatalismo que acompaña a la parturienta que recibe la atención en instituciones públicas de salud es la condición *Sin palanca ni dinero*. Estos aspectos que simbolizan el concepto de “palanca”, tales como; dinero, movimiento, conocidos o familiares que trabajen en ese hospital y

---

<sup>1</sup> (Y, 18, 2, p. 3): Inicial del nombre de la parturienta, edad, número de partos, número de página de la entrevista donde se encuentra la cita textual.

controlarse el embarazo allí, implica una forma diferente de estar dentro del centro de salud. En la expresión coloquial venezolana palanca puede significar –ese esfuerzo extra beneficioso o aquello que se gestiona en beneficio, por encima o por debajo de la norma–. Contar con un familiar dentro del centro hospitalario le permite a la parturienta gestionar sus solicitudes a través de él y, en el caso contrario, no contar con alguien que trabaje allí, ni con dinero la obliga a gestionar sus solicitudes directamente con el personal de salud que es la norma. Ahora, esto puede implicar para ellas una desventaja o un sentimiento de impotencia, pues “el movimiento, el dinero, conocidos” antepone una especie de garantías que les permitirán disfrutar de beneficios no dados a las demás compañeras de parto, por ejemplo, “que te atiendan de lo mejor”, que te puedan hacer la cesárea y ligar al mismo tiempo.

La palanca, también es una forma de explicar lo que está sucediendo. Unas mujeres gozan de la compañía de sus familiares en el posparto inmediato, otras gozan del beneficio de haber sido atendidas de manera completa “cesárea y ligadura”. El que algunas parturientas puedan beneficiarse de estos servicios frente a otras supone un perjuicio para ellas, se trata de que la buena o mala atención es directamente proporcional al poder de la palanca, es otorgar al personal del hospital un beneficio por otro beneficio que impactara directamente en la parturienta:

Que algunas las atendían bien, algunas las atendían mal porque ellas estaban y que cansadas. ¡Más nada! Porque tienen palanca, movimiento. Porque después yo vi que para sala de parto metieron a un hombre a los cuatro días, para la habitación de nosotras, que no está permitido un hombre cuando uno está recién parido meterse. Él fue a atender a la mujer, pagándole al camillero y a una doctora que lo dejara pasar a ver a su hijo

en el piso cuatro. Eso es como te digo horroroso, horroroso. Si usted tiene plata usted pare y la atienden de lo mejor, no se le mueve el camillero ni la enfermera de ahí (L, 39, 3, p. 7).

Yo digo que era por palanca también, porque yo le pregunté a una muchacha que había parido y ella me dice que sí le hicieron cesárea porque ella estuvo en control con ese doctor y estaba allí trabajando una prima o una hermana, y le hicieron la cesárea y la ligaron ¿Por qué no me la hicieron a mí? Yo digo que es por eso, porque como no estuve en control ahí, ni en control con él, ni nada de eso, yo digo que es por eso (M, 32, 3, p. 3).

#### **4.1.1.2 Se naturalizan los procesos**

*Doctores “dándoles clase a los estudiantes”*. Dentro de los espacios de orden social se generan culturas y como toda cultura requieren de tiempo para que sean aceptadas, internalizadas y finalmente tipificadas. En algunas circunstancias el sinónimo de cultura no es igual a una definición efectiva, no se trata de entender el modo de relaciones por medio de un rango valorativo, pero es importante establecer que no necesariamente lo que se da en el tiempo como habitual sea igual de conveniente para todos los participantes, sin embargo, su aceptación y curso no depende de que lo establecido se base en una conveniente relación igualitaria. Estas dinámicas hospitalarias nos proponen categorizar las funciones del personal de salud: unos enseñan y otros aprenden, ellas son el instrumento de aprendizaje y los doctores son quienes manipulan tales instrumentos. Las parturientas reconocen el rol de quienes pertenecen a cada grupo, el que enseña está dando la clase y el que aprende está experimentando con el cuerpo de ellas, de esta manera las/los doctores que enseñan pueden demostrar bajo el estudio de campo a las/ los otros que aprenden, por ejemplo, cómo atender

un parto en miles de posibilidades ¿Que implica para la parturienta que estas prácticas se den con ellas? Las mujeres más allá de ser el sujeto de estudio y representar por medio de su cuerpo el tema de la clase, son ajenas, al mismo tiempo, a eso que se está dando con ellas, pero sin ellas. Soy el sujeto de estudio de la clase, pero no la entiendo. Este consentimiento involuntario de ellas ante estas prácticas les permite ser atendidas a la vez que aprendidas, parte de la experiencia que se suman a las tantas y diferentes formas de estar en la sala de parto.

Suponer un escenario diferente, es colocar un solo grupo y no dos, es decir, un solo equipo de doctores que ya saben lo que deben hacer en el parto, es evitar charlas inentendibles sobre sus propios cuerpos, es ir de alguna manera directo al grano. En estas cuestiones de enseñar y aprender mientras una mujer está viviendo el proceso de parto limita su movilidad frente al “dolor” y aumenta la condición de vulnerabilidad emocional del momento:

Porque ellos, porque hay doctores, creo que están en programa o algo así, incluso la doctora que me atendió estaba con el doctor y él estaba terminando como una maestría en cuestión ginecológica, entonces yo sí recuerdo entre mi dolor que él hablaba de muchos códigos y le decía, ¡no! el examen de yo no sé, del día tal, va a tener ese código recuérdalo, ¿recuerda el caso de fulana? Bueno fulana hizo esto, esto y esto. Y todo era muy científico, pero ellos siempre hablaban de eso, pues (C, 25, 2, p.13).

La doctora estaba como explicándoles a ellos como atender el parto, estaba como tú estás haciendo conmigo, me estás haciendo preguntas y así, iban a la práctica y todo, ellos me metían la mano, y la doctora les decía “es así, tienen que tocar”, ella les estaba explicando conmigo y con ella, con la bebé (Y, 18, p. 7).

El rol que cumple cada personaje dentro de la experiencia de la parturienta, está definido por lo que debe ser y hacer, la mujer que está dando a luz necesita



ayuda y el doctor que está en su parto debe brindar esa ayuda, está bien que enseñen pero que también ayuden. No es solo una relación unidireccional que se presenta, es más que eso, es el beneficio de todos/as; los/as estudiantes aprenden; los/as doctores enseñan y ayudan en el parto, y las mujeres reciben esa ayuda de quienes saben cómo ayudarlas:

Y dando ejemplo y dándoles clase a los estudiantes. Porque era que estaban haciendo pasantías, pero no sé, el doctor me trató mal. Para mí el doctor me trató malísimo, un doctor para ayudar, no me gustó (M, 32, 3, p. 5).

Para la parturienta el servicio hospitalario comprende el estado de “maltrato” o “buen trato” estas palabras significan el todo del estar ahí, del estar en un lugar que es exclusivo para su atención. Durante toda su experiencia ellas internalizan el tema de la atención, sus condiciones físicas no son cómodas, están limitadas de movilidad, así como expuestas a situaciones no previstas y al desconocimiento de algunos procedimientos, por tanto, estar informada y atendida es vital para poder estar al tanto de lo que está sucediendo o puede suceder con ellas y sus hijos/as. Si esta ecuación funciona, las demás “cosas” pasan a otro plano, un plano menos exigente como el de estar atendida o no estarlo. Los otros acontecimientos que están fuera del cuerpo de la parturienta cuentan como lo que transcurre en el tiempo, “estar siempre sola o presenciar otros nacimientos”. *Todo está “normal”* cuando el control del propio cuerpo lo tiene alguien que informa, atiende, apoya, ayuda, y que a pesar de que hay otras cosas que llaman la atención no es lo suficientemente atemorizante como estar mal atendida:

A mí nadie me trató mal, siempre el médico me decía todo lo que iba a hacer conmigo y me daba información clara sobre lo que me pasaba. El

lugar era normal, no había nada del otro mundo, solo que ponían a parir a las mujeres al lado mío y ya (E, 29, 3, p. 9).

Yo no puedo quejarme de que en ningún momento me trataron mal o que me hicieron sentir mal porque, mentira, siempre me dieron mucho apoyo incluso cuando me desmayé, lo único que escuchaba era cuando la doctora me decía “C. no te desmayes, ¡vamos!” siempre fue unas palabras de aliento a pesar que uno estaba siempre solo pues. Nunca me explicaron en sí porque eran demasiados casos que ellos tenían y hablaban muy científicamente, de verdad muy científicamente, yo en verdad no entendí nunca (C, 25, 2, p. 4).

*Soportar lo que venga.* El cúmulo de situaciones que representa estar en una sala de parto de un centro de salud, convierte las expectativas o miedos de las mujeres que paren en una gama de grandes posibilidades, estas se fomentan desde las previas experiencias, desde otros relatos y lo que se va dando sobre la marcha. Un requisito indispensable de estas posibilidades es el dolor, este representa parte importante en la experiencia de la mujer, parir con dolor o con ausencia de él. Por tanto, llegar a una sala de parto y experimentarlo no se convierte en un hecho extraordinario, al contrario, el dolor es un acelerador de decisiones apresuradas y desmedidas por las emociones que atraviesa la parturienta. Desde el trabajo de parto, el parto y el posparto el dolor es un acompañante incondicional, lo que puede variar entre una etapa a la otra es la intensidad de este.

Someterse a prácticas más o menos dolorosas sí implica un estado de exaltación, sin embargo, no es algo ajeno a la experiencia. Poder “soportar lo que venga” está ya previsto en los significados de las expectativas del parto, es un recurso que está ahí y que se toma en cuenta que sucederá:

[El médico ...] me dice: “mira, te vamos a tener que cortar”, y yo le dije “sí, está bien” y él me dice, “sí, pero el anestesiólogo no va a bajar, así que te vamos a cortar sin anestesia, porque él no quiere bajar”, en el momento

yo dije “bueno, si estoy soportado los dolores yo puedo soportar que me corten sin anestesia” (D, 18, 1, p. 5).

Antes de que llegara la doctora, muchos pasantes me metían los dedos, los abrían, le tocaban los piecitos a ella [a la bebé] y me decían: mira le hacemos cosquillitas, y yo con una rabia, porque yo tenía mucho dolor y ellos me metían la mano a cada rato, eran varios enfermeros y pasantes, mujeres y hombres, me metían los dedos (Y, 18, 2, p. 7).

A pesar de lo previsto, hay situaciones que nunca se llegan a imaginar, hay dolores que no se llegan a cuantificar, solo queda esperar que todo transcurra dentro de la “normalidad”. Lo aceptable para la parturienta puede ser soportar que se enseñe sobre su cuerpo o dentro de su cuerpo, se objetive su parto, se generen escenarios dantescos y sangrientos, ellas van sujetas a eso, a lo inesperado. Más allá de vivir una experiencia es soportar la experiencia. Lo que se convierte en inaceptable es ver cómo ese esfuerzo y el dolor se transforman en un relato “en broma” que descalifica la hazaña injusta:

[...] porque la enfermera que está allá me puso el brazo morado, esos dos estudiantes me hicieron el tacto que se siente el corazón del bebé ¿Cómo se siente un corazón de un bebé por medio de la totona de una mujer? Nunca. No soy doctora, no tengo ese curso, no tengo nada de eso, y sé yo más que ellos (M, 32, 3. p. 8).

Sí, porque yo no paraba de sangrar, no tenía sábanas porque ellos no podían, o sea, estaban esperando que yo bajara a la habitación para comunicarse con mis familiares para pasarme, yo sólo tenía una sábana y la bata azul que te ponen, no tenía más nada y todo estaba lleno de sangre todo el colchón, la cama, el tapabocas todo, todo exactamente todo, y verme en esa situación (C, 25, 2, p. 4).

En el momento del parto, *Es la norma separarse de los familiares: “lo decide el miliciano”*. Este viacrucis comienza con el miliciano, el miliciano es la primera estación que se topa la parturienta en el recorrido del parto y donde aún los familiares tienen contacto con ella, es el momento de comenzar a sentir

intensamente lo que vendrá y es justo en esa “casilla” el lugar de despedida y de encuentro con los familiares.

Los primeros momentos que la parturienta experimenta cuando llega al centro de salud público, incluso sus primeros diálogos son con el personal de seguridad “el vigilante”, “el miliciano”, este le comunicara la primera norma que debe seguir la parturienta separarse de los familiares. El personal de seguridad, es la primera cara, “el rostro de la institución”, es como si en esas interacciones no existiera nadie más que pudiera figurar como rostro de la institución, como si todo el hospital se viera reducido a una sola persona “el miliciano”, el veredicto contundente de “no, ella pasa sola y los familiares quedan afuera” es la sentencia final irrevocable y solo sienten que deben acatar fielmente. Las necesidades que puedan aquejar a la parturienta y sus familiares quedan reducidas a la mayor de todas, el parto sin acompañante al separarse inmediatamente y ser atendida, el resto de la dinámica queda dependiente de otras figuras, pero el que vigila la entrada debe asegurarse que la norma de ingreso se cumpla sin dar espacio a consensos o demandas emocionales:

Que lo dicta el vigilante. Bueno los milicianos, son milicianos, más nadie, lo decide el miliciano que está ahí de portero, más nadie (L, 39, 3. P. 13).

Afuera entras por emergencia y ahí entrando está como una casilla, donde están los milicianos, había un señor miliciano, que me pide la cédula y anota mis datos y anota los datos de la persona que me acompañaba, que era mi esposo, me llevé a la otra niña también, yo salí de aquí a las cinco de la mañana. Duré tres días con dolores, anotan mis datos y después los de él y luego paso yo, con mi papelito sola (Y, 18, 2, p. 6).

El vigilante dijo que no. El vigilante dijo “no, ella pasa sola, los acompañantes quedan afuera”, incluso la gente que tiene familiares ahí complicados y bebés recién nacidos y todo eso duermen afuera en la calle, en una acerita ahí (C, 25, 2, p. 15).

El malestar que despierta en las parturientas una norma, una común norma, por ejemplo, en otros lugares pasar sola no es más que dejar al acompañante esperando un tiempo, es pasar a ese lugar con ropa, con zapatos, con la confianza de tener entre las manos y en el cuerpo la protección suficiente para estar tranquila, diligenciar y continuar con el curso del día. Pero esta particular norma exige algo más, que no se limita solo a despojar lo que está constituido en el imaginario social que representa el estar vestido/a y resguardado detrás de una indumentaria, exige también, que se despoje de la seguridad emocional que le brinda ese otro/a que está con ella. Es quedar literalmente “desnuda” sin nada, ni nadie:

Entrando me quitan mis pertenencias y se las entregan a mi mamá, porque ella no podía entrar, la ropa, y me dejaron en la bata quirúrgica el resto del día. Volví a ver a mi mamá hasta el día siguiente a las 10:00 am (E, 29, 3, p. 7).

Afuera en la calle, calle, calle. A uno no dejan pasar a nadie así. Yo sentí bueno, ¡que se me iba a caer el mundo pues! Yo quería que mi hermano y mi hermana estuvieran conmigo, pero no los dejaron pasar (L, 39, 3. p. 11).

En síntesis, ser sujetos de un trato que responde bien a la fatalidad que hace parte de la vida misma por rechazar la nueva vida que alumbrará, por asumirse en estado de desvalimiento e indefensión al carecer de influencias o dinero, por recibir una atención no deseada y vivir unas prácticas institucionales ajenas al trato digno y considerado de su situación, definen el por qué la experiencia de estas mujeres parturientas las hace sentir solas, maltratadas y las obliga a estar en silencio.

#### **4.1.2 Entre violencia, apoyo y muchas expectativas**

El recorrido de las entrevistadas dentro de los centros hospitalarios públicos está lleno de experiencias asumidas y sentidas como violentas. Dentro de los diferentes tipos de violencia, sintieron agresión psicológica, física y obstétrica, al mismo tiempo, definen diferentes modos de atención y los contrastan con expectativas de lo deseado sobre su parto. En el caso de las madres primerizas aspiraban una relación médico-paciente a través de una actitud didáctica, que indicara cada parte del proceso de forma paciente y solidaria; las madres multiparas aspiraban una atención dialógica, respetuosa y considerada.

##### **4.1.2.1 Diferentes tipos de violencia**

Las personas víctimas de *violencia psicológica*, están sometidas a presiones y cuestionamiento de sus capacidades cognitivas, físicas y sociales, esto va perjudicado por consiguiente el desarrollo sano personal o social de sus vidas, estas agresiones pueden ser circunstancial o de carácter continuo, con intención intrínseca de hacer daño, y de alguna manera deja secuelas negativas en la psiquis de las personas. A través del lenguaje violento, de expresiones humillantes, ofensas y sobre todo de palabras descalificadoras se ejecuta el maltrato, señalando al victimario/a como agresor/a y dejando a la víctima en una situación de agobio

Las palabras que descalifican las acciones y emociones de la parturienta, la hacen sentir desacreditada ante el esfuerzo y sobre todo ante el dolor que jamás había imaginado que iba a sentir. La situación que atraviesa la primeriza respecto a la expresión descalificada sostenida por el médico tratante contra ella, la hace

pensarse y replantearse retóricamente, cómo es posible que un dolor tan grande, sentido por primera vez pueda ser interpretado como una emoción sobre actuada, y la lleva confirmarse a sí misma la fuerza que sostuvo para ese momento:

Entró fue el otro [médico], el otro estaba molesto conmigo porque para él yo hice un show. Yo siempre he dicho que no lo considero un show, lo considero como el dolor por primera vez que nunca te has imaginado en tu vida (D, 18, 1, p. 7).

Para la mujer múltipara es importante la atención de sus necesidades a tiempo, ya que su experiencia en los síntomas y signos del parto la hacen estar más clara sobre su proceso y pueden indicar y narrar con facilidad lo que van percibiendo. Ellas sienten la capacidad de señalar en qué parte del parto se encuentran, a partir de las manifestaciones físicas que se van dando, permitiéndoles orientarse a sí mismas y por consiguiente al equipo médico. Con respecto al aspecto al lenguaje utilizado por parte del equipo de salud representa para la parturienta un elemento importante en su proceso, es así que las palabras de connotación agresiva que recibe de ellos la dejan sensible frente a su propio saber, el uso de expresiones descalificadoras, comparativas y acusativas la hacen sentir incomprendida.

Una doctora chiquitica, catirita, bien bonita me dijo “vaya pal baño, se quita las pantaletas, se baña y se monta aquí”. Yo fui pa’l baño, me dio ganas de orinar, me medio lavé, me quité mis pantaletas, y le digo, “pero doctora ya yo quiero parir, yo tengo mi bebé aquí, yo me lo siento”, ella me dice, “¡Mentira! porque todas no son así como tú, tú lo que quieres es hacerte pupú porque todas son así puercas y cochinas, póngase, vaya pa’ allá pa’l baño” (L, 39, 3, p. 4).

Estas mujeres frente a las expresiones verbalizadas y no verbalizadas que reciben del médico/a tratante las hacen pasar de extremo a extremo, “doctores que ayudan a parir” a doctores despectivos y despreocupados. Ellas perciben estas

reacciones del equipo médico como personas desvinculadas que no pueden acompañarlas en sus angustias, no sienten acompañamiento en su labor, sino menos que eso, padecen en medio de sus esfuerzos la despreocupación al ignorar sus necesidades, manipular la relación médico-paciente y desatendida en el alumbramiento, en esta situación, la relación humillante que están sosteniendo se perciben así mismas como objetos y despojadas de la condición humana:

Hablando sus cosas de ellos [de los médicos], sus risas, estaban riéndose, sus cosas de ellos. Mientras ellos me dejaron a mí como una propia basura ahí tirada en la camilla. Ellos estaban esperando que el muchacho saliera [que el bebé naciera]. [...] Me dejaron ahí tirada en la cama. Me sentí como una basura, como una muñeca, como un trapo, o sea, como nadie (M, 32, 3, p. 5).

Yo supe que me habían abierto el útero porque ella me dijo ahí: “te abrimos el útero y no sé qué”, y yo empecé a preguntarle qué pasó con la niña y ella me dijo “tranquila yo subo para tu cuarto y después te explico”. Pero nunca subió, nunca me explicó, nunca la vi. No, nunca me preguntaron, sentí que estaban como experimentando con nosotras dos (Y, 18, 1, p. 8).

En el trabajo de parto y durante él la mujer se encuentra en el punto más frágil de todo el recorrido del embarazo, es el momento final de su largo proceso y es el momento de la expulsión. En la coronación del/la recién nacido la madre debe dar sus últimos pujos, es el último esfuerzo, pudiera ser incluso el más doloroso, es también el momento en que el médico/a espera al recién nacido entre sus manos. Sin embargo, no todos los casos son así, no siempre el médico/a puede esperar con tranquilidad que esa expulsión se dé en ese contexto, por ejemplo, en estos partos, el médico ejerció fuerza, hinca su cuerpo sobre la parturienta haciendo que esta viviera un alumbramiento traumático y doloroso. Hace uso con ello de la *Violencia física*.



Un médico/a que atiende el nacimiento de un ser humano está implicado en una doble acción, mantener dos personas vivas en el mismo instante, un instante que significa el todo de estos dos seres, la madre y el/la recién nacido ¿Es posible que un profesional de la salud se hunda entre la línea fina de su conciencia y de su accionar, y con ello afecte su práctica? Eso es una cosa, otra es que olvide el código de ética, sus valores profesionales y el sentido más preponderante de su profesión, que es servir, y en medio de este papel contradictorio oculte su identidad e incumpla el juramento hipocrático de “ejercer mi profesión a conciencia y dignamente”, niegue su responsabilidad y ejerza la fuerza como “técnica de parto”:

[...] veo que un doctor de la sala de parto del frente, entra y se volteó la broma aquí donde dice el nombre, creo que era un carnet, él se lo volteó y me dice “no me hago responsable por lo que voy a hacer” y en ese momento yo lo miro, pero fue cuestión de segundos, segundos, él se me montó encima, me hizo así con el codo y me hundió la barriga, de inmediato salió el bebé. Yo en el momento pensé que eso era algo que hacían en los hospitales (D, 18, 1, p. 6).

Estas prácticas de violencia ejercidas contra las parturientas parecieran señalar los pocos límites que el equipo de salud reconoce. Si bien, este equipo tiene potestad sobre el cuerpo de la parturienta se tendrían entonces, que definir los términos y el alcance que esto implica: ¿es por medio de la colaboración en el trabajo de parto y en el parto?, o ¿es el uso de prácticas diversas que se justifican a través de fines médicos? Se puede pensar también en todos los esfuerzos que implica el parto, como actos violentos, el parto es un acto violento, es el nacimiento de un ser humano que sale del cuerpo de otro ser. Sería imposible concebir la existencia de alguien sin que ese otro que otorga la vida no se vea

involucrada en un acto brusco, su cuerpo ha sido agresivamente cambiado durante nueve meses, incluso sus saltos hormonales también colaboran en esa situación. Cuando la mujer da a luz y se siente apoyada por el equipo de salud, donde encuentra un punto benevolente entre su propio proceso que por obligación es violento y la situación en que la coloca el médico/a. Del propio malestar ya intrínseco en el parto, al extremo de actos contra el bienestar de la parturienta son condiciones totalmente opuestas y resultados físicos y psicológicos gradualmente perjudiciales:

Vuelvo y repito, ahí es cuando el niño nació muerto. El doctor me estaba atendiendo a mí, me estaba limpiando, incluso me estaba cosiendo a carne fría no me habían anestesiado y escucho una de las estudiantes, de las enfermeras que dice “doctor, doctor el niño no llora, nació muerto”. El doctor pasó, no sé si fue en la espalda, en la nalguita, escuché fue la palmada y ahí fue cuando el niño revivió, el niño estaba morado (M, 32, 3, p. 4).

[...] de ahí me subieron a la cesárea, y ahí me hicieron mucha maldad, como golpes, para sacármela, la halaron mucho a ella, y le fracturaron su bracito izquierdo y la piernita también. Cuando me la sacaron ella no lloró, ni tampoco respiró y yo me desmayé, entonces ellos me dieron golpes, cachetadas, para que me despertara y cuando me desperté ya me la habían sacado a ella (Y, 18, 2, p. 1)

*Violencia obstétrica*, el parto desasistido es el caso contrario a la agresión que sufre la mujer por parte del equipo médico al hincarse sobre ella y ejercer fuerza para que el/al recién nacido sea expulsado. Es opuesto porque a pesar de que se está aplicando violencia, se está “asintiendo el parto”, sin embargo, el que no es atendido a tiempo corre el riesgo tanto la madre como el neonato/a se vean complicados de salud, y solo la atención inmediata pueda salvarles la vida.

Es un acto violento omitir en cualquier proceso del trabajo de parto y del parto las demandas de la parturienta, sobre todo cuando ellas se encuentran en un

lugar destinado para su exclusiva atención “ayudar a parir” es por ello que la violencia obstétrica implica tanto la fuerza ejercida contra la parturienta, la medicalización de los procesos naturales del parto y el abandono u omisión del mismo. Son ellas quienes exactamente saben por dónde va su proceso, las mujeres multíparas reconocen generalmente con bastante claridad en cada paso que se encuentran para llegar al alumbramiento, las diferentes posturas que asumen, la revisión de las dilataciones y las contracciones seguidas van dando cuenta al equipo médico/a que el momento de la expulsión está por llegar. El médico/a tratante irá monitoreando el estado clínico tanto del embrión como de la madre, de esta manera el trabajo en conjunto será un posible éxito, de lo contrario cuando la madre no siente asistencia oportuna su saber no será suficiente para mantenerse en condiciones fuertes. Son instantes que de un momento a otro un descuido pueda ser la desgracia de alguien, un olvido puede generar un accidente en la vida de dos personas, pero ¿acaso es descuido la omisión?:

Cuando me dieron de nuevo las ganas de orinar voy pa'l baño, orino en el piso, no había agua, orino en el piso y veo la cabecita del niño que la tenía afuera ¡cuando hice así, pujé dos veces, y salió el niño! Y ahí recuerdo así borroso que un doctor Carlos dice “Mire, esa mujer se está muriendo ¡le va dar un infarto, le va dar un infarto!” (L, 39, 3, p. 2).

¿Por qué no me atendió en el momento que me tenía que atender? Si para mí eso fue una emergencia y él lo tomó normal. Había bastantes, había varios doctores mientras ellos estaban hablando, yo tenía mis piernas abiertas, estaba pujando y nada que salía, nada que salía. Ya yo me estaba dando por muerta (M, 32, 3, p. 4).

Entre la percepción y el hecho existen grandes diferencias, se puede percibir una mala atención por las variantes que esta va manifestando a lo largo del servicio, sin embargo, la introducción de “cosas” dentro del cuerpo, eso es un

hecho definido, con características claras. Uno de los procedimientos del equipo médico (acto exclusivo y valorativo del médico/a tratante) hacia la parturienta es el tacto vaginal, este se debe realizar de acuerdo a las contracciones que se van desarrollando a través de las dilataciones (ensanchamiento del cuello uterino) preparándose para el momento de la expulsión, la frecuencia en que se realiza el tacto vaginal va a depender del criterio médico/a; la respuesta del cuerpo de la mujer, la velocidad en que esta va dilatando, las horas que lleva en trabajo de parto. Cada acercamiento al cuerpo de la mujer amerita una interacción con ella y ella con el médico/a tratante, se definen órdenes, se expresan sensaciones, dolores y se determinan acciones, es entonces, una necesidad clínica la revisión periódica de las dilataciones, debe ser un hecho definido que estas se realicen dentro del cuerpo de la mujer, sin que esto conlleve al acto excesivo y desmedido, produciendo en la mujer la impresión de sentirse incluso ultrajada y sobre todo en este tipo de acercamiento que implica el uso de instrumentos y dedos dentro del cuerpo:

Por el uniforme, son las personas que te hacen el tacto, ¿si me explico? No es una sola persona que te hace el tacto, son más de ocho las que te hacen el tacto (D, 18, 1, p. 4).

Me hicieron tacto e hicieron que se me botara todo el líquido de ella, me metieron muchas manos, me metieron como una paleta, no sé cómo se llama y me botaron todo el líquido y me apretaban, me hacían hacia abajo, y varias me metían los dedos (Y, 18, 2, p. 7).

Una vez que el recién nacido es expulsado con vida, ya es un ciudadano/a con derechos, por ejemplo, el derecho a tener contacto inmediato con la madre y esto aparte de los beneficios psicológicos que representa para la madre y el hijo/a es también la estimulación temprana de leche materna. Se pueden definir muchos

beneficios a partir de este primer encuentro. La combinación correcta del momento, el nacimiento, las necesidades de la madre y del neonato/a lamentablemente no se pueden calificar de forma exclusiva con el apego temprano, si bien el recién nacido tiene derecho al contacto inmediato con la madre, también tiene derecho a la vida, si este nace con dificultades de salud debe ser atendido/a y separado de su progenitora. No es solo un hecho que valora al otro, es como estas interacciones van dejando significados dolorosos y difíciles de entender para las madres, el apego temprano es importante pero la vida del recién nacido/a lo es aún más, son las circunstancias, las formas, la deshumanización de los procesos que las hace definir el aparataje del parto en actos violentos: *“Ni siquiera le vi la cara... ¿y si me lo cambian?”*. En algunas ocasiones la naturaleza en su perfección anima a la madre a mantenerse despierta después de la expulsión, y no solo en el caso del parto natural, también en partos quirúrgicos y partos complicados la madre reserva su último aliento para terminar de controlar su propia situación y la de su hijo/a pero esto no implica que ellas se encuentren bien de salud y puedan reaccionar positivamente ante el recién nacido, es decir, su desaliento y debilidad no les permite ver ni estar a la altura de las demandas del neonato/a.

El proceso de sistematizar el registro de nacimiento de las/os recién nacidos es un control rudimentario, es solo hasta que el niño/a nace y es ahí en cuerpo presente, cuando puede ser identificado y referenciado con los datos de la madre, datos que son tomados al momento del ingreso al centro hospitalario. Como norma institucional las madres y sus hijos/as nacidos al dejar el centro

hospitalario deben tener el control de nacimiento, que es el acta de nacimiento del menor. Imaginar un panorama diferente de estas normas de control, es problematizar el proceso rudimentario de registro de la parturienta desde el inicio, donde la madre aún mantiene al embrión dentro de ella y que por variantes de la situación no cuente con su documento de identidad al ingresar al centro de salud, por lo tanto, su recién nacido tampoco tendrá identidad:

[...] cuando él sale ni siquiera me lo dieron cinco segundos, lo agarraron por los pies me lo tiraron en el pecho, me lo quitaron y se lo llevaron, no me lo dejaron, ni siquiera le vi la cara nada, llegó un punto que yo le pregunté ¿y si me lo cambian?, ni siquiera me preguntaron mi cédula allí, ni mi nombre nada, nada, nada y yo dije me cambiaron al niño (D, 18, 1, p.6).

[...] fue una experiencia, mira, nueva para mí y fue la noche más trágica de mi vida porque yo decía “¡Dios mío, mi hijo!” porque yo no lo había visto y yo ya lo había traído al mundo, yo no lo había podido conocer por lo que me estaba pasando (C, 25, 2, p. 3).

Lo único que yo veía era borroso, el bebé me lo montaron aquí arriba, de ahí yo no recuerdo nada. Fue cuando el doctor dijo “¡Esta mujer se muere, se muere!”. Esto fue lo único que recuerdo (L, 39, 3, p. 3).

Bueno me hicieron la cesárea a las seis de la mañana y eran las dos de la tarde y yo estaba en habitación ya, y yo a ella no la había visto, a las cuatro y media yo busqué razón de ella, no tenía ni ropa ni nada (Y, 18, 2, p. 1).

#### **4.1.2.2 Diferentes tipos de atención**

La relación médico- paciente inicia con una conversación, el/la paciente dice lo que le sucede, sus necesidades, sus dificultades y posterior a esto, el médico/a valorará lo que debe seguir a continuación, las acciones a tomar, recomendará y en las mayorías de los casos hará la revisión ocular sobre el/la paciente. El/la paciente al finalizar esta conversación e interacciones con el

médico/a que lo asistió, podrá estimar si se sintió o no atendido/a, si la conversación le es beneficiosa, si su malestar se mejorara con lo recomendado por el médico/a. Es decir, solo por medio de la interacción o no de la misma, el/la paciente podrá cuantificar y cualificar la atención recibida, es por ello que los *Diferentes tipos de Atención* son calificativos propios del paciente al servicio prestado por el médico/a y su contexto (en circunstancia de atención médica). Esta interacción se valorará además por el espacio físico donde se da la atención y el resto de las personas involucradas, como el equipo de salud. Cuando un paciente se siente bien atendido/a, es su definición positiva referente a varias condiciones que engloban su bienestar psicológico y físico.

En la relación médico/a parturienta donde la condición humana está presente en los procesos clínicos la parturienta experimenta bienestar, ella sabe que al entrar al centro de salud sus condiciones de vida, de ser, de estar, se encuentran mediadas y controladas por el equipo de salud: *médico/a ofrece apoyo y tranquilidad*. Si este equipo le presta solidaridad, le brinda apoyo y sobretodo percibe una buena atención médica, ella sentirá que ese espacio es el lugar adecuado para su parto, será su zona de confort y el valor que necesite.

Esto no indica que la parturienta estará plena en el proceso, esto indica que a pesar de los malestares y dolores que atraviesa cuenta con un equipo médico solidario y comprensivo, que reconoce su fuerza y la anima a seguir, no se trata de una atención paternalista de la institución sino humanista de la misma, es decir, al sentirse atendidas desde el respeto, la comunicación detallada de sus procesos y

atención de sus estados emocionales, sienten de esta manera que la atención brindada hacia ellas es valorada y calificada positivamente.

Hasta que llegó el doctor que me iba hacer la cesárea, él estaba impresionado por todo el tiempo que yo había esperado, luego vino el momento de la decisión y colocación de la anestesia, yo reconozco que estaba nerviosa, el doctor me dice: “¿estás asustada?, tranquila, que para eso yo estoy aquí, para apoyarte” (E, 29, 3, p. 4).

La doctora, no recuerdo el nombre de ella, una doctora que estaba allí, que ella era como un rango más que él, que también estuvo en mi cesárea, siempre estuvo muy pendiente de mí, incluso cuando me dio el derrame, ella me dijo “ te pusimos esto, te pusimos lo otro, no sé qué”, lo que medio recuerdo fue que me pusieron la transfusión y plasma y me dijo “si te sientes mal o sientes frío llama a la enfermera, no te dé pena, si te da un dolor pide un calmante, si no tienen nosotros se lo pedimos a tus familiares”, pero siempre estuvieron muy, muy atentos de verdad (C, 25, 2, p. 7).

¿Es posible que la diferencia de atención entre un médico/a presto y cauteloso frente a otro apacible se deba a la condición clínica y física de la paciente? a mayor complicación de salud, mayor nivel de compromiso. Cuando una paciente manifiesta capacidades óptimas en el desarrollo de su parto, percibe poca atención en proporción a la poca necesidad de la intervención del equipo de salud. Posible situación diferente para aquellas parturientas que demandan el control constante del médico/a por el agravamiento progresivo de su salud durante el trabajo de parto, de esta manera la impresión sobre las consideraciones recibida dependerá del nivel de ayuda que requirieron y recibieron, en el caso de parturientas con demandas más exigentes de atención por sus condiciones de salud sienten que los cuidados recibidos fueron oportunos.

Los doctores sí te atienden, te atienden rapidito, pasan diez minutos y tú les dices, “doctor me siento mal” y ahí mismito están encima tuyo, no uno, sino dos, tres, cuatro, que te caen como hormigas pues, para ver qué tienes



“¿Qué tiene ella?, atiéndela aquí”. Te toman la tensión, te ponen aquí, están pendientes pues, los doctores, pero las doctoras no (L, 39, 2, p. 12).

La atención por parte del equipo de salud no solo se puede valorar a través de acciones, un buen trato se contextualiza tanto en acciones como en el diálogo que lo estructura, las palabras condicionan el escenario y el momento, es un espacio social, donde se interactúa constantemente de una manera u otra. La conversación es un elemento transversal en la tranquilidad o exaltación de la parturienta, si estas palabras están dotadas de agresividad la sensación de atención recibida se definirá en agresiva o, por el contrario, si estas conversaciones contraen el uso armonioso y tranquilizador, la parturienta bajará sus niveles de ansiedad y se sentirá satisfecha valorando el servicio y la atención positivamente:

Ese doctor me comentó, que él manda al doctor que me hizo el parto que me ayudara a parir a mí, que por qué el otro doctor no lo llamó a él, él estaba en la parte de atrás del hospital, yo le dije “no sé doctor” a él sí lo traté bien, porque vi que él me trató bien, me habló bien bonito, yo le hablé bien bonito (M, 29, 3, 7).

*Atenciones del posparto inmediato* la integración progresiva de la madre a sus actividades de atención hacia la/el recién nacido, es uno de los propósitos que tiene el equipo de enfermería, en esta integración cuenta valiosamente el entusiasmo que la madre coloca en su nuevo rol. Es a partir del posparto inmediato que la/el recién nacido mantendrá contacto interrumpido con su progenitora, la institución pública otorga atención y servicio de puerperio para ambos pacientes. Por esto, durante la estadía dentro del hospital la madre no tendrá en tiempo continuo al recién nacido, sino que este será interrumpido por las diferentes actividades de salud que cada uno debe cumplir para su respectiva alta. A medida que los médicos/as revisan el estado de salud de ambos, el equipo de

enfermería proporciona apoyo y atención de puerperio, entre estos los que están definidos en el área de salud como curas y limpiezas a heridas, apoyo en la extracción de la leche materna, control de medicamentos y el integrar a la madre con el hijo/a independientemente de sus habilidades maternas. Las mujeres en posparto están aún vulnerables, su cuerpo se está adaptando a una nueva realidad y si estas mujeres sufrieron algún corte quirúrgico o lesión durante el parto, pero siguen manteniendo claridad de los hechos, están llamadas de igual manera a integrarse progresivamente a sus actividades. En tanto la institución de salud brindará en estos primeros momentos del posparto todo lo referido a bienestar de ambos pacientes:

Bueno, me entregan al niño, pero me sentía mal, pero debía igual vestir al bebé, yo estaba completamente indispuesta a vestirlo, no podía moverme ni siquiera de lado, gracias a una muchacha de seguridad que me ayudó a vestir al niño (E, 29, 3, p. 3).

[...] le dije a la enfermera que si podía hacerme el favor de ayudarme porque yo no sabía y ella estaba sola ahí porque las demás se habían ido, entonces la tipa me dice “yo soy enfermera, no mamá”, y yo la miré y dije “bueno, está bien, tiene razón”. Y vino un enfermero, un hombre y me dice “ven, yo te ayudo y me dijo lo colocas de un lado y yo del otro”, le colocó el pañal de este lado y la ropa de este lado, y yo de éste para que él me explicara (D, 18, 1, p. 9).

El mejor fue el del doctor Carlos, nunca se me olvida, el compañero de él, un camillero muy, muy, muy bueno que me ayudó a pararme de la silla, me consiguió una cama, me montó en el piso cuatro y yo bajé le dije a él “que quería ver a mi bebé” y gracias al camillero que me ayudó muchísimo (L, 39, 2, p. 10).

El acompañamiento e interés del equipo de salud, fortificado con el personal administrativo y operativo de la institución de salud pública, le otorga a la parturienta significados claros y positivos sobre su experiencia en el trayecto de su trabajo de parto y del parto. Sentir solidaridad de personas ajenas a su historia

de vida les reconforta a pesar de las secuelas que esté padeciendo en el momento. Es como si su realidad dolorosa pudiera ser más amable con ella y le concediera un ambiente lleno de entusiasmo y cordialidad:

[...] porque ellos en el Certificado de Nacimiento yo tenía un dolor horrible recién, y me dicen “pon la huella”, tú me veías a mí poniendo la huella toda doblada porque [...] “¡no! ¡no!, pon la huella, C.” pero la huella, el nombre y yo ni siquiera podía hablar y yo le digo Santiago, [...] ah bueno, Santiago, claro ellos te lo muestran para que tú lo veas y veas como es, y dicen “ah bueno, ya Santiago se va”, Santiago nació a tal hora, pesó tanto. Yo ni me acordaba cuánto había pesado mi hijo, yo nada, yo estaba en cero, yo lo vine a saber fue cuando el bajó conmigo al cuarto que yo vi el papelito, fue que yo [...] pero de resto yo ni siquiera me acordaba, del dolor tan grande que yo tenía (C, 25, 2, p. 14).

#### **4.1.2.3 Lo que hubiera querido**

Es un tiempo más o menos largo el que una mujer embarazada puede imaginar su parto. Desear, se convierte en un estímulo frecuente, a partir de la aceptación o negación del embrión en sus cuerpos las mujeres comienzan a crear, a pensar en el parto ideal y a representar y tipificar símbolos sociales de la maternidad. Aunque el embarazo es una etapa individual, su existencia y validez está en lo social, a través de la interpretación constante de su nueva realidad en relación a su entorno. Una vez que la parturienta se encuentra en el escenario que idealizó durante tanto tiempo, se enfrentan a cambios en las sensaciones que les produce el antes y el después del deseo inicial, por supuesto lo pensado no puede coincidir cabalmente con la realidad objetiva. Los cambios pueden afectar las emociones, y el deseo inicial como referente gestionará la experiencia, valorando las coincidencias o desaciertos de lo soñado. Aspirar la atención personalizada del

equipo médico es una constante en los anhelos y reclamos de mujeres que traen al mundo a sus hijo/as en instituciones de salud pública, esto puede dar cuenta de una comunidad altamente simbolizada por la maternidad posterior del embarazo, pero sin conocimientos propios de la gestación, que también es una forma de maternidad. No solo el conocimiento dado por la experiencia es el que fija el quehacer de esta actividad, es posible concientizarse a través de una comunidad más instruida intelectualmente: *Médicos didactas*.

En este sentido, las parturientas desean un parto instruido, que señale cada proceso como un evento narrado desde otro ángulo, esto para prever lo que está por venir y recibir indicaciones para hacer lo correcto. Por supuesto, una mujer múltipara puede narrarse a sí misma y prever su propio evento y aun así solicita de ese tipo de atención, la primeriza también requiere del elemento narrativo y explicativo para validar su proceso, tomando en cuenta otro aspecto que es la compañía, a su vez que es instruida y prevenida, está siendo acompañada y aprobada por el equipo médico. En el parto humanizado el acompañamiento y el carácter narrativo es transversal en todo el proceso del alumbramiento, pero es importante referir que las condiciones del espacio, equipo de salud, cantidad de parturientas no son del mismo nivel que fluye en un centro de salud público:

Y me imaginé que en el momento que yo estuviera así, el doctor iba a estar conmigo explicándome cada proceso, cada dilatación, cada contracción, qué debía hacer y qué no debía hacer, porque ellos son como que tú llegas y ellos lo que te dicen es usted lo que tiene que hacer es pujar más nada (D, 18, 1, p. 12).

[...] yo quería que me atendieran cómo atienden a la gente pues: “tranquila, vamos a acostarte aquí, vamos a hacerte esto, puja, vamos a ayudarte”. Si está viendo que no puede salir el bebé, bueno vamos a ayudarlo, no digo que no me ayudaron [...] pero para como yo quería no me ayudaron tanto

(M, 32, 3, p. 10).

La intimidad, el acompañamiento, la seguridad y tranquilidad son las características que desearon las parturientas tener en sus partos. Asumir que su proceso y cuerpo están siendo ocultos de la vista de otros/as les proporciona serenidad, en cambio, sienten vergüenza exponer su proceso de parto, donde está implícita también la exposición de su cuerpo, derivado de esto se sienten abrumadas e irrespetadas. La privacidad es el confort de un espacio, en el cual la intención es no estar a la vista de mucha gente, solo de personas seleccionadas, esto proporciona un estado emocional relajado, confiado y estable. Considerar la privacidad como un elemento ineludible sobre la exposición del cuerpo del ser humano y reservarlo, entonces, se habla de *respeto a la privacidad*. Sin embargo, a partir de este concepto, el estar en un área privada no implica para ellas estar a solas, sino que las personas que se encuentren en ese espacio de confort sean las seleccionadas –entre ellas, familiares y poco personal del equipo de salud– que brinden respeto, apoyo y tranquilidad:

[...] yo quisiera nada más es que cada uno respetara, un doctor para cada una, que le respetaran a uno su privacidad, su pena, no sé, no sabría decirte un nombre como tal, para cada una y que permitieran que un enfermero o un familiar estuviera con uno ahí, que no se moviera (D, 18, 1, p. 25).

En el seguro, con la hembra, yo bajé mis siete pisos a las 5:30 de la mañana, fui, parí a las 12 del mediodía. Yo pujaba, como vieron que no salía tampoco la niña –la niña se me formó como un cono– llegó ahí también una estudiante con un radiecito, más bien la doctora la regañó “que cónchale, en un momento de esos uno no necesita ni bulla, sino estar tranquila y sin gente encima” (M, 32, 3, p. 9).

Para la parturienta tener que exponer su cuerpo e incluso exponer situaciones imprevistas de salud sobre su parto, le ocasiona un estado emocional

desgastante, esta situación de tanta gente involucrada le incomoda y prefiere antes de estar con todos, mejor estar sin nadie. El no poder estar en intimidad hace que se incline a preferir pasar su proceso en soledad:

Y que todos lo ven a uno, las cosas que le pasan, eso es chimbo, es mejor estar uno solo y ya, y cada quien en lo suyo, así me hubiera gustado más (E, 32, 3, p. 9).

Para las parturientas el acompañamiento familiar implica contar con personas experimentadas que puedan instruir con amor y cuidados su proceso de parto, la calidad de explicar con atención y afecto es preferible recibirla de personas con afinidades emocionales y que proporcionen seguridad, por ejemplo, familiares o profesionales de la salud que con anticipación hayan fomentado vínculos y se pueda estar en confianza. No obstante, está bien sentir confianza, pero a la vez el carácter de estar instruida durante todo el proceso es para la parturienta primeriza una necesidad que impera sobre la exclusiva compañía, es estar acompañada como elemento principal y a su vez, e igual de importante, recibir constantes instrucciones y explicaciones:

Porque yo digo, acompañante una persona que tenga experiencia con eso, por lo menos la mamá de uno que te puede explicar, que puede estar contigo, instruirte y ayudarte y tú sentir confianza porque yo no le puedo tener confianza a una persona que me está tratando mal (D, 18, 1, p. 25).

La seguridad de un familiar que acompañe a la parturienta en todo momento, aporta la idea de sentirse serena frente a las diferentes situaciones que puedan experimentar. *El parto ideal es con acompañamiento familiar* para que se sienten seguras, tranquilas, es importante que la selección del familiar o tipo de compañía idóneo sea decisión de ellas. Las mujeres que paren en centros de salud públicos, idealizan un tipo de atención, que significa el opuesto al que recibieron,

¿Es posible que el manejarse en la fantasía se deba a la poca información previa de lo que van experimentar en su trabajo de parto? ¿Es acaso un ideal que las parturientas obtengan información previa sobre su preparación para el parto, y las dinámicas que deberán seguir en los centros de salud públicos? ¿A quién compete esto?:

Yo creo que el parto ideal sería: tú poder tener a alguien cerca ahí, o por lo menos un doctor conocido que tú admires, por ejemplo, a mí me gusta el doctor tal, suponiendo así, uno soñando sí. Tener a un familiar tuyo es algo que te tranquiliza mucho, eso es algo, un apoyo, de por sí ya tú tienes demasiada emoción porque es como conocer el amor de tu vida sin verlo y de verdad que ese sería (C, 25, 2, p. 12).

Porque no sé, no conozco las normas de aquí, pero en Coro si tú quieres parir con un familiar te lo dejan pasar, te llaman al papá, la mamá, el hermano, el esposo, la prima “Mire yo quiero parir y quiero que ella esté aquí” (L, 39, 2, p. 12).

El acompañamiento familiar está asociado al servicio de salud privado, es a través de este tipo de servicio que la parturienta puede experimentar en su labor la compañía de un familiar elegido por ella y así recibir asistencia antes, durante y después del parto. La diferencia entre la atención pública y privada es que, a pesar de estar atendida en ambas, el valor referencial que asigna una mejor atención es la condición de la compañía por parte del familiar, en este sentido, la institución privada es ponderada como superior por ofrecer este servicio:

El trato de la gente fue muy bueno dentro del hospital, aunque siempre será mejor en una clínica porque es diferente, una cosa son las clínicas y otra los hospitales. En clínica hubiera podido estar con mi esposo como en el parto anterior que él estuvo y me pudo ayudar (E, 29, 3, p. 8).

La parturienta que experimentó compañía en su parto anterior por medio del servicio de salud privada, asigna como beneficioso el apoyo familiar y refiere,

además, la diferencia entre el servicio de salud público y privado. Sin embargo, para la parturienta primeriza, la condición de acompañamiento no es solo una situación de apoyo, sino que proporciona la orientación de personas con afinidades emocionales, experimentadas en el parto, que le puedan brindar una dirección clara. La noción de acompañamiento es de “ayudar” como una acción positiva que beneficia en momentos difíciles.

Entre las diversas formas de asumir las vivencias del parto, el valor otorgado al cómo recibieron atención del equipo de salud dentro del centro de salud público, está presente en la narrativa de cada una de las entrevistadas. Lo importante que es para ellas darle significados a las formas de atención, la actitud del personal, las condiciones de la atención, el servicio recibido y las interacciones que tuvieron, da cuenta del valor de su experiencia. Desde la violencia como aspecto común en sus relatos hasta las aspiraciones como madres primerizas o multíparas sobre su parto ideal, persiste el argumento de la atención y sus tipos como un elemento entre lo vivido y lo deseado.

#### **4.1.3 En un momento particular de la vida**

Las mujeres entrevistadas pertenecen a un contexto social y familiar, el momento de su embarazo involucra todo lo referido a su mundo de relaciones y de posibilidades. Antes y durante el embarazo las mujeres convivían en condiciones de pobreza y pobreza extrema, de este referente argumentan las pocas posibilidades de traer más hijos/as al núcleo familiar, encontrándose envueltas en



un conflicto interno de no querer y no esperar estar embarazada. Aunque esta haya sido la forma de asumir el inicio del proceso, el acompañamiento familiar estuvo provisto por amor y fortaleza de los diferentes tipos de familia conceptualizados por ellas. Durante el parto y a través de las variadas formas de asumirlo, sentirse humilladas es un estado emocional compartido por la mayoría de las entrevistadas, emociones que las llevaron a una autoevaluación negativa.

#### **4.1.3.1 En qué momento me llegó el embarazo**

El embarazo es un proceso emocional y físico que no solo se encuentra en el cuerpo de la mujer, involucra también procesos sociales, como: control de natalidad, capacidades socioeconómicas de las familias, situación de vivienda para los recién nacidos/as, aspectos de interés social para el control y monitoreo de la población. Desde el punto de vista personal y emocional se suman a estas condiciones de salud y el bienestar, el apoyo familiar. Las parturientas empiezan a registrar su experiencia del embarazo a partir de su conocimiento del mismo ¿cómo lo tomaron?, ¿qué emociones estaban involucradas? y ¿en qué situación personal, familiar y social enfrentaron esta experiencia? *La pobreza extrema* es uno de estos elementos involucrados, ya que las condiciones de vivienda en las que significaron su embarazo eran de pobreza y pobreza extrema, aunque el grupo etario varía entre una parturienta y otra, las condiciones socioeconómicas y de vivienda son parecidas; desde lugares muy reducidos, donde el espacio per cápita está por debajo de las consideraciones estándares de viviendas familiares:

[...] resido en la pensión 120 [...] tengo dos niñas y tengo mi pareja que vive conmigo [familia de 4 miembros en un espacio de 2 mts2 aproximado] (Y, 18, 2, p. 1).

Si, Santa Rosalía, Puente Hierro. En la pensión 140. Vivo con el papá del niño [familia de 3 miembros en un espacio de 2 mts2 aproximado] (L, 39, 2, p. 1).

En la Urbanización 27 de febrero, Guarenas [Familia de 9 miembros, 1 proveedor económico, familia en condición de hacinamiento] (M, 32, 3, p. 1).

[...] vivo con mi esposo y mis otros tres hijos (E, 29, 3, p. 1)

Vivo con..., podría decirse con mis amigas que son amigas de mi mamá también, con mi pareja y con mi bebé (D, 18, 1, p. 1).

La dualidad que representa el no esperar un embarazo y no querer estar embarazada. Por un lado, no esperar el embarazo puede producir emociones negativas o, positivas, ahora bien, no querer el embarazo, promueve en general emociones negativas, se puede no esperar el embarazo y este sea un estimulante de felicidad o tristeza, pero no querer estar embarazada, no desear el embarazo, es reducir las emociones a sensaciones negativas. *No lo quería tener*, representa para estas mujeres malestar y angustias por condiciones que no permiten la complacencia del hecho, no existe posibilidad que se genere tranquilidad en medio del despego y desagrado.

Las emociones negativas que agobian a estas mujeres por estar embarazada se ven influenciadas sobre todo por las condiciones socioeconómicas que tienen en el momento de la gestación, partiendo del hecho que son embarazos cuestionados por ellas mismas en sus discursos internos de lo no posible. Sin ingresos económicos suficientes para el desarrollo y bienestar del estado del embarazo y parto; sin vivienda propia y con otro hijo; en otro país y sin su familia

nuclear. Estas situaciones colocan a la embarazada en momentos de angustia y sensibilidad, sienten que este acontecimiento les exigirá más de lo que ellas podrían gestionar.

No me lo creía, me quedé en shock, no sabía qué hacer, era súper difícil para mí estar en otro país, no tenía a nadie, estaba con mi pareja, pero primero que ni siquiera vivíamos con su familia, ni siquiera teníamos algo propio, rompía a llorar todos los días, eso era llorar, llorar y llorar como la propia Magdalena, ya tenía a Dilmay y decía: ¡“Dios mío!, dos muchachos ¿y ahora qué hago yo?” No tenía trabajo en ese momento, eran varias emociones juntas, y él y yo ya teníamos muchos, muchos, muchos problemas antes, de que ya queríamos separarnos, eran demasiadas cosas (C, 25, 2, p. 16).

El retardo en el control prenatal no solo afecta el desarrollo del embarazo, también influye en el estado emocional de la mujer. Sobre todo, cuando no están preparadas, ni animadas para este hecho, es enfrentar tarde pero intensamente la situación. Para las mujeres que ya han sido madres, que conocen su cuerpo y el cambio físico que el embarazo promueve, tienen más conocimiento sobre este tipo de procesos fisiológicos y pueden realizar una auto evaluación para el diagnóstico temprano del embarazo y comenzar con su atención a tiempo. Sin embargo, además de las complicadas condiciones económicas, el anuncio de un embarazo en esta situación tiene repercusiones serias en la vida de la mujer, valdría preguntarnos adicionalmente: ¿En qué medida estas consecuencias de escasa organización y la no atención temprana tienen relación con la falta de educación reproductiva de las mujeres gestantes, puede ser una característica compartida entre mujeres que desatienden o descuidan sus condiciones de vida, salud y reproducción?

Cuando me enteré ya tenía 5 meses y ¿qué hice? Me asusté y no la quería tener, no me puse en control ni nada de eso (Y, 18, 2, p. 1).

Me enteré porque me vino el periodo, me manchó con coágulos y no le presté mucha atención a eso, pero eso fue nada más un día y fui hacerme los exámenes para ver qué pasaba. La botadera de sangre era que se me iba a salir el bebé por una mala fuerza que hice, de ahí sí me cuidé el embarazo, aunque no lo quería, pero me cuidé y fui a parir en el Maternal Infantil de Petare (M, 32, 3, p. 1).

En la etapa de gestación los meses cuentan como ciclos importantes en el desarrollo del embrión, en el primer trimestre del embarazo se definen acciones importantes para el beneficio de la salud y bienestar de ambos. La consulta médica tardía no puede prevenir daños posibles en la evolución del embarazo, las complicaciones de salud y emociones que conllevan este desconocimiento condicionan el resto del tiempo de gestación. Por tanto, la situación de no esperar estar embarazada, aunque sea diferente a no querer estar embarazada, de igual manera coloca en riesgo la salud de ambos por la tardía atención prenatal, por consiguiente, las emociones que atraviesa la embarazada son de preocupación y angustia por su estado de salud ¿es como si él no querer estar embarazada y el no esperar estar embarazada anulara la posibilidad de concebir, de manera, que no hay necesidad de un estado de alerta por una posible gestación?

Mi embarazo no lo esperaba y no me controlé los primeros meses del embarazo. Después fue peor, tuve que controlarme con médicos grandes. Hasta me operaron estando embarazada (E, 29, 3, p.1).

#### **4.1.3.2 Durante el parto**

La experiencia del parto es un proceso único para cada mujer, cada una de ellas puede vivirlo de diferentes maneras, la variedad de emociones y sentimientos son distintos entre sí, puede que en muchos casos existan similitud como el miedo,

ansiedad y estrés. Entre los sentimientos se pueden perfilar también están aquellos que su connotación y significado representaron daños en su auto percepción y generaron a su vez nuevos significados sobre el parto. Para algunas mujeres, la condición de multíparas les permite conceptualizarlo desde sus diferentes experiencias. La auto percepción de sí mismas involucra elementos internos y externos que se generan luego de la experiencia del parto, la mujer ubica en su mundo interior las variadas sensaciones que este le produjo, le permite reflexionar y valorar lo acontecido. “*Sentirse humillada*” es una calificación que ellas dan a partir de las situaciones que vivieron y las hicieron percibirse como objetos y no como seres humanos, sentir que sus cuerpos estaban siendo utilizados y no respetados.

La unión de lo que se vive con lo que se piensa acerca de ello produce un sentir, las parturientas sintieron perturbado su bienestar emocional al encontrarse solas, sentirse utilizadas y humilladas. En estas experiencias las sensaciones desagradables durante el trabajo de parto condicionaron su forma de estar en ese espacio y su forma posterior de autovalorarse:

Me sentí como una ¡Cucarachita pues! Humillada y todo, porque estando con mi hermano y mi hermana nunca me fuera pasado lo que me pasó a mí, porque si mi hermano fuera entrado conmigo y mi hermana, no me fuera pasado lo que me pasó (L, 39, 2, p.11).

La parturienta en posición cúbito supino, experimenta una postura que no permite la movilidad amplia de su cuerpo, la cama de parto horizontal mantiene las extremidades inferiores inmovilizadas al mismo tiempo que abiertas para la expulsión del feto. Sienten que su cuerpo está siendo manipulado y limitado para ellas poder realizar movimientos libres y cómodos, esto les produce contrariedad

al momento de expresarse corporalmente. Toda esta situación está ocurriendo en un momento muy intenso (el alumbramiento) entre el uso de su cuerpo y la incomodidad que esto representa hace sentir a la mujer como sujeto de “un experimento”:

Me sentí como un muñeco, como una muñeca, como una basura ¿Por qué? porque en el momento que estaba pariendo yo al niño, que la enfermera me estaba agarrando la vía –porque en el momento me agarraron la vía–, me abrieron la pelvis, me están buscando de sacar al niño, todo en el mismo tiempo, me agarraron como si fuera... como si fuera ¿Cómo te explico? Cómo Ay ¿Cómo es que se llama eso? Lo tengo en la punta de la lengua, como, como ¡un experimento! (M, 32, 3, p. 10).

#### **4.1.3.3 Embarazo y situación familiar**

Las mujeres que experimentan el embarazo están sometidas a cambios físicos y psicológicos que intervienen en su funcionalidad cotidiana. La familia aporta grandes beneficios psicológicos a la embarazada y presta el apoyo en sus actividades cotidianas, es posible que por medio del apoyo de la familia este proceso pueda ser más ameno, el cobijo que representa para ellas sentirse acompañadas, apoyadas y resguardadas en su propio núcleo familiar les permite transcurrir su proceso de gestación en tranquilidad y seguridad. Hay familias nucleares que asumen el compromiso del cuidado del embarazo de sus hijas/as y yernas, cuando ese apoyo incondicional no lo encuentran en la pareja o padre del niño/a, de esta forma la familia se extiende. En este tipo de ayuda las mujeres encuentran salida a sus problemas, calma a sus angustias, y fortaleza, este beneficio que la mujer recibe hace que el *embarazo y situación familiar* sea un aspecto positivo y facilite la gestión del mismo. En otros casos, a veces, la familia

para la embarazada no representa que sea el padre o la madre como protectores, sino que se sienten amadas igualmente por personas inclusive sin consanguinidad entre amigos/as, vecinos/as y pareja.

*La familia comprometida con el embarazo* asume responsabilizarse de la embarazada desde aspectos económicos como de cuidados y atenciones. Tales atenciones requieren de constancia, puesto que las embarazadas pueden atravesar diferentes estados emocionales y de salud, donde la familia es receptora de estas dificultades y a su vez arropa, en algunos casos sobreprotege a la mujer. Entre los cambios hormonales y las dificultades contextuales, las mujeres se pueden encontrar con un embarazo dificultoso es por esto que el apoyo de una o más personas facilita la adaptación a la nueva situación, que pasa de ser individual a familiar. En las familias venezolanas el albergue de los hijos/as suele extenderse en el tiempo, es una característica que nos identifica culturalmente. El cobijo de los hijos/as es tanto físico como emocional, sin importar la edad seguirán siendo sujetos que requieren continua protección para sus padres:

Siempre apoyándome, por lo menos en diciembre tú sabes que es un mes muy emotivo y yo no paraba de llorar, decía Dios mío ¿qué hago?, ¿para dónde voy? Me sentía muy perdida y ellos [padres] siempre me daban el apoyo, me decían “¡vamos, hacia adelante!”. Siempre se ponían muy felices cuando veían un eco, cuando el doctor decía que todo estaba bien (C, 25, 2, p.18).

Para ese entonces, del nacimiento de Edwin Gabriel, yo vivía con mi hermana Magdalena y era súper fastidiosa, la barriga era fastidiosa, pero ella no se quedaba atrás. Apenas mi hermana se enteró que me harían la cesárea se puso más intensa, me cuidaba mucho y me protegía, eso sí, controlaba hasta mi horario de llegada, quién se quedaría con los otros niños, controló todo. Entonces, ese día también me acompaña desde tempranito, antes de las 06 am, mi mamá, luego llega Chucho (E, 29, 3, p. 7)

La participación de los hombres como miembros del grupo familiar, el padre del niño y el padre de la embarazada, se vinculan en esta experiencia para apoyar y gestionar juntos las cuestiones del embarazo y el parto, ella se siente protegida y alentada por sus compañeros de faena, la responsabilidad que implica la secuencia de un tratamiento médico, el traslado hacia el centro hospitalario y las atenciones en función del embarazo son eventos tomados en cuenta por la parturienta que le permitieron generar significado sobre los cuidados que recibió, de esta forma, que la observación que denota la embarazada sobre este tipo de acompañamiento le asigna importancia a través de las complicaciones que presentó en su gestación y que estas fueron resueltas por medio del apoyo familiar:

Con la cuestión de control del embarazo empecé en el segundo mes, mi papá me acompañaba, mi papá y el papá del niño estuvo en mi tratamiento y en los exámenes del niño. De ahí fue que me llevaron a ese hospital, de ahí inclusive mi papá se echa la culpa porque dice “cónchale yo no tenía por qué traerte para acá”. Yo “bueno, papá, lo importante fue que el niño nació”. Porque se echa la culpa por el maltrato que me hicieron (M, 32, 3, p. 8).

El referente de familia no es exclusivo por la relación sanguínea que tenga la embarazada con los miembros de dicho grupo. Es decir, ellas asumen el significado de familia como un grupo de personas que se solidarizan con su decisión de vida, añaden a la expresión de amor dada por otros/as, cuidados y atenciones al concepto de familia. Los miembros de este grupo están constituidos por amistades y vecinos/as, personas que acompañaron a la gestante desde la intimidad de su espacio y su cotidianidad supliendo necesidades económicas y emocionales. Estas personas se unieron a las actividades propias del estar embarazadas y fortalecieron la representación de familia por medio de la



comprensión y amor otorgada por personas con las cuales no se tienen lazos sanguíneos:

[...] y mis familiares, que son mis amigas, estuvieron allí conmigo en todo momento [...] Porque cuando yo por lo menos tenía mis ataques de que no quería comer, ellas iban y estaban ahí, me daban las vitaminas, que si el calcio, el ácido fólico y el hierro, me las daban, hablábamos, me apoyaban, me acompañaban a los ecos, a las citas de control, a esto, en la ropa del niño, acomodamos su cuarto, su cuna, todas sus cosas (D, 18, 1, p. 27).

En espacios reducidos como las pensiones – viviendas multifamiliares, las familias conviven de forma limitada entre el espacio íntimo y las dinámicas propias de cada grupo familiar de un cuarto al otro, las relaciones que allí se sostienen están estrechamente unidas por el lugar, las actividades de compartir la cocina y el baño son organizadas entre ellos mismos en la distribución del uso y el espacio. En esta gran familia los miembros pueden ser esporádicos o de convivencia duradera en el tiempo, es por ello que la solidaridad vecinal se convierte en una forma de relación y es asociada al concepto de familia como grupo que se protege entre sí, atienden y cuidan con fraternidad sus carencias. Las necesidades emocionales y materiales de la embarazada son compartidas y cubiertas por los miembros de la multifamilia a la que pertenece:

¡Eso es lo más bonito! Yo, bueno, gracias a Dios, yo vivo en una pensión que hasta la Sra. Eglé Salas, todo el mundo me atendió de lo más bonito ¡De lo más bonito todo el mundo! Y todavía me atienden de lo más bonito, me consienten, me brindan aquí “morena ¿y el gringo? Morena por allá, no lo tengas por allá, pendiente con ese sol que está caliente” Le regalan la ropa, le regalan zapatos, le traen de todo, por donde paso cualquiera le da algo, es lo más bonito (L, 39,2, p. 13).

El vínculo que se genera entre la embarazada y “el papá del niño” refiere a hombres comprometidos con sus hijos/as, esta figura está presente y activa, en apoyo para gestionar las actividades del embarazo y superar los inconvenientes

del mismo. En muchos casos nombrar “al papá del niño” adquiere varios sustantivos. En algunos casos las mujeres pueden mencionarlos con cierta distancia cautelosa debido a situaciones particulares de la pareja, sin embargo, el *Apoyo incondicional del papá del niño* representa un equilibrio entre la familia nuclear de la gestante y el otro protagonista del embarazo, son hombres que reconocen su paternidad y accionan por medio de ella. El rol masculino y paterno son reconocidos por estas mujeres porque contaron con esta figura importante en el recorrido del embarazo. En la demanda social y psicológica que implica el embarazo los hombres contribuyeron a la salud mental de la gestante y le otorgaron seguridad:

Sí, siempre apoyándome, incluso él también, a pesar de no ser su pareja allá, pero como su papá estuvo siempre presente en todo momento, de verdad que sí (C, 25, 2, p.19).

En todo momento estuvo mi pareja, o sea en los cinco meses de embarazo que no sabíamos, estuvo y en lo quedó de embarazo también, igual que en el momento que fui a dar a luz (D, 18, 1, p. 28).

Durante el embarazo de estas mujeres, a pesar de sus condiciones sociales, contaron con la presencia de sus familiares. El acompañamiento vecinal, fraternal, masculino y familiar elevó las condiciones psicológicas de las parturientas a un estado de esperanza y las impulsó a seguir adelante. No obstante, al no prever la posibilidad de estar en gestación, las mujeres atendieron con retardo su control prenatal, esto las llevó a tomar diferentes actitudes frente al mismo, que transitaron entre el agobio y la búsqueda de fortaleza. En conclusión, las entrevistadas cuando vivieron su proceso de embarazo sintieron apoyo familiar, sin embargo, para el momento del parto, en cambio, las atenciones se

experimentaron diferentes por parte del equipo de salud, bajo desesperanzas y sin la presencia de aquellos familiares que estuvieron en todo su proceso de gestación.

#### **4.1.4 Instituciones de posible acceso**

El lugar para acudir al parto y control del mismo, son los centros de salud públicos (maternidades), espacios donde el acceso para la embarazada no solo se determina por el factor económico sino también por otras valoraciones como, geográficas, disponibilidad de insumos del centro y programación por parte de la parturienta y la maternidad. La elección del centro de salud pública donde dará a luz la parturienta es un acto que requiere de organización, el centro de salud recibe o niega la solicitud de la gestante para poder o no tener el parto allí. El no ingresar a la maternidad programada implicó para las entrevistadas grandes complicaciones. Este tipo de circunstancias no previstas desorganizaron las ideas asumidas y dispuestas para la experiencia que iban a tener, convirtieron el momento en una improvisación y afectaron el estado de ánimo de las mujeres.

##### **4.1.4.1 Las instituciones de salud pública**

Las instituciones de salud pública son espacios destinados a brindar servicio de salud gratuita, el uso de este servicio se caracteriza por pacientes con requerimientos médicos que en general no pueden costear económicamente en otro tipo de centro, por ejemplo, centros de salud privada. En esta clasificación de institución de salud pública la atención es totalmente sin cargo económico, el

esquema de servicio se basa en que los recursos utilizados por los usuarios/as, son otorgados por la administración pública que gestiona los insumos en general y los salarios del personal que labora dentro del centro de salud, de esta forma la comunidad cercana generalmente son los beneficiarios/as continuos. Entre los variados centros de salud pública existen aquellos destinados al servicio de una sola especialidad médica. En Caracas los centros de salud públicos como las maternidades especialistas en la atención del embarazo, parto y posparto inmediato cuentan con instalaciones exclusivas: cada sala de parto cuenta con camas para parto horizontal; zona de quirófano para la atención de partos quirúrgicos; consultorios para la atención prenatal y habitaciones de hospitalización para la atención posparto.

Estos centros especializados en la atención del parto, tienen la función de atender a las mujeres en etapa de reproducción desde el control de métodos anticonceptivos hasta todo lo relacionado con el antes, durante y después del parto, el compromiso social que enmarca este tipo de institución es por medio el control de reproducción y el control de natalidad, así mismo se responsabilizan porque su población usuaria goce del servicio preventivo, oportuno y de emergencia que requiera. *La responsabilidad con el parto*, que estos centros adquieren no es solo con el Estado proveedor sino con sus usuarias creyentes y necesitadas del servicio.

La dinámica de atención varía entre cada institución de salud pública, son formas y normas propias de cada maternidad, de esta manera, todas tienen la finalidad y prioridad de atender, de brindar el servicio que requiera cada mujer. Sin embargo, a pesar de esta filosofía de servicio, estas mujeres no sintieron que

sus necesidades estuvieran cubiertas, en cambio, se sintieron desconsideradas al tener que requerir de otras instituciones para ser atendidas y utilizar sus propios recursos para resolver inconvenientes que asocian son pertenecientes del centro de salud público. De este modo, percibieron un servicio irresponsable, situación que les produjo malestar:

[Un miliciano...] me agarró por un brazo y, literal, me arrastró hasta la Maternidad. Cuando entré, el doctor le dijo que a mí me acababan de decir que me fuera para mi casa, y el Miliciano le dijo que ellos me tenían que atender que estoy perdiendo sangre, “No, que eso es normal (D, 18, 1, p. 2).

Hasta para sacarle la sangre sufrí, p’a salir del hospital sufrí, porque las doctoras nunca querían, tenía que hacerme los exámenes pagos, porque si no eran pagos no podía salir, como digo yo, “si esto es público, tienen que hacerme los exámenes públicos y todo”. Pero, ellas nunca quisieron (L, 39, 2, p. 5).

No obstante, la atención recibida por mujeres en condiciones de parto quirúrgico en centros de salud públicos, experimentaron una atención diferente respecto a la administración de insumos médicos, inclusive, se complicaron durante su estancia en el centro, de modo que fue imperativo la atención en el tiempo justo. Analizando estas diferencias de servicio, es oportuna la interrogante: ¿La aplicación de insumos médicos y atención oportuna es un beneficio que se le otorga a la mujer bajo criterios autónomos del médico/a tratante y no por valoración clínica? O ¿es un tema de escasez de insumos que deben ser administrados según el estado clínico de las pacientes?:

Cuando me pusieron el plasma me pusieron una serie de medicamentos que pregúntame y no me acuerdo de nada, estaba demasiada atontada, fue cuando la doctora me dijo “bueno, si mañana en la tarde puede que estés mejor, puedes bajar a la habitación”. Fue casi de un día a dos días que yo había planificado entrar allí y duré casi tres allí metida, pero gracias a Dios a pesar de todo, del susto, de todo, tuvieron los requisitos, los insumos que era lo que más me preocupaba (C, 25, 2, p. 4).

Cuando me estaban haciendo la cirugía me despierto en plena operación, a pesar de que yo solicité que me colocaran anestesia solo de la mitad del cuerpo hacia abajo, ellos igual me colocaron anestesia completa. Bueno, después presenté complicaciones posteriores de la cirugía, problemas con la tensión, al salir de quirófano un enfermero me pregunta “¿Cómo te sientes?”. Yo le respondí “me duele mucho la cabeza”, él me agarra de nuevo para devolverme al quirófano y dejarme bajo estricta observación (E, 29, 3, p. 3).

#### **4.1.4.2 Tuve que parir ahí**

La selección que la parturienta y su familia realizan para elegir el centro hospitalario de salud pública y estar preparados para el momento, condiciona varios aspectos; desde la organización familiar hasta la disponibilidad de recursos y espacio desocupado de la institución de salud. Para la familia, gestionar el traslado de la parturienta implica una organización de recursos y logística, entre estos aspectos que intervienen están: contar con transporte público o privado, el manejo de información sobre las maternidades disponibles, conocimiento de las condiciones de salud de la parturienta, y la obtención de recursos materiales que convengan para el beneficio de la madre y la/el neonato. De igual manera, el centro hospitalario público, también tendrá sus consideraciones hacia la parturienta, entre estos criterios de selección son; que la parturienta cuente con evaluación médica prenatal por medio de la verificación del registro de su historial médico en ese centro u otro, en algunos casos es preferible que haya sido en el centro de salud donde está optando para su parto; la selección puede ser considerada por la cercanía geográfica que tenga la parturienta con el centro de

salud; ahora, si la gestante presenta condiciones de salud complicadas debe optar por aquellos centros que estén capacitados para su situación.

En las variadas formas de relacionarse las familias con el sistema de salud público, pudiera interpretarse como improvisado o, que las instituciones no prevén en su organización las variadas complicaciones que representa para un grupo familiar no contar con la atención de dicha institución. Es posible que las familias en su criterio de selección no valoren aspectos de imprevistos propios del centro de salud, sino que asumen la condición de un servicio continuo e ininterrumpido sin problemas de espacio y prestos para la atención incondicional. En todo caso, este tipo de servicio incondicional está instaurado en las representaciones sociales que caracterizan el servicio de salud público, muchos embarazos pueden ser programados a partir de la situación saludable de la parturienta, sin embargo, no todos los casos son en las mismas circunstancias, a las mujeres que se les patologiza su gestación están sometidas a una posible emergencia. Estas particularidades condicionan a cada mujer de forma diferente, es así como *el recorrido* representa para cada grupo (institución de salud y familia) una forma diferente de relacionarse entre sí, sin calificar el desenvolvimiento de cada una, ambas deben contar con el factor programación, incluso para emergencias.

La selección del centro de salud para dar a luz que esté cercano al lugar de vivienda de la parturienta, es un elemento importante a considerar. Asumir el tema de la localidad va más allá del beneficio de la familia y la gestante, es también, la disponibilidad de recursos para trasladar a la parturienta que generalmente se le dificulta la marcha después del segundo trimestre de gestación, por tanto, el uso

de vehículo es necesario en esta situación. En algunos casos el recorrido es ineludible, dada las condiciones y limitaciones de salubridad de los centros que se encuentran en la ruta de acceso o ruta de emergencia de la localidad de la parturienta:

La Santa Ana estaba cerrada, no había agua y ya me habían llevado, el Valle también estaba cerrado, no había agua y la más cerca donde mi hermano me pudo llevar que consiguió un carro, fue allá. No pudo llevarme para otro lado porque ya me había llevado a recorrer cuatro más (L, 39, 2, p.10).

La situación de salud también domina en la selección del hospital, si la parturienta requiere de atención médica para parto quirúrgico (cesárea), los familiares y la gestante con anticipación deben determinar qué institución cuenta con este tipo de servicio. Es posible que el centro elegido no esté disponible para el día programado de la cirugía, por tanto, este tipo de dificultades obligan al grupo familiar a cambiar de maternidad en último momento, las expectativas se nublan y complica la situación. La última opción imprevista no garantiza los convenios pautados entre la parturienta y la institución inicial (ligadura de trompas y cesárea), sino que la premura obligue a la intervención solo del nacimiento, y la experiencia no sea la esperada. Ambas circunstancias, como la programación de la familia y limitaciones del centro de salud público pueden complicar los planes quirúrgicos deseados por la gestante:

No, yo iba a ir en el Llanito, pero cómo llegó una muchacha con el bebé afuera y la muchacha tenía Sida, contaminó los quirófanos y no me pudieron recibir allí. Ahí fue donde me pusieron la orden de cesárea, me iban a ligar, era cesárea y ligadura y mi papá me llevó fue a ese al Materno Infantil de Petare (M, 32, 3, p. 7).

Después de meses de programación, los planes pueden cambiar en último



momento y los factores que intervienen en estos cambios en ocasiones no dependen de las limitaciones de las instituciones de salud, ni por inconvenientes de la parturienta y sus familiares, sino por aspectos sociales de gran magnitud que son difíciles de visualizar en la organización y planificación para el día del parto:

No, lo que pasa es que yo tenía un control en La Guaira con una amiga que estaba en el mismo hospital, ella fue quien que me controló todo el embarazo, se metió la Pandemia y la persona que me iba a llevar, que era un amigo, él me iba a atender en el Seguro de La Guaira donde ella misma me iba a atender el parto (C, 25, 2, p. 10).

Al respecto de casos que tiene que ver con la institución y no con la embarazada, que ya bajo programación gestionó sus controles prenatales en un centro de salud específico y cercano, elegido con tiempo, donde de alguna manera sintió garantía para recibir atención en el momento de su parto, no obstante, una de las entrevistadas de este estudio, el día del parto, su ingreso debe cuestionarlo al recibir maltrato verbal por parte del personal de salud, esto la llevó a considerar preferir irse y acudir a otra institución para no sentirse maltratada:

[...] yo me estoy yendo porque tú me estás diciendo –¿para qué lo tuve, por qué no decidí abortar, para qué vine para este hospital?, que preferiblemente me hubieses ido para otro hospital, porque este estaba muy lleno–. Pero yo le dije que yo no estaba al tanto de eso, y si yo tengo que dar luz donde me controlé todos mis meses, entonces, tenía que venir aquí (D, 18,1, p. 4).

Las personas en constante interacción social adquieren conocimientos, que ayudan a discernir entre lo que se quiere y lo que no se quiere. Las gestantes multiparas a partir de sus experiencias en otros centros de salud pública utilizan el recurso de las referencias –antecedentes– para relacionar un parto con el otro, e involucran todo el contexto del antecedente; las interacciones con los grupos anteriores como el equipo médico y las formas de atención; la infraestructura y las

condiciones del centro. Es así como, asumen que *la mejor opción para parir* está centrada en otras instituciones en las cuales ya está referenciada y valorada su experiencia como positiva.

Los marcos de experiencia indican que, frecuentemente las experiencias buenas se quieren repetir y las malas se quieren evitar, la bondad de un servicio médico a través de atenciones rápidas y dedicadas, además de los beneficios de recursos especiales para la atención de las y los neonatos implica que esa es la experiencia que se desea repetir. En un hospital donde se puede estar, es un lugar donde vale la pena volver y que no solo se determina por sus beneficios estructurales y organizativos, sino que los referentes abarcan la tranquilidad psicológica de la parturienta:

Así como el hospital de Coro, que uno llega pariendo o con dolores lo montan en el burro y si no ha llegado la hora de las contracciones lo ponen a uno a caminar, después –“¿Ya te llegó?”– Sí. Venga para acá, le cortan a uno, lo ponen a uno a pujar y sale el bebé bien y lo ponen a uno en su camilla con su bebé en un corralito y lo atienden bien. El camillero o enfermera –“¿Le ponemos otro suero? Si se siente mareada toque este pitico que uno viene en carrera y lo atienden”– El hospital de Coro si, así es un hospital que tiene que estar. No así como aquí, que eso es lo peor, lo peor, lo peor ¡No quiero ni acordarme! (L, 39, 2, p. 12).

Yo digo, que donde yo tuve a la niña mayor, fue en el Pérez Carreño y ahí tuve mejor trato, no tuve quejas, ahí te digo que ese es mejor que la Maternidad. La Maternidad es el peor hospital. Tratan mal a las mujeres, nunca hay agua, los niños siempre agarran bacterias (Y, 18, 2, p. 10).

La decisión de estar en un centro de salud público es beneficiosa, frente a la decisión de rechazar el ingreso al centro de salud privado, salirse de los marcos referenciales de un servicio al otro para elegir en función de las necesidades de la parturienta y no solo a través del hecho exclusivo de la buena atención. Para la parturienta es alentador saber que en el centro de salud público adecuado la

atención será suficiente, aunque no sea el lugar elegido por excelencia, aun así, es un lugar que otorga buenos resultados y para la gestante anteponer el beneficio del control de reproducción como un bien mayor, es preferible frente a la sola experiencia del parto en una institución privada que no le brindaría un servicio completo, ¿Por qué elegir una buena atención, cuando puede beneficiándose de una atención buena y completa en una sola institución, la pública?:

[...] yo quería parir en la clínica porque tengo un seguro médico de mi trabajo. Sin embargo, al momento de parir en la clínica me dicen que no me pueden hacer la cesárea, así que por ende tampoco me iban a ligar, me convenía la cesárea, es decir, yo quería hacer las dos cosas al mismo tiempo para que fuera un solo dolor. Entonces, decidí parir en el Materno del Valle, allí si podían realizar las dos cirugías en un mismo momento (E, 29, 3, p. 2).

En conclusión, para las entrevistadas las (maternidades) utilizadas ofrecieron diferentes tipos de ingresos, desde la complacencia en el servicio hasta el menosprecio y cuestionamiento. En el desarrollo final de su proceso se vieron obligadas a cambiar de maternidad en último momento, de esta forma realizan el recorrido para buscar otras que estén dentro de sus posibilidades de traslado, y esperar poder ser recibidas, confrontándose a parir en un lugar no pensado y asumido con anterioridad. Así mismo, para las madres multíparas comparar este último centro hospitalario no elegido bajo programación, con los anteriores, representa para ellas gran diferencia lo que hace el anhelo del servicio anterior. La familia simboliza la fortaleza en esta etapa final del embarazo y en algunos casos son los encargados de la búsqueda de la maternidad correcta para la parturienta.

#### **4.1.5 El personal de salud y compañeras de parto**

Una vez que la entrevistada entra a la maternidad para ser asistida en su parto, se confronta con diferentes circunstancias, su recorrido se complementa con la observación de todo lo que sucede alrededor, incluyendo a las compañeras de parto que viven desavenencias. El personal de salud integra también este mundo hospitalario y contribuye con la experiencia que percibe la parturienta, al hacerla sentir por medio del dialogo y la atención oportuna pacientes privilegiadas. Los familiares de las entrevistadas las acompañan en la distancia, porque no se encuentran precisamente a su lado, ocupan un espacio organizado por ellos mismos, generalmente fuera de la institución, en atención a las normas que esta implementa.

##### **4.1.5.1 Equipo de salud**

En las maternidades en general, existen médicos especialistas o aspirantes, en el área de obstetricia, anestesiología, neonatología entre otros, estos profesionales cuentan con el apoyo del equipo de enfermería. Este equipo de salud se desenvuelve en espacios adecuados para la atención hacia la mujer en el trabajo de parto y en el parto, extendiéndose a todo lo referido al recién nacido/a y las emergencias que puedan ocurrir con el mismo. Las mujeres en edad reproductiva son atendidas integralmente y el equipo de salud es garante de mantener esta integralidad, el servicio incluye atención preventiva, anticonceptiva, reproductiva y atención al trabajo de parto y al parto. Para el equipo de salud el trabajo de parto y el parto indican una visión diferente sobre la mujer, este proceso fisiológico

requiere de un estado de alerta del equipo, sin embargo, el parto como proceso biológico no requiere de atenciones expresamente médicas como una enfermedad, sino que más bien, requiere de la constante observación y orientación para garantizar el éxito, en el caso de partos naturales sin complicaciones en el proceso. El equipo de salud estará dispuesto a los requerimientos de la parturienta y de esta forma contribuir a fomentar un ambiente y estado emocional de seguridad y tranquilidad para ella. Bajo estos preceptos de la práctica profesional sobre el rol del médico/a y del equipo de enfermería en el trabajo de parto y en el parto se caracteriza por ser espectadores y asistentes de la mujer, así como los encargados de solventar las emergencias y todo aquello que salga del rango de normal y natural. Las mujeres embarazadas por su parte, ceden su confianza y juicio al médico/a tratante quien las guiará hasta el último momento del proceso, velando por la salud de ellas y su recién nacido/a.

En la atención que los médicos/as le brindan a las embarazadas el diálogo para ellas es importante, a través de un dialogo amable y cordial se sienten atendidas y respetadas. Es una conversación bidireccional que se realiza en cuerpo presente, es decir, la atención está dirigida hacia ellas y hacia sus intereses, en este tipo de acciones dialógicas ellas experimentan confianza:

[...] porque llegó otro doctor uno blanquito, le pregunté que si era anestesiólogo, me dice, “sí, yo soy el anestesiólogo”, porque me anestesió un poquito donde me abrieron la pelvis, me rajaron a carne fría. Yo le dije, yo tengo orden de cesárea [...] a él sí lo trate bien, porque vi que él me trató bien, me habló bien bonito, yo le hable bien bonito (M, 32, 3, p. 6).

Una doctora gordita y unas enfermeras estaban ahí y me tomaron los datos, si era niño o niña como quería que le pusieran que, si sufría de alguna enfermedad, mientras me hacían el tacto me atendieron otros. Cuando me

llevaron para el quirófano era otra doctora que me hizo la cesárea (Y, 18, 2, p. 9).

En un lugar ocupado por tantas mujeres embarazadas sentir una atención dedicada, parece ser un privilegio. Las mujeres en estos espacios reconocen que las atenciones por parte del equipo de salud sean constantes e individualizadas se dificultan por la cantidad de parturientas usuarias al mismo tiempo del servicio, sentir una atención dedicada es una fortaleza para ellas, reconocen el enfoque humanista de este tipo de atención y lo parecían revelando el valor que esto consagra para ellas. En este tipo de atención constante, el tema de la identificación mutua se suma, son médicos que tiene acceso al cuerpo de la mujer y ellas tienen acceso a sus nombres por lo que el carácter indentitario en este tipo de dinámicas relacionadas con el cuerpo y la mente fomenta seguridad. Que los médicos tratantes se identifiquen con sus pacientes es un elemento más para sentir personalizado el servicio que recibieron:

No, bien, chévere, chévere, chévere, chévere, chévere. El Doctor Carlos, uno morenito, tres doctores me atendieron de lo mejor, dije ¡ay, pobrecita esa mujer! Yo la compadezco”. Los camilleros hombres si atedien a uno lo mejor, lo mejor, pero lo que son las mujeres ofenden a uno a morir, ofenden, ofenden, ofenden (L, 39, 2, p. 4).

Por lo menos el doctor Jonathan que realizó mi cesárea, él siempre me dijo que cómo me sentía, cuando estaba en la sala de espera porque la contracción que tenía era muy fuerte, me decía “ya te vamos a atender, te quedas tranquila, quieres agua, no sé qué, camina, no te quedes sentada así, quédate sentada asado”, muchas cosas que yo realmente no pensé que un doctor así que entre tantas mujeres a mí me iba a prestar atención, vamos a decirlo así (C, 25, 2, p. 7).

Las parturientas no solo se relacionan con el equipo de salud, ni solo se vinculan con su proceso, ellas también experimentan el poder de la observación y sugestión a partir de sus *compañeras de parto*, inclusive, no requieren en muchos

casos del dialogo para sentirse identificadas con las otras parturientas. La sugestión se produce a partir de presenciar episodios drásticos como la muerte de neonatos, partos innecesarios y partos desasistidos, estando ellas en su propio trabajo de parto. La fuerza interna que implica reponerse de inmediato emocionalmente sobre estos acontecimientos, que posterior las conllevan a la angustia y desesperanza, al mismo tiempo las parturientas sienten empatía por las otras mujeres que atraviesan el dolor de la perdida, son circunstancias dentro de sus propias circunstancias y deben combatir con ambas. La observación de estos acontecimientos incomoda a las parturientas que aún están en su proceso de parto, agregando un elemento negativo y doloroso en sus vivencias dentro del centro de salud pública:

[...] vi una muchacha que perdió su bebé espontáneamente, oye es una mezcla de sentimientos porque tú te aferras en que: ¡Dios mío!, ¡mi hijo! Hasta ¿qué me puede pasar aquí? y entonces ellos, gracias a Dios a pesar de todo, esos médicos que me atendieron eran de muy calidad humana pues (C, 25, 2, p. 6).

Lo recuerdo muy bien, vi como hacen parir a la muchacha de este lado, justo al lado mío, pero ese parto no tenía razón de ser porque el bebé venía muerto. Recuerdo su rostro, el del niño, era de esos niños con los labios así [labio leporino] . Tuve que ser fuerte rápidamente porque ya venía mi cesárea, yo sabía que me venía fuerte con la cesárea por eso pedí que me durmieran toda (E, 32, 3, p. 4).

Si ella salió [...] porque el cuarto donde nos atienden es como aquí y el cuarto donde nos hacen el tacto es aquí como al frente. Entonces, ella salió para pedir ayuda a los doctores y ella llevaba la cabeza del niño, creo que era un niño, no sé, en las manos, porque ella se quitó la bata se desesperó, iba caminando con la cabeza del niño en las manos, y yo con mi dolor, salí caminando rapidito para llamar a los doctores para que la atendieran, porque me daba miedo que se fuera a caer o el niño se fuera a caer. Eso fue lo que más me llamó la atención (Y, 18, 1, p. 10).

Las compañeras de cuarto también representan para la parturienta un referente de atención o desatención, son compañeras desafortunadas en su estancia dentro del centro de salud, viven con ellas las desavenencias de la vida y se solidarizan emocionalmente con estas mujeres agraviadas:

En el cuarto de al lado hubo una muchacha que le robaron a su niña, no sé cómo, pero se la robaron, se la sacaron y la niña la tenían en su cunita (M, 32, 3, p. 3).

Murió adentro y ella se tuvo que hacer un lavado por allí y el bebé murió por esa causa, que inclusive allí no te permiten quedarte con nadie, sola con su bebé y tú pues, y a ella le permitieron quedarse con dos familiares porque lo que había pasado para que no denunciara a la Maternidad y el doctor que atendió la cesárea, lo sacaron, o sea, lo botaron para que ella no lo denunciara (D, 18, 1, p. 10).

#### **4.1.5.2 Los familiares que acompañan**

Los centros de salud pública cuentan con una estructura física que tienen diferentes ambientes para el desarrollo de la vida hospitalaria, las características de estos espacios van definidas por su funcionalidad y aunque exista relación de un espacio con el otro no son lo mismo. Las salas de trabajo de parto son un espacio y las salas de parto son otro, la accesibilidad de alguno por parte de los familiares requiere de supervisión del personal del hospital. El *lugar de espera de los familiares* va a depender de la forma de organización autónoma que cada maternidad define, sin embargo, también es una definición propia de los familiares como transcurre la espera y como entre ellos mismos se gestionan las formas de estar dentro o fuera del centro.



Las embarazadas ingresan a la institución de salud, los familiares que las acompañan deben esperar afuera, esta norma está instituida en el grupo familiar con naturalidad, de igual forma, esto no impide que ejecuten sus funciones como responsables de la parturienta desde la zona asignada para ellos, afuera, durante la espera la organización del espacio está definido por las diferentes familias que coinciden, formando un grupo llamado “los familiares”. El afuera de la institución puede estar definido como la calle, es decir, el contexto de espera se ubica entre la puerta de la maternidad y los alrededores de ella o, bien el afuera está definido, por estar del otro lado de la sala de trabajo de parto, al exterior de ella, pero dentro de la institución, por ejemplo, el área de emergencia:

Apenas me ingresan, mis familiares debían esperar afuera, pero en un lugar del mismo hospital que tenía pocas sillas, la gente apartaba con tiempo los asientos (E, 29, 3, p. 7).

Afuera, afuera del hospital. Por lo menos aquí está la Maternidad y ellos estaban en ahí en la rejita (C, 25, 2, p. 15).

Cuando yo estaba en proceso, ellos estaban era afuera en la calle, a ellos no los dejaron pasar al hospital, ellos estaban afuera. Afuera como decir Emergencias (D, 18, 1, p. 30).

Las *Visitas posparto inmediato de familiares en la habitación* es el reencuentro de las parturientas con sus seres queridos, es un momento de felicidad y donde se materializa el apoyo y el acompañamiento a distancia, esto genera dicha y algarabía. Sin importar la hora de visita; si es poco o mucho tiempo para estar con la parturienta, las personas más cercanas a ella están atentos a su encuentro, como sus familiares en primera fila para celebrar al nuevo miembro del grupo:

La visita era una sola vez al día, que si de 2 pm 3 o 4 pm, me visitaban

todos los días mi mamá, mi hermana Magdalena, mi esposo y cuñado, no recuerdo si mi comadre también fue (E, 29, 3, p. 8).

La doctora muy bien, como era una persona conocida casi que los dejaban entrar a todos, siempre era todo un bochinche, todo el mundo alegre (C, 25, 2, p. 11).

El deseo del encuentro con los familiares en el posparto inmediato, es volver a la fortaleza y al cobijo de ellos, sin embargo, continuar con el distanciamiento en esta etapa, implica que las cosas no están en el orden correcto y sigue generando para la madre angustias de no ver a sus familiares y al recién nacido. En este punto del posparto, las normas de visita estarán sujetas a situaciones particulares de la madre o del mismo centro de salud. No todas las mujeres pueden experimentar el apego temprano del/la neonato, ni las visitas de familiares y amigos en el posparto. El protocolo de visita que la institución implemente no son razones suficientes para que la madre comprenda su situación de salud, de ser el caso, y sienta tranquilidad:

Yo parí el 23, gracias a mi hermana, mi hermana que me llevaron y pelearon, porque ellos no sabían nada de mí, cuando yo reaccioné a los 4 días, yo “¿mi hijo, yo parí un bebé?” el estaba en el retén, le pedían la comida a mi hermana y a mí no me pasaban comida (L, 39, 2, p. 3).

El centro de salud asigna a un familiar el ingreso a las habitaciones de hospitalización posterior al parto para que la madre y el recién nacido sean asistidos en las primeras horas del acontecimiento, en este tipo de visita posparto se gestiona por parte del familiar los primeros cuidados al recién nacido mientras la madre está recuperándose. El acompañante puede ser hombre o mujer, lo importante es que sea de compañía y ayuda:

Después que yo parí me preguntaron –Si yo tenía algún familiar– mientras me están curando y eso. A mí papá lo hicieron pasar para que me

acomodará la cama y él fue que pasó; me atendió, le puso el pañal al niño, le puse una ropita, lo ayudó a vestir, me ayudó a vestirme, a pesar que era el único caballero. No entiendo por qué no permiten, porque yo pedí a mi papá en el momento del parto (M, 32, 3, p. 8).

El esquema en general de las personas y grupos que participan en la estructura hospitalaria, conforman para la parturienta un mundo de relaciones, las interacciones que ellas gestionan con cada uno de ellos, desde la observación hasta la conversación integra toda su experiencia. Por una parte, el sentir de cada una de las entrevistadas al presenciar las dificultades experimentadas por sus compañeras de parto, enlutó momentáneamente las emociones de ellas, pero debieron continuar con la faena del parto a pesar del mal momento. Por otra parte, el personal de salud se identificó con algunas de las entrevistadas, situación que les produjo confianza y conexión, los familiares estuvieron presentes detrás de columnas y muros, pero sin perder el objetivo de cuidar y atender a la madre y al recién nacido en el momento requerido. Sin duda, para ellas la mejor parte de la estancia dentro del hospital la constituyó el reencuentro con los familiares.

#### **4.1.6 La peor experiencia, para no repetirla**

Para las mujeres entrevistadas una definición esencial que describe su estancia dentro del centro de salud pública es negativa: “la peor experiencia”. Una expresión que implica dolor, sufrimiento, padecimiento, porque dejó en ellas heridas emocionales, y a pesar de haber pasado al menos dos años de su vivencia, el recuerdo las acerca más al hecho en lugar de alejarlas. Las cicatrices no son

solo emocionales, el padecimiento del dolor también sucede en ellas desde lo físico. La reflexión que hacen sobre esta nueva forma de estar en el mundo es alentadora, por los pensamientos de justicia, al imaginar posibles escenarios que confrontan al/la malo/a con la piedad y el dolor. En este ejercicio, de sanar, el mejor paisaje vivificante es el beneficio que otorga el ser que alumbraron a través de ellas.

#### **4.1.6.1 Heridas emocionales**

La recuperación posparto es lenta y no solo las heridas físicas requieren de sanar, las gestantes experimentaron muchas emociones, algunas pasajeras y otras se convirtieron en sentimientos de profundo agobio, dejando cicatrices y secuelas en su día a día. Es posible que en fase posterior a una experiencia traumática las personas puedan sentir estrés postraumático, estos síntomas están asociados a emociones angustiantes que pueden ir reviviendo durante un tiempo en la parturienta, como el miedo y la ansiedad. Es factible que se crucen el estado de ansiedad, por los hechos complejos vividos en el parto y el estado hormonal por el efecto posparto, tristeza e inhibición, en este aspecto, ambos estados emocionales pueden perfilar para potenciar una depresión posparto y afectar psicológicamente a la madre. Desde el aspecto psicosomático son normales las etapas de aflicción posteriores al parto, sin embargo, el tiempo es un indicador de que estas complicaciones estarán estacionadas por una temporada y serán superadas más adelante, la madre podrá ir sanando con esfuerzo las desavenencias ocurridas, pero las heridas emocionales trascienden en el tiempo, su estructura no se

desvanece con facilidad, se significa lo experimentado negativamente, quedando daños psicológicos duraderos en la parturienta.

Las heridas emocionales profundizan en las parturientas el dolor y la tristeza, algunas de ellas aún están desvalidas emocionalmente frente a situaciones que deben encarar en su cotidianidad. La experiencia del parto en instituciones de salud pública impregnó en algunas mujeres sentimientos de duelo sobre sus condiciones humanas, aunque no perdieron a sus hijos/as, sienten que en sus vidas perdieron algo, de dignidad, de humanidad, de integridad.

*Eso es lo más triste que me haya pasado en mi vida*, en estas emociones las madres conservan un estado catastrófico de los hechos, la línea que existe entre el momento del parto y la desgracia de un hecho es mínima, es algo no vivido antes y no renovado por otra desgracia, esta experiencia dejó una huella de desdicha, la tragedia en medio del nacimiento simplifica que lo acontecido lastimó profundamente a la madre.

[...] cuando subí a la sala de parto me anestesiaron nuevamente, me limpiaron, me transfundieron, y me dejaron allí en observación todo ese día y bueno, mira, fue una experiencia que me sentía triste, me sentía muy mal porque te lo juro que sentía que me iba a morir, jamás pensé que me iba a pasar eso, sin embargo, fue una experiencia mira nueva para mí y fue la noche más trágica de mi vida (C, 25, 2, p. 3).

El duelo perenne y la tristeza quedaron estacionados en la madre, la sensación de pérdida, de falta de algo produce aflicción, la cotidianidad de la madre posterior a lo ocurrido transcurre en el combate de no revivir lo acontecido y agobiarse por el deseo empático de esperar que otras mujeres no experimenten su propia desdicha, es la ambivalencia de pensarlo y revivirlo al mismo tiempo de no querer saber al respecto más nunca. La situación de regreso y negación

manifiesta que la herida emocional ocasionada tras su parto está presente en su vida y la oprime:

Me sentí como... Cuando a uno le quitan una cosa querida, le desprenden a uno pues. Después de la mamá viene el familiar y uno se pone triste, se aflige pues. Eso es lo más triste que haya pasado en mí [...] Traumatizada, para mí fue lo peor, mira que se me engrinchan los pelos. ¡No quisiera que a ninguna mujer le hicieran lo mismo! ¡Se me engrinchan! Pregunte, eso es lo peor (L, 39, 2, p.12).

Las mujeres multíparas asumen sus experiencias de parto de modo diferente a las primerizas, cuando por primera vez una mujer vive su parto puede sentirse impresionada en cada parte del proceso, sobre todo por aquellas situaciones que generan dolor. Sin embargo, las mujeres a partir de su segundo parto ya han significado la experiencia y la pueden clasificar en sus conocimientos previos y nuevos, y advertirse en cada paso que van atravesando, es por esto, que una madre que asigna a su tercer parto el significado de una vivencia mala, desagradable y sufrida como si estuviera tratándose de una primeriza. Colocar su tercer parto como si fuera el primero en la organización de sus experiencias connota importancia al asignar el orden a partir del dolor y sufrimiento:

[...] porque lloré como si fuera la primeriza. De ahí por medio de eso me ligué. No quiero más niños con esa mala experiencia, para mí eso fue una mala experiencia, no estoy hablando mal del niño sino la experiencia malísima (M, 32, 3, p. 2).

La persistencia de sentimientos negativos cala en la salud mental de las personas, como resultado de esta experiencia traumática las parturientas recurren a intentar calmar sus angustias fantaseando escenarios de justicia. El *Resentimiento* como secuela del maltrato abruma con la impotencia de no resolver la incomodidad que produce pensar en lo vivido, esta situación transcurre en medio de la dialéctica de superación a través de otros elementos, como la compañía del/la hijo/a. De igual manera, es inevitable que cada vez que al roce del recuerdo

estas mujeres reviven su mala experiencia:

Yo le pido a Dios cuando voy a San Martín, que nunca las monte en la camioneta y que nunca me las consiga porque voy a decir las mismas palabras: “¿Se acuerdan cuando ustedes me hicieron sufrir a mí pariendo? Que por ustedes sufro de tensión baja, me dio un infarto” (L, 39, 2, p. 4).

Yo digo que [...], yo me sentí bien después que tuve a mi bebé de verdad, no te voy a mentir, pero mi experiencia fue muy traumática, muy, muy traumática porque murieron niños, porque me trataron mal, porque se burlan de ti (D, 18, 1, p. 31).

#### **4.1.6.2 Después del parto**

Ya todo pasó, las cosas toman el curso nuevamente, la cotidianidad espera para ser atendida, las mujeres se integran progresivamente a su rol de madres y energizan todo lo que está a su alrededor. En las condiciones del después del posparto las madres han tenido tiempo para cicatrizar las heridas físicas que ese hecho pudo ocasionarles, en muchos casos la episiotomía: abertura que le hacen a la parturienta en la parte inferior de la vulva, con una ligera curva antes de llegar al ano, su función es darle mayor salida al feto evitando un posible desgarro de la zona. Es la herida más común del parto así como la cesárea, sin embargo, estas lesiones no cicatrizan en todas las mujeres por igual, los factores que intervienen en la cicatrización dependerán en gran medida de la magnitud de la herida, de los cuidados de enfermería para garantizar la higiene y del proceso mismo del cuerpo para cicatrizar. En un tiempo ya distante del parto la mujer puede comenzar a reponerse y revitalizar su cuerpo, a pesar de que el parto requiere de un esfuerzo físico extenuante, la capacidad que tiene el cuerpo de la mujer en reponerse alienta a mejorar el pronóstico de las heridas que se hayan quedado.

El parto requiere de presión, de fuerza, la fuerza que aplica la madre para la expulsión y la fuerza que en algunos casos el médico/a aplica como maniobra para empujar el feto hacia afuera del cuerpo de la madre encimándose sobre ella. Otro tipo de *Lesiones físicas* son las que sufre la/el neonato en la presión de ser expulsado, es un acto violento que involucra fuerza y por consiguiente deja madres y recién nacidos/as adoloridos/as y heridos/as, la recuperación es una esperanza, pero no implica que las mujeres no sientan su padecimiento y reflexiones sobre lo que debió y no debió sucederles.

Los actos violentos físicos que experimentó la madre aún permanecen en su cuerpo, generando en ella sufrimiento, su cuerpo se encuentra en un estado largo y continuo de posparto, para la madre la integración placida a la vida cotidiana está empañada por las heridas físicas, por las secuelas del maltrato que padeció. No siente que el parto haya concluido, sino que se encuentra sumergida en el dolor y desagrado de los resultados por las prácticas médicas en su cuerpo:

[...] aparte que me rompieron la pelvis, me rajaron lo que divide del recto hacia la totona, me rajaron completo, eso quedó como un boquerón, es así, grandísimo, horrible. Y ahorita el niño tiene dos años, pero orino y me duele, me duele, me duele, me duele... Como si tuviera eso recién (M, 32, 3, p. 2).

El agotamiento físico que representa para la madre el parto, la incentiva a ver las cosas desde el cansancio, el dolor y la frustración sobre todo en las circunstancias de que las cosas no se hayan dado de la manera más amena para ella y su hijo/a. Las lesiones físicas posparto no se reducen solo a las heridas de la madre, el neonato es un participante más de este acontecimiento, es tan vulnerable



su condición como la de su madre, las circunstancias de un parto complicado son precisamente, que todo se complica, como la salud de ambos:

Me sentí mal, aparte de que me sentía adolorida, si ellos me fuesen tratado bien a mí y a la niña, mi niña me la fueran dado no en el momento, pero no fuera tenido fracturado su bracito, ni la piernita, ni fuera tenido todos los morados que tuvo. (Y, 18, 2, p. 3).

Las afecciones de salud posparto, surgen a través de las dificultades durante el trabajo de parto y el parto, la salud de la mujer en el proceso se condiciona y pueden surgir daños irreversibles. Las mujeres multíparas y mayores de 35 años están consideradas en la biomedicina como embarazos y parto de alto riesgo. La madre siente impotencia al concientizar lo ocurrido y le asigna responsabilidad a los/as encargados/as de su infortunio es por ahora los más realizable y terapéutico que la madre puede hacer:

¡Uy si, horroroso! Se me engrinchan los pelos cuando me acuerdo. En veces yo estoy aquí acostada y me acuerdo y reflexiono así yo digo: “Por esa doctora, ¡verga!, estoy sufriendo de tensión baja, me dio un infarto ¿Y ahora como hago?”, por la misma doctora (L, 39, 2, p. 10).

Las mujeres pasaron por diferentes estados emocionales en su proceso de parto, registraron la experiencia desde el sufrimiento, sienten que las consecuencias son visibles e imborrables, desde los daños al cuerpo y el dolor que estos les producen. Destacan especialmente, aquellos sentimientos que no se transforman aún en perdón, sino que reclaman justicia y reconocimiento de los daños causados. Pensarse tantas veces en escenarios diferentes, en afirmarse a sí mismas que ha sido lo peor que han vivido, les dejó marcas en el lado materno, aunque reconocen que tuvieron fuerza y valor para enfrentarlo. Sin embargo, no es suficiente el dialogo interno, sino que se cuestionan por qué las cosas

sucedieron de esta forma y no pudieron cambiar para mejor en algún punto del camino. Quizás de esa manera, a través de ese posible cambio, ellas no estuvieran hoy en día tan lastimadas.

#### **4.5 Discusión: La experiencia de las parturientas: solas, maltratadas y en silencio**

A partir del análisis realizado procedo seguidamente a dar cuenta de la construcción de sentido elaborada de los significados creados por las entrevistadas de este estudio. Dirigiré la atención de esta discusión a visibilizar las construcciones que surgen seguido de la experiencia de seis mujeres que alumbraron en centros de salud públicos de Caracas, donde vivieron sus trabajos de parto, parto y posparto inmediato. Estos centros de salud son del sector público del país: Maternidad Concepción Palacios, Instituto del Seguro Social Santa Ana y Hospital Materno Infantil de Petare.

En estas instituciones las mujeres vivieron diferentes tipos de atención que no valoraré solo en una medida lineal de bueno o malo, por el contrario, haré una revisión de los significados que construyeron las entrevistadas en correspondencia con lo tratado por Gergen (1996). Las parturientas, en su mayoría viven en pobreza extrema, (Figueredo y Veléz, 2015). Sus edades van de los 18 a los 39 años, solo tres de ellas cuentan con pareja, dos vivieron su primer parto en etapa adolescente (Azuaje, Henríquez y Rached, 2002). Y a todas, su grupo familiar, amigos/as y vecinos/as les ofrecieron compañía durante el embarazo y el parto.

Las condiciones clínicas variadas que obligan a estas mujeres a acudir a los centros de salud más cercanos a su lugar de vivienda conllevan a un parto que no puede ser atendido en casa, sino por expertos en partos, por los/las obstetras, médicos que se especializan en diferentes tipos de nacimiento: parto natural, parto por cesárea.

El parto supone un esfuerzo físico y mental extenuante, posterior al borramiento del cuello uterino (dilataciones), se da la expulsión, que permite la salida del embrión, vía uterina, en correspondencia con lo que refiere Andina (2002). Este proceso requiere un máximo de conciencia de la relación entre el cuerpo y la mente sobre todo en la alineación de ambos, el cuerpo está encargado de la expulsión del bebé, pero la mente está encargada de controlar el proceso. Es la tranquilidad de la parturienta la que le permitirá concentrarse en el hecho fisiológico y no en aquello que pueda incrementar el miedo, la angustia, el dolor y la fatiga; ya el dolor que produce el parto es suficiente (Gaitán, Olmos, Reyes y Salazar, 2009).

Las entrevistadas en su mayoría experimentaron emociones negativas, estar entre la angustia y el sufrimiento las colocó en una posición de desventaja, esto coincide con lo que indican Figueredo y Vélez, (2015), sobre las emociones que experimentan mujeres embarazadas en situación de pobreza. Ciertamente, no se llega a un lugar donde ocurrirá un momento especial con emociones en blanco o con un estado psicológico neutro, es posible que el temor “por la incertidumbre” sea la guía de las emociones siguientes, a pesar de esto, experimentar soledad y desprotección representa debilidad e inseguridad que posteriormente repercutirán

en la tranquilidad de la parturienta, situación contraria a lo expuesto en Fundación Juan Vives Suriá (FJVS, 2012). Las emociones pueden variar en el proceso y pueden ser diferentes en las gestantes multíparas y en las primigestas, en correspondencia con Lartigue, Martin y Saucedo, (2008), las emociones serán diferentes según el contexto en que vive la parturienta. Antes de la llegada al centro hospitalario hay expectativa, inquietud, temor, incertidumbre, miedo, esperanza y confianza. Durante el trabajo de parto y en el parto hay angustia, rechazo, desesperanza, esperanza, miedo y temor. En la última etapa, que es en el posparto inmediato, pueden aparecer impotencia, tristeza, pena, felicidad y alivio, Lartigue, Martin y Saucedo (2008).

La susceptibilidad las limita para centrarse en aspectos menos atemorizantes, los sentimientos de culpa por razones diversas les impiden estar plenas en su proceso. No poseer palanca ni dinero, incrementa las emociones negativas de impotencia por no ser favorecidas con una atención exclusiva, diferencial y oportuna; intercambiar dinero por algunos beneficios o contar con el favoritismo de familiares o amigos dentro de los centros de salud responde a una cultura que organiza las cosas a su modo, pero garantiza la tranquilidad y la seguridad de que todo está bajo control, y genera mejores formas de estar en los centros de salud.

La atención y los procesos médicos aplicados en la mayoría de las gestantes están establecidos como normales y necesarios, también forman parte de la dinámica institucional médicos/as impartiendo clases y médicos/as recibiendo clases. Para las parturientas, prestar el apoyo en silencio y no interrumpir las

prácticas profesionales y técnicas, es la mejor contribución para la medicina obstétrica, no obstante, el discurso de la biomedicina se confronta aquí con el discurso de las mujeres receptoras de estas prácticas que les producen incomodidad y muchas veces dolor; en este tipo de espacios el hablante tiene jerarquía: si el médico habla, las mujeres escuchan y obedecen. Naturalizar los procesos invasivos sobre la privacidad y la emocionalidad de las parturientas está constituido en las prácticas discursivas hospitalarias, se trata de una comunidad de sentido que comparte dentro del centro de salud estas dinámicas, que estar ahí implica también “dejarse hacer” ambiente opuesto a los aspectos que ofrece un parto humanizado (Fundación Juan Vives Suriá -FJVS, 2012).

Las mujeres no solo experimentan debilidad o vulnerabilidad por su proceso fisiológico, también se fortalecen en sus propias conciencias al sobreponerse frente a lo que está ocurriendo y salir adelante, alentarse a concebir esta experiencia como algo circunstancial que pasará pronto, posibilita comprender que “lo normal es lo correcto”. La colaboración que ellas ofrecen es soportar todo lo que venga, sin importar el nivel de dolor, ceder es parte de sus funciones; quedan ilimitadas las prácticas de los médicos/as y deben acceder a todo, en cuanto contribuya a salir pronto de esa experiencia, incluso soportar debe prevalecer sobre la lógica y el sentido del límite del dolor.

En el acumulado de fatalidades que vivieron las parturientas, la separación de sus familiares como norma institucional, pero también norma contradictoria (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013), las obliga a ellas a entender que la soledad es parte de la experiencia, no solo lo vive porque sí, sino que lo

entiende y lo justifica; el espacio, la privacidad, el silencio y la seguridad del personal hospitalario predominan sobre otros aspectos de índole emocional, como sentirse acompañada, segura y protegida. Es por eso, que quizás las construcciones previas que las gestantes tenían al entrar al centro de salud organizaron su estancia, y les proporcionaron herramientas para sobrellevar lo esperado y lo inesperado.

El parto es una experiencia diferente para cada mujer, no obstante, la mayoría de las entrevistas señalan un elemento en común referente a sus vivencias dentro del centro de salud pública como: la violencia ejercida contra ellas en tres manifestaciones diferentes, física, psicológica y obstétrica. La violencia como agresión y abuso ejecutado directa o indirectamente en las prácticas médicas somete a estas mujeres a distintas formas de sentirse menospreciadas, tal y como señalan Jiménez, Rodríguez, Rodríguez y Santiago (2020), que sucede en diferentes salas de parto del país, donde se ejercen sobre las parturientes diversos tipos de violencia. No tener otras posibilidades para asegurar un parto institucionalizado convierte al centro hospitalario en la única opción para dar a luz, como lo expresa Blázquez (2005). A pesar que se confunden la violencia con hechos “normales”, las mujeres distinguen algunos de estos tratos como discriminatorios y logran reconocer la violencia que se ejerce contra ellas, según lo refieren Jiménez, Rodríguez Santiago y Rodríguez, (2020). Durante los actos violentos asumen que no hay salida, que la única manera que se puede lograr el objetivo es cediendo y esto las coloca en una posición sumisa y permisiva. Al mismo tiempo las condiciones funcionales del cuerpo de la parturienta no

permiten que se activen corporalmente a exigencias, sin movilidad y espacio para ello, aspectos contradictorios con lo que plantea la Fundación Juan Vives Suriá (FJVS, 2012), sino que requieren de atención y ayuda constantemente, esto coincide con lo que ha señalado Vizcarra (1981) sobre la función corporal limitada de la gestante. Entre las varias consecuencias de ser víctimas de violencia, se generan construcciones basadas en sentimientos de dolor y pena, esto las hace sentir maltratadas, además de silenciadas, lo que armoniza con lo referido por, Jiménez, Rodríguez Santiago y Rodríguez, (2020). Se observa, que la combinación de los procesos naturalizados de los servicios médicos y los conceptos previos elaborados por las mujeres sobre “soportar lo que venga” permiten patrones y círculos de violencia que no se visibilizan porque están instaurados en la razón y lógica de servicio de la cultura hospitalaria, como lo he indicado antes, Brunet (1987), amplía sobre las dinámicas dentro de las instituciones sociales.

La violencia experimentada también se extiende al privar a la madre del apego temprano y afable del recién nacido/a, en esto encuentro analogía con lo considerado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013). Las interacciones inmediatas al nacimiento proporcionan felicidad y tranquilidad, emociones beneficiosas para el binomio que resaltan la importancia del apego temprano, de acuerdo con lo expresado por Andrade, Méndez, Mora, Ortiz, Pérez, Salas y Zambrano (2020). Es por esto que la imposibilidad del acto conlleva a la ansiedad y angustia de la progenitora en pleno inicio de recuperación. No solo los valores clínicos que la mujer posee son determinantes de una buena salud, es

necesario que inicien la etapa del posparto sin agobio, incertidumbre e impotencia por no tener el control visual de sus recién nacidos/as, esto les produce intranquilidad y preocupación imaginar que puedan cambiarles a sus hijos/as y no logren tenerlos jamás, al respecto Andrade, Méndez, Mora, Ortiz, Pérez, Salas y Zambrano (2020), confirman la importancia del reconocimiento de la madre al hijo/a. El temor y el conflicto se suman a esta etapa lo que da continuidad a la desesperanza y al maltrato, esto aun cuando la salud mental de la madre y el hijo/a son el propósito de la práctica del médico/a tratante, para proporcionar el bienestar psicofísico de ambos, intenciones que son mencionadas en la normativa del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013).

La experiencia dentro del centro de salud es calificada por varias mujeres como adversa. Para otras, sin embargo, la buena atención también es parte de las dinámicas hospitalarias, la comunicación efectiva y la empatía, representa para las parturientas un gran alivio, les da serenidad y seguridad saber que los procesos del parto están cubiertos por expertos, información similar y en detalle es presentada por Díaz, Buyes, Herrera, Morales y Rivas (2019). Esta atención se basa en escuchar a la paciente, brindarle cuidado oportuno y vigilar en todo el proceso del parto la preservación y respeto de la dignidad, humanidad y emociones de la parturienta; de esta manera, se sienten visibles, consideradas, atendidas, en el hecho de un parto humanizado, descrito por la Fundación Juan Vives Suriá -FJVS, (2012). Para ellas la atención “distintiva” es un privilegio, recibirlo se convierte en una concesión que el médico/a hace de respetar su condición emocional. Si relacionamos este tipo de interacciones “privilegiadas” frente aquellas



interacciones a través de violencia, la asimetría es gradual, son dos tipos de mujeres que salen del centro de salud: mujeres desvaloradas y mujeres consideradas y respetadas. En el imaginario social de usuarias de los servicios de maternidad en instituciones públicas de la ciudad de Caracas, la valoración que le dan las instituciones a sus derechos de recibir un trato digno y respetuoso pasa a ser una exigencia.

Después de la experiencia del parto las madres pueden relacionar lo vivido con el anhelo, esto es posible porque sintieron mala atención, así que toman el referente de lo malo para idear un mejor parto. Las parturientas acudieron al centro de salud con un alto nivel de esperanzas, o bien llegaron improvisando, sin planificación, desconociendo las dinámicas de la institución, así como sus derechos a un parto digno. Desear un parto con acompañamiento familiar representa la necesidad de sentirse protegidas, resguardadas y sobre todo entendidas, estar ahí le permitía cuidar, explicar, sostener y comprender a la mujer, Arraiga, Cruz y Pérez (2019), detallan las bondades de este tipo de apoyo. Ansiar esta protección responde a las agobiantes y estresantes vicisitudes que atravesaron, cuando un familiar podía evitar estos eventos, o bien, el equipo de salud podía asumir un rol más solidario en sustitución del familiar. El acompañamiento familiar en el alumbramiento en centros de hospitales públicos es parte de un deseo compartido por las parturientas, pero irrealizable.

Antes y durante el embarazo las entrevistadas estaban en condición de pobreza o pobreza extrema; sin generar ingresos propios; en viviendas de poco espacio y conviviendo con varios miembros del grupo familiar, situación que les

advierte que un embarazo en esa etapa de sus vidas no era una buena opción, de forma concordante lo resalta Trigo (2015). Debido a estas circunstancias ellas sienten rechazo al conocer su estado de gestación, procesar la información les tomó tiempo, les ocasionó depresión, negación, culpa y arrepentimiento durante un periodo importante del proceso, el embarazo comienza en un estado de resistencia e intolerancia, incrementar un lugar más en las dinámicas familiares y con escasos recursos les complica su existencia, en conexión con el tema se ubican los planteamientos de Figueredo y Vélez (2015).

Dentro del centro de salud continúan las emociones negativas que vienen desde el embarazo, las sentidas humillaciones por parte del equipo de salud se suman al proceso del parto y aumentan los malestares. La institución hospitalaria, no representa un lugar neutro para ellas, ni un lugar de igualdad y reconocimiento de derechos y respaldo social, las políticas públicas no se extienden a favorecer a este grupo de mujeres en estado de pobreza y embarazo, elemento que resulta contradictorio con lo presentado por Rincón y Rodríguez (2005). Esto las hace enfrentar su parto indefensas emocionalmente, aunque siempre mantienen el deseo del reconocimiento por la fuerza y el valor que manifiestan hasta la última etapa del parto, como lo manifiesta Guarino (2010). Reciben al contrario un cúmulo de agravios potenciados por una institución fría, un equipo médico deshumanizado y separadas de las personas que pueden protegerlas, condición que resulta contradictoria con lo que expone Andina (2002).

La poca planificación de estos grupos familiares no permite que el parto se gestione previendo las dificultades del acontecimiento, la falta de instrucción

sobre el proceso las hace improvisar con su salud y sus vidas, las mujeres no esperaban el embarazo y por consiguiente evadieron la posibilidad del hecho, situación que las abstrae de prevenirlo y así realizar una programación adecuada, al respecto la Fundación Juan Vives Suriá (FJVS, 2012) nos amplía los beneficios de la planificación familiar. El desconocimiento sobre la importancia de controlar el embarazo a tiempo despoja a las mujeres de corregir situaciones de salud que puedan ser riesgosas para ellas y sus hijos/as, en consonancia con los aportes que hacen Albornoz, Bermúdez, Carreño, Cuberos, Hernández, Marzuera, y Vivas (2018).

La fuerza emocional que representa para la mujer estar avalada por un grupo familiar le permite sentir el respaldo y el confort de estar dentro de un grupo que maneja los mismos códigos de amor por el ser que nacerá, Hernández (2016) confirma esta condición positiva de la gestante. Todos unidos por una misma causa, los familiares de la gestante accionan en función del embarazo y permiten que se sedimenten las bases psicológicas de la parturienta para afrontar con fortaleza el parto, el amor de la familia que subrayan Arraiga, Cruz y Pérez (2019). Estar confortadas y esperanzadas durante el alumbramiento es producto del esfuerzo familiar que brinda incondicionalidad y provee del impulso emocional requerido para continuar, a pesar de las incomodidades y malestares experimentados.

La embarazada reconoce la importancia de mantenerse animada durante toda esta fase del parto, en primer lugar, el significado social, religioso y familiar que indica la llegada de un nuevo hijo/a al grupo familiar (indistintamente de los

deseos personales de la mujer) y, en segundo lugar, el acompañamiento familiar durante la etapa del embarazo promueve confianza en ellas (a pesar de las limitaciones logísticas, sobra amor para el recién nacido/a), Arraiga, Cruz y Pérez (2019), resaltan la importancia de este tipo de acompañamiento. Estar atendidas durante el embarazo, sentir el amor de su gente (Mora-Salas, 2003) y saber que a pesar de las dificultades económicas sus hijos/as y ellas seguirán estando protegidos por sus seres especiales, todo ello las provee de valentía y esperanza. Estas construcciones influyen en las interacciones de la gestante con el equipo de salud, pues, a pesar del maltrato que se genera sobre ellas, afuera del centro hospitalario existen personas dispuestas a cuidarlas y resguardarlas. Durante el embarazo, en el parto y después de este, las condiciones económicas no dejan de representar un inconveniente engorroso para ellas, la poca planificación incrementa el riesgo de tomar decisiones apresuradas que malogren el bienestar del binomio, en consonancia con el estudio realizado por Albornoz, Carreño, Cuberos, Bermúdez, Hernández, Marzuera y Vivas (2018). Al estar dentro del centro de salud la fortaleza que estas mujeres deben sostener es alta, ciertamente son mujeres vulnerables frente a prácticas deshumanizadas, pero esto no les impide reconfortarse cada vez que sea posible durante todo el proceso.

El parto institucionalizado es una necesidad social, después de prescindir del hábito de atenderlo en el seno de la familia del recién nacido/a, se dirigió la atención de este acontecimiento a instituciones que reciben mujeres embarazadas con el propósito de controlar, ayudar y organizar el trabajo de parto y el parto, esto concuerda con lo que plantea Blázquez (2005). La biomedicina (sistema de

normas y procedimientos científicos de la cultura occidental analizado por Obach y Sadler, 2009), objetivó el concepto del parto como un hecho social que debe ser monitoreado constantemente por profesionales de la salud, quienes están preparados para prevenir y corregir irregularidades a tiempo, de esta manera es trasladado a la institución social. Las instituciones de salud están diseñadas para que así suceda, una vez que se realiza el alumbramiento la madre como el hijo/a tendrán salud garantizada, serán atendidos, recuperados, y se le otorga al neonato una identidad y nacionalidad antes de salir del centro de salud, de modo análogo con lo indicado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013).

A partir del discurso de las instituciones públicas como responsables del parto, las mujeres y sus familias acuden a los centros para ser atendidos, esto representa una necesidad para estos grupos, Saletti (2008), afirma esta postura social. De lo contrario, es cuestionado legalmente el parto en el hogar si este es asumido por personas no capacitadas; sin embargo, cuando es una elección el parto en casa debe estar el profesional de la salud para el control y monitoreo, en este sentido, todo lo que esté dentro de la organización de la familia queda supeditado a la institución hospitalaria, solo esta puede legalmente asumir la atención de un parto.

Las entrevistadas acuden a los centros de salud convencidas de que es el lugar correcto para “ayudar a parir”, a pesar de esto, se ven sometidas al rechazo y el agravio. El discurso social indica que asistir al hospital es una obligación y las mujeres cumplen con el reglamento, pero se ven expuestas al maltrato, al negarles el acceso oportuno y expedito, frente a esto, las familias y las parturientas se

sienten impotentes de no poder ingresar de manera tranquila a las maternidades. La responsabilidad que tiene la institución pública con el parto se dificulta por diferentes condiciones que imposibilitan la aceptación de las parturientas, así lo confirman, Díaz, Buyes, Herrera, Morales y Rivas (2019) al mencionar centros de salud sin condiciones para recibir a las parturientas. Las parturientas pueden programar su parto en el centro de salud más cercano, pero no hay garantía que ese día sea recibida conforme a lo previsto.

El “recorrido” impone un viacrucis necesario para lograr el objetivo, las condiciones propias de la embarazada dejan de ser prioridad y la búsqueda del centro de salud domina; los pocos recursos, la dificultad del traslado y el ajetreo de la familia por ser recibidos fatigan a la gestante. Una vez que llegan al lugar correcto, ya la parturienta se encuentra sometida a la angustia, desesperanza e intranquilidad. Que los centros de salud no estén disponibles priva a la familia y a la gestante de un parto organizado y seguro. Las embarazadas multíparas pueden gestionar mejor estas incomodidades, aun así, el conflicto interno por los desfavorables eventos las deja frustradas y sensibles para los siguientes momentos.

La falta de recursos solo permite considerar instituciones que se encuentren en el mismo radio geográfico de la vivienda de la parturienta, que se determinen lugares por la cercanía. En estas complicaciones logísticas la familia (Hurtado, 1991) es la única institución responsable de la salud de la gestante, los familiares deben solventar y controlar el tiempo correcto para garantizar la vida y la salud del binomio. No obstante, “el recorrido” simboliza la hazaña que vivió la

parturienta y su familia antes del nacimiento de su hijo/a lo que supone un elemento más de reconocimiento social de estos grupos (Gergen, 1996).

Cuando la parturienta refiere “un parto bonito”, es porque han podido comprobar en partos anteriores los beneficios de ser atendidas en la inmediatez que lo requieren, fueron consideradas, y su entrada al centro de salud se dio de manera armoniosa y satisfactoria. La mejor opción para parir, es un centro que brinda atención rápida, oportuna, de calidad y, sobre todo, que permita el acompañamiento familiar, así como lo enuncia la normativa del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013), al referir cualidades favorables que debe tener el servicio perinatal en el país. Todas las consideraciones que el centro de salud pueda tener con ellas son puntos a favor de una larga lista de desventajas con las que llegan para ser atendidas, desear un espacio digno y considerado se convierte en una necesidad que en muchos casos no es cubierta. Los centros de salud, son instituciones que dependen de la competencia del Estado para mantenerlos y dotarlos de los insumos requeridos, son espacios que demandan cuidados constantes; la vida hospitalaria se centra en el personal de servicio que puede ser de alto o bajo flujo, al igual como lo afirman Rincón y Rodríguez (2005). Las usuarias tienen que someterse a contratiempos propios de los centros, si el hospital no puede brindar el servicio, existen otros hospitales que estén disponibles para hacerlo, aun así, se reducen en tiempo las posibilidades de encontrar la atención requerida.

La mujer desde el inicio del embarazo se encuentra sometida a cumplir con los esquemas sociales que la rodean, en concordancia con lo destacado por Mora-

Salas, Otálora y Recagno-Puente (2005). Debe llevar a término la bendición otorgada; debe cumplir con el registro y control de un embarazo sano (Abreu, Camacho, Díaz, Fescina, De Mucio, Marinez, y Schwarcz, 2007); asumir una maternidad en pobreza; gestionar su parto sin recursos económicos; completar su proceso de embarazo en instituciones de salud pública y, por último, someterse a diferentes tipos de discriminación y violencia en el momento del parto. La voz de la mujer y sus deseos pocas veces son escuchados solo el cumplimiento de estereotipos y las deficiencias económicas ordenan sus experiencias.

El personal de servicio de los centros de salud públicos se organiza en: empleados administrativos, técnicos, obreros y personal de salud, estos últimos a su vez se dividen en equipo de enfermería y equipo de médicos/as, Rincón y Rodríguez, (2004), ofrecen abundante información al respecto. La experiencia de la parturienta se desarrolla en el área de servicio médico, emergencia, sala de espera, sala de parto y área de quirófano. La aprobación del ingreso a las salas de parto está dirigido y autorizado por este personal, de esta manera, el mundo de relaciones una vez que entra a la institución está mediado directamente por el equipo de salud, de igual modo lo afirman Santiago, Rodríguez, Rodríguez, y Jiménez (2020).

Los médicos/as y enfermeros/as son los asignados por la institución para la atención del parto, por esto, son los únicos de todo el personal que pueden acceder al cuerpo de la mujer, algunos están identificados y otros no, sin embargo, la gestante reconoce el entorno y sabe qué rol cumple la persona que examina su cuerpo, esta es una mención específica que se contempla en la normativa expuesta



por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013). Ellas están siempre activas, alertas a las demandas del parto, cada personal que se acerca de manera afable o violenta incorpora un elemento a su recorrido, la actividad del trabajo de parto las mantiene en un estado de dolor e incomodidad funcional, pero no elimina su capacidad de mantenerse vigilante de los actos que puedan someter a su cuerpo a más dolor. El representante de la salud y de la institución adquiere sentido para las gestantes no solo por sus prácticas médicas, sino porque son quienes autorizan o no el ingreso a las salas de parto, es decir, la capacidad del espacio, la cuantificación de los insumos y la valoración clínica vienen dictados por ellos/as. Frente a este poder de negar o aceptar la entrada, se potencia la figura del médico/a: lo que dicen los médicos/as y donde lo dicen, esto en línea con lo que refieren Berger y Luckmann (1968). El dictamen médico puede ser negar el acceso y aun así será aceptado por ellas.

En las prácticas de atención la identificación que tenga el personal de salud con la gestante es importante, si el médico/a tratante comparte su identidad, entonces, es una persona de confianza, en esta interacción se genera un vínculo necesario entre médico/a y paciente, a partir de esta confianza, la parturienta se permite enunciar solicitudes y demandas sobre su proceso a una persona que responde a su nombre. Cuando la gestante ubica en el mundo hospitalario un referente de protección se aferra a él, entrega su cuerpo y su proceso con confianza y tranquilidad.

Las embarazadas están expuestas a presenciar otros partos, muertes de recién nacidos/as, la violencia que se ejerce sobre otras parturientas y su

desesperación, situaciones que las alertan y les empañan el ánimo, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, (2013), amplía la información sobre los decesos por parto y condición de vulnerabilidad social. Observar las desgracias que ocurren a su alrededor no les impide reponerse rápidamente para estar en las mejores condiciones emocionales. El propósito de solventar su propia situación evita que estén concentradas en otros aspectos, así sean muy cercanos. Estas observaciones sensibilizan y profundizan el dolor en las entrevistadas, pero les permiten la activación proactiva hacia ellas mismas para evitar las situaciones de sus compañeras de parto. En este sentido, la empatía representa una herramienta para entender por medio de las vivencias de las otras mujeres las experiencias de ellas mismas.

Los familiares estuvieron presentes detrás de columnas y muros, pero sin perder el objetivo de cuidar y atender a la madre y al recién nacido en el momento requerido, en estas dinámicas de acompañamiento a distancia se incorpora casi todo el grupo familiar, organizan horarios, turnos de compañía, a pesar de no estar dentro de la sala de parto las gestiones que realizan estos grupos tienen que ver con una compañía moral, “estar ahí por si se presenta algo”, la idea de irse del lugar es suponer que la parturienta se quedará sola, sin protección, sin apoyo y es imposible asumir esa postura frente a la madre, hermana, nuera o hija del grupo, lo que es concurrente con lo expresado por Otálora y Mora-Salas, (2004). La familia que protege no delimita su significado por el espacio que no comparte con la embarazada, al contrario, el espacio cercano o lejano es un espacio afín con ella y no será abandonado por ningún otro evento, tal y como lo ha indicado Moreno

(2012). Esperar en tiempo ilimitado es parte del trabajo de ser familia, el beneficio de volver con la parturienta en el horario que asigne la institución como las horas de visita, representa la mejor parte de la estancia dentro del hospital, es la unión de todos los integrantes del grupo familiar, para la madre estar con el recién nacido/a y ver nuevamente a sus seres queridos constituye la victoria del recorrido, el acompañamiento familiar que se hace a distancia es el vínculo y propósito por una misma causa, sin límites ni descanso.

Las personas que se involucran en el parto de la gestante aportan elementos trascendentales en su proceso, los familiares que no pueden estar al lado de ellas apoyan de igual manera y están conformes a pesar de no ser esta la mejor opción, las mujeres saben que encuentran a unos cuantos metros de ellos y eso es una mediación entre el estar sola pero seguras; un personal de salud magnificado en su quehacer y por las estructuras institucionales que lo sostienen, permite o no el ingreso de la gestante a las salas de parto, define la modalidad de parto que se ejecutará, a la parturienta solo le queda someterse a esperar las mejores acciones para con ella, también lo refieren Díaz, Buyes, Herrera, Morales y Rivas (2019).

La cotidianidad de las mujeres entrevistadas en este estudio transcurre entre las tareas domésticas y la comunidad, incluye sobre todo el rol materno y el de pareja. Su día se diluye en el deber y ocupación de la casa, los hijos/as, la pareja y la vecindad. En lo rutinario las heridas emocionales complican el empoderamiento de las actividades personales y sociales dado que estas funciones requieren de la activación física y cognitiva para solventar el día a día, las mujeres

reflexionan acerca de los malestares emocionales e intentan aliviar el dolor que aún mantienen por las vivencias del parto. La necesidad de sanar estas heridas emocionales tiene que ver con su incorporación a la vida común (Berger y Luckmann, 1968), puesto que su orientación hacia la cotidianidad está limitada. Solo les queda intentar responderse ¿Por qué a mí? Las personas víctimas de violencia requieren de tiempo para solucionar esta interrogante, las secuelas traumáticas que comparten estas mujeres no les permite la integración sana, beneficiosa y plena a sus funciones personales y sociales, entre el recuerdo y la impotencia deben de igual manera continuar como madres, parejas, hermanas, hijas, vecinas y vivir con una femineidad rota, en conexión con el planteamiento que hace Palomar (2005), sobre la asignación de género.

Los episodios dolorosos que experimentaron en las salas de parto les quedan en su historia de vida, la experiencia de violencia las hace convivir con la sensación de falta de dignidad, los pensamientos de justicia van y vienen en un círculo ambiguo, imaginar otros escenarios que pudieron evitar la aflicción de hoy son parte de sus diálogos internos, el arrepentimiento les indica que hay un grado de culpa en ellas por no prever estas acciones. La culpa se constituye en un acompañante incondicional desde el inicio del embarazo y posterior a él, las hace centrar la atención en la falta de sí mismas, desde el esquema mental de la “culpa es de la víctima”, se justifican las prácticas violentas, vejaciones e indiferencia que el personal de salud ejerció contra las parturientas, de esta forma, se minimizan estas acciones frente al “pecado” que cometieron por no aceptar su embarazo, no asistir a control a tiempo y no contar con suficientes recursos.

Estas experiencias son interpretadas como las más tristes de sus vidas, las mujeres pasaron por diferentes estados emocionales en su proceso de parto, registraron lo vivido desde el sufrimiento, se sintieron: invisibilizadas, silenciadas, maltratadas. Las interpretaciones sobre acciones de “burla” por parte del equipo de salud, las hizo sentir descalificadas ante el esfuerzo físico y emocional que ellas estaban ejerciendo, opuesto a esto, se sintieron mujeres frágiles, hipersensibles e infantilizadas y, solo estando fuera del centro de salud donde “lo normal” dejó de ser normal, pueden analizar los daños causados, salir del espacio agresor permite el inicio de la reflexión. En efecto, sentir estas emociones negativas, les produjo resentimiento frente al equipo de salud, no se dio oportunidad a otra forma de relación respetuosa, las molestias e incomodidades se preservaron y no se exteriorizaron en el momento de los actos.

En los significados elaborados por las entrevistadas sobre su estancia dentro del centro de salud (Berger y Luckmann, 1968), se definen desde el rol de víctimas y culpables a partir de la forma en que participaron y sintieron los acontecimientos, las varias prácticas dolorosas e incómodas que experimentaron, simbolizan el tipo de atención como un sometimiento y se responsabilizan al respecto. El mundo interno de la madre se llenó de dolor, impotencia, castigos y están conviviendo con recuerdos invasivos, con una sexualidad incómoda y con una definición de sí mismas deteriorada, es por esto, que las secuelas emocionales imponen otra forma de vida, que no tenían antes del parto o de su último parto. Registrar la experiencia de esta forma perjudicial confirma la asignación social de la mujer (Cornieles, González, Gómez, Gutiérrez, Guillen y Mota, 2001), pasar de

ser una embarazada vulnerable socialmente a una madre desvalida emocionalmente son recursos de clausura de una cultura exigente de los diferentes roles de la mujer, de una sociedad que organiza todo el referente femenino como mujeres débiles, inseguras y defectuosas.

Las cicatrices no son solo emocionales, el padecimiento del dolor también sucede en ellas desde lo físico, las heridas en los genitales, y el deterioro de la salud es parte de las consecuencias dramáticas que padecen. Este corte que sufre su cuerpo, impacta directamente en la vida sexual de las madres, son mujeres activas sexualmente pero sus genitales no están en condiciones sanas para una vida sana. Deben postergar la normalidad y centrarse en resolver las dificultades emocionales y en la cicatrización de la episiotomía, las consecuencias de este tipo de laceración convergen con lo ya expuesto por Vargas (2011). Estas molestias son lesiones físicas producidas por el personal de salud, que repercuten en la tranquilidad y plenitud de la vitalidad y felicidad de las mujeres.

Después de la experiencia dentro del centro de salud público, las entrevistadas se encuentran en la reformulación de su cotidianidad, una sexualidad afectada, continuo dolor posparto y agotamiento psicológico. A pesar de que no programaron su embarazo, se incorporan al rol materno desde un ejercicio proactivo, en este sentido, ejercer la maternidad les refuerza que están en lo correcto, esto coincide con lo señalado por Palomar (2005), sobre las funciones del rol materno. Las dificultades fueron superadas y el resultado es un beneficio mayor al sacrificio, ser protectoras y responsables de sus hijos/as es el mejor

aliciente para fortalecer sus vidas, tal como lo indica Carosio (2014) al resaltar la importancia de la maternidad en la sociedad venezolana.

## **Capítulo 5**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Este capítulo está conformado por dos apartados. En el primero de ellos presento las conclusiones derivadas del estudio, en correspondencia con cada uno de los objetivos planteados. En el segundo ofrezco sugerencias y proposiciones para la continuidad de la investigación sobre el tema.

#### **5.1 Conclusiones**

*La experiencia de atención durante el parto que recibieron mujeres embarazadas en instituciones de salud pública en Caracas.*

La atención que recibieron las entrevistadas durante su parto en instituciones de salud públicas de Caracas, se valoran como favorables o desfavorables para el proceso, sin embargo, el factor común, es la atención desfavorable. La mayoría sintió actos discriminativos y violentos ejercidos en contra de ellas por el personal de salud. Esta violencia se expresa en agresiones verbales y físicas, así como en desatención y omisión de prácticas en el momento del alumbramiento.

El favoritismo por parte del personal de salud expresado hacia algunas compañeras de parto, es asumido por las entrevistadas como una atención



desfavorable. Sus limitaciones económicas las relega del beneficio de una atención oportuna y completa, las deja sentidas e impotentes.

Estas mujeres de los diferentes malestares que atravesaron durante el trabajo de parto y en el parto, experimentaron emociones negativas que les provocaron frustración y sufrimiento. La actitud violenta del personal de salud, en el recorrido dentro de las salas de parto, las hizo sentirse humilladas y burladas, presas de la desolación y con el deseo de acompañamiento familiar.

La estancia en estas salas de parto, con el dolor y el padecimiento de estar ahí, supone el desarrollo de estrategias de sobrevivencia. A partir de estas concepciones de la atención hospitalaria, se reproduce entre la comunidad de usuarias la naturalización de los procesos deshumanizados y extremadamente dolorosos como parte de la dinámica del servicio.

Dentro de la cultura hospitalaria el tipo de atención favorable representa un privilegio para las beneficiarias. Este se relaciona con un personal de salud considerado, que les permite a las parturientas experimentar confianza en su proceso. La interpretación positiva que algunas de las entrevistadas le asignan a la identificación personal que realiza el médico/a tratante es atribuida a que la confianza ofrecida y las acciones de intercambio de información las hicieron sentir visibilizadas.

Otro aspecto positivo calificado por las entrevistadas, se refiere a la fortaleza del amor familiar con la que llegaron al centro de salud. La experiencia también transcurrió con la consciencia de un grupo que apoyaba a distancia, idealizar el encuentro con su gente les provee de herramientas para afrontar al

personal de salud y, sobre todo, para soportar las prácticas médicas. En oposición a los tratos percibidos por el equipo de salud, está el manejo de forma eficiente y constante de la influencia del apoyo familiar.

Entre las herramientas emocionales utilizadas por las parturientas se encuentra la empatía, solidarizarse con sus compañeras y evitar los mismos infortunios. Este tipo de activación se mantuvo durante todo el proceso dentro del centro de salud, hasta la última etapa del alumbramiento donde surgió una respuesta reactiva por no producirse el apego temprano donde la madre suple la necesidad de reconocer al neonato/a, un tipo de angustia que sobrepasa todas las emociones negativas.

En general los esquemas de atención percibidos por las entrevistadas tratan de atenciones desfavorables; las emociones que mayormente manejaron estas mujeres se califican de negativas, dolorosas y aterradoras. Se activaron en ellas los sistemas de subsistencia, para el manejo del dolor y la omisión por el personal de salud. Cada acción violenta del equipo de salud producía un efecto negativo en las parturientas dejándolas sensibles, e irritables y con la impresión de no haber sido cubiertas sus necesidades de parto.

*Construcciones que elaboran las mujeres a partir de la experiencia de atención en instituciones de salud pública de Caracas en el preparto, durante el parto y en el posparto inmediato.*

La vulnerabilidad social y económica caracteriza a las entrevistadas, en este contexto desarrollaron un embarazo problemático y desatendido. No

prepararon a tiempo sus controles prenatales, como tampoco un parto seguro. En estas condiciones inestables les llegó el día del alumbramiento, de manera que la improvisación y búsqueda a última hora del centro de salud limitó a las gestantes de un proceso tranquilo.

Las dificultades económicas y de vivienda son la causa principal de rechazo al embarazo, estas limitaciones las llevan a problematizar su rol femenino. Sin embargo, el estereotipo materno está fijado, este ideal las hace culminar el embarazo con profundo agobio y resignación, dando inicio a una maternidad complicada.

La culpa, castigó en todo momento a las parturientas, de esta forma, se responsabilizaron por los actos violentos del equipo de salud, y asumieron una postura pasiva y de víctimas durante el proceso de parto. Desde esta condición permisiva, las entrevistadas no objetaron las prácticas médicas, de los estudiantes de obstetricia, ejecutadas sin la aprobación de ellas.

Los deseos de las entrevistadas apuntan a idear un parto diferente. Las características que asocian a una mejor experiencia tienen que ver con aspectos placenteros en su proceso, para ellas es importante centrarse en emociones positivas, producidas por la atención de un personal de salud didacta, respetuoso y considerado. De igual forma, aspirar privacidad durante su trabajo de parto y en el parto se convierte en una idealización.

La incorporación a la vida cotidiana se convirtió en un proceso complejo, las mujeres no se acostumbran a las consecuencias del parto. Sienten que su integridad se desvaloró en estas salas, salieron de una etapa difícil y, a pesar del

tiempo, consideran que no han recuperado su salud, ni su confianza para responder ante las demandas de la vida social y personal. La restitución de su anterior cotidianidad ya no está disponible para ellas, deben reformularla y cerrar la etapa del embarazo y el parto.

Entre las consecuencias de la experiencia del parto, las heridas emocionales hacen parte de la nueva vida cotidiana, la aflicción y el rencor motivan la búsqueda de justicia. Estas alteraciones corresponden a daños ocasionados al bienestar psicológico. Las mujeres sienten que sus vidas fueron intervenidas negativamente por una maternidad repentina y un equipo de salud insensible.

El resentimiento es un elemento común entre las entrevistadas, no exigir un trato digno, así como no exteriorizar en el momento las molestias causadas por el personal de salud, les produce la sensación de contener y revivir los episodios de violencia. No obstante, este tipo de frustración es manejable para ellas a través de las conversaciones y de las similitudes encontradas entre sus experiencias y las de otras mujeres.

A pesar de los desagradables momentos vividos, las madres se permiten el ejercicio de resiliencia a partir de su incorporación al rol materno; reflexionan, accionan y se reinventan en beneficio de sus hijos/as. Los familiares acompañan en el proceso de aceptar los cambios producidos por las heridas emocionales y físicas.

*Función que desempeñan las normas institucionales en el proceso del parto.*

Las instituciones de salud pública representan para la sociedad venezolana un sistema de atención gratuito, avalado y respaldado por el Estado. Las normas institucionales que rigen en estos centros de salud, orientan a la comunidad de usuarios/as sobre sus condiciones de uso y servicio. Indican, además, el deber que tienen estas instituciones de recibir y atender a las parturientas en su proceso de parto, incluyendo a un familiar que pueda prestarles el apoyo y compañía. Estas normas en la práctica no se cumplen y generan otro tipo de orden dentro de los centros de salud.

Los familiares y las parturientas se ven afectados por las normas impuestas de negar el ingreso a un acompañante de parto, sin embargo, este grupo de usuarios/as obedece el carácter imperativo y despiadado de este tipo de medidas.

Las instituciones de salud pública no están abastecidas regularmente con los insumos requeridos para las demandas de gestantes y parturientas. Esta situación social impone a las mujeres y sus familiares el despliegue a varios centros de salud que si dispongan de insumos y espacio.

Dentro del servicio médico de las salas de parto se establecen normas situadas. Los médicos/as autorizan qué tipo de servicio será prestado o no a la gestante. La figura del profesional de la salud simboliza autoridad y conocimiento, por tanto, sus designios son incuestionables.

En la cultura hospitalaria se realizan prácticas violentas que perjudican la salud mental y física de las usuarias del servicio de obstetricia, la violencia ejercida por el personal de salud responde a patrones agresivos de asistencia

durante el trabajo de parto y en el parto. Estas rutinas afectan directamente a las parturientas.

El parto institucionalizado es una norma social, a través de este servicio se organizan sistemas de atención que deben ajustarse a las condiciones contextuales de sus usuarias. No obstante, el proceso de adaptación está diseñado para que las usuarias sean quienes se acomoden a las problemáticas hospitalarias. Es posible, que estas dificultades intervengan en las funciones de servicio y se les dificulte suplir gradualmente las demandas de las gestantes.

*Participación de los familiares en el proceso de parto en instituciones públicas de la ciudad de Caracas.*

La participación de la familia durante el trabajo de parto y en el parto es intangible, la colaboración se presta en forma espiritual y moral, no están físicamente al lado de la parturienta. De esta manera, la compañía se efectúa en las afueras del centro de salud, donde están atentos para los imprevistos. Las parturientas están tranquilas al respecto, confían en la postura solidaria e inquebrantable de su gente.

El espacio asignado por la institución de salud a los familiares de las parturientas, no es una infraestructura segura y cómoda para las horas de espera. Esto no representa un impedimento en caso de extenderse el tiempo que la parturienta dure dentro del hospital. La incondicionalidad es un código que distingue este tipo de familia.

Las personas que con más frecuencia acompañan a las parturientas son las mujeres de la familia. También se presentan mujeres de su comunidad y aquellas personas con las que la parturienta comparte vínculos emocionales. En general, las acompañantes son mujeres con quienes construye los mismos significados de la maternidad y su importancia.

Las visitas posparto representan un momento importante para los familiares y la parturienta, a partir de esta aprobación al centro de salud se devuelve la tranquilidad al grupo familiar. Estos pueden acceder al lugar de recuperación de la madre y materializar el apoyo al binomio con las atenciones y cuidados del puerperio. Es el momento de confirmación del bienestar de la madre y el hijo/a.

La familia recibe a la parturienta y al recién nacido/a para el retorno y llegada al hogar, estas acciones significan la victoria y reconocimiento del esfuerzo de la madre. Las anécdotas y cicatrices comienzan a ser escuchadas y curadas por las personas que compartieron sus mismas angustias a distancia. El sacrificio que representa este tipo de acompañamiento es reconocido y validado por otros grupos sociales, las familias que acompañan aportan contención y apoyo a sus integrantes.

La familia acompaña a la parturienta durante todo el proceso, la noticia del nuevo miembro al grupo siempre es causa de felicidad y festejo. Es por esto, que el modo de organización de los integrantes se basa en tener al neonato/a en el seno del hogar, son más escépticos de las técnicas médicas y la programación prenatal.

La interpretación de las entrevistadas sobre su experiencia desde la noticia del embarazo hasta el encuentro con los familiares representó una desventura, a pesar de contar con un grupo familiar que proporcionó fortaleza en todo el proceso, las acciones por parte del equipo de salud superaron en angustias y malestares su capacidad de tolerar. El centro hospitalario separó en un momento importante y necesario a la gestante de su grupo de contención, pero esto no fue limitante para lograr el objetivo de demostrar protección y afecto a la embarazada.

## **5.2 Recomendaciones**

Los resultados de este estudio permiten generar nuevas propuestas de investigación cualitativa para incrementar el conocimiento en esta área. En este sentido la sugerencia es el desarrollo teórico a través de estudios centrados en la población femenina en edad reproductiva en Venezuela, con la incorporación en el proceso de interrogantes que examinen las necesidades emocionales de las parturientas. Se considera interesante indagar sobre el vacío de información que surge entre las expectativas que tenían las embarazadas hacia su parto con acompañamiento familiar y la realidad que experimentaron durante el parto en estas salas de atención hospitalaria.

De igual modo, sería conveniente incluir la voz del médico/a. Las nuevas investigaciones pueden centrarse en revisar los significados que tienen los profesionales de la salud sobre el tipo de atención que brindan a la mujer en estado de gravidez, desde el elemento fisiológico hasta su estado psicológico. Así



mismo, los diferentes relatos del grupo familiar que acompaña a distancia, la diversidad de los participantes atribuye densidad teórica a la investigación.

Las nuevas propuestas de investigación pueden enfocarse en un grupo más heterogéneo como: mujeres de diferentes estratos sociales y niveles educativos, médicos/as obstetras y estudiantes de obstetricia, mujeres pertenecientes al grupo familiar de las parturientas quienes imponen presencia en las afueras de los centros hospitalarios y, de esta forma, optimizar el esquema conceptual de los estudios.

Revisar las nociones de maternidad antes de la concepción, durante el embarazo y después del parto. Esta intención investigativa puede ser reveladora de los significados que las mujeres construyen de una maternidad posparto y no preparto; de esta forma será posible, a partir del conocimiento de primera mano, concentrarse en estrategias que lleguen a las prácticas de los centros de salud en las actividades preparto.

Dentro de las propuestas para la práctica de esta investigación sugiero: emprender mejoras en el abordaje de la atención física y psicológica de la parturienta. Las mujeres en el alumbramiento requieren concentración y tranquilidad para que este genere menos consecuencias perjudiciales a sus cuerpos y psiques. Los próximos estudios pueden incorporar información sobre el control de sus propias emociones en el momento del parto frente a los inconvenientes externos que se presenten.

El personal de salud es parte importante para la comprensión y abordaje de este fenómeno social. De allí la importancia de sumar aportes que permitan

conocer y entender la problemática de las salas de parto a través de: la escucha de los miembros del equipo de salud, la promoción de la empatía hacia este personal, el desarrollo de habilidades dentro de su formación que sensibilicen las prácticas médicas obstétrica y que posibilite la interrupción de patrones de atención deshumanizados en las salas de parto.

Las madres víctimas de violencia obstétrica requieren apoyo psicosocial para una incorporación sana y plena a la cotidianidad, formular prácticas profesionales que aporten ejercicios de resignificación de las agresiones vividas, contribuyen a mejorar las expectativas de vida y relaciones sociales e interpersonales de estas mujeres.

Las consideraciones generales para continuar con esta línea investigativa invitan a la triangulación de los relatos de los tres participantes del parto, de esta forma, sensibilizar, fortalecer y comprender a los grupos involucrados sería un aporte importante para intervenir y erradicar culturas nocivas para la población de mujeres de nuestro país. Estos nuevos elementos conducen a diseñar formas diferentes de abordaje social para la educación y fortalecimiento emocional de nuestras futuras madres.

Finalmente, puede resultar de utilidad compartir los resultados de la investigación que presentamos con mujeres jóvenes en condición vulnerable, madres y personal de salud de los centros hospitalarios. Una mirada enfocada en el tema que abordamos, realizada por implicados directos en el proceso, podrá ofrecer un punto de reflexión y un anticipo de prevención sobre las situaciones y

condiciones que definen la experiencia de otros actores sociales con los cuales se comparten prácticas, procesos y vivencias.

## Referencias

- Abreu, G., Camacho, M., Diaz, R., Fescina, R., de Mucio, B., Marinez, J. y Schwarcz, V. (2007). *Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido*. Centro Latinoamericano de Perinatología de Uruguay.  
<https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1577.pdf>
- Albornoz, N., Bermúdez, V., Carreño, M., Cuberos, M., Hernández, J., Marzuera, R. Vivas, M. (2018). Educación sexual y embarazo adolescente en el estado Táchira, Venezuela: *Salud (i) Ciencia*, 23 (3), 281-284.  
<https://www.redalyc.org/journal/559/55963208002/55963208002.pdf>
- Andina, E. (2002). Trabajo de parto y parto normal: *Revista del hospital materno infantil Ramón Sardà*, 21 (2), 63-74.  
<https://www.redalyc.org/pdf/912/91221202.pdf>
- Andrade, M., Méndez, B., Mora, P., Ortiz, A., Pérez, M., Salas, F y Zambrano, J. (2020). Apego temprano en la evolución fisiológica y psicológica madre-hijo: *Revista de ciencia de la salud*, 4 (2), 16-19.  
<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/download/2250/2823/>
- Arámbula, J., Camarena, E. y López, C. (2014). Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen: *Ginecol Obstec Mex*, 82, 472-482.  
<https://www.medigraphic.com/cgi->

bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50054

Arraiga, R., Cruz, A y Pérez, M. (2019). Significado del cuidado familiar como red de apoyo en las embarazadas en una comunidad de Tabasco: *CuidARTE*, 8 (15), 45-55.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93766>

Azuaje, A., Henríquez, G. y Rached, I. (2002). Estado nutricional en gestantes de una comunidad menos privilegiada de Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 15(2), 94-104.

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079807522002000200005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079807522002000200005)

Berger, P. L. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.

Biurrún, A. y Goberna, J. (2013) La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía, *Matronas Profesión*, 14(2): 62. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/49091>

Blasco, M., Cortés, R., Figueira, L., Ibarra, M., Mendoza, A y Velásquez, G. (2004). Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Revista de obstetricia y ginecología en Venezuela*, 64 (3), 121-127.

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322004000300001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000300001)

Blázquez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR.

*Revista de Antropología Iberoamericana.* 42, 1-25.  
[https://eprints.ucm.es/id/eprint/57614/1/2005\\_Aproximacion\\_a\\_la\\_Antropologia\\_de.pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/57614/1/2005_Aproximacion_a_la_Antropologia_de.pdf)

Bonilla, M. y López, A. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *SciELO Analytics*, Cinta de Moebio (57), 305-315.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717554X201600300006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717554X201600300006)

Brunet, L. (1987). *El clima de trabajo en las organizaciones: definición, diagnóstico y consecuencias (1 era edición)*. Editorial TRICAS.

Cabral, B. (2013). *Sexo, poder y género: un juego con las cartas marcadas*. Fundación Editorial el perro y la rana.

Cabrera, C., Feneite, P., Gómez, J y Uzcátegui, O. (2021). Tendencia actual de la mortalidad materna. “Maternidad Concepción Palacios” 2014-2020. *Rev Obstet Ginecol Venez*, (4), 81, 342-353. <https://doi.org/10.51288/00810407>

Cabrera, C. y Uzcátegui, O. (2008). Estado actual de la cesárea: *Gaceta médica de Caracas*, 116 (4), 280-286.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367476220080003](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367476220080003)

Cabrera, C. y Uzcátegui, O. (2010). Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado: *Revista de obstetricia y ginecología en Venezuela*, 70 (1), 47-52.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322010000100009](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322010000100009)

- Cantero, A., Fiuri, L., Furfaro, M., Jankovic, V., Llompart, M. y San Martín, M. (2010). Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29 (03), 109. <https://www.redalyc.org/pdf/912/91214812003.pdf>
- Cárdenas, J. (1993). Reacciones emocionales durante la gestación y el parto. *Avances en enfermería*, 11(3), 37-43. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16653>
- Carosio, A. (2014). La femineidad patriarcal en la actualidad una visión de las mujeres d sectores populares de Caracas: *Revista venezolana de estudios de la mujer* 19 (42), 15-48
- Carvalho, D. Martínez, E. (2020). Revisión narrativa: uso de la oxitocina en la inducción del parto: *Acta Cient Estud*, 13 (3), 82-94. <http://actacientificaestudiantil.com.ve/wp-content/uploads/2020/10/V13N3A2.pdf>
- Castellano, S., Peña, O y Suárez, D. (2019). Calidad de servicio en centros maternopediátrico del estado Zulia en Venezuela: *Revista Venezolana de gerencia*, 86 (24), 395- 409. <https://www.redalyc.org/journal/290/29059356006/html/>
- Castoriadis, C. (1997). *El Imaginario Social Instituyente*. Zona Erógena, 35, 1-9.
- Coffey, A. (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Antioquia.

Cornieles, C., González, E., Gómez, L., Gutiérrez, E., Guillen, M. y Mota, G. (2001). *Lentes de género. Lecturas para desarmar el patriarcado*. Fundación Editorial El perro y la rana.

Díaz, L., Buyes, K., Herrera, J., Morales, A. y Rivas, M. (2019). Percepción de las usuarias sobre la atención médica en el momento del parto en el hospital del estado Carabobo: Una perspectiva fenomenológica. *Sauls*, 1 (23), 23-30. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol23n1/art05.pdf>

Figueredo, A. y Vélez, E. (2015). Transmisión generacional de la pobreza y vulnerabilidad en las adolescentes embarazadas. *Revista educación en valores. Universidad de Carabobo*, 24 (29), 50-57. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7022017.pdf>

Fundación Juan Vives Suriá. (2012). El parto y nacimiento humanizado como derecho humano: un desafío para la transformación social, Defensoría del Pueblo. [parto\\_y\\_nacimiento\\_humanizado.pdf](http://parto_y_nacimiento_humanizado.pdf) ([defensoria.gob.ve](http://defensoria.gob.ve))

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 41. 376, Decreto N°, Asamblea Nacional Constituyente, Decreto Constituyente para la Protección del Nacimiento y el Parto Humanizado, de fecha 12 de abril de 2018.

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 41. 564, Decreto N°3.739, de fecha 17 de abril de 2019.

Gaitan, M., Olmos., E. Reyes, A. y Salazar, F. (2009). Cambios en el dolor durante el trabajo de parto: *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38 (4), 442-449.



<https://www.redalyc.org/journal/559/55964256010/55964256010.pdf>

García, A. (2015). *Acompañamiento en el parto: Un recorrido histórico* [Tesis de pregrado, Universidad de la República de Uruguay].

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8004>

García, E., Gil, F y Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ajibe.

[https://cesaraguilar.weebly.com/uploads/2/7/7/5/2775690/rodriguez\\_gil\\_01.pdf](https://cesaraguilar.weebly.com/uploads/2/7/7/5/2775690/rodriguez_gil_01.pdf)

García, A., Koller, S., Nielto, C., Silva, L y Schiro, E. (2012). Características familiares y apoyo recibido entre adolescente brasileños con o sin experiencia en embarazo. *Avances en psicología Latinoamericana, Bogotá. Colombia,*

301 (1), 65-80.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242012000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242012000100006)

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social*. Paidós.

Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Uniandes.

González, F. (2007). La familia desde la alteridad. Una perspectiva para la intervención en la contemporaneidad, *Revista Intercontinental de Psicología*

y *Educación,* 10, (2), 22.

<https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387002.pdf>

- González, M. (2008). Salud Sexual y Reproductiva: Hacia una Hermenéutica de la Sospecha. Caso Venezuela. *Comunidad y Salud*, 6, (2), 13-24.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S169032932008000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S169032932008000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Guarino, L. (2010). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo: *Psicología y Salud*, 20 (2), 179-188.
- Guba, E. y Lincoln Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman y A. Haro (Comps.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). El Colegio de Sonora
- Huacón Loor, V. (2018). *Beneficios maternos perinatales del acompañamiento durante el trabajo de parto en el hospital Mariana de Jesús* [tesis de maestría, Universidad Estatal de Guayaquil].  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31649>
- Hurtado, S. (1991). Matrilinealidad o crisis familiar en Venezuela. *Revista Fermentum*, (2), 85-94.  
<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/35102>
- Jiménez R., Rodríguez, D., Rodríguez, G. y Santiago, R. (2020). Violencia obstétrica: Conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto. Estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 80 (4), 80-291.  
[http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ogv/article/view/20464](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20464)
- Lartigue, T., Martín, D. y Saucedo, G. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales

- durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol reprod hum*, 1 (22), 5-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>.
- Lázaro, J. y García, D. (2006). La relación médico- enfermo a través de la historia. *SciELO*, 29 (3), 7-17. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113766272006000600002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272006000600002)
- Ley N° 38.688. Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida de Violencia, Caracas, Venezuela, 23 de abril de 2007.
- Ley N° 5.908. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Caracas, Venezuela, 17 de noviembre de 1999.
- Magone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5 (12), 80. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273229906007>
- Martín-Baró, I. (1990). *Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. Universidad Centroamericana José Simón Cañas.
- Ministerio de Poder Popular para la Salud MPPS. (2013). *Norma oficial para la salud sexual y reproductiva* (primera edición). [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/NormaOficial%20SSR%202013\\_.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/NormaOficial%20SSR%202013_.pdf)
- Mora-Salas, L. (2003). El sentido de las “costumbres” en las narrativas de dos familias venezolanas, Universidad Central de Venezuela, *Akados*, 5, (2), 39-64. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ak/article/download/846/774](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ak/article/download/846/774)

- Mora-Salas, L., Otálora, C. y Recagno-Puente, I. (2005). El hombre y la mujer frente al hijo: diferentes voces sobre su significado, *SciELO Analytics*, 14, (2), 119 -132.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282005000200010&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282005000200010&script=sci_arttext)
- Moreno, A. (2012). *La familia popular venezolana*. Fundación Centro Gumilla.
- Nieves, M. (2014). Competencia *Profesional de la Matrona en la Atención al Parto Normal* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia Facultad de Enfermería, España]. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/40914>.
- Otálora, C. y Mora-Salas, L. (2004). La familia popular venezolana: el significado de la infidelidad en el contexto de la pobreza: *SciElo, Cuadernos del Conde* 2, (55), 77-102.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-25082004000100005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082004000100005)
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 22, 35-67. Universidad de Guadalajara.
- Paván, G. (2001). *La maternidad adolescente desde la perspectiva de sus protagonistas. Estudio exploratorio* [Trabajo de grado de Maestría, Universidad Central de Venezuela]. <http://sibucv.ucv.ve/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23415>
- Pérez, G. (2002). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: Editorial La Muralla, S. A.

- Rincón, M. y Rodríguez, I. (2004). Consideraciones generales sobre la política y gestión de la salud: *Consideraciones generales sobre la política*, 14 (41), 503-532. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70504105.pdf>
- Rincón, M. y Rodríguez, I. (2005). Descentralización y gestión de los servicios de salud del estado Aragua: *Revista Venezolana de Gerencia (RVG), Universidad del Zulia*, 10 (29), 106-131. <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/rvg/article/view/9842/9829>
- Romero, V. (2013). La Cultura de la pobreza: una breve reflexión desde la Ecología cultural. *ETNICEX Archivo Histórico del Municipio de Colima (México)*, 5, 121-131. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4761690.pdf>
- Ruiz, J. (2009). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Universidad de Deusto
- Sadler, M. y Obach, A. (2009). *Nación Golpeadora; Manifestaciones y Latencias de la Violencia Machista*. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra, España*: 7,169-183. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14275/CL\\_07\\_%282008%29\\_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14275/CL_07_%282008%29_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Saukko, P. (2012). *Metodologías para los estudios culturales. Paradigmas y*

*perspectivas en disputa. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln, (comp.), Manual de investigación cualitativa, vol. II. Gedisa.*

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Universidad de Antioquia.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación. La búsqueda de significados.* Paidós Ibérica, S.A.

Thomas, F. (2008). *Conversaciones con violeta. Historia de una revolución inacabada.* Distribuidora y editora Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A.

Trigo, P. (2015). *La cultura del barrio (3era Edición).* Fundación Centro Gumilla.

Valles, M. (2002). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional.* España: Síntesis, S.A.

Vargas, M. (2011). Episiotomía: *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII,* 599, 461-466.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114m.pdf>

Villaraga, L. (1994). Atención del profesional de la salud al vínculo psico-afectivo madre-padre-hijo, *Avances en enfermería,* 12 (2-3), 26-30.

Vizcarra, D. (1981). Cambios fisiológicos en el embarazo: *Revista Peruana de ginecología y obstetricia,* 26 (1), 83-87.

<http://mail.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1581>

## ANEXOS

### Anexo1.

#### Guion temático sobre la experiencia de parto en instituciones de salud pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMAS
<p>1. Interpretar las construcciones que elaboran las mujeres a partir de la experiencia de atención durante el parto en instituciones de salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia de atención en instituciones de salud pública de la entrevistada antes, durante y después del parto</li> <li>• Estado emocional de la parturienta, antes, durante y después del parto en relación a su experiencia</li> <li>• Proceso de elección del centro hospitalario donde se produjo el parto</li> <li>• Primeros y últimos contactos sostenidos con el personal de trabajo del centro hospitalario</li> </ul>
<p>2. Conocer qué función desempeñan las normas institucionales en el proceso del parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funciones y actividades de las/los trabajadores de la institución de salud pública</li> <li>• Trayecto evolutivo que atraviesan las mujeres parturientas dentro de la institución de salud pública</li> <li>• Relatos desde las voces institucionales. No solo las/os enfermeros/as y médicos/as tienen contacto con las parturientas.</li> </ul>
<p>4. Analizar la participación de los familiares en el proceso en instituciones de salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opiniones sobre la norma de separar a la parturienta de los familiares</li> <li>• Participación de la familia en el proceso del parto</li> <li>• Hasta dónde puede estar físicamente el/la acompañante durante el proceso del parto</li> <li>• Funciones del o los familiares de la parturienta dentro del centro de salud pública</li> </ul>

**Anexo 2.****Entrevista N° 3****Datos de la participante: Y, 18 años, 2 partos****Lugar: Maternidad Concepción Palacios****Fecha de transcripción: 06/2019**

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
¿Me puedes decir, por favor, tu edad?, ¿lugar donde resides?, ¿ocupación u oficio?, ¿cuántos hijos tienes?, ¿si tienes pareja y con quién vives?	Tengo 18 años, resido en la pensión 120, mi oficio es ama de casa, tengo dos niñas y tengo mi pareja que vive conmigo.
De tu último parto, ¿cómo te enteraste? y ¿dónde pariste, en este caso, a la niña?	Cuando me enteré, ya tenía 5 meses y ¿qué hice?, me asusté y no la quería tener, no me puse en control ni nada de eso, y a lo último fue que me hice un eco, y la niña nació prematura. Ella nació de ocho (8) meses, y no se le desarrollaron sus pulmones bien, y parí en la Maternidad Concepción Palacios. Cuando llegué ahí me querían hacer parir, pero la niña estaba cruzada, y yo no la podía parir, yo les dije que no quería parir porque la niña se podía morir, porque tenía también en el cuellito el cordón umbilical. Después me hicieron un eco, de ahí me subieron a la cesárea y ahí me hicieron mucha maldad, como golpes para sacármela, la halaron mucho a ella, y le fracturaron su bracito izquierdo, y la piernita también. Cuando me la sacaron, ella no lloró ni tampoco respiró, y yo me desmayé, entonces ellos me dieron golpes, cachetadas, para que me despertara, y cuando



<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>me desperté, ya me la habían sacado. Cuando ella sale se la llevan para ponerle oxígeno, después me la traen para yo verla y ella estaba toda moradita y flaquita, chiquitica, ¡ella era una muchachita muy chiquitica y negrita! Bueno me hicieron la cesárea a las seis de la mañana, y eran las dos de la tarde, y yo estaba en la habitación, pero no la había visto, a las cuatro y media busqué razón de ella, no tenía ni ropa ni nada, porque mi esposo no había ido, porque la teníamos a ella (la primera hija), no teníamos quien la cuidara. Los doctores con el trato fueron malísimos, yo quería que me ligaran en el momento y no lo hicieron, y también que me la halaron mucho a ella. Yo digo que ella, ella estuvo un (1) mes y quince (15) días en terapia intensiva, casi que se me moría porque la maltrataron mucho y a mí también cuando parí, yo bajé a donde ella estaba, ella estaba en UTIN, la sala se llama UTIN, y yo bajé y la vi, estaba con un poco de aparatos en la nariz, en el ombliguito, tenía un gavage, ella tenía aparaticos por todo su cuerpo y no respiraba por sí sola, sino por unos aparatos y tenía una lámpara que se llamaba... foto (...), no me acuerdo el nombre, tenía un nombre todo raro. La tenía porque ella estaba toda amarillita, bueno los pulmones, no los tenía desarrollados, porque estaba prematura; yo no me alimenté bien, por lo que te dije, pues me daba miedo tener otra de nuevo porque tenía una muy chiquita de nueve (9) meses. Después ella duro todo ese tiempo, un proceso larguísimo un (1) mes y quince (15) días,</p>

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	exactamente, duró ella en el hospital en terapia intensiva.
¿Ella salió del parto a terapia intensiva?	Sí
Me llama la atención, cuando dices que la maltrataron mucho, exactamente, ¿qué le hicieron?	Con mi primera experiencia que fue la otra niña, yo no sentí eso que me la halaran tanto, me hundían mucho la barriga, se montaban sobre mí.
¿Te la hundían, cómo? ¿Se montaban sobre ti, cómo?	Sí, se montaban sobre mí, me hacían con las manos hacía abajo y la otra doctora me la halaba a ella, yo sentía como si me estuvieran desprendiendo algo del cuerpo, cuando la halaba a ella, esto, la parte de abajo me la levantaban hasta arriba ( señala su parte baja de la espalda hacía la pelvis), claro, yo no sentía dolor porque estaba dormida de la cintura hacía abajo, pero si sentía cuando me la halaban, porque todo se siente, y por eso, me la maltrataron en ese sentido, que me halaron muy fuerte. De hecho, a mí me hicieron mi cesárea normal, por fuera y por dentro, me abrieron el útero por la mitad para poder sacarla a ella, entonces ella fue más costosa para tenerla.
¿En cuánto tiempo te dieron el alta?	Yo duré dos (2) semanas ahí porque yo no me había puesto en control, no me había hecho los exámenes, entonces mientras yo estaba ahí, adentro, me sacaban la sangre, y él me mandaba hacer los exámenes, y me los

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>hacía por fuera. Después, cuando tenía todos mis exámenes en regla, ya si me dieron de alta. Yo tenía que ir todos los días, yo me iba a las seis (6) de la mañana y pasaba todo el día en el hospital, y me venía en la noche hasta la última visita.</p>
<p>Cuando ves a la niña allí, ¿cómo te sentiste?</p>	<p>Mal, me sentí como decepcionada de mi misma, porque si yo cometí (...), bueno no el error, si yo no me cuide y todo eso, yo lo tenía que saber que eso iba a traer consecuencias. Cuando la vi ahí, yo sentía como que Dios me estaba castigando por lo que yo dije, porque yo no la quería tener, porque cada vez que me daba rabia maldecía mi barriga, por todo eso me sentí mal, y yo la veía, y yo sentía que eso era culpa mía, y en sí, si era culpa mía, por no ponerme en control ni nada de eso.</p>
<p>¿Quién te dijo eso, que era culpa tuya?</p>	<p>Yo misma, sentí como que todo eso era por no ponerme en control desde un principio.</p>
<p>¿Cómo te sentiste ahí?</p>	<p>Me sentí mal, aparte de que me sentía adolorida. Si ellos me fuesen tratado bien a mí y a la niña, mi niña me la fueran dado, no en el momento, pero no fuera tenido fracturado su bracito, ni la piernita, ni fuera tenido todos los morados que tuvo. Ella tenía solo sus pulmoncitos no desarrollado, y en UTIN ella agarró una bacteria, y por eso duro más tiempo en el proceso, y me pedían unas pastillas que eran costosas que no se conseguían aquí, sino en Colombia, y eran demasiado costosas. En ese tiempo una pastilla me costaba cien (100) mil, se llama USADEM, ese dinero que me servía para los pañales, para la leche porque tampoco boté leche. Como</p>

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>no me la pegué al pecho, entonces no desarrollaba leche, porque yo para poder darle leche a ella, duré como quince días para poder darle leche, yo me la sacaba en un potecito de UROLAC, yo me la sacaba en un banco de leche, y se la daba a ella, y se la daban a ella por el gavage. Entonces, ella me bajaba mucho de peso, y por eso no permitía que me la dieran de alta, porque al chupar, cuando ya por fin me la dieron para que ella chupara, eso era como un ejercicio para que ellos, como ellos son prematuros, bajaba de peso muy rápido, y que ella tampoco casi tenía movimientos, estaba como bobita.</p>
<p>¿Y eso fue lo que más te molestó?</p>	<p>Yo digo, que no tenía necesidad de que me abrieran el útero, eso también me molestó, y aparte que yo quería que me ligaran de una vez, porque yo no tengo los recursos para tener otro muchacho, y sabes que ahorita no se consigue para uno ponerse el aparato y cosas así, pues. Yo quería que me ligaran, yo pedí que lo hicieran, y no lo hicieron; no sé por qué, no me dieron explicaciones, la doctora me dijo que ella subía a hablar conmigo en el piso donde yo iba a estar; y nunca subió, nunca me dio explicaciones, tampoco me decían dónde estaba ella, yo tuve que ir por todo el hospital a buscarla; nunca me dijeron dónde estaba. Yo con mi cesárea tuve que bajar escaleras, porque el ascensor duraba como dos (2) horas para volver a subir, entonces yo tuve que bajar escaleras cuando estaba recién a buscarla a ella.</p>

<b>Entrevistadora</b> <b>/Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
Entonces, ¿cómo consideras la atención de ese hospital?	No, no. Yo digo, que donde yo tuve a la niña mayor fue en el Pérez Carreño y ahí tuve mejor trato, no tuve quejas, ahí te digo que ese es mejor que la Maternidad. La Maternidad es el peor hospital, tratan mal a las mujeres, nunca hay agua, los niños siempre agarran bacterias. Hay casos que, por ejemplo, había una muchacha que venía de la Guaira, el niño ya estaba en su casa y eso, y tenía un (1) mes en su casa, y llegó a la Guaira con bronquitis, y el niño agarró una bacteria en el hospital, entonces yo digo: ¡no me gusto ese hospital!
Dices que tratan mal a las mujeres, ¿Quién trata mal a las mujeres?	Sí, las enfermeras, el director. El director porque cuando uno pedía hablar con él, porque cuando eso estaban donando leche y los aparatos, muchas muchachas se los dieron, y muchas dábamos la cédula para los aparatos o papeles para la leche de la niña, él nunca tenía tiempo para hablar con nosotras, siempre llegaba y salía corriendo e incluso nos reuníamos entre todas para hablar con él, y nunca tenía tiempo, y él siempre en una reunión, y nos ignoraba, hablamos con su secretaria pero tampoco nos daba razones ni nada de eso. Más que todo les daban la leche a las mujeres que estaban enfermas con SIDA; pero el aparato se lo dieron a muchas.
No lograste que te dieran el aparato.	No, y estaban dando la T de Cobre.
Una vez que entras al hospital, si puedes por favor ser lo más detallada posible,	Sabía por dónde entrar, porque con la primera niña pase por esa Maternidad, te recibe como el portero en una casillita que te pide tu cédula y después me hace pasar a otra casilla.

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
apenas pones un pie en la Maternidad Concepción Palacios. ¿Quién te recibe? ¿Qué tenías que hacer?	
¿Y afuera cómo era?	Afuera entras por emergencia, y ahí entrando está como una casilla, donde están los milicianos, había un señor miliciano que me pide la cédula y anota mis datos, y anota los datos de la persona que me acompañaba, que era mi esposo; me llevé a la otra niña también. Yo salí de aquí a las cinco (5) de la mañana. Duré tres (3) días con dolores. Anotan mis datos y después los de él, y luego paso yo con mi papelito sola.
Pasas con el papelito, ¿a dónde? En ese momento, ¿dónde estaba tú esposo?	Entrando está la casillita y ahí agarran tus datos, después caminas como diez (10) pasos y entras al hospital, como tal, hacia la sala de parto. Entras y anotan otra vez mis datos, y pasas a la sala de parto, adonde te dicen que te sienten, te lavan, y te pones tu bata, y te sientan a esperar que atiendan las que están delante de ti; que sean varias. Cuando yo llegue había como cinco (5), después pasan para que te hagan tacto, después que pasan todas, poco a poco, si hay un parto lo atienden primero, y tienes que esperar con tus dolores, ¡yo espere bastante!
¿Cuánto?	Espere como dos (2) horas, porque tuvieron varios partos adelante de mí, y después yo paso, y me hacen el tacto, ya tenía mis dilataciones completas. Ahí es donde me iban hacer parir, yo les decía que no, porque ya yo

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	me había hecho un eco.
Ok, ¿Particular? ¿Ahí no?	Y yo les decía a los doctores que la niña estaba cruzada, y ellos no me creían, y mi barriga no fue muy grande porque ella era de muy bajo peso, y las doctoras (había doctores y enfermeras) me querían hacer parir, y yo les dije, y rogué que no quería parir, porque aparte que me daba miedo, me daba miedo por ella. De ahí me llevaron para otro cuartico y allí me hicieron un eco, y la doctora me decía que no pujara porque era alto riesgo. Los dolores te hacen como pujar ¿sabes?, y quieres que salga rápido, y de ahí me hicieron el eco, de ahí se dieron cuenta que la niña estaba como yo decía, me subieron en un ascensor. Me hicieron tacto e hicieron que se me botara todo el líquido de ella, me metieron muchas manos, me metieron como una paleta, no sé cómo se llama, y me botaron todo el líquido, y me apretaban, me hacían hacia abajo; y varias me metían los dedos.
Varias, ¿quiénes?	Varias enfermeras, eran como pasantes, porque ahí no hay doctoras, como tal, si hay, hay es una sola, y las demás son puras enfermeras. Antes de que llegara la doctora, muchos pasantes me metían los dedos, los abrían, le tocaban los piecitos a ella y me decían: mira le hacemos cosquillitas; y yo, con una rabia, porque yo tenía mucho dolor, y ellos me metían la mano a cada rato, eran varios enfermeros y pasantes, mujeres y hombres, me metían los dedos. La doctora estaba como explicándoles a ellos como atender el parto, iban a la práctica y todo, ellos me metían la mano y la doctora les

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>decía: es así, tienen que tocar; ella les estaba explicando conmigo y con ella (con la hija). Entonces, cuando vieron que me botaron todo el líquido, la doctora me metió la mano porque se estaba saliendo el cordón umbilical, y con ella; entonces me metió la mano y salió corriendo, y no me acuerdo como es que ella gritaba, pero era, que era una emergencia pues, y me fue explicando que era riesgoso que el cordón se saliera antes que ella.</p>
<p>¿Te dijo la doctora?</p>	<p>Sí, ella me explicó, ella iba montada en la camilla donde yo iba, y con la mano adentro es incómodo, y ella iba con su mano adentro para que el cordón no se saliera, porque si salía antes que ella, se podía morir adentro, inmediatamente, porque ya no tenía líquido, había quedado sin líquido, y ya yo no sentía dolor, porque todo el líquido ya se me había salido; pero si estaba asustada porque ellos corrían desesperados. Después, me pasaron para otra camilla, que era donde me iban hacer la cesárea, ya en el quirófano, me anestesiaron rapidito, con la mano de la doctora adentro de mi pelvis, me sentaron, me inyectaron me pusieron la (...) ¿cómo se llama eso? la anestesia, y después, me hicieron mi cesárea, que fue cuando comenzaron a halarme y halarme, que ya yo estaba dormida, y todavía la doctora tenía la mano adentro, porque la sentía. No sentía dolor, pero sentía como se movía y empezaron abrirme, poco a poco, se tomaron su tiempo pues; pero no me gustó cuando la halaron a ella demasiado duro, y</p>



<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>después que se la llevaron a ella, me llevaron a mí para otro sitio, preguntaron que si ya me podía levantar, para pasarme ya para una sala, para esperar que me pasaran para cuarto, y yo me pasé, y ahí fue cuando la doctora me dijo que subía a darme explicaciones de cómo estaba la niña y que me habían hecho a mí. Yo supe que me habían abierto el útero porque ella me dijo ahí. Me dijo: te abrimos el útero y no sé qué, y yo empecé a preguntarle: ¿qué pasó con la niña?, y ella me dijo: tranquila, yo subo para tu cuarto y después te explico. Pero nunca subió, nunca me explicó, nunca la vi.</p>
<p>¿Y en algún momento, ella te explicó que iban a estar unas pasantes, que iban hacer algún tipo de preguntas o dar clases ahí?</p>	<p>No, nunca me preguntaron, sentí que estaban como experimentando con nosotras dos.</p>
<p>Entonces, esperaste dos (2) horas antes de que te hicieran el primer tacto, y en esas dos (2) horas sentada allí, ¿qué pensabas?, ¿qué te llamó la atención?</p>	<p>Bueno, yo me sentaba y como estaban los baños ahí mismo en esa sala, donde yo estaba sentada, yo me sentaba, caminaba, me bañaba a cada rato porque el dolor me desesperaba y quería que saliera rápido. Yo me agarraba abajo y pujaba para ver si yo podía parir yo sola porque ya no aguantaba el dolor, el dolor es desesperante, a veces pensaba en la poceta, porque yo estaba desesperada, nadie me iba a ver ni nada. Siempre llamaban: ¡la siguiente!, pero nunca se asomaban a la sala para ver cuántas quedaban ni nada. Entonces, yo me</p>

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>iba para el baño yo sola, y me sentaba en la poceta, y me volvía a parar, y caminaba, y veía como las demás se quejaban normal, yo las veía a ellas normal, y como si estuvieran empezando el proceso de la dilatación, y me miraban como yo me quejaba porque ya yo tenía mi dilatación completa; pero nunca me pasaron primero que ellas, porque ellas estaban primero que yo, porque estaban primero. Ellas me miraban, y yo sentía como que rabia, porque estaban tan tranquilas y yo no, yo quería sentarme y estar como ellas. Había muchas que parían y las volvían a pasar para donde estábamos nosotras, como era parto normal, las curaban y las volvían a llevar a donde estábamos nosotras, y yo las veía, y ellas me veían, y yo decía: ¡ay Dios mío, yo si quisiera estar así como ellas!, ya parir, ya sentarme y ya, eso fue lo que más me llamó la atención, que a ellas la atendían e iban de una vez y se sentaban.</p>
<p>¿Quién te recibe primero, esa médica que te atendió, la que tenía la mano dentro de ti o te reciben primero otros?</p>	<p>Otros, cuando me atendieron en sala de parto, me atendieron eran otros, era otra doctora, una doctora gordita, y unas enfermeras estaban ahí y me tomaron los datos, si era niño o niña como quería que le pusieran, que si sufría de alguna enfermedad; mientras me hacían el tacto me atendieron otros. Cuando me llevaron para el quirófano era otra doctora que me hizo la cesárea.</p>
<p>¿Pasaste por dos (2) médicas más o menos?</p>	<p>Sí, doctoras, doctoras dos (2).</p>
<p>¿Y cuántas veces te</p>	<p>Abajo, cuando me atendieron la primera vez, dos (2)</p>

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
hicieron el tacto?	veces; y arriba, cuando fueron los pasantes y eso, varias veces.
¿No sabes cuántas?	Exactamente no sé cuántas, ¡pero si fueron muchas veces!
Puedes contarme algo, (...) bueno, aparte que yo sé que la molestia y el dolor; algo particular.	Cuando me iban a llevar para bicharme ¿cómo es? para hacerme el tacto por primera vez, iba caminando una muchacha y la cabeza del niño la tenía en las manos.
¿La muchacha caminando?	Si ella salió (...), porque el cuarto donde nos atienden es como aquí, y el cuarto donde nos hacen el tacto es aquí, como al frente. Entonces, ella salió para pedir ayuda a los doctores; y ella llevaba la cabeza del niño, creo que era un niño, no sé, en las manos porque ella se quitó la bata, se desesperó; iba caminando con la cabeza del niño en las manos; y yo con mi dolor, salí caminando rapidito para llamar a los doctores para que la atendieran; porque me daba miedo que se fuera a caer o el niño se fuera a caer. Eso fue lo que más me llamó la atención.
Me dices que has tenido dos (2) partos, puedes decirme, ¿qué diferencia hay de la atención del primer parto con respecto al segundo parto, es	La diferencia, bueno, con el primero me sentí más cómoda, pasé por la Maternidad ahí me hicieron mi primer tacto de mi primera niña, y después, en una patrulla de la policía me llevaron para el Pérez Carreño.

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
decir, de un centro de salud y del otro centro de salud?	
¿Por qué?	<p>Porque mi barriga con la primera niña era una barriga muy grande, la niña pesaba 4.100kg, y la maternidad no tenían anestesia para la cesárea, y me refirieron para allá. Cuando llegué tuve que hacer una cola grandísima, había como veinte (20) mujeres para hacerse cesárea; pero como mi esposo es medio fastidioso, él estaba nervioso, igual que yo, que no quería que me hicieran tacto y me atendieron un poquito antes de las que estaban ahí ya. Me atendieron, me hicieron el tacto, me subieron, el anesthesiólogo me puso música, me sobó la barriga, me puso con cuidado la anestesia, sentí que todo fue más fácil ahí que en la Maternidad, me trataron como con más cariño, porque allá todo lo hacen como a los coñazos.</p>
Ahora vamos a entrar a un tema, que es sobre la familia.	<p>Yo vivía antes en Petare, con mi papá y mi mamá, mi papá es una persona violenta. Nosotras estábamos chiquiticas, nosotras somos tres (3): la mayor tiene diecinueve (19); yo tengo dieciocho (18), que soy la del medio; y la más chiquita tiene diecisiete (17), pero cuando eso estábamos más chiquitas. Mi papá le pegaba mucho a mi mamá, mi papá amanecía en la calle, a veces no llevaba para la comida, entonces mi mamá tenía como que resolver, y cuando él llegaba le pegaba a mi mamá, nosotras veíamos como le pegaba a mi mamá. Mi mamá tomó la decisión de irse de la casa, pero sin</p>

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>nosotras, porque nosotras estudiábamos, se fue a vivir a Maracay con otro señor, y nos dejó con mi papá. Mi papá, la rabia que agarraba con ella nos pegaba a nosotras, que mi mamá no estuviera ahí con él, él venía y nos pegaba a nosotras o cuando mi mamá nos llevaba a Maracay, cuando las vacaciones y eso, y no lo esperaba a él, nos dejaba y se iba, él le daba rabia y nos pegaba. Después mi mamá regresó, tenía yo doce (12) años, y la mayor tenía trece (13). Mi mamá regresó y mi papá ya tenía otra mujer, pero no vivía con ella, y la señora se llamaba Betty, tenía su marido y una niña, mi papá tenía relaciones con ella, cuando la señora se enteró que mi mamá regresó, ella empezó amenazar a mi mamá. Mi mamá se murió cuando yo tenía doce (12) años, por un dolor en un brazo, que nunca diagnosticaron que era. Y la señora Betty le mandaba mensajes a mi mamá, amenazándola que su papá era brujo, trabajaba con santería, cosas así, que, si no se separaba de mi papá que ella la iba a matar, y mi mamá se murió en mis brazos. A los doce (12) años, yo la estaba vistiendo para llevarla al hospital, ella se murió en mis brazos, después llegó mi papá que estaba trabajando y sufrimos mucho pues, cuando eso. Mi mamá se llamaba Yeymi y mi papá se llama Alíba, mi papá vive ahorita en Trujillo, y a mi mamá la enterramos en los Valles del Tuy, mi hermana la mayor vive en Trujillo; y la menor en los Valles del Tuy, vive con unas tías mías; y la mayor tiene ya dos (2) hijos. Ella quedó embarazada primero que yo, cuando ella se fue de la</p>

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	casa quedó embarazada de la niña, después tuvo el varón, y ahorita está embarazada otra vez está a punto que pare y parece que es varón.
En Trujillo ¿y cómo vas hacer para verla?	No sé, ya está que pare, me imagino que va a ser pronto, ella dice que parir es lo más delicioso que a ella le ha pasado en la vida, ella dice que no se queja de los dolores, que ella parió demasiado bien, no le costó mucho, más con el varón que le dolía adelante y atrás.
Hablemos de él	A los catorce (14) años, me puse a vivir con el papá de las niñas, él es el papá de las dos (2) niñas, me puse a vivir con él. Cuando yo lo conocí, lo conocí por una tía mía, él era amigo de una tía mía. Cuando nos conocimos él ya era mayor de edad, tenía veintidós (22) años y yo tenía catorce (14), nos pusimos a vivir juntos en casa de una hermana, después de ahí buscamos un alquiler para nosotros dos (2). Todavía no podía tener hijos porque tenía los ovarios poliquísticos, pero cuando me hicieron mi primer eco, me dijeron que me pusiera en control, porque empecé a tener relaciones y eso, me dijeron que tenía un tumor en el ovario izquierdo. Fue distinto con la mayor que con la menor, porque la mayor, yo la deseaba, me dijeron que me iban hacer una operación que me iban a quitar todo por dentro, que no iba a poder tener más hijos; y yo la quise tener, me puse en control para poderla tener; y después me hice otro eco; y no era que tenía un tumor, sino era los ovarios poliquísticos; y me puse en cualquier clase de médico. Pero nada me hizo efecto, me fui para un médico naturista, me tomé

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	unas gotas y en menos de un mes quede embarazada de mi hija mayor, y ya con la menor no me cuide, y por eso fue que quede embarazada. Yo vivía en los Valles, después de allá, me vine para acá para tener a la mayor, y después de ahí, me fui para Maracaibo a vivir allá.
¿Con tu esposo?	Sí con mi esposo. Después tuvimos un problema con la familia de él, y nos vinimos para acá, y nos quedamos aquí en esta pensión.
¿Cuánto tiempo tienes viviendo aquí?	Ya vamos a cumplir dos (2) años.
Dos (2) años. ¿Y la niña mayor cuántos años tiene?	Va para dos (2) años.
Eso quiere decir que: ¿tu esposo se ha convertido como en ese abrigo, esa familia?	Sí, he compartido más con él que con mi mismo papá.
¿Consideras que su compañía es importante en tu vida?, ¿sientes el apoyo?	Sí, mi única familia es él, yo tengo unas tías por aquí mismo cerca, pero mi apoyo es él. Desde que yo empecé a vivir con él, me ha ayudado mucho, como te digo. Cuando yo lo conocí, nosotros no éramos nada todavía, él me ayudaba sin interés a nada. A mí él no me gustaba; yo lo veía, para mí era un viejo; pero con los detalles, con su ayuda, su apoyo, él me fue gustando y empezamos a vivir juntos; yo sentí más apoyo con él que de mi padre, aunque todavía lo veo, lo quiero y eso.

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
	<p>Pero yo siento que mi papá no nos apoyó mucho. Después que mi mamá se murió, él se tiró al abandono, dormía en la calle, no le importaba si nosotras comíamos, cómo cocinábamos, si íbamos para el colegio. Yo digo que, por culpa de él, a raíz de eso, fue que la mayor se fue de la casa y quedo embarazada, yo digo que fue como falta de apoyo de él, porque no nos cuidaba o porque no puso a una persona para que nos cuidara, y ayudara a hacer las tareas, siempre estuvimos sola, prácticamente nos criamos solas. Yo digo, si él nos fuera apoyado, todavía estuviéramos estudiando y no fuéramos tenido niños; pero todo pasa por algo.</p>
<p>¿Quiere decir que consideras que el apoyo de la familia es importante?, ¿por qué?</p>	<p>Si, porque uno se siente como acompañado. Si mi papá nos fuera escuchado, él con su dolor cuando mi mamá se murió se tiró al abandono, a tomar, y a tomar, y tomar, y nunca nos preguntó cómo nos sentíamos, nunca nos dio un abrazo, desde el momento en que se murió hasta (...), bueno ya no lo hace tanto, pero aún todavía sigue tomando; se hunde como en el recuerdo del dolor de que mi mamá se murió. Yo digo que si nos fuésemos apoyado entre nosotros los cuatro (4), todo hubiera sido mejor, un poquito mejor con el apoyo, fuéramos salido adelante los cuatro (4).</p>
<p>Entraste a la sala de emergencia del hospital Concepción Palacios y no entraste con tu</p>	<p>Yo digo que necesito apoyo en todo momento, porque siempre me he sentido sola, y no me gusta estar sola, por ejemplo, cuando pase sola y yo quería que él pasara conmigo, me le puse a llorar al guardia, que lo dejara pasar; pero como estaba con la niña, él se tenía que</p>



<b>Entrevistadora</b> <b>/Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
esposo ¿En qué momento sientes que si puedes tu sola, y en qué momento necesitas ese apoyo familiar?	quedar afuera, y yo digo que no, no me gusta estar sola, siento que tengo que tener el apoyo de él o de algún familiar.
Él no paso por la niña, pero ¿había otros papás ahí adentro acompañando a las mamás?	No, bueno, en ese momento éramos los únicos que estábamos ahí en ese espacio.
¿Cómo consideras que podría ser el parto ideal?	Yo pudiera decir que sin dolor; que hubiera más médicos, más espacio, para que nos atendieran a todas; que no tuviéramos que esperar tanto; que los médicos no fueran tan bruscos; que no te maltrataran tanto; un mejor ambiente y ninguna enfermedad; estar acompañada, ese sería mi parto ideal; y que el bebé esté conmigo; que pueda abrazarlo, darle el pecho, todo.
¿Cómo pudieras apoyar a tus hermanas? y ¿cómo ellas a ti?	Yo la menor me gustaría que (...), la menor es cómo más apegada a mí, me gustaría viviera conmigo, que estudiara, ahorita no sé cómo está, que no tuviera novio todavía, porque ya yo pasé por todo y es difícil. Pasé mucho trabajo, nos corrieron de la casa de una hermana de él y eso es fatal. Ahorita no sé cómo ella está viviendo, pero me gustaría que ella viviera conmigo, que pudiera darle todo, y la mayor bueno (...) no muy apegada a mí; pero me gustaría ayudarla también a ella.

<b>Entrevistadora /Preguntas</b>	<b>Entrevistada N°1/ Respuestas</b>
¿Las protegeras?	Aja, algo así con la menor, como es la más pequeña, y todavía está estudiando, y así pudiera salir adelante.
¿Consideras que tú no has salido adelante?	En los estudios no.
¿En los estudios no?	Como ella no tiene hijos, tienen una oportunidad de estar sola, de no quedar embarazada todavía, que estudie, todo eso.
Esa sería la forma en que tú la apoyarías a ella. ¿Y cómo te gustaría que ellas te apoyaran a ti?	Que me acompañaran, que estuvieran conmigo, compartiéramos más, no tanto económicamente, sino así que estudiáramos juntas, que compartiéramos, saliéramos, cosas así.
¿Las hubieses querido tener el día del parto contigo?	Sí, y no las tuve a ninguna de las dos, la mayor me ha visitado una sola vez, pero si me hubiese gustado que estuviera mi papá y ellas. Mi papá nunca me visitó cuando estaba embarazada, nunca, pero si me hubiese gustado que estuviese conmigo aquí.
Ya terminamos, no sé si me quieras decir algo más.	No, un poquito de pena.