

Estefania Mestre Martos

EL PARTO ES UNICAMENTE TUYO.

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por Sra. Elisa Abellán

Grado de Trabajo Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2022

RESUMEN

La violencia obstétrica en los partos ha estado oculta en nuestra sociedad desde el momento en el que la medicalización obtuvo el papel de ser el protagonista en los paritorios y dejando de lado a las comadronas. Un parto respetado es aquel en el que no se vulnera los derechos de la mujer, dándole el protagonismo que se merece y brindándole su dignidad.

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, es decir, el maltrato que se les genera por ser mujer. Por eso, es un tema emergente, poco estudiado y que hay que darle visibilidad. Para ello se ha hecho una pequeña investigación, realizando la aproximación a la problemática en la zona del Baix Penedés, a través de una metodología cualitativa y cuantitativa, donde se muestra la realidad en el día de hoy la percepción que tienen los testimonios de 50 mujeres y de dos comadronas. Y de los resultados del estudio se evidencia que, sería interesante y conveniente abrir líneas de investigación para reducir las malas praxis.

PALABRAS CLAVE: Violencia obstétrica, mujer, parto, lucha, maternidad.

ABSTRACT

Obstetric violence in childbirth has been hidden in our society from the moment in which medicalization obtained the role of being the protagonist in delivery rooms and leaving midwives aside. A respected delivery is one in which the rights of women are not violated, giving them the prominence, they deserve and giving them their rights.

Obstetric violence is a type of gender violence, that is, the mistreatment that is generated for being a woman. Therefore, it is an emerging issue, little studied and that must be given visibility. To this end, a small investigation has been carried out, approaching the problem in the Baix Penedes area, through a qualitative methodology, where the reality today is shown, the perception of the testimonies of 50 women and any health professional on the subject. In the bibliographic review it is taken for granted that it would be interesting and convenient to open lines of research to reduce malpractice.

KEYWORDS: Obstetric violence, woman, childbirth, fight, maternity.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la atención a las mujeres en el momento del parto ha ido de carácter natural a pasar a ser asistido, donde ésta, poco a poco, se le ha facilitado participar proactivamente.

Hasta el punto de que en algunos casos se podría tipificar como violencia de género la atención que se les presta en el momento del parto.

Numerosos autores recogen esta problemática, anunciando la necesidad de prestar atención para que no se convierta en una tendencia y se normalice.

La violencia de género es una realidad que afecta a millones de mujeres en todo el mundo y un problema social. Es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública con importantes dimensiones. (Rigores & Guerra, 1996).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), define la violencia de género como: *“Todo acto o intención que pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico por a la mujer, incluyendo las amenazas de estos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como en la privada”*.

La Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, se contemplan las diferentes formas de violencia de género que existen en nuestro país. En esta, se enuncia la violencia obstétrica se considera como un tipo de violencia de género, dejando claro que el conjunto de prácticas se encuentra prohibidas, pero no están tipificadas como tal. (Gutiérrez, 2016).

La ONU define la violencia obstétrica como:

“tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazadoras en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parte y post parto”.

Según explica Josefina Goberna ¹(2015), este fenómeno se origina por la sociedad patriarcal en la que vivimos y se haya entre nosotros desde el momento en el que la medicina mostró interés por los partos, ya que antes la atención al embarazo y parto era un tema dedicado únicamente por las mujeres y la medicina solo intervenía cuando aparecían complicaciones graves.

Esta misma autora explica que la medicina muchas veces se olvida de la mujer, para solo pensar en el útero gestante. Por ello, podemos afirmar que es una violencia de género: se hace contra las mujeres y por el hecho de ser mujer, se le infantiliza, sin tener en cuenta su voz. Podríamos decir que se trata del despotismo obstétrico: todo por el buen resultado del embarazo, pero sin pensar en la mujer.

El objetivo con el que se emplea este maltrato a la mujer, se podría denominar una forma de control social porque legitima la pasividad de las mujeres, donde la estructura patriarcal la pasividad de ella es lo esperable. A la figura de la mujer la consideran como un elemento pasivo y por lo tanto no se informa sobre las prácticas que se realiza por que el maltrato y la humillación en los entornos institucionales están tan sumamente normalizados. (Garcia, 2018).

En el caso de España, como recoge Gutiérrez (2016), observando los últimos datos oficiales del Ministerio de Sanidad, el porcentaje de cesáreas que se realizan en nuestro país es de un 25,3%, cuando la ONU considera que un porcentaje adecuado este en base al 10%, no superando el 15% en cualquier caso. Esto significa que, al menos, la mitad de las cesáreas realizadas en nuestro país se encuentran injustificadas.

La misma autora, explica como en el caso de las episiotomías ocurre algo similar. Mientras que la OMS establece que no está justificada la realización rutinaria de las mismas, lo cierto es que, en España, está en torno un 58% de realización de episiotomías y un 72% en centros privados. Por tanto, estos datos nos dan a conocer que el número de intervenciones a las que una mujer está sometida durante el parto va más relacionado con el respeto que los profesionales muestran hacia ellas, que la complejidad que comporta el mismo parto.

¹ Josefina Goberna es profesora titular e investigadora en el departamento de Enfermería de Salud Pública de la Universidad de Barcelona. Desde la fundación Víctor Grifols i Lucas se le concedió una beca para la investigación en torno a la violencia obstétrica.

A pesar de la relevancia de este fenómeno, según Recio Alcaide (2015), parece ser que el origen de que sea invisible para la mayoría de la población radica en la escasez de datos existentes sobre indicadores en el ámbito sanitario.

Esto significa, que como bien recoge Cobos Gutiérrez, la imposibilidad de realizar una autocrítica y una evaluación a nuestro sistema de salud. El ciudadano se encuentra con importantes barreras para acceder a cifras y estadísticas, y si son así, demostrar que sean ciertas, ya que en la mayoría de los centros sanitarios no se evalúan sus prácticas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da un conjunto de recomendaciones para una experiencia de parto positiva, entre las que se encuentran; una atención respetuosa, una comunicación efectiva y un acompañante durante el parto. Esto aplica en toda parte del mundo, para cualquier persona que quiere atender un parto. (Carmen Pineda y Alexander J. Valdez, 2020).

Según la “Asociación el Parto es nuestro” enuncia que el 67,4% de las mujeres encuestadas habían contestado haber sufrido violencia obstétrica, según un estudio transversal realizado en España, refiriendo con un 25,1% violencia verbal, con un 54,5% violencia física y 36,7% psicoafectiva. Este estudio se realizó a 899 mujeres en el 2019 que habían dado a luz en los últimos 12 meses.

LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES GESTANTES A LO LARGO DE LA HISTORIA

Si se profundiza como ha sido la atención en los partos, desde siempre, las mujeres han estado ayudadas por otras mujeres en la atención al parto y la hospitalización ha sido más reciente siendo antes la práctica habitual ser atendidas en sus casas. Y, ¿Por qué se pasó a realizar los partos en el hogar con ayuda de mujeres comadronas a llevar a cabo sistemáticamente en los hospitales en manos de médicos?

En el siglo XVI, los médicos apenas asistían a las mujeres en el momento del parto, era un asunto tratado solamente por mujeres y los hombres no se tenían que involucrar. La atención en el parto era un rol de género patriarcal que fue asignado durante siglos a las mujeres como una faena en las curas domésticas. Estas comadronas expertas acudían a los hogares para ayudar a las madres en esos momentos y transmitían sus conocimientos a nuevas comadronas para que no se perdiera.

Los varones empiezan a interesarse por la obstetricia y a escribir sobre ésta en el periodo de crisis de los siglos XIV al XVII, época de transición del feudalismo al capitalismo, denominada “caza de brujas”. Origen del control social sobre el cuerpo de las mujeres. (Garcia, 2018).

En esta misma época, la práctica obstétrica se convirtió en parte de la formación médica en las universidades europeas, lo que se convirtió en “*una transformación social e intelectual en el cuidado de los cuerpos de las mujeres*”. (Gutiérrez, 2016). En este momento, las mujeres quedaron excluidas de la comunidad científica dominada por hombres. El monopolio político y económico de la medicina no fue más que una imposición de la clase dominante, únicamente los varones de las clases sociales altas podían dedicarse al estudio de la medicina.

Separar a las mujeres de la práctica de la medicina fue una maniobra política por cuestiones de género y clase: la mayoría de las curanderas eran mujeres humildes que habían aprendido todo empíricamente, como ya había dicho anteriormente. (Garcia, 2018).

Esta misma autora explica que en la mayoría de todas las acusaciones contra las brujas se centran en su supuesta perversión sexual, en prácticas de anticoncepción, dado que el útero estaba visto únicamente como una máquina natural de crianza.

Es aquí donde se atribuye a estas comadronas, ayudantas de las mujeres a la hora de dar a luz, el nombre de “las brujas”. En menos de dos siglos cientos de miles de mujeres fueron torturadas, colgadas y quemadas, ya que estaban consideradas como mujeres que se opusieron a la difusión de las relaciones capitalistas y al poder obtenido en virtud de su sexualidad, su control de reproducción y capacidad de curar.

Es así, como se les expropió de a las comadronas su profesión y los partos pasaron a llevarlos las manos de los obstetras.

Esta caza de brujas es considerada una violencia contra las mujeres, creado para degradarlas y destruir su poder social. Esta lucha terminó a finales del siglo XVII, que para entonces se consiguió que las mujeres habían sido desterradas de sus derechos de sus propios cuerpos y las comadronas habían pasado a un puesto de solo para poblaciones pobres y aparecen los primeros hombres comadrones y en cuestión de un siglo, la obstetricia había caído en control estatal. (Gutiérrez, 2016).

El Estado en el siglo XVII tenía el objetivo de aumentar su población y uno más tarde en tener más mano de obra por el contexto de la industrialización. Por lo tanto, la reproducción femenina se convirtió en obligatoria. A las mujeres que usaban anticonceptivos se les castigaba con pena de muerte. A las mujeres se les quitó el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos y a la dignidad de serlo, quedando confinadas a una tarea de existir únicamente para ser el método de ampliar la población.

Desde el siglo XVIII, los partos pasaron definitivamente a manos masculinas, y a raíz de aquí, como recoge Garcia (2018), aumentó la mortalidad de madres y recién nacidos a causa de la medicalización de los nacimientos, puesto que los médicos de la época desconocían las técnicas de esterilización e higienes básicas. Cuando se dio cuenta que era a causa de esta mala praxis, curiosamente, se le dio el beneficio de que gracias a la medicina se pudo salvar a madres y bebés. En este mismo siglo, los hospitales inauguran departamentos de obstetricia, dando lugar que los partos llevados en hospitales eran los mejores y serios, y los partos en casa se consideraban sucios y propios de las clases más bajas.

A principios del siglo XX, los obstetras eran respetados y las mujeres eran excluidas de la profesionalidad, solamente podían estar en partos como enfermeras a la orden de los varones. En esta época era oficial la medicalización del nacimiento.

En los hospitales, convirtieron a los cuerpos de las mujeres en auténticos campos de experimentación. Como recoge Garcia (2018), es así como se introdujeron en el papel de las comadronas:

“Los primeros obstetras se dedicaron a realizar todo tipo de operaciones tan absurdas como inútiles: cesáreas vaginales, dilatación manual e instrumental, dilatación artificial del cuello del útero con incisiones profundas, sección de la sínfisis publica, cesáreas con mortalidad de casi el 100%, extracción del feto de nalgas con ganchos o con asas, etc”

MARCO LEGAL CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El término “Violencia Obstétrica” surge en el ámbito legal, particularmente en Venezuela, en el año 2007, pero no solo este país inició la lucha contra la violencia obstétrica, sino que también Argentina y en varios estados de México.

En el caso de Venezuela, la legislación ofrece respuesta a esta problemática, gracias a la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Por lo que se opta por ejercer la violencia obstétrica en mujeres son multas y prisión, que va desde los seis meses hasta los seis años de prisión, además de la destitución e inhabilitación de hasta por dos años para ejercer cualquier cargo público. (Orozco Galván & Rocha Sánchez).

La Organización Mundial de la Salud alertaba en el año 2014 que muchas mujeres estaban sufriendo un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en los centros de salud, lo cual era considerado como un importante problema de salud pública y de derechos humanos (Goberna, 2021).

La violencia obstétrica, durante décadas ha sido una violencia negada, invisible e incluso normalizada, pero en los últimos años ha aparecido en nuestra sociedad gracias al interés público.

Según García (2018), en España podemos encontrar las siguientes legislaciones:

1. La Constitución Española, en su artículo 43, apartado 1, dice que: “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.
En la misma, en el capítulo VI del Título I, explica cuáles serían las infracciones y sanciones en materia de sanidad. En el artículo 10.12 se reconoce el derecho de poder utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias.
2. Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad (artículo 10.5) reconoce derecho del paciente el que se le dé la información, a él y a sus familiares, y dicha información sea completa y continuada, verbal y escrita, y que incluya el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica (LBRAP), que define el principio de autonomía de pacientes y establece el marco en que se aplica el consentimiento informado. (Sistema Nacional de Salud, 2007).
4. Ley 44/2003 del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de dichas profesiones.

No existe en España ningún reconocimiento legal de la violencia obstétrica como tal, es decir, las víctimas no pueden denunciar manifestando haber sufrido violencia obstétrica.

De esta manera, en nuestro país, únicamente se puede reclamar por el daño sufrido, mediante las hojas de reclamación o sugerencias de los propios centros hospitalarios, hojas que como bien enuncia la autora, con nulo poder sancionador y a veces ni siquiera los usuarios de estas reciben respuesta alguna.

En este contexto, La “Asociación El Parto Es Nuestro” refiere que no existe una ley para la violencia obstétrica, pero por una mala actuación u omisión médica se causa daño al paciente la ley ampara su derecho a reclamar la reparación de los daños.

Si alguna mujer quiere denunciar por la vía legal, resulta complejo, ya que no existe un trasfondo legal. Según Guillen (2015), explica que por falta de respeto a las decisiones, engaño o malas palabras se puede escribir al Comité Deontológico del Colegio de Médicos o de Enfermería de la provincia.

En la Carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria (2015), recoge el derecho respetando la dignidad y la autonomía que todo ciudadano debe ser atendido:

“Derecho a ser atendido garantizando la dignidad y la autonomía de la persona: La persona tiene derecho a ser atendida por lo que se respete y se vele por garantizar su dignidad y autonomía personal. Sea cual sea el lugar donde se preste la atención sanitaria y social, la persona tiene derecho a continuar manteniendo sus vínculos relacionales, respetando los hábitos y estilos de vida, siempre que sean compatibles con las necesidades de atención y con los derechos de las demás personas. Asimismo, la persona tiene derecho a la libertad y confidencialidad de la correspondencia y de las comunicaciones”.

TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA A LAS MUJERES EN EL PARTO

Numerosos estudios han demostrado que la utilización excesiva de ciertas intervenciones médicas no justifica un descenso en la mortalidad perinatal, al igual que tampoco han supuesto una disminución del número de demandas. Por el contrario, se prevé que éstas aumenten en los próximos años debido a la desconfianza que surge en las mujeres, a la escasez de información y al abuso de poder (Fernández, 2015)

Las prácticas de dudosa aplicación serían la cesárea, la episiotomía y la maniobra de Kristeller.

Según los datos del Ministerio de Sanidad del año 2012, en nuestro país, el 25,3%, es decir, una de cada cuatro mujeres trae a sus bebés al mundo mediante una cesárea. Sin embargo, la OMS establece en aquellas regiones con mortalidad perinatal bajas, considera que el porcentaje no debería de ascender de 15%, siendo un 10% la tasa de cesáreas aceptable.

En situación similar, ocurre con las episiotomías. Según los datos recogidos del Ministerio de Sanidad del año 2009, haciendo una media nacional, en España, realiza episiotomías un 41,9% de los partos. Como recoge Recio Alcaide, una tasa superior al 20% carece de justificación, mientras que el Ministerio de Sanidad recomienda que esta práctica no exceda el 15%. Según Cobos Gutiérrez es una intervención sanitaria muy cuestionada, que no ayuda al bebé ni evita posibles desgarros, sino que, por el contrario, los desgarros más graves, de tercer y cuarto grado, pueden ser originados a causa de la episiotomía desde la vagina al ano.

Respecto a la maniobra de Kristeller, según el Ministerio de Sanidad, se ha realizado un 26,1% de los partos vaginales. Pero, según Cobos Gutiérrez, las recomendaciones consideran que el estándar de calidad sea 0%, a causa de que se ha demostrado que realizando esta maniobra conlleva riesgos de morbilidad materna y fetal.

En cuanto a los tactos vaginales, en termino de sanidad se llama maniobra de Hamilton, según la OMS, recomienda solo emplearlos cuando sea estrictamente necesario. Para obtener una información objetiva sobre cómo evoluciona el parto, es que las exploraciones vaginales las realice una misma persona.

Como recoge Cobos Gutiérrez, otro acto de violencia obstétrica, destaca que raramente las mujeres reciben información sobre las intervenciones a las que se les va a someter, sin pedir permiso. Fernández Guillen, destaca que son muchas de las mujeres que no reciben información y una propuesta de alternativas sobre las diferentes maniobras o intervenciones. Con base a las palabras del anterior autor, un trato inhumano en la atención obstétrica se caracteriza por privar a las parturientas de información y poder de

decisión, el profesional elige por ellas sin ofrecer alguna alternativa, engañándolas, por ejemplo, justificando la realización de una cesárea diciendo que tiene la pelvis estrecha o inducir partos por conveniencia.

Según la publicación European Perinatal Health Report (2010), España es un país intervencionista, se encuentra entre los primeros puestos en partos instrumentales, sobre todo, en cesáreas y episiotomías.

Según “La Asociación Somos Estupendas” nos muestra los tipos que existen de la violencia obstétrica que se separan en dos grandes bloques:

- La violencia psicológica

Es una violencia que es ejercida para humillar i/o menospreciar a la mujer sin emplear una agresión física. Esta agresión se manifiesta en criticar a la madre por llorar o gritar durante el parto, burlarse de ella, no tener en cuenta su opinión, no dar consentimiento de los procedimientos médicos, etc.

- La violencia física:

Es una violencia ejercida realizando intervenciones medicas sin necesidad o desaconsejadas. Las más empleadas en nuestro país, como ya había dicho en el punto anterior, es la cesárea y la episiotomía, pero no solo existen estas dos, también existen algunas como:

- La maniobra de Kristeller: ejercer presión sobre el abdomen de la mujer.
- Parto inducido
- Negar la elección de posición
- Ausencia de contacto con el bebe
- Maniobra de Hamilton: tacto vaginal con movimiento circular del dedo, produciendo dolor y sangrado.
- Fórceps.
- Negligencias en el cuidado de la diada madre-bebé.

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2010) concluye que:

"No existen pruebas del beneficio de la maniobra de Kristeller realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que la dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de

investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto." Esta maniobra "no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental" y "es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto." Por lo tanto, puntualiza, "se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller".

POSIBLES CONSECUENCIAS ORIGINADAS POR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La práctica de las diferentes maniobras y/o técnicas, asegura que la violencia obstétrica supone una vulneración de los derechos de la mujer y, por otro lado, puede acarrear consecuencias, algunas irreparables, para aquellas madres que han padecido de estas.

Las principales consecuencias físicas son: (García,2018)

- Incontinencia: El uso de diferente instrumentalización, la episiotomía, entre otras maniobras pueden producir incontinencia en las mujeres en distintos grados. En "Dona, vostè no té res!", de Eva Martínez Corcuera y Anna Marqués, el documental de "Sense ficció" dedicada a la mujer, donde visibiliza la discriminación que muchas mujeres han sufrido y sufren por parte del sistema sanitario, reconocido hace poco por muchos profesionales de la salud. En el documental hay un testimonio, Montse Torras, donde explica que, a causa de una episiotomía, y mal curada, le provocó incontinencia urinaria y un cambio en su vida sexual.
- Hemorragias: Todas las mujeres después de la realización del parto pierden sangre, especialmente las que han pasado por una cesárea. Sin embargo, hasta un 5% de los casos (Mousa et al., 2003).
Otra causa de hemorragia puerperal es una complicación relativamente rara pero grave, conocida como placenta accreta, en la cual la placenta no se desprende porque se encuentra implantada dentro del útero a demasiada profundidad; este riesgo aumenta con cada cesárea. (García, 2018).
- Desgarro: En un parto respetado, generalmente los desgarros que se pueden dar son menores, muchos de ellos no necesitan ningún punto para su recuperación. Sin embargo, son mucho más graves los desgarros en partos instrumentalizados. Igualmente, la episiotomía no sólo no evita los desgarros, sino que aumenta el riesgo de padecerlos (OSM, 2012). Se clasifican en desgarros de primer grado

(superficiales, básicamente sólo algo de piel), de segundo grado (algo más profundos, requieren de puntos), de tercer grado (tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que se extienden hasta el esfínter anal) y de cuarto grado (atraviesa el esfínter anal y el tejido de debajo).

Más de un 4 % de las mujeres (OSM, 2012) tienen desgarros de cuarto grado, que producen un gran dolor durante meses, así como mayor riesgo de incontinencia anal.

- En el informe realizado por “Campaña Stop Kristeller”, se abordan las secuelas sufridas tras la maniobra:
 - Hematomas
 - Dolores musculares
 - Desgarro
 - Fractura de costilla
 - Desprendimiento prematuro de la placenta

Como se puede apreciar, las secuelas físicas que pueden originar todas las prácticas erróneas que se ejercen en la mujer, no teniendo en cuenta un parto respetado, las secuelas psicológicas (García, 2018), resultan más comunes y el dolor interior, que viven estas madres, no debería de existir.

- Depresión postparto: La depresión postparto, muchas madres refieren haber pasado por ella, sin embargo, en la mayoría de los casos, de trata de una tristeza momentánea, común después de la bajada de los niveles hormonales tras el parto, que desaparece en unos días. Pero, cuando se habla ciertamente de una depresión postparto es más seria y necesita ayuda de tratamiento porque no desaparece sola. Algunos de los factores que aumenta el riesgo de padecerla es haber sufrido un parto traumático y/o violencia obstétrica. (Mata, 2015).
- Secuelas emocionales: Queda una huella emocional, muy difícil de sanar, por sentirse humilladas y desempoderadas.

Algunas mujeres consideran que el parto se ha convertido en una forma de violación y es que, muchas de las que refieren haber experimentado un parto traumático, presentan síntomas similares a víctimas de violaciones. (Guillén, 2006).

- Estrés Postraumático (Olza, 2014): Se estima que entre un 2 y un 6% de las mujeres en el mundo desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo después del parto y alrededor de un 35% presenta algún grado de éste.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Según Francisca Fernández (2006), los profesionales sanitarios, conocen el término de violencia obstétrica, pero desconocen la Ley que la define y la sanciona. Los actos que constituyen violencia obstétrica tampoco son conocidos al detalle por los profesionales, al igual que la forma en la que denunciar y los organismos que prestan ayuda a las víctimas. Sin embargo, según el artículo 51, cuentan con el deber de comunicar a los organismos responsables los casos de mujeres víctimas de violencia obstétrica. A este hecho hay que añadirle que, en general, poseen un significativo desconocimiento sobre la importancia que conlleva la correcta cumplimentación del informe médico. Pero por otro lado cuando se creó dicha ley, hubo un gran debate, ya que muchos profesionales estaban en desacuerdo, considerando que, de esta manera, las mujeres tendrían más posibilidades a negarse a cualquier procedimiento o intervención y esto repercutiría en el proceso.

En algunas ocasiones, los testimonios de profesionales que atienden al parto emiten y muestran su desacuerdo y, en casos extremos, su trauma por la forma de trabajo tan deshumanizada que puede llegar a existir en los paritorios. Algunas veces, las enfermeras se sienten incapaces de intervenir para impedir que esto siga sucediendo, se sienten culpables por no defender a los pacientes, llegando incluso ellas mismas a padecer la sintomatología característica del Trastorno de estrés postraumático. (Fernández, 2006).

Podemos distinguir entre tres tipos de razones principales (García, 2015) que llevan a los profesionales a la violencia obstétrica:

1. Razones profesionales: nos explica la autora que hablando en temas económicos, un médico cobrará más en un parto instrumentalizado que en otro que haya menos. Muestra otra evidencia, donde las cesáreas requieren menos tiempo que un parto natural y, por lo tanto, acorta duración. Esta razón se resume en que la tentación de cobrar más trabajando menos es alta en muchas personas.

2. Razones personales: Explica que muchos profesionales pueden tener una insuficiencia formación en cuanto a los aspectos a tener en cuenta emocionales del parto.
3. Razones físicas: A causa del sobre trabajo que hay en la sanidad y la falta de personal da un resultado de cansancio, bournout en los profesionales, generando una atención negativa y un trato aún más deshumanizado en los pacientes.

METODOLOGIA

La metodología utilizada para realizar el estudio es de tipo cuantitativo y cualitativa. El de tipo cuantitativo lo utilicé a la hora de llevar a cabo cuestionarios surgidos de un reclamo de Instagram. A través del reclamo se presentaron 50 mujeres que se sintieron identificadas con el tema. Su participación fue voluntaria y se evidenció un gran interés por el tema. Se acordó su consentimiento informado verbalmente donde la autora garantiza el anonimato. El tiempo establecido para participar se acotó a un mes. El cuestionario se elaboró a partir de Google Forms, plataforma que se utilizó para su difusión y anonimato. Consistía en responder 13 preguntas, donde únicamente solo dos de ellas eran de múltiple opción de respuesta y las demás a escoger solo una. En las preguntas de múltiple respuesta podías escoger opciones planteadas, pero eran preguntas abiertas para que las mujeres pudieran expresar con exactitud la respuesta válida.

La metodología cualitativa consistente en revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas hechas a dos profesionales de salud, expresamente a una comadrona a punto de jubilar y otra comadrona que hacía poco que ejercía como ello, para ver dos perspectivas diferentes por la experiencia de cada una.

Pude realizar trabajo de sistematización recogiendo información gracias al ámbito laboral de auxiliar de enfermería y en el periodo de prácticas realizadas en el ABS Valls Urbà.

Las protagonistas de esta investigación, al tratar sobre la violencia obstétrica, se pone especial hincapié sobre la víctima, en este caso son las madres. Sus testimonios han servido para realizar una investigación y así poder realizar mi objetivo principal de dar a conocer y visibilizar a la problemática que se encuentra aún en nuestra sociedad y sigue escondida en muchos profesionales y así, llegar a más gente, para que las próximas madres puedan saber más información de sus derechos a un parto digno y se pueda poner fin a esta violencia.

La violencia obstétrica es una problemática presente pero poco visible, por lo tanto, hay que tener en cuenta que el estudio de prospección para valorar que punto es de interés y acercarse a esta problemática desde las propias afectadas para darles voz y así, evidenciar la falta de atención hacia las mujeres.

RESULTADOS

En primer lugar, se destaca que es un concepto poco conocido por su escasa visibilidad, aunque ya hemos visto que está presente en nuestra sociedad desde hace mucho tiempo.

Analizando todas las informaciones recopiladas a lo largo de todo el estudio, se observa que, gracias a la encuesta realizada a las 50 madres y a las entrevistas a las comadronas, los datos revelan que se confirmaría lo que los autores refieren.

En primer lugar, se explicará los participantes que han sido seleccionados a conciencia para el presente estudio. La edad de la muestra en las mujeres es de, a partir de 17 años hasta los 39 años y pertenecen a la comarca del Baix Penedés. Todas ellas consideran haber sufrido violencia obstétrica en sus respectivos partos y han brindado su experiencia para la realización de la investigación cuantitativa. Esta cuenta con 50 cuestionarios que han sido revisados y analizado para realizar los resultados más significativos con los autores:

En las 50 madres encuestadas, más de la mitad, con un 56%, demuestran que no conocían el termino de violencia obstétrica, donde se evidencia, igual que la mayoría de los autores mencionados anteriormente, la poca información y visibilidad ofrecida sobre el tema.

El siguiente porcentaje hace referencia a las mujeres que conocían el tema mediante los medios de comunicación, donde representa un 38% Los medios de comunicación son una herramienta esplendida para captar y llegar a la población, pudiendo favorecer a que la violencia obstétrica se haga más conocida. Una posible respuesta para contestar sobre la pregunta “*antes de ser madre, ¿conocías que era la violencia obstétrica?*” Una posible respuesta era si lo había escuchado hablar en organizaciones sanitarias. Ninguna de las 50 madres me marcó esa respuesta. Se debería de plantear realizar clases antes del parto, para preparar a la mujer y familiares de todos sus derechos y la importancia de un parto respetado.

Respecto a la pregunta, *¿crees que la asistencia en el parto tiene en cuenta cómo se siente la mujer en todo momento?* Como era de esperar, ya que un requisito para hacer esta

encuesta es que habías sufrido violencia obstétrica, un 62% de los votos, es decir, 31 de las 50 mujeres considera que no se les tiene en cuenta en la asistencia en el parto. Analizando esta información, nuevamente, se corrobora que la violencia obstétrica no es un hecho histórico que ha quedado en el pasado y se ha podido solventar, ya que con esta pequeña muestra recogida podemos determinar que es un problema de salud pública, como bien nos comentaba Garcia y que aún existe.

En la pregunta *¿Qué tipo de violencia se le practicó en el parto?*, se evidencia con mayor claridad el estado de la cuestión de manera que las participantes expresan las intervenciones injustificadas que se les hace a las mujeres. Las madres podían poner más de un maltrato, tanto psicológico como físico. Sobre los físicos, se puede apreciar que el más utilizados por los profesionales de salud fueron las episiotomías. Este dato revela la confirmación de Recio Alcaide, donde comentaba el gran porcentaje de episiotomías realizadas en España, exactamente un 41,9% de los partos y como bien dice el Ministerio de sanidad una tasa superior al 20% carece de justificación. Por lo tanto, en el cuestionario realizado a las 50 mujeres, un 36% de las mujeres han indicado que se les practicó una episiotomía, corroborando y coincidiendo con los datos obtenidos gracias a la autora Recio Alcaide.

Siguiendo con las episiotomías, una mama declara la falta de información y respeto por no permitir obtener el consentimiento a ciertas intervenciones:

Anónima 1:

“En ningún momento me pidieron consentimiento de hacerme ese corte.”

En cuanto a la maniobra de Hamilton, se contempla un 34%. Una de las mujeres, quiso dar más información sobre cómo se le practicó esta maniobra, donde comenta:

Anónima 2:

“Nunca se me olvidará. Había una alumna de prácticas y yo aún estaba muy verde, pero él le obligaba a hacerme la maniobra de Hamilton sin pedirme permiso de nada. Ella no paraba de mirarme y me dijo si me dolía y le dije q sí. Ella quiso parar, pero él le obligaba hacerlo”.

Dado este testimonio se puede relacionar con la recomendación según la OMS, que recomienda solo emplearlos cuando sea estrictamente necesario y para obtener una

información objetiva sobre cómo evoluciona el parto, es que las exploraciones vaginales las realice una misma persona.

Se destaca otra maniobra llamada maniobra de Kristeller. Un 28% de las mujeres han respondido que se les practicó esta práctica y analizando este estudio con la información recogida de los autores Cobos Gutiérrez reveló que, en los datos del Ministerio de Sanidad del año 2009, se practicó un 26,1% en los partos vaginales. Otro dato que nos da a conocer la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad es el que esta maniobra debería de desaparecer, ya que está demostrado que no hay pruebas que beneficien y que ocurre todo lo contrario, existen pruebas que dicha maniobra es factor de riesgo de morbilidad materna y fetal. Una madre encuestada proporcionó su experiencia de esta manera:

“Al hacerme la maniobra de Kristeller me hacían mucho daño y les dije que pararan, pero no me hacían caso... luego al cabo de unos meses me enteré de que esa maniobra no era buena de hacer. En ningún momento me dijeron q me iban a hacer y por qué”

Analizando la violencia obstétrica del tipo psicológico, se puede apreciar que un 58% de las mujeres, es decir, 29 mujeres de las 50 en total testificaron que habían sido criticadas por su comportamiento y tratada con diminutivos infantiles. Algunas mujeres nos han querido aportar su testimonio de qué manera ocurrió:

Anónima 3:

“Tuve que escuchar cómo me decían que no gritara más y que estaba haciendo un circo”.

Anónima 4:

“Ya en la habitación por estar meciendo a mi bebé mientras le daba un biberón una enfermera me sacudió diciendo “¿a ti te gustaría así?”. No sé si sería física y/o psicológica por lo q me hizo sentir.”

Anónima 5:

“La enfermera me dijo unas palabras muy feas... no supe ni reaccionar a semejante barbaridad. Tuve problemas a la hora de iniciar dar el pecho porque al ser primeriza y mi hijo no sabía engancharse no sabía que hacer ya...le pregunté lo que me ocurría y me dijo que igual que supe aprender por mí misma a hacer "cositas" que aprendiera a hacer eso también”.

Anónima 6:

“Me sentaron en el paritario y era todo muy frío. De verdad q no me lo esperaba así para nada. 0 tacto conmigo solo iban a quitar al niño de mí y ya está”.

Anónima 7:

“Me sentí vulnerable delante de los sanitarios. Me pareció que me robaron el parto, no pude decir nada.”

Los testimonios evidencian el poco margen que tuvieron estas madres para ser escuchadas y como hubo una situación de imposición y de abuso de poder por parte del médico que se podría enmarcar en el paternalismo.

Una mujer expresó este sentimiento, que reivindica un trato digno en su próximo parto y demuestra las palabras escritas por Cobos Gutiérrez y Fernández Guillen, que destacan que las mujeres que no reciben información y una propuesta de alternativas sobre las diferentes maniobras o intervenciones:

Anónima 8:

“Antes del parto no conocía el tema. Pero ojalá hubiera visto un post que me salió en Instagram de una chica. Tengo claro lo q quiero en mi próximo parto, un parto que se me trate bien y me tengan en consideración para decidir”.

El dato revelado por Garcia, que la práctica de las diferentes maniobras y/o técnicas, asegura que la violencia obstétrica supone una vulneración de los derechos de la mujer y, por otro lado, puede acarrear consecuencias, algunas irreparables, para aquellas madres que han padecido de estas, se puede demostrar que es cierto gracias a los testimonios del estudio de las 50 mujeres.

La consecuencia más significativa en este estudio fue la emocional, con un 56% de las mujeres demostraron que esta violencia les había causado estrés o depresión y con un 58% tener miedo a volver a tener otro bebé. Algún autor como Olza, Mata o Fernández, expresaron que el estrés y la depresión aparecen en un moderado porcentaje en las mujeres que manifiestan haber sufrido violencia obstétrica. Una mujer proporcionó su secuela:

Anónima 9:

“Mi deseo era tener un parto bonito, natural... si hubiera sido la cesárea porque naturalmente no era viable no me hubiera quedado otra que aceptarlo, pero al ser por una mala praxis me dejó una gran herida en el corazón.”

Otro porcentaje que llama la atención es un 14% de las mujeres manifiestan que su vida sexual ha cambiado por completo. Igual que un testimonio, Montse Torras, que proporcionó en “Dona, vostè no té res!”, expresó que su vida sexual había cambiado totalmente a causa una episiotomía.

Otra consecuencia originada por las intervenciones violentas es el desgarro, donde un 20% expresó esta secuela. Como bien explica el Observatorio de salud de las mujeres (OSM), existen desgarros naturales que con un punto se pueden reparar, pero los desgarros más graves son en partos instrumentalizados. Los profesionales de salud proceden a hacer las episiotomías para evitar desgarros, pero hay estudios según la OSM donde se aprueba que hay riesgos a padecerlos.

La incontinencia es otra consecuencia que puede derivar la violencia obstétrica. Un 10% de las mujeres expresan tener incontinencia, tanto urinario o urinaria y fecal. Según la OSM tanto los desgarros como las episiotomías pueden llevar a provocar incontinencia.

En el cuestionario se preguntó si llegaron a quejarse por estas malas praxis y un 74% de las mujeres respondieron que no. Solo un 26% de ellas, exactamente 13 de las 50 mujeres llegaron a quejarse. De estas madres que llegaron a quejarse 76,9% lo hicieron verbalmente y un 23,1% escrito. Aclaran que lo hicieron por las consecuencias que se les originó y porque estaban en todo su derecho. Una mujer dice que lo hizo su marido.

De las 13 mujeres que se animaron a poner una queja, solo 5 se plantearon denunciar judicialmente, donde finalmente el caso finalizó de estas mujeres de esta manera:

Anónima 10:

“En primera hija ya tuve negligencia médica (eclampsia gravidica), no conseguí nada judicialmente, con este parto sería menos...”

Anónima 11:

“No denuncié ...creí que sería una lucha "David contra Goliat””.

Anónima 12:

“No llegué a denunciar porque mi hermana es abogada y me dijo que en estos casos el proceso era lento y no iba a recibir lo que quería.”

Anónima 13:

“Finalmente por falta de información y miedo a que me ningunearan ni hice nada”.

Anónima 14:

“Aún estoy a la espera de la sentencia, aunque no tengo esperanza.”

Solo se aprecia que una mujer llegó a denunciar judicialmente. Sobre las mujeres que no se quejaron ni verbal ni escrita, comentan que no tenían información sobre el tema y por eso lo dejaron pasar. Muchas de ellas, comentan que hubieran sabido más sobre ello lo hubieran hecho como, por ejemplo:

Anónima 15:

“Pensé que me pasó por que tenía que ser así... al cabo de un tiempo supe lo que verdaderamente me habían hecho”.

Revela la situación de indefensión e impotencia, la falta de información de sus derechos y del procedimiento a seguir. Se emplea un ataque a su dignidad al ser tratadas como objetos y que el fin justifica los medios. Es un atentado físico y ético hacia las mujeres.

Una vez más, se corrobora la falta de información que se ofrece a las parturientas sobre el tema y la gran gravedad que recae sobre ellas sino se cambia. Los datos detallados, revelan que se confirmaría lo que los autores mencionan.

Una vez analizados los cuestionarios, se realizó entrevistas a dos comadronas, que fue una gran fuente de información para profundizar, todavía más, en el tema y confirmar lo que los autores expresan.

La primera comadrona, tiene 35 años y 7 años de experiencia ejerciendo la profesión. La primera pregunta que elaboré para los profesionales fue *¿Cuál es su percepción personal sobre la violencia obstétrica?* La respuesta que obtuve de ella fue sumamente impactante, ya que en todo el recorrido de elaborar este estudio fue la primera en definirme la violencia obstétrica tal y como es, y considero muy importante que, en las nuevas generaciones de profesionales sanitarios, es un gran paso que piensen de la manera que

piensa ella. Empezó describiéndola, mencionando que tenía relación con el patriarcado que existe en la sociedad y que la violencia obstétrica viene dada en los años de natalidad muy elevada y los médicos entraron en el mundo de la obstetricia y se apoderaron en lo que, desde entonces, había sido competencia de una matrona. Esta percepción propia de la comadrona, afirma el argumento de Gutiérrez, de la transformación social e intelectual en el cuidado de los cuerpos de las mujeres, donde aclaraba que se introdujo en la práctica obstetricia en la formación médica en las universidades europeas, y como bien decía la misma autora, el monopolio político y económico de la medicina no fue más que una imposición de la clase dominante, únicamente los varones de las clases sociales altas podían dedicarse al estudio de la medicina y así las mujeres es como quedaron excluidas de la comunidad científica.

La comadrona, siguiendo el mismo hilo de la pregunta hizo hincapié en que a causa de la entrada de la figura medica en el mundo de las comadronas, todo cambió:

Comadrona anónima 1:

“llego un momento en el que las matronas no podían llegar a asumir papeles, los médicos se metieron en el papel de asistir en los partos normales de bajo riesgo, que nunca habían sido competencia de ellos. En ese momento que estos señores entraron, tenían que ir por faena, ósea no había tiempo de contemplaciones y creo que ahí empezó a tomar un valor en el que el medico tenía un poder sobre las mujeres y como que se ha asumido a lo largo de muchos años que es el personal que tiene el poder de decisión sobre los cuerpos de las mujeres y se ha normalizado tanto que hoy en día una mujer le cuesta trabajo decir, asumir o aceptar que ella tiene una plena decisión sobre su cuerpo e hijo, parece que cueste que una mujer entienda que para que le hagan algo le tienen que pedir su consentimiento en el parto o en un procedimiento médico y es que todo esto está recogido en los derechos humanos. No puede ser que sea así, tiene que llegar un momento en el que todo el mundo entienda que tu cuerpo es tuyo y que cualquier persona necesita de tu aprobación y consentimiento, aunque sea para tocarte. Pienso que por ahí viene todo, y la persona que la niegue, que no exista la violencia obstétrica, evidentemente, es la persona que la ejerce.”

En relación con la pregunta de cómo conoció la violencia, explica que nadie se lo había explicado y que la descubrió ejerciendo prácticas y en su primer paritorio:

Comadrona anónima 1:

“Estando ahí, en el primer paritorio donde yo hice mis primeras practicas vi una serie de actuaciones que a mí no me parecían normales, a mí me parecían un auténtico abuso y violación y con el paso del tiempo entendí que esa forma de actuar tenía un nombre y se llama violencia obstétrica.”

También, explicó que había que había vivido partos donde tenía compañeros que ejercían violencia obstétrica, tanto física y verbal. Seguidamente, yo le pregunté si alguna de estas violencias producidas por algún compañero había llegado a queja y donde ella explicó:

Comadrona anónima 1:

“Viví una violencia obstétrica verbal muy agresiva por parte del médico hacia la mujer en un parto donde la mujer había ido expresamente a ese hospital por las referencias que había de parto natural y se llevó una experiencia totalmente lo contrario por culpa de este doctor en concreto y posteriormente sí que hubo una queja formal como de 4 o 5 páginas explicando con detalle todo lo que le había dicho el médico, todo lo mal que le había parecido, como se había sentido de humillada y que jamás ninguna mujer se topara con las manos de ese doctor.”

Después de esta gran experiencia, pregunté si se llegó a denuncia judicial y ella respondió que no consiguió nada. Solo la institución se disculpó mediante una carta y el jefe de obstetricia la llamo por teléfono para disculparse, pero el doctor no le ocurrió nada.

Con esta evidencia, se confirma lo referido por los autores, sobre que, en España, únicamente se puede reclamar por el daño sufrido, mediante las hojas de reclamación o sugerencias de los propios centros hospitalarios, con nulo poder sancionador y a veces ni siquiera los usuarios de estas reciben respuesta alguna.

Por último, con relación con la pregunta de su opinión sobre el sistema de salud de nuestro país, donde acompaño su relato de esta manera:

Comadrona anónima 1:

“Como contaba antes, sí que creo que tiene q ver con la obstetricia que hemos vivido en España hace 50 años atrás por supuesto que ha marcado muchísimo la forma de actuar hoy en día para que exista la violencia obstétrica lo tengo clarísimo. Pero pienso que afortunadamente, hay un movimiento bastante importante de que se está intentando

erradicar esto, porque hay mucha gente y profesionales que están concienciados con el problema y que están trabajando para que esto mejore, ósea que, en cuanto el sistema de salud, pienso que tenemos un sistema de salud muy bueno pero que estos recursos tenemos que saber gestionarlos mejor.”

Fuera de las preguntas estipuladas que quería preguntar a las profesionales, me explicó una experiencia suya propia cuando cursaba prácticas:

Comadrona anónima 1:

“Le dije que me parecía un auténtico abuso como estaba tratando a la mujer y me trataron de loca, me dijeron que la mujer no podía decidir, que éramos nosotras quien decidíamos. Violencia hay de muchas formas, pero me parecía violento hasta incluso yo por derecho a la intimidad de esa persona picaba a la puerta o me asomaba diciendo ¿“disculpa puedo entrar?” y me llamaron la atención porque me dijeron este es tu sitio no tienes que pedir permiso. Ahí es donde realmente veo, el abuso de poder.”

Sobre esta entrevista, veo importante mencionar a lo que ella me contó de su experiencia como madre, ya que había dado a luz hace poco de 8 meses. Me explicó que ella buscaba parir en casa, pero por problemas no pudo ser y se complicó hasta tal punto de hacer cesárea. Ella psicológicamente está destrozada y remarca la importancia de la salud mental de las mujeres y sobre todo de como lo vive de cara al post parto, porque condiciona mucho a lo largo del resto de la vida.

La siguiente comadrona lleva un recorrido largo ejerciendo la profesión, ya que lleva 42 años. La primera pregunta sobre que percepción tenía ella sobre la violencia obstétrica, la respondió diciendo que ha tenido suerte en que ella no había visto, ni vivido la violencia obstétrica, pero remarca que igualmente que ella no lo ha visto, no significa que no exista. Esto lo justifica diciendo que ella al no estar en una Hospital de grandes dimensiones y encontrarse en una población pequeña, no había un gran volumen de partos. Pero más tarde, pregunta que es la violencia obstétrica. Esto afirma lo que Francisca Fernández dice sobre los profesionales sanitarios, que los actos que constituyen violencia obstétrica son desconocidos al detalle por los profesionales, al igual que la forma en la que denunciar y los organismos que prestan ayuda a las víctimas.

Después de hablar sobre que era la violencia obstétrica ella cambia por completo y lo aclara:

Comadrona anónima 2:

“Te voy a hablar desde mi experiencia, mi profesión se puede decir que tuvo dos etapas, es decir, cuando empecé y lo de después, que ahora te explicare. Antes no se hablaba de todo lo que se habla ahora, cuando salió todo entonces sí que te das cuenta y dices ¡woow! Pues sí que hay un cambio entre una cosa y la otra. No tengo la percepción de que, aunque la señora no hubiera firmado el consentimiento o yo no le hubiera dicho ¿perdona, puedo rasurarte? No he tenido esa sensación de estar violentándola, porque ese procedimiento es lo que me habían enseñado a mí y lo hacía con respeto y con amor, amo a mi trabajo y he estado siempre con las mujeres, a su lado, quieta.”

Este relato, da a pensar lo importante que es la actualización del personal de salud porque los tiempos cambian, evolucionamos y por eso, hay que ir mejorando. Su opinión, otra vez aprueba a la autora Francisca Fernández, donde menciona que muchos profesionales pueden tener una insuficiencia formación en cuanto a los aspectos emocionales para tener en cuenta del parto.

Su testimonio ilustra como es preciso reflexionar sobre cómo hacer mejor las cosas y como los protocolos existen para seguirlos, pero también para revisarlos y actualizarlos.

La contestación de la pregunta la continua mencionando en que en el año 2000 hubo un cambio impactante gracias al movimiento feminista y a la aparición de la Asociación El Parto es Nuestro, en este momento expresa en que gracias al cambio ella pensó en que mal se hacían las cosas pensando que las hacia bien, porque te dan a ver que en esas formas de actuar no son exactamente las adecuadas, como por ejemplo solicitar permiso, poner lavativas porque estaban en el protocolo del Hospital y tu actuabas como ellos te decían.

Hubo un momento en que ella se emociona al expresar las siguientes palabras:

Comadrona anónima 2:

“Sale esta revolución y ¡Bendita revolución! Porque me sentí más mujer, más protectora a la mujer y más empoderamiento, porque es así... ¿Por qué voy a romper una bolsa de agua? cuando a ella a lo mejor le apetece o le interesa estar más rato caminando o me explica por qué y yo puedo razonar a un entendimiento, siempre y cuando él bebe no tiene riesgo y antes eso era imposible porque el que mandaba era el jefe, con jefe me refiero al médico.”

En la pregunta ¿Has vivido alguna situación de violencia obstétrica en tu profesión? Ella responde:

Comadrona anónima 2:

“No he vivido, pero ¡jojo! Si de violencia me hablas de rasurar, pues yo lo he hecho, de hacer episiotomías, pues también he hecho sin consentimiento, pero desde luego sin conciencia absoluta de que estaba haciendo un acto violento. Pido perdón, lo siento, pero era como yo estaba trabajando y era como estábamos trabajando todas.”

Esto sugiere que es imprescindible concienciar, tanto a los futuros profesionales como a los que ejercen, de evitar dichas prácticas, así como sensibilizar a la ciudadanía de que se está produciendo un cambio en la práctica y que tienen derecho a exigirlos.

Una vez evaluados los resultados hay aspectos que podrían ser objeto de profundizar más el tema como, en los cuestionarios a las madres preguntarles que profesional de la salud les practicó la violencia obstétrica para analizar los protocolos establecidos en cada ámbito y llegar a abordar más en la problemática.

CONCLUSIONES

La violencia obstétrica queda retratada como un problema social y es un tema que está categorizado ahora.

En España no está reconocida dentro del marco legal. Si se encuentra dentro de la legislación de Venezuela, pionera de la lucha contra esta problemática, ya que fue el primer país en contemplarla legalmente.

Ante esta situación hay que actuar, ya que se ha evidenciado un importante desconocimiento por parte de las mujeres acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que también aumenta la vulnerabilidad hacia ellas.

Al no poder contar con figuras médicas, por causas de serias resistencias, sería interesante poder estudiar la percepción que tienen los médicos, ya que participan en la complejidad del parto y observar si ellos también valoran el parto respetado en la práctica.

En cuanto a las entrevistas a las comadronas, se puede apreciar la gran diferencia entre la perspectiva que tiene cada una sobre el fenómeno, dado que la comadrona cuyos estudios han sido más recientes, tiene una percepción de la violencia obstétrica más clara y exacta

que la comadrona con más experiencia. Esto evidencia la importancia de prosperar y de actualizarse sobre los valores, ya que estos cambian.

La lucha por la defensa de los derechos de la mujer es una compleja tarea que comenzó hace mucho tiempo y hoy en día sigue una meta por alcanzar. Para llegar a erradicar esta problemática sería adecuado con pilares fundamentales como la educación, la formación y la necesidad que la legislación española tipifique la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género, para penalizarla.

Las mujeres en cuanto personas tenemos dignidad y, por consiguiente, nos merecemos una atención integral, que se traduce en el buen trato, en la escucha activa de nuestras necesidades, en el respeto al pudor e intimidad, en la posibilidad de participar activamente en el proceso, en que no se nos imponga nada sin nuestro permiso antes y sobre todo que en todo momento se nos ofrezca información adecuada y entendible.

El problema es que no existe reparación para las víctimas, es inadmisibles que en el siglo XXI en una sociedad como la nuestra se pueda estar produciendo este fenómeno.

A la falta de datos, se plantea que sería interesante e indicado que se estudiara en profundidad y se establecieran procedimientos más amables y respetuosos con las mujeres. Ciertamente, el cambio será costoso, ya que siempre aparecen resistencias, pero es nuestro deber como personas sentirnos interpelados como personas y respetar la dignidad de estas. Estos estudios permitirían no solo objetivar el problema, sino que se pueda plantear actuaciones formativas para prevenirla.

Es injustificable seguir con estas malas praxis y, además, invisibilizarlas. No podemos consentir que siga existiendo esta violencia en la sala de partos porque por el camino vamos dejando madres y recién nacidos dañados física y emocionalmente. Y de la experiencia del parto depende en gran medida la experiencia del post parto. Cuidar de la experiencia es vital, y no se requiere nada más que respeto y empatía, tratar a las mujeres como personas adultas y responsables que son de sus cuerpos, sus embarazos, sus partos y sus criaturas. Para conseguir eliminarla es reconocer que existe, ya que es un asunto de salud pública real no tenemos que mirar hacia otro lado, no podemos ignorar sus experiencias, sus vivencias y su dolor.

JUSTIFICACIÓN

La revista escogida es trabajo social y salud. La escogí porque veía adecuado que el tema encajaba, además podía presentarlo en castellano y se ajustaba al número de páginas que creía que iba poder abarcar.

La revista Trabajo Social y Salud es una revista editada por la Asociación Española de Trabajo Social y Salud que se publica desde 1989. Se edita en Zaragoza y su director es el Profesor Dr. Miguel Miranda Aranda. El consejo editorial está formado por profesores y también por trabajadores sociales que ejercen en el sistema sanitario. La revista fue creada para fomentar la investigación y la producción científica en el campo del Trabajo Social y sus relaciones con la salud, la enfermedad y el sistema sanitario, así como para facilitar la comunicación entre los profesionales del Trabajo Social y de estos con otras disciplinas.

La extensión mínima es de 8 páginas y un máximo de 30, a tamaño DIN A-4 incluyendo el título. Las tablas y gráficos deberán situarse en el lugar concreto en el que deben publicarse y en blanco y negro. El texto debe de ser Times New Roman a 12pts. Los títulos interiores deben estar en mayúscula y negrita a Times New Roman 12pts. El texto justificado y sin dobles espacios. Los autores deben de incluir un resumen en castellano y a ser posible en inglés, sin sobrepasar las 15 líneas en cada uno.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarado Rigores, M., & Guerra, N. (2012). La violencia de género un problema de salud publica. Interacción y perspectiva. *Revista de Trabajo social*, 97-106.
- Calvo Gonzalez, G., & Camacho Bejarano, R. (2014). La violencia de genero: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global*, 424-439.
- EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. (2010). *Health and Care of Pregnant Women and Babies*.
- Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 113-128.
- García, E. M. (2018). *La violencia obstetrica como violencia de genero*. tesis doctoral, Universidad Autonoma de Madrid.
- Generalitat de Catalunya. (2015). *Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Catsalut.
- Goberna, J. (08 de septiembre de 2021). *Fundacio Victor Grifols i Lucas*. Obtenido de www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/la-violencia-obstetrica

- Guillén, F. F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? *Medicina naturista*(10), 29-38.
- Gutierrez, C. C. (2016). La violencia obstetrica. *Ucrea*, 1-33.
- Iglesias, S., Conde, M., Gonzalez, S., & Parada, M. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1-1.5), 77-97.
- mallol, M. (2022). Somos Estupendas. *Violencia obstetrica en España*. Barcelona.
- Marcos, I. (19 de Junio de 2010). El parto es nuestro. *No os bajeis las bragas*.
- Mata, M. T. (2015). la depresion postparto.
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2012). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de sanidad y social. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- Mousa, A. e. (2003). Treatment for postpartum hemorrhage. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003249.pub3/abstract>
- Observatorio de salud de las mujeres. (2012). *Estrategia de atncion al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*.
- Olza, I. (2014). Estres prostaumatico secundario en profesionales de la atencion al parto. Aproximacion al concepto de violencia obstétrica. *Revista Iberoamericana de psicología*, 79-83.
- Orozco Galván, A. I., & Rocha Sánchez, T. E. (s.f.). Violencia obstétrica. Una revisión crítica y feminista en torno al tema.
- Pineda Guerrero, C. D., & Valdez Ureña, A. J. (2020). Violencia Obstetrica. Santo Domingo, D.N.
- Recio Alcaide, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, 13-26.
- Rovira, J. (Dirección). (2022). *El biaix de gènere en la medicina a "Dona, vostè no te res!"* [Película]. Tv3. Obtenido de <https://www.ccma.cat/tv3/sense-ficcio/el-biaix-de-genere-en-la-medicina-a-dona-voste-no-te-res/noticia/3146294/>