



CARRERA DE
ANTROPOLOGÍA
ESCUELA DE
ANTROPOLOGÍA,
GEOGRAFÍA E HISTORIA

UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE ANTROPOLOGÍA

GÉNERO, CUERPO Y SALUD:

Miradas sobre maternidad y crianza en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres que vivieron su embarazo durante la pandemia COVID-19 entre el 2020 y 2021

Profesora: Francisca Fernández Droguett

Estudiante: Javiera Cuevas Cuevas

Trabajo de Titulación para optar al grado de Licenciada en Antropología

Trabajo de Titulación para optar al título de Antropóloga Social

Santiago, 2023

ÍNDICE

Resumen.....	4
Capítulo 2: Antecedentes.....	7
2.1 Estudios previos sobre maternidad y sus prácticas culturales.....	7
2.3 Impacto del COVID-19 desde la perspectiva de género.....	15
3.2: Objetivos.....	21
Objetivo General.....	21
Objetivo (s) Específico (s).....	21
Capítulo 4: Justificación.....	22
Capítulo 5: Marco Teórico.....	24
5.1 Antropología de la salud reproductiva.....	24
5.2 Antropología del Cuerpo.....	28
5.3 Roles de Género en la Maternidad.....	33
Capítulo 6: Marco Metodológico.....	37
6.1: Enfoque de Investigación.....	37
6.2: Método.....	38
Las técnicas e instrumentos.....	38
6.2: Universo y Muestra.....	39
6.3: Plan de Análisis.....	39
Capítulo 7: Análisis y presentación de los resultados.....	40
7.1 Embarazo sorpresivo, experiencias de madres primerizas durante la pandemia Covid-19.....	40
7.2 Visiones sobre el embarazo, la maternidad y la crianza.....	46
7.3 Cuidado de la fertilidad y reproducción.....	54
7.4 Vínculos sociales y redes de apoyo en la maternidad.....	58
7.5 El rol de la paternidad en la crianza.....	63
7.6 Acceso a la información sobre reproductividad y embarazo.....	67
7.7 Atención de salud durante gestación, embarazo, parto y puerperio en pandemia.....	70
7.8 Alternativas para una salud integral en la maternidad.....	78
7.9 Movimiento feminista y maternidad.....	80
Capítulo 8: Conclusiones.....	85
Anexos.....	99

Agradecimientos

Quisiera agradecer primero que todo, a las mujeres que confiaron sus relatos y entregaron su tiempo para que esta investigación sea posible, Nicole, Francisca, Constanza, Katherine, Francia y Camila quienes se conectaron a través de una pantalla sin conocerme y alguna de ellas con sus bebés en brazo. Pero por sobre todo, a las mujeres de mi familia, a mi abuela materna, Olivia Tejada, que me cuidó desde pequeña y hoy me acompaña desde otro plano con su amor y ternura de siempre, a mi mamá Nancy Cuevas, quien toda su vida ha sido una gran madre y como muchas mujeres de este país asumió un rol dentro de la sociedad como “madre soltera”, pero para mí es mucho más que eso, porque ha sido compañera de vida, a mi hermana mayor, Amanda Osiadacz, que fue quien me dio el nombramiento de “tía” por primera vez de quien admiro profundamente su maternidad y crianza con Tadeo.

También agradecer a todo mi núcleo familiar, a mi hermano Pascal, a mi cuñada Manuela, a mi sobrino Tadeo, a mi sobrina Clara, Aldo, Pati y Teba quienes me inspiran y apoyaron incondicionalmente durante todo mi proceso académico, confiando en mí y en este cierre que también agradezco poder terminar, lo cual no habría sido posible sin el apoyo de mi pareja, amistades, profesores y tantas personas que estuvieron en este largo proceso de tesis. A cada una de esas personas les doy gracias por contenerme emocionalmente, escucharme, ser pacientes, leer mi tesis, darme consejos y darme ánimo cuando yo no podía hacerlo sola.

Por último y no menos importante, agradezco a la profesora Francisca Fernández, quien asumió el desafío de ser mi profesora guía este año, tomando un tema de tesis que, si bien no inicié con ella, pudimos sacar adelante. Gracias por su paciencia, dedicación, orientaciones profesionales y entregarme sus comentarios y sugerencias que fueron fundamentales para dar forma y mejorar este trabajo de investigación.

Resumen

Esta investigación analiza las experiencias de mujeres embarazadas durante la pandemia de COVID-19 entre el 2020 y 2021 en la Región Metropolitana, Chile, centrándose en la maternidad y crianza bajo el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Para ello, se utilizó una metodología cualitativa descriptiva y exploratoria donde se realizaron entrevistas en profundidad en modalidad virtual para hacer el análisis, basándose en la antropología de la salud, del cuerpo y de género como marco teórico. Todo esto fue fundamental para desarrollar la investigación, observando que hay una visión cultural y socialmente patriarcal de la maternidad y la crianza, la cual es estructural y se replica en el sistema de salud y por parte del entorno de las mujeres entrevistadas.

Palabras Clave: Embarazo, maternidad y crianza, pandemia COVID-19, derechos sexuales y reproductivos, antropología de la salud, del cuerpo y de género.

Capítulo 1: Introducción

La experiencia de maternidad, gestación, parto y crianza durante la pandemia del COVID-19 se vivió de distintas maneras, considerando un contexto de crisis sanitaria a nivel mundial. Las mujeres que vivieron su embarazo durante este período se enfrentaron a desafíos únicos y complejos en relación con sus Derechos Sexuales y Reproductivos (en adelante, DDSSRR).

En el marco de los DDSSRR, según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés), el derecho a la salud reproductiva abarca todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, así como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, y de tener la libertad para decidir. Por ejemplo, dentro de la planificación familiar, se incluye la toma de decisiones sobre si tener hijos/as o no, cuándo hacerlo y con qué frecuencia. Estas decisiones se vieron restringidas durante la pandemia, priorizando el cuidado y control de la población en cuanto al contagio y propagación del virus.

En Chile, también se vieron vulnerados estos derechos. Durante el 2020, la Corporación Miles llevó a cabo encuestas y monitoreos en relación con el acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR). Una de las vulneraciones detectadas fue la falla en el suministro de anticonceptivos, siendo uno de los casos más destacados a nivel nacional el incidente con el anticonceptivo Anulette CD, que presentó errores de laboratorio en el empaque de sus comprimidos (Corporación Miles, 2023, p. 14). Como resultado, según la investigación, un considerable número de mujeres y personas gestantes se vieron enfrentadas a embarazos no planificados, donde también se observó un fenómeno conocido como “baby boom”^{1[1]}.

Esta situación y la experiencia personal directa participando en el acompañamiento activo en casos de embarazos no deseados y su interrupción voluntaria, se presentó la motivación e interés para realizar esta investigación sobre la maternidad, el proceso de gestación y crianza como un fenómeno sociocultural que conlleva ejercer el derecho a decidir y los desafíos que pueden tener impactos importantes en la salud materna y fetal, así como para el bienestar socioemocional de las mujeres.

La pandemia ha planteado preguntas acerca de cómo las mujeres embarazadas acceden a información confiable, cómo evalúan los riesgos y las opciones disponibles, y cómo toman decisiones en base a esa información, muchas veces contradictoria. En este proceso, la identidad materna también se ha transformado y las expectativas culturales y sociales en torno a la maternidad se entrelazan con los desafíos y las condiciones únicas que se vivieron en la pandemia. Las mujeres embarazadas se han visto obligadas a repensar y redefinir lo que significa ser madre en un momento de incertidumbre y cambio.

¹ El fenómeno de “baby boom” es entendido como la explosión de natalidad en contextos de crisis humanitaria, por ejemplo, en EEUU para la segunda guerra mundial(...)

Por lo tanto, esta investigación busca analizar las percepciones y representaciones de mujeres embarazadas en relación con su maternidad y crianza en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos durante la pandemia COVID-19 en la Región Metropolitana entre el 2020 y 2021.

En el capítulo uno se expone una breve introducción que posterior a esta sigue con el capítulo dos donde se presenta el planteamiento del problema con los antecedentes, los cuales están relacionados a la construcción histórica-cultural y sociocultural que existe sobre la idea de maternidad y sus prácticas, considerando distintos momentos que se viven como es el embarazo, la gestación, el parto y puerperio. Luego se presentan los capítulos tres problemáticas y cuatro justificaciones.

El capítulo cinco corresponde al marco teórico desde la antropología del cuerpo, antropología de género y desde la antropología médica, visibilizando la desigualdad que se fortalece en un contexto de crisis para las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y su acceso. En el capítulo seis marcos metodológicos se presentan las herramientas antropológicas que se aplicaron en un contexto de cuarentena y también utilizando un enfoque de investigación cualitativa.

Finalmente, en los capítulos siete y ocho se desarrolla el análisis y reflexiones finales de la investigación, la cual aporta a estudios posteriores, conociendo su realidad en este contexto particular. Desde cómo entienden estos derechos al momento de enfrentarse al sistema de salud y también, sus propias vivencias cotidianas hasta llegar a conocer cómo se relacionan y enfrentan desde sus propias perspectivas, valores, creencias y conocimientos

Capítulo 2: Antecedentes

2.1 Estudios previos sobre maternidad y sus prácticas culturales

La maternidad ha estado históricamente presente en diversas culturas y sociedades, construyendo un ideario de lo que implica ser mujer (Molina, 2006). En este sentido, el concepto de maternidad proviene del latín "maternitas", derivado a su vez de "maternus", que hace referencia a la condición de ser madre y se vincula estrechamente con las nociones de crianza y cuidado. Según la definición de la Real Academia Española (RAE), la palabra "madre" se refiere a la función "protectora y afectiva". Por lo tanto, la maternidad implica el cuidado de aquellos que son dependientes y vulnerables (Álvarez, 2020, p. 364).

Es importante tener en cuenta que estas definiciones surgen de construcciones socioculturales; por lo tanto, la maternidad se comprende como un fenómeno diverso y complejo que se experimenta de diversas maneras en todo el mundo. En las sociedades tradicionales, tanto occidentales como no occidentales, existen interpretaciones sobre lo que implica ser madre asociadas a diversas representaciones. Por ejemplo, en la mitología griega, con la imagen de la diosa, se observa que la vida emerge del cuerpo de la mujer; así, desde tiempos ancestrales, se buscan respuestas a preguntas fundamentales sobre la vida y la muerte en estos símbolos (Eisler, 1996).

Además, desde la perspectiva de la antropología del embarazo, este tema ha sido un amplio campo de estudio, con numerosas etnografías desde la antropología clásica, destacando investigaciones de Bronislaw Malinowsky (1932) y Ashley Montagu (1949) (citados en Browner y Sargent, 1990: 221). Estos estudios describen diversos rituales, creencias y tabúes relacionados con el embarazo. La antropología médica o de la salud, reconocida a principios de la década de los 60, ha dado lugar a una rama específica identificada como Antropología de la Reproducción, Antropología del Embarazo o Antropología del Parto. Estas disciplinas se centran en los distintos procesos de la maternidad, ofreciendo perspectivas variadas gracias a los aportes de pioneras como Margaret Mead y Niles Newton en 1967, quienes contribuyeron con sus etnografías (Davis-Floyd y Sargent, citadas en Sadler, 2003).

Este enfoque ha contribuido significativamente a la comprensión de los cambios en las percepciones sobre la maternidad y las prácticas culturales asociadas. Además, ha permitido visibilizar la realidad que experimentan muchas mujeres en diversos contextos. De esta manera, se evidencia que las normas de crianza, vinculadas a los roles de género, han sido objeto de cuestionamiento. En consecuencia, han surgido formas de crianza comunitaria que varían según la cultura y la sociedad, dando paso a la consideración de la crianza como una tarea colectiva. Este planteamiento propone nuevas definiciones de los roles parentales y de género dentro de la familia (Burin, 1998; Hays, 1998).

Por otro lado, las etnografías e investigaciones sobre maternidad, embarazo, parto, puerperio y crianza, también se han abordado desde perspectivas latinoamericanas, afrodescendientes, entre otras culturas con otras realidades no occidentales debido al sincretismo cultural que se ha

experimentado desde los tiempos de la colonia en adelante teniendo una fuerte influencia de la iglesia católica.

Por mencionar algunos autores de América Latina que han realizado contribuciones significativas a los temas de reproducción, se encuentran De la Serna (1952), López, A. (1984), Aguirre Beltrán (1980), Castro, R., Bronfman (1991), y Campos, M. (1987). Estos investigadores han centrado sus estudios tanto en la lógica médica indígena como en las normas sociales y culturales que configuran la relación entre salud-enfermedad y reproducción, construyendo así sistemas de creencias particulares. Es importante señalar que la mayoría de estos trabajos se han llevado a cabo principalmente en México, Brasil, Perú y en los países con un alto porcentaje de población indígena (Lizana, K., 2016).

En palabras de la historiadora Sonia E. Álvarez, "la maternidad en América Latina refleja la intersección de la espiritualidad indígena y las prácticas religiosas importadas por los conquistadores" (Álvarez, 2012). Esta intersección cultural y espiritual también se expresa en las tradiciones de cuidado y crianza que han sido transmitidas de generación en generación. Como señala la antropóloga Marta Lamas, "la maternidad en América Latina es un espacio donde convergen la biología, la cultura y la política, generando un tejido complejo de roles y expectativas" (Lamas, 2000).

Esto mismo construye una identidad particular de lo que es ser hombre y de lo que es ser mujer en un territorio mestizo donde se construyen estas expectativas de acuerdo con lo aprendido desde una lógica patriarcal, ya que se descansa en el discurso e idea de "mujer fuerte" que viene de la imagen de María sufriendo por su hijo, representando la grandeza de una mujer que puede hacerse cargo de toda la familia (Montecino, S., 2001).

En Chile, el estudio antropológico del embarazo como fenómeno biocultural se ha desarrollado dentro de la antropología médica, la cual entre la década del 60' y el 90' no desarrolló grandes aportes en este tema, haciendo mención del embarazo o la reproducción en investigaciones sobre el pueblo mapuche y su visión respecto a la salud y la enfermedad, en encuentros que aportan al área de la salud y al saber médico directamente o en congresos de antropología que se enfocan al tema de la enfermedad principalmente (Palestini, S., Ramos, C. & Canales, A., 2010).

Michelle Sadler en su investigación "Así me nacieron a mi hija" (2003) habla y reflexiona desde la antropología sobre la atención del parto en el sistema biomédico y fue una de las pioneras en el país que comenzó a explorar más en las experiencias de mujeres embarazadas.

En ese sentido, las prácticas culturales relacionadas con la maternidad varían según los valores y creencias de cada sociedad. Estas prácticas pueden centrarse en el cuidado de la mujer embarazada y el futuro bebé. Por ejemplo, los Embera Katio, una comunidad indígena en Colombia, el embarazo se considera un evento social y familiar. Esta etapa trae consigo alegría compartida por toda la comunidad, ya que simboliza la expansión de la familia y la riqueza cultural. La gestación no solo involucra a la madre y al futuro bebé, sino que se entiende como

un proceso que impacta a toda la comunidad (Bula Romero, Javier A., Maza Padilla, Luz Enith, Orozco Valeta, Martha. 2019. p.:110).

Según Andino (2020), las costumbres y tradiciones de las culturas populares representan manifestaciones culturales arraigadas que muestran un comportamiento enlazado con la participación activa en diversas expresiones culturales (p. 6). Las diversas costumbres y tradiciones abarcan una variedad de eventos, como celebraciones de fertilidad, festividades locales y actos religiosos. Muchas de estas prácticas persisten en las comunidades rurales y resisten desaparecer.

2.2 Antecedentes sobre derechos sexuales y reproductivos

La OMS y OPS consideran la salud integral como un derecho humano que abarca bienestar físico, mental y social, aunque en una sociedad patriarcal esto suele involucrar a las mujeres en responsabilidades como el control de la fertilidad y anticonceptivos (Fundación Juan Vives Suriá, 2010). Según la OMS (2002), la salud sexual implica bienestar en aspectos físicos, emocionales y sociales, libre de coerción y violencia, mientras que la salud reproductiva abarca el bienestar del sistema reproductivo, incluyendo una vida sexual satisfactoria, decisiones sobre procreación y acceso a servicios adecuados (OMS, 2003).

Es crucial considerar las nociones universales de los Derechos Humanos, que deben asegurarse para todos y todas. Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) son parte de esto, permitiendo a todas las personas ejercer su sexualidad sin discriminación ni violencia, tomando decisiones autónomas sobre la sexualidad y reproducción con acceso a información, medios y servicios adecuados (Corporación Humanas, s.f.).

Entonces, desde el punto de vista de DDHH y DDSSRR, y tomando como referencia el documento “La Nueva Constitución y Derechos Sexuales y Reproductivos” (2016), estudio realizado en la Corporación, que habla sobre la incorporación de los DDSSRR a lo que se pensó como una nueva constitución, se comprenden de la siguiente manera:

Tabla 1. Listado de derechos sexuales y reproductivos y su descripción.

Derechos	Descripción
1. Derecho a vivir libre de coerción, discriminación y violencia relacionada con la sexualidad e identidad sexual.	Garantiza una vida sin amenazas ni discriminación basada en la sexualidad o identidad de género.
2. Derecho al más alto estándar posible de salud sexual, incluyendo el derecho al acceso a servicios de salud sexual.	Asegura la atención médica y servicios para la salud sexual, promoviendo el bienestar y previniendo enfermedades.
3. Derecho a buscar, recibir y compartir información relacionada con la sexualidad.	Permite acceder a información y compartirla sin restricciones, fomentando la educación y la toma de decisiones informadas.
4. Derecho a recibir educación en sexualidad, incluyendo información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, particularmente VIH.	Garantiza la educación sexual integral y prevención de enfermedades, incluyendo el VIH.
5. Derecho al respeto de la integridad corporal.	Protege la inviolabilidad del cuerpo y evita la mutilación o intervención no consentida.
6. Derecho a escoger a la pareja › Derecho a decidir si se es sexualmente activa o no.	Permite elegir la pareja y decidir sobre la actividad sexual, respetando la autonomía personal.
7. Derecho a disfrutar de relaciones sexuales consensuadas.	Asegura el derecho a relaciones sexuales basadas en el consentimiento mutuo.
8. Derecho a decidir en forma libre y autónoma el número y espaciamiento entre los hijos e hijas.	Facilita la planificación familiar y la toma de decisiones sobre reproducción.
9. Derecho a acceder a servicios de salud reproductiva sin discriminación.	Garantiza acceso a servicios de salud reproductiva sin ser discriminado por género, orientación o identidad.
10. Derecho a la atención obstétrica.	Asegura atención médica de calidad durante el embarazo y el parto.
11. Derecho a decidir si procrear o no.	Permite la elección sobre tener hijos o no, en función de las preferencias personales.

12. Derecho a protección especial antes y después del parto.	Garantiza atención y cuidado adecuados durante el período perinatal.
13. Derecho a acceder a métodos eficaces de anticoncepción.	Facilita el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.
14. Derecho a gozar la salud sexual y reproductiva libre de interferencias, como por ejemplo las esterilizaciones forzadas o sin consentimiento.	Asegura el derecho a la salud sexual y reproductiva sin intervenciones forzadas o no consentidas.

Fuente: La nueva constitución y derechos sexuales y reproductivos. Corporación Humanas.

De acuerdo con un informe sobre derechos sexuales y reproductivos en la Biblioteca del Consejo Nacional, se afirma que: "En lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos como expresión de los derechos humanos, cobra mayor importancia el derecho a la no discriminación y al goce del máximo grado de salud, lo que se traduce en que las personas conozcan las prestaciones y accedan, sin discriminación de ningún tipo, a los servicios que las realizan, con estándares de calidad y confidencialidad que les permitan elegir un método anticonceptivo seguro y con respeto a la libertad de pensamiento, conciencia y religión de las personas que se atienden" (BCN, 2020, p. 5).

Como antecedente histórico vinculado a los DDSSRR en Chile, el Movimiento Pro-Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH) fue una de las agrupaciones que se quedó exigiendo entre la década del 30 y el 50 el acceso a la salud sexual, garantizando aspectos básicos como la anticoncepción, el derecho a abortar, tener tratamientos adecuados para enfermedades de transmisión sexual, entre otros aspectos (Cubillos, 2019). Este movimiento se desarrolló en consonancia con cambios culturales, sociales, económicos y políticos en Chile. Con el retorno a la democracia, las mujeres obtuvieron un mayor rol en las políticas públicas, influidas por movimientos feministas previos, lo que permitió la discusión de temas como educación sexual y acceso a anticonceptivos.

A pesar de las luchas históricas y los avances por organismos internacionales y movimientos feministas, aún existen desafíos actuales en los cuales el Estado chileno debe orientarse bajo las pautas internacionales para políticas de salud sexual y reproductiva. Un reflejo de esta situación es que desde septiembre de 2019 no se ha actualizado la estadística trimestral respecto a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, y durante el contexto de la pandemia COVID-19 no se entregaron datos sobre stock de métodos anticonceptivos o la mantención de consultas.

El COLMED (Colegio Médico) da cuenta de demoras en la atención y falta de stock de anticonceptivos en la atención primaria, evidenciando el abandono por parte de las autoridades hacia las problemáticas y necesidades en la salud de las mujeres (Departamento Género y Salud, COLMED, 2020). En Chile, la anticoncepción está regulada principalmente por las normas

nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud (primera versión del 2006, actualizada en 2018) y por la Ley 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de Regulación de Fertilidad (2010), Programa de Salud de la Mujer, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2018).

En las políticas públicas actuales, prevalece la noción de salud enfocada a los DDSSRR desde una perspectiva de Derechos Humanos y siguiendo la definición de salud de la OMS, que va más allá de una simple ausencia de enfermedad. Como se mencionó anteriormente, es evidente que en el ámbito de los DDSSRR hay un largo trecho por recorrer, ya que no se abordan aspectos cruciales como la salud mental ni se reconoce plenamente que la reproducción y la sexualidad influyen en el bienestar, la felicidad y la satisfacción personal de las personas (Corporación MILES, 2018, p. 16).

En ese contexto, los cambios y transformaciones de la política en Salud Sexual y Reproductiva en Chile dentro de sus distintos contextos históricos pueden dividirse en distintos períodos clave:

- **1930-1973:** Durante este tiempo, se establecieron los cimientos de la atención a la salud sexual y reproductiva en Chile. Se pusieron en marcha iniciativas como el aborto con fines terapéuticos (1931), la Sección Madre y Niño (1936) y el Consejo de Protección a la Maternidad (1940), enfocados en las madres obreras. La salud materno-infantil se elevó a la prioridad con la unificación del Sistema Nacional de Salud en 1953.
- **1973-1989:** En este periodo bajo la dictadura militar, los derechos sexuales y reproductivos se vieron restringidos. Se suspendió el uso de anticonceptivos y se censuró la información relacionada. Reformas en 1978 condujeron a la creación de FONASA e ISAPRE, dividiendo la atención de salud pública y privada. Además, se prohibió el aborto terapéutico en 1989.
- **1990-2017:** Con el retorno a la democracia, el Estado adoptó un papel regulador. Las políticas se adaptaron a la diversidad socioeconómica y cultural del país. Se abordó la crisis del VIH/SIDA con la creación de CONASIDA en 1990. Se puso un enfoque en la salud de la mujer y se incorporó la perspectiva de género en programas como el Programa de Salud Materna y Perinatal (1991, 1997). El programa "Chile Crece Contigo" se estableció en 2007 para protección social y desarrollo infantil. La Ley N° 20.418 en 2010 abordó la regulación de la fertilidad, mientras que la Ley N° 21.030 despenalizó el aborto en tres causales.
- **Actualidad:** El avance en derechos sexuales y reproductivos en Chile se destaca con la despenalización del aborto en tres causales bajo la Ley N° 21.030, una respuesta a las demandas históricas de las mujeres. Estos cambios reflejan la evolución de la sociedad y su enfoque en garantizar una atención más completa y equitativa en temas de salud sexual y reproductiva.

Este último fue un hito significativo, en este contexto es la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo la cual se relaciona directamente con los DDSSRR de las mujeres al abordar su autonomía sobre sus cuerpos y vidas. Esta ley es el resultado de una lucha social y un debate político, religioso y cultural que involucró tanto a grupos feministas como a sectores conservadores.

Por otra parte, en la actualidad, surge el proyecto de "Ley Adriana" en el Senado, que busca erradicar la violencia gineco-obstétrica en todas las etapas de la gestación, con especial énfasis en el parto y posparto, así como regular, garantizar y promover los derechos de la mujer o persona gestante. Su nombre deriva del caso de Adriana Palacios, una joven que en el 2017 sufrió malos tratos y negligencias durante su consulta en un centro de salud en Iquique, región de Tarapacá, tras lo cual y a causa de ello, su hija Trinidad falleció (Hermosilla, 2023).

El proceso de este proyecto inició en junio de 2018 con la creación de la mesa de parto respetado. A pesar de haber sido presentado en octubre del mismo año, pasaron dos años hasta que en diciembre de 2020 se trasladó a la Comisión de Mujer y Equidad de Género.

El propósito de la ley, como señalan los legisladores, es establecer, promover y garantizar los derechos de las personas gestantes en todas las etapas del proceso reproductivo, especialmente durante la atención ginecológica y de salud sexual y reproductiva. La ley estaría en línea con los tratados internacionales vigentes y sería aplicable tanto en establecimientos públicos como privados, prestando especial atención a situaciones donde niñas o mujeres están privadas de libertad.

Se ha propuesto modificar dos textos legales: artículo 12 del Código Penal, con el objeto de incorporar como circunstancia agravante de la responsabilidad criminal el hecho de cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia gineco-obstétrica. Algunas de estas son:

1. Ejercer violencia física, sexual o psicológica contra la mujer o persona con capacidad de gestar en el contexto de su atención de salud sexual y reproductiva.
2. Acelerar un parto fisiológico por métodos agresivos, como la maniobra de Kristeller y la episiotomía de uso rutinario, entre otros, sin justificación médica y sin consentimiento de la mujer o persona con capacidad de gestar.
3. Practicar esterilización a la mujer o persona con capacidad de gestar sin el consentimiento de ésta.
4. Causar maliciosamente un aborto o interrupción del embarazo sin el consentimiento de la madre o persona con capacidad de gestar.

Bajo esta lógica de la protección y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) en los siguientes gobiernos, durante los años 2019 y 2020, se realizó la Primera Encuesta Nacional Sobre la Violencia Ginecológica y Obstétrica, liderada por la Colectiva Contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica. De este modo, el estudio arrojó como resultado que el 67% de las encuestadas declararon haber sufrido violencia ginecológica y un 79% violencia obstétrica.

En ese sentido, la violencia gineco-obstétrica se define como cualquier maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, negación injustificada o abuso que ocurra en el contexto de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer o persona con capacidad de gestar, especialmente durante la gestación, parto, puerperio, aborto o urgencia ginecológica (Senado, s. f.-b). Este tipo de violencia abarca más que solo el aumento de las cesáreas; vulnera la relación asimétrica entre el personal médico y las mujeres, afectando el proceso de parto en Chile.

Esta violencia puede manifestarse de dos formas principales: acción y omisión. Las acciones pueden ser tanto físicas, como la realización de procedimientos innecesarios o la falta de respeto a los ritmos naturales del parto, como psicológicas, incluyendo la infantilización de las mujeres, tratos despectivos, insultos y vejaciones (García, 2018, p. 42).

Desde el regaño y las amenazas hasta minimizar el dolor, todas estas conductas constituyen violencia gineco-obstétrica. La información limitada y manipulada proporcionada a la paciente también viola el derecho a la información que tienen los pacientes sometidos a intervenciones médicas (según lo establece el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos). Incluso el hecho de no poder contar con el acompañamiento de personas de confianza, como cónyuges, convivientes o familiares, en el proceso de parto, también se considera una forma de violencia.

Por último, en relación con el parto respetado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los países no superen un 10 a 15% de cesáreas en el total de partos anuales. Sin embargo, Chile excede estos límites, con un promedio de cesáreas del 59% en 2021 (49% en el sistema público y 73% en el privado). En el ámbito público, un 30% de los hospitales chilenos tuvo una tasa de cesáreas superior al 50% en 2021, siendo dos hospitales regionales los que alcanzaron un 87%. Nueve de las dieciséis regiones del país muestran tasas de cesáreas superiores al 50% para la totalidad de los partos atendidos. La Región de Tarapacá tiene la tasa más alta, con un 70% (OVO Chile, 2021).

En muchos casos, las mujeres que sufren esta violencia no son conscientes de ello o pueden tardar en reconocerlo, lo que constituye una grave vulneración de sus derechos. Sin embargo, también hay muchas a las que estas experiencias traumáticas les han cambiado la vida (Ley Adriana: La violencia gineco obstétrica como discriminación de género - Diario Constitucional, 2023).

2.3 Impacto del COVID-19 desde la perspectiva de género

Recientemente se han publicado varios estudios sobre la COVID-19 y el embarazo, pero aún no se ha evaluado adecuadamente el impacto de esta pandemia en la salud mental materna. Sin embargo, se ha destacado la importancia de considerar la posibilidad de un mayor riesgo para evitar efectos adversos. El riesgo puede estar relacionado con preocupaciones sobre el bienestar del feto, pero agravado por las consecuencias no deseadas de las medidas preventivas, como la cuarentena, el distanciamiento físico, el aislamiento en el hogar, las consultas remotas con profesionales de la salud y la incapacidad de obtener el nivel esperado de apoyo y atención prenatal, así como durante el período intraparto y postnatal.

Dentro de las problemáticas que rodeaban a el caos pandémico prolongado uno de ellos tenía relación con las consecuencias económicas, y es probable que las incertidumbres financieras aumentaran aún más la carga psicológica y empeoran el bienestar mental de las mujeres embarazadas y las madres primerizas. También el recurrir a métodos nocivos para hacer frente a la crisis, como el consumo de alcohol y el abuso de sustancias, y con esto también un aumento de la violencia de género por parte de la pareja íntima, una reducción del comportamiento de búsqueda de ayuda preventiva y un aumento de las tasas de suicidio, especialmente entre las familias de bajos ingresos y las comunidades de inmigrantes. Para el 2019 Meghan Frey comentaba que no se podía exagerar la importancia de la vigilancia de las amenazas emergentes para las mujeres embarazadas y los bebés durante tiempos de crisis.

La incertidumbre asociada a la pandemia por COVID-19 y su duración alimentaron temores en algunas embarazadas y puérperas, así como en sus parejas y en los profesionales de la salud (Rashidi Fakari & Simbar, 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Debemos recordar que el miedo en sí mismo tiene un objetivo clave en la evolución y la supervivencia, ya que permite que se activen mecanismos protectores ante situaciones amenazantes. Sin embargo, cuando se presenta de manera prolongada produce elevados montos de estrés y puede generar efectos negativos, especialmente si esto ocurre en períodos sensibles como el embarazo, parto y postparto (Brannigan et al., 2020; Glynn et al., 2019; Olza, 2017). En esta etapa, las experiencias intensas de miedo han sido asociadas a un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en madres y padres (Caparros-González & Rodríguez-Muñoz, 2020; Fontein-Kuipers et al., 2014), a posibles alteraciones en el vínculo (Aktar et al., 2019; Monk, Spicer & Champagne, 2012) y a un impacto negativo en el desarrollo del bebé (Aktar et al., 2019; Cortés et al., 2021; Nelson, 2020).

Durante la pandemia, estudios en familias que esperaban un hijo/a describieron preocupaciones, temores, estrés y síntomas diversos. Investigaciones nacionales en embarazadas informaron una reducción significativa del apoyo percibido por parte de amigos y familiares, junto con un deterioro en el funcionamiento cotidiano desde el comienzo de la pandemia. Específicamente, se observó un empeoramiento en la calidad del sueño, la capacidad para calmarse y manejar situaciones difíciles, además de una disminución en la habilidad de disfrutar y socializar con otros adultos. También aumentaron los sentimientos de tristeza e irritabilidad debido al COVID-19, mientras que la emoción de felicidad disminuyó de manera significativa (Olherry et al., 2021).

Otro estudio chileno, liderado por el equipo médico de la unidad de neonatología de una clínica privada, que evaluó el impacto de estas medidas en la salud mental de las madres y sus bebés, encontró sentimientos de ansiedad, preocupación y soledad. Asimismo, todas las madres que ingresaban a la maternidad reportaban que uno de los mayores estresores fue el aislamiento durante el embarazo y parto, el no poder compartir con la familia, no tener apoyo disponible, no poder acceder a artículos esenciales para sus bebés en gestación, vivenciar dificultades para asistir a controles médicos y no poder participar en los ritos sociales asociados al embarazo (Mena et al., 2021).

A nivel internacional, el panorama no fue muy distinto. Un estudio publicado en marzo del 2021 en la revista Lancet mostró los resultados de una revisión de 40 estudios en 17 países y evidenció que la salud general de las madres y sus bebés en gestación empeoró durante la pandemia (Chmielewska et al., 2021). Se vio un aumento de las complicaciones médicas durante el embarazo, mayores tasas de depresión postparto, ansiedad o ambas y una disparidad evidente entre contextos de altos y bajos ingresos (Chmielewska et al., 2021).

Durante los años 2020 y 2021, se reflejaron diversos impactos generados por la pandemia del COVID-19 a nivel global y nacional en Chile. Estos impactos abarcaron aspectos sociales, económicos, de género, sanitarios y del sistema de salud, entre otros. Se presentaron de forma dispar para hombres y mujeres, evidenciando las desigualdades de género ya presentes en la vida cotidiana. Esta situación llevó a un aumento y una mayor complejidad en la problemática de la brecha de género.

Las medidas de cuarentena provocaron un aumento global en los casos de violencia de género y el cierre de escuelas agravó las responsabilidades de cuidado, principalmente asumidas por mujeres. Estas mujeres a menudo enfrentaban trabajos precarios, lo que las exponía más a dificultades económicas. Además, alrededor del 70% de los profesionales de la salud eran mujeres, lo que incrementaba su riesgo de contagio. En brotes sanitarios anteriores, los derechos sexuales y reproductivos se vieron comprometidos por la redistribución de recursos en emergencias (Departamento de Género y Salud del Colegio Médico de Chile, 2020, p. 4).

La problemática sobre la violencia hacia las mujeres ha sido un tema y lucha constante en su propia historia dada por el sistema patriarcal generando un constructo social desigual. La pandemia del COVID-19 vino a resaltar cómo esta situación se intensifica durante las crisis sanitarias, impactando la vida diaria de las mujeres debido al confinamiento. Según un informe del Departamento de Género del Colegio Médico de Chile que se basó en diversos datos, durante el año 2020, el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG) observó un aumento del 125% en las llamadas al número de orientación en violencia contra la mujer (#1455) durante los primeros diez días de cuarentena en marzo de 2020, reportando casos de violencia intrafamiliar y otros (Departamento de Género del Colegio Médico de Chile, 2020). También el Ministerio Público destacó durante el año 2020 que aumentaron las tasas de delito, como el femicidio frustrado en un 250%.

Además, dicho estudio aborda el tema del cuidado, salud mental, precariedad laboral, vulnerabilidad en casos de mujeres migrantes y el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y comunidad LGTBIQ+. En ese sentido, se puede decir que se continúa generando situaciones de desigualdad y jerarquización social en cuanto al trato y los derechos de las personas, dejando a una supuesta “minoría” como la población más afectada.

La falta de actualización de datos por parte de las autoridades sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva durante la pandemia del COVID-19 dificultó la comprensión de cómo esta situación afectó en ese momento a las personas, incluyendo a mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, y su impacto en diversos aspectos de sus vidas diarias. En respuesta a esta falta de información, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y grupos como el Colegio de Matronas han resaltado el problema y lo han hecho visible. Esta carencia de datos se entrecruza con otras problemáticas generadas por la pandemia, como la sobredemanda en el sistema de salud y la priorización de atención para casos de COVID-19, lo que ha afectado negativamente la capacidad de respuesta en áreas de salud sexual y reproductiva, según la Corporación Miles (2020).

El Colegio de Matronas, ante la carencia de datos nacionales, basó su análisis de la crisis pandémica en información global. A nivel internacional, el aumento de casos de COVID-19 y la presión en el sistema de salud resultaron en una disminución del 10% en el uso de servicios de salud sexual y reproductiva. Esto podría generar alrededor de 48 millones de mujeres con demanda insatisfecha de anticonceptivos, además de un aumento de más de 15 millones de embarazos no deseados, 3,3 millones de abortos inseguros y potencialmente 29 mil muertes maternas adicionales a las causadas directamente por el virus en gestantes (Colegio de Matronas, 2020).

En Chile, durante la pandemia, se intensificaron las diferencias en varios aspectos, como el aumento de la violencia de género debido al confinamiento, los embarazos no deseados, las dificultades en el acceso a anticonceptivos y la mayor precarización laboral en mujeres embarazadas. Según datos de una encuesta realizada por la Corporación Miles en abril de 2020, que involucró a 514 personas en línea, un 72% de las mujeres tuvo dificultades para acceder a anticonceptivos desde que comenzó el brote en Chile. Se informó que el 34% no encontró su anticonceptivo en stock, el 34% dijo que los centros de salud no estaban brindando el servicio y el 30% experimentó aumentos en los precios de los anticonceptivos. Además, la encuesta mostró que el 25% tuvo problemas para acceder a exámenes de PAP y el 80% no pudo obtener atención para Infecciones de Transmisión Sexual. Sin embargo, aún no había datos oficiales para evaluar completamente estas brechas (Corporación Miles, 2020).

Según lo anterior, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) describe que los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser considerados prioritarios, ya que salvan vidas y son una parte integral de la respuesta a la pandemia. Estos servicios incluyen acceso a anticonceptivos, atención a madres y recién nacidos, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, acceso a abortos seguros y orientación efectiva para las usuarias. Es esencial que no se reduzcan los recursos destinados a estos servicios, ya que eso afectaría negativamente los derechos y la vida de las niñas y las mujeres (ACNUDH, 2020).

Todos estos datos dan cuenta de la situación de vulneración de las mujeres, no solo por el encierro y la probabilidad de contagio por el virus, sino que también, en un nivel macro, se puede decir que afecta a nivel social.

Por otro lado, durante la pandemia, las redes sociales desempeñaron un papel crucial en la comunicación y conexión social, permitiendo a las personas mantenerse en contacto con familiares y amigos, compartir experiencias, ofrecer apoyo emocional y reducir el sentimiento de aislamiento causado por las restricciones de distanciamiento físico. Durante la pandemia, como lo mencionan Bermejo-Sánchez, Peña-Ayudante y Espinoza-Portilla (2020), las redes sociales se convirtieron en una fuente importante de información sobre COVID-19. Las personas recurrieron a plataformas como Twitter, Facebook e Instagram para obtener actualizaciones sobre casos, medidas de prevención, directrices de salud y noticias relacionadas con la pandemia.

También, proporcionaron a las madres la oportunidad de conectarse en línea con otras en circunstancias similares. Surgieron grupos en plataformas como Facebook y comunidades en línea, que se convirtieron en espacios para compartir experiencias, recibir consejos y apoyo emocional. Estas comunidades virtuales adquirieron un valor significativo debido a las limitaciones en las interacciones sociales y al distanciamiento físico.

Estas plataformas se convirtieron en espacios donde las madres tuvieron la posibilidad de encontrar consuelo, recibir mensajes positivos y establecer conexiones con individuos que comprendían y solidarizaban con sus vivencias. Las madres utilizaron las redes sociales para compartir sus propias experiencias y consejos prácticos sobre la maternidad durante la pandemia. Pudieron compartir estrategias para lidiar con el estrés, mantener una rutina saludable, encontraron actividades en el hogar para los niños y así poder adaptarse a los cambios en la atención médica prenatal y posnatal. Sin embargo, es importante tener en cuenta el impacto negativo que la comparación y la presión en línea podría tener en la salud mental y el bienestar de las madres.

El embarazo, el parto y el posparto son etapas en la vida de la mujer que se caracterizan no sólo por los notables cambios físicos, sino también por los cambios a nivel emocional, familiar y social. En ocasiones, dichos cambios pueden conducir a una etapa de mayor vulnerabilidad para los trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad o el estrés postraumático para las mujeres. No obstante, son diversas las herramientas que existen para contrarrestar la ansiedad y el malestar asociados a esta vulnerabilidad, como los grupos de ayuda mutua (GAM) compuestos por mujeres que se encuentran en las mismas circunstancias, el acompañamiento de los/as profesionales sanitarios/as para tener más seguridad y autonomía en la toma de decisiones, y el apoyo de familiares y amigos.

Sumado a estos datos, durante las cuarentenas tras los aumentos de casos COVID-19, en abril del año 2021, desde el Instituto de Salud Pública (ISP) se exigió a las mujeres que decían hacer uso de anticonceptivos, una receta médica para pedir por delivery o compra online en las farmacias dicho medicamento, lo cual generó una polémica entre distintas mujeres y agrupaciones feministas por redes sociales, visibilizando el problema y permitiendo mayor “flexibilidad” en su compra. Esta situación tuvo una rápida resolución gracias a la reacción de

los movimientos feministas por redes sociales, quienes generaron tensión. Por ende, el ISP tuvo que aclarar que no era necesario este requisito en el acceso de los anticonceptivos durante la cuarentena. En ese aspecto, los DDSSRR de las mujeres, se vulneran desde lo institucional y los sistemas de salud, donde estos derechos fundamentales no son prioridad en una crisis sanitaria como lo fue durante los años 2020 y 2021 en el marco de cuarentenas y encierro por la pandemia, generando una problemática en cuanto a las condiciones básicas de atención y salud.

Capítulo 3: Problemática

Esta investigación busca adentrarse a las vivencias de mujeres que tuvieron su embarazo en el período de pandemia y en la complejidad que significa conocer sus experiencias de maternidad y crianza, donde la intersección entre la salud, los derechos reproductivos, las dinámicas de género y la cultura crearon un entorno altamente desafiante y transformador.

La pandemia de COVID-19 ha ejercido un impacto de alcance global en diversos aspectos de la vida humana, incluyendo la maternidad, la crianza y los derechos sexuales y reproductivos. La preservación de la salud sexual y reproductiva se ha revelado como un elemento crucial para la autonomía de las mujeres, y su mantenimiento se ha vuelto esencial en tiempos de crisis. Sin embargo, la ausencia de un protocolo ministerial específico ha resultado en una inequidad en la distribución de recursos y servicios esenciales destinados a salvaguardar estos derechos fundamentales.

Históricamente, la maternidad ha experimentado cambios significativos debido a la evolución de la medicina moderna. Se ha transitado de partos en entornos caseros y comunitarios a intervenciones más medicalizadas y hospitalarias. Esta transformación ha añadido una dimensión cultural relevante a la vivencia de la maternidad, donde las expectativas y necesidades de las mujeres se ven moldeadas tanto por normas sociales cambiantes como por el enfoque médico institucionalizado. Este contexto cultural y médico conforma el trasfondo sobre el cual se despliegan las experiencias de las mujeres embarazadas durante la pandemia.

En los años 2020 y 2021, en medio de una crisis sanitaria que produjo confinamientos y distanciamiento social debido a las cuarentenas, se acentuó la desigualdad social y económica. Este fenómeno fue especialmente evidente en las oportunidades disponibles para las mujeres. La violencia obstétrica y la toma de decisiones médicas sin un consentimiento informado sirven como ejemplos ilustrativos de cómo los derechos reproductivos y sexuales pueden ser vulnerados en entornos médicos.

La falta de claridad en los protocolos durante la pandemia incrementó la probabilidad de prácticas médicas coercitivas. Esto, a su vez, contribuyó a la percepción de pérdida de control por parte de las mujeres en momentos tan íntimos y cruciales como el proceso de parto.

La interacción entre la pandemia, las normas de género, las representaciones culturales y la información en línea modeló las percepciones de las mujeres embarazadas durante ese periodo. Las expectativas sociales y las presiones culturales influyeron de manera significativa en cómo

las mujeres vivieron y comprendieron su maternidad y crianza en esa nueva realidad. Asimismo, la constante exposición a información cambiante y a menudo contradictoria sobre la pandemia agregó complejidad a la formación de representaciones y percepciones.

En el marco de la salud sexual y reproductiva durante la pandemia al no tener un protocolo a nivel ministerial respecto a este tema, cada establecimiento de salud tomó sus propias medidas, lo que generó una desigualdad en la entrega de recursos para cumplir con el abastecimiento de los insumos necesarios para cubrir los bienes y servicios para garantizar estos derechos a las mujeres. Además, considerando que no todas tenían las mismas oportunidades, políticas, sociales y económicas.

Es fundamental que todas las mujeres tengan acceso a servicios y cuidados de salud para un parto saludable, sean respetadas en la toma de decisiones sobre sus derechos que incluyen la integridad física, la autodeterminación, la intimidad, el derecho a la vida familiar y a recibir servicios médicos adecuados. En muchos casos, se realizan exámenes, intervenciones y procedimientos sin consentimiento informado, bajo amenazas y miedo, poniendo en riesgo tanto a las madres como a los bebés.

En ese escenario, las mujeres que vivieron su embarazo en pandemia se vieron forzadas a crear estrategias alternativas para cuidar de sí mismas, de sus hijos, y para gestionar sus etapas de gestación, parto y posparto, quienes notaron cambios en comparación con sus experiencias previas a la pandemia con respecto a sus DDSSRR de una sociedad más equitativa y empoderada. A través de este prisma, la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas en relación con su reproducción se vuelve esencial para su empoderamiento. La habilidad de decidir cuándo y cuántos hijos tener, se convierte en un derecho humano fundamental que se entrelaza con las dinámicas culturales y los contextos locales.

Durante el embarazo, parto y posparto, los derechos humanos de las mujeres han sido violados en todo el mundo. Por ese motivo, es crucial que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud para un parto seguro, puedan tomar decisiones informadas y no enfrenten rechazos en hospitales durante el parto. La importancia de la maternidad deseada, saludable y segura como un pilar central en la implementación efectiva de estas políticas públicas. Los sistemas de salud deben ajustarse a las necesidades individuales de cada mujer y respetar sus elecciones.

Las mujeres también tienen el derecho de seleccionar a sus acompañantes durante el parto, incluyendo parteras, y este apoyo debe respetarse incluso en casos de cesáreas, siguiendo las normativas. Además, tienen derecho a la integridad física, la autodeterminación, la privacidad y la vida familiar.

En resumen, la pandemia de COVID-19 provocó desafíos en la experiencia de maternidad y crianza, especialmente para las mujeres embarazadas. El análisis antropológico propuesto pretende explorar de manera profunda cómo la interacción entre la crisis sanitaria global, la cultura, los derechos y las políticas de salud han configurado las percepciones y experiencias de las mujeres embarazadas durante un período de cambio sin precedentes. Comprender estas dinámicas resulta fundamental para informar políticas públicas y prácticas médicas que sean

inclusivas, equitativas y respeten los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres en este contexto transformador.

Por lo tanto, a partir de lo anterior surge la necesidad de investigar sobre la experiencia de maternidad, gestación y crianza en un contexto de pandemia COVID-19 desde una perspectiva antropológica, conociendo las vivencias de las mujeres involucradas en este proceso. Por ende, a continuación, se plantea la pregunta de investigación en la cual se enfocó esta tesis.

3.1: Pregunta de Investigación

- ¿Cuáles son las vivencias y visiones de las mujeres embarazadas en relación con su maternidad y crianza en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos durante la pandemia COVID-19 en la Región Metropolitana entre el 2020 y 2021?

3.2: Objetivos

Objetivo General

- Analizar las vivencias y visiones de las mujeres embarazadas en relación con su maternidad y crianza en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos durante la pandemia COVID-19 en la Región Metropolitana entre el 2020 y 2021

Objetivo (s) Específico (s)

- Describir e identificar roles y decisiones respecto al bienestar sobre su maternidad y crianza en el contexto COVID-19
- Caracterizar las prácticas culturales vinculadas a el embarazo, la maternidad y crianza de las mujeres que vivieron su embarazo en contexto de pandemia entre el 2020 y 2021
- Identificar las experiencias en atención de salud sexual y reproductiva de las mujeres embarazadas en torno a sus Derechos Sexuales y Reproductivos durante la pandemia del COVID-19 en la Región Metropolitana.

Capítulo 4: Justificación

La importancia de abordar la experiencia de mujeres embarazadas en el contexto de pandemia por COVID-19 sobre sus percepciones y representaciones sobre la maternidad y la crianza surge de forma personal por dos razones. La primera, gracias a estar participando activamente (entre el 2019 y 2021) en una agrupación lesbofeminista que acompaña hasta el día de hoy procesos de aborto que figuran dentro y fuera de las 3 causales llamada Con las Amigas y en la Casa. En este espacio se dio la oportunidad de participar en distintas formaciones y debates sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tanto en Chile como en Latinoamérica, donde se entregaron distintos conocimientos a través de módulos impartidos por la Corporación Humanas dirigidos a la agrupación sobre estos derechos en el 2020, reflexionando en torno al escenario en el cual se enfrentaban las mujeres en los sistemas de salud y su cotidianidad.

Habría sido casi obvio querer enfocarse en las experiencias de abortos clandestinos o el aumento de embarazos no deseados como hechos socioculturales, lo cual no deja de ser interesante de conocer desde distintos enfoques antropológicos como la antropología del cuerpo, la antropología de las emociones, la antropología política, etc. Sin embargo, al momento de hacer una bajada de información y acotar la temática para el desarrollo de esta tesis, nace la reflexión y el interés sobre la maternidad como una decisión en un contexto de catástrofe social, económica, política y sanitaria.

La toma de decisiones en un contexto pandémico en cuanto a la maternidad y lo que esto conlleva, considerando la gestación, el parto, la crianza y las distintas percepciones, relaciones y experiencias socioemocionales con el entorno, sus relaciones interpersonales, las redes de apoyo que generaron en un contexto de distanciamiento social.

En segundo lugar, la vulneración de los DD.SS.RR. durante la crisis sanitaria, principalmente al conocer casos de embarazos no deseados causados por la entrega y venta de anticonceptivos con falla en los primeros meses de confinamiento, surge el cuestionamiento de cómo las mujeres están entendiendo sus derechos y cómo los ejercen dentro de los sistemas de salud donde la prioridad en ese momento era controlar el virus COVID-19. Este tema fue de gran relevancia para los movimientos de mujeres que han estado presente en la lucha de estos derechos, por lo tanto, se generó gran presión a través de las redes sociales con ayuda de profesionales feministas de la salud, como matronas que informaban y denunciaban lo ocurrido.

El proceso reproductivo históricamente se le ha designado a la mujer, en todas sus fases, ya que es en el cuerpo de las mujeres donde biológicamente hablando ocurren la mayor parte de estos cambios. Sin embargo, también influye en su vida social, emocional, política, económica, educacional y cultural. Es particularmente interesante identificar aquellos significados culturales actualmente disponibles en el discurso social y su repercusión sobre la definición de sí mismas en madres y mujeres, como también en los fenómenos y procesos sociales relacionados.

La idea es poder visibilizar, reflexionar y analizar la problemática, por ende, se plantea abordar la experiencia de las visiones de mujeres que vivieron su embarazo durante la pandemia

COVID-19 en relación con su maternidad y crianza en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos con el propósito de conocer las propias nociones que tienen las mujeres gestantes acerca de los derechos sexuales y reproductivos, qué es lo que conocen sobre ellos, cómo los piensan y experimentan, qué es lo que influye en su toma de decisiones y cómo accionan en base a estos conocimientos desde lo cotidiano en el marco de una pandemia mundial.

Sin duda en el campo de la antropología existen múltiples investigaciones relevantes para comprender procesos socioculturales que abarcan momentos históricos en la humanidad de manera global y particular. Este estudio aporta a la disciplina antropológica, principalmente en áreas de antropología de la salud, del cuerpo y de género, ya que problematiza y visibiliza cómo las mujeres que vivieron experiencias de gestación, embarazo, parto, maternidad y crianza en un contexto de crisis, considerando sus derechos sexuales y reproductivos dentro y fuera del sistema de salud. Además, tomando en cuenta el contexto en el que vivieron este proceso, cómo influyó el distanciamiento social durante el coronavirus y cómo esto estaba influenciado por sus propias creencias y construcciones culturales.

Por otro lado, las metodologías antropológicas en contexto de COVID-19 también asumieron desafíos importantes, tanto para el trabajo de campo como para la recopilación de datos, donde esta investigación también se tuvo que adaptar a estos cambios, aportando en la búsqueda de información a través de redes sociales y espacios cibernéticos.

En ese aspecto, la investigación se adecuó a una nueva realidad, recopilando datos de manera virtual y a través de revisión bibliográfica, por lo que proporciona aportes a la disciplina una oportunidad única para contextualizar cómo las prácticas médicas y las percepciones culturales se entrelazan en el marco de los derechos sexuales y reproductivos durante la pandemia. La antropología médica puede analizar cómo las decisiones médicas y las experiencias personales se ven influenciadas por las creencias culturales y cómo estas dinámicas afectan la autonomía de las mujeres embarazadas. Por otro lado, desde la perspectiva de la antropología del cuerpo se beneficia al explorar las experiencias corporales de las mujeres embarazadas en un contexto de pandemia. El análisis de cómo el cuerpo es vivido y representado emocionalmente durante el embarazo en medio de la crisis sanitaria brinda una perspectiva única sobre la intersección entre la biología, la salud mental y las circunstancias sociales.

Finalmente, para la antropología de género se enriquece al abordar las relaciones de poder y género en el entorno de la salud materna. La investigación permite examinar cómo las mujeres embarazadas experimentan y resisten las estructuras de poder en la interacción con profesionales de la salud, contribuyendo así a la comprensión de las dinámicas de género en el ámbito médico.

Capítulo 5: Marco Teórico

Para poder generar una discusión y profundizar en la temática es importante una base o enfoque teórico que dé cuenta de las ideas principales y conceptos claves que se vinculan con la problemática, los cuales permitan ir argumentando la investigación dirigida por la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las visiones de mujeres embarazadas en relación con su maternidad y crianza en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos durante la pandemia COVID-19 en la Región Metropolitana entre el 2020 y 2021?

En ese sentido, se abordarán tres enfoques teóricos: antropología de la salud, antropología del cuerpo y antropología de género. Estos enfoques se seleccionaron en función de su relevancia para la investigación y se vinculan directamente con conceptos claves para el estudio, como el tema de los derechos sexuales y reproductivos, antropología del cuerpo, además de la construcción social de los roles de género, maternidad y crianza pandémica.

5.1 Antropología de la salud reproductiva

El concepto de salud está influenciado por diversos factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, según Briceño-León (2000). El autor sugiere que la salud se configura como una síntesis compleja de procesos que involucran la biología del cuerpo, el entorno circundante, las interacciones sociales, así como elementos políticos y económicos a nivel internacional (p. 15). La salud está intrínsecamente ligada a condiciones históricas, ya que, en cada periodo, una sociedad específica puede tener una perspectiva singular al respecto. Cada época refleja una estructura única de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas.

Por lo tanto, la comprensión de la salud se considera un producto o construcción social, en palabras de Emile Durkheim (citado en Ritzer, 2002), es un "hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo" (p. 207). Desde la antropología médica también se aborda el tema de la salud desde distintas aristas, la que igualmente se conoce como "antropología de la salud" o "antropología de la enfermedad" considera tanto los contextos socioculturales como biológicos, y las implicaciones del padecimiento y la enfermedad, entre otras dimensiones de la vida de las personas, como la religión, que influyen en este campo de estudio antropológico.

Según Martínez (2008) en su texto "Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad", plantea que el interés por abrir este campo de estudio surge gracias a la demarcación entre ciencia y creencia, donde diversos investigadores comienzan a realizar etnografías y trabajos de campo enfocándose en esta temática. Este campo se desarrolla bajo tres modelos o paradigmas: el modelo clásico, el modelo pragmático y el modelo crítico. La utilización de la etnografía en este enfoque permite una comprensión más profunda de cómo las personas interactúan con sus contextos en relación con la salud, lo que, en este caso, incluye las representaciones culturales y las prácticas asociadas con la salud reproductiva.

La salud reproductiva se define como un estado integral de bienestar físico, mental y social en relación con el sistema reproductivo, abarcando sus funciones y procesos. Este enfoque va más allá de la simple ausencia de enfermedades, incorporando la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, así como la libertad para decidir sobre la procreación: cuándo realizarla, con qué frecuencia y si llevarla a cabo o no (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo, 1994, p. 7.2).

Así surge la antropología reproductiva o del embarazo, la que explica el proceso que viven las mujeres en cada etapa de la reproducción y también durante el proceso del embarazo, parto y puerperio. El objetivo de la antropología de la reproducción finalmente tiene que ver con observar, visibilizar y analizar el proceso del embarazo y la reproducción, no solamente como un mero hecho biológico, sino que también está culturalmente moldeado, ya que no se entiende ni se vive igual en los distintos grupos sociales. La salud y los cuidados del embarazo van a estar enmarcados en estas formas de entender el proceso reproductivo y el embarazo en sí mismo.

La salud sexual y reproductiva es crucial para el bienestar de individuos, parejas, y familias, así como para el avance social y económico de comunidades y naciones. Esto implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual plena, segura y responsable. Además, implica la capacidad de la pareja para concebir, junto con el derecho a decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Esto abarca el derecho tanto de hombres como mujeres a recibir información y acceder a métodos de regulación de la fertilidad de su elección.

De esta manera, se garantiza que las mujeres puedan atravesar embarazos y partos seguros, y se brinda a las parejas la oportunidad de tener hijos saludables. Respecto al parto, por ejemplo, existen estudios cerebrales relacionados con la reproducción, maternidad, paternidad y crianza de mamíferos. La experiencia de comprender y desentrañar los complejos mecanismos desarrollados por la naturaleza para garantizar el cuidado de las crías después del parto y el nacimiento es, según Olza (p.14), gratificante. Dichos mecanismos están meticulosamente diseñados para asegurar que el primer encuentro entre madre e hijo sea amoroso, saludable y casi adictivo.

En este proceso, la confianza en la habilidad perfeccionada por la naturaleza del parto humano, como señala Buckley (2015), agrega una capa de satisfacción a la exploración científica. Esta intrínseca adaptación de nuestros cuerpos al proceso de parto destaca la importancia de respetar su fisiología, como subraya Buckley (2015). Más allá de proporcionar una comprensión más profunda de la conexión innata entre el cuerpo humano y el parto, este reconocimiento destaca la relevancia de honrar la sabiduría inherente a la naturaleza en el diseño de estos eventos. La seguridad en el parto, cuando se respeta su fisiología, se convierte en un testimonio de la eficacia con la que la naturaleza ha evolucionado para garantizar el bienestar de la madre y el hijo.

Al relacionar dichos hallazgos científicos con la antropología reproductiva o del embarazo, da cuenta de cómo proporciona una visión integral en el proceso vivido por las mujeres en cada etapa de la reproducción, incluyendo el embarazo, el parto y el puerperio que enriquece nuestra

comprensión de estos momentos cruciales en la vida de las mujeres, reforzando la idea de que la maternidad y el parto son procesos no solo biológicos, sino también culturalmente moldeados.

Por otro lado, la regulación de la fertilidad a través de los métodos naturales se fundamenta en el conocimiento y respeto de los ritmos biológicos naturales de la mujer, y al mismo tiempo, fomenta la idea de que este respeto contribuye a mejorar las relaciones y la comunicación interpersonal en el matrimonio. La continencia periódica, que implica la abstinencia del acto conyugal en los días en que puede haber fecundación, es común a todos los métodos naturales utilizados para evitar o retrasar un embarazo. En consecuencia, comparten la misma base biológica y se centran en determinar el momento de la ovulación.

Estos métodos se caracterizan por postular un respeto total y absoluto a la vida, oponiéndose a la mentalidad antinatalista prevalente en nuestra cultura de progreso. La pregunta clave surge: ¿son los métodos naturales de regulación de la fertilidad una alternativa viable en la planificación familiar? De acuerdo con F.Soler, existen procedimientos químicos o mecánicos aparentemente fáciles de adoptar para evitar un embarazo, mientras que los métodos naturales requieren un mayor conocimiento y participación activa de la pareja.

Soler argumenta que algunos encuentran más conveniente utilizar métodos artificiales, ya que estos no requieren una consideración activa, a diferencia de los métodos naturales que demandan un entendimiento del propio cuerpo y una toma de decisiones más consciente. La autora defiende la idea de que es beneficioso tener un conocimiento diario del ciclo de fertilidad de la mujer, permitiendo a la pareja armonizar sus relaciones sexuales de acuerdo con el ciclo natural. Esto les brinda la autonomía y la libertad para tomar decisiones conscientes y plenamente informadas sobre la paternidad y la maternidad, ya sea limitando o expandiendo la familia (Estévez Rial & Alonso Burger, 2001).

La auto observación de la fertilidad permite a la pareja estar consciente de las circunstancias propicias para la gestación en periodos específicos. La noción del embarazo no se considera como un riesgo de fallo, sino más bien como una posibilidad. Este enfoque podría tener implicaciones psicológicas distintas para la pareja, ya que pensar en la llegada de un hijo semana tras semana se percibe más como una posibilidad que como un riesgo. Un aspecto destacado es que la pareja no solo consume anticonceptivos, sino que también gestiona activamente su uso y, en algunos casos, puede optar por prescindir de ellos. De esta manera, la pareja deja de ser simplemente objeto de la planificación familiar y se convierte en sujeto activo en el proceso (Estévez Rial & Alonso Burger, 2001). Este cambio en la dinámica refleja una mayor participación y toma de decisiones por parte de la pareja en su viaje reproductivo.

La base de los métodos naturales radica en comprender y honrar los ritmos biológicos inherentes a la mujer, al mismo tiempo que fomentan la noción de que este respeto contribuye a mejorar la comunicación interpersonal y las relaciones en el ámbito sexoafectivo (Estévez Rial & Alonso Burger, 2001).

Durante las últimas décadas del siglo XX, ha tenido lugar una evolución significativa en la perspectiva de la investigación relacionada con la reproducción humana, la sexualidad y la salud. Este cambio se ha originado a partir de la consideración de dimensiones como los derechos humanos, la desigualdad social y la desigualdad de género. En este proceso de transformación, el concepto de salud reproductiva ha desempeñado un papel crucial, no sólo como un marco teórico-conceptual, sino también como un enfoque práctico e instrumental.

Este concepto ha buscado integrar temas que previamente estaban desconectados o dispersos. La dualidad del papel de la salud reproductiva se manifiesta también en las modificaciones observadas en las relaciones entre la investigación y la intervención, destacándose la participación de nuevos actores sociales en las acciones relacionadas con estos temas.

Las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas y problemas reales a la salud, difieren entre las sociedades. Varios grupos étnicos reconocen diferentes enfermedades, síntomas y causas, y desarrollan diferentes sistemas de atención a la salud y estrategias de tratamiento, a partir de 1963 se ha utilizado los conceptos de salud y enfermedad para llevar a cabo los estudios que se relacionen con procesos sociales y representaciones culturales en torno a esa misma idea, vinculada a la salud, la enfermedad y la atención dentro de la práctica médica^{2[2]}.

También se hace una crítica al modelo biomédico hegemónico, ya que aborda los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en los distintos contextos culturales, políticos, económicos, religiosos y sociales. A partir de la década del 70, surge la antropología médica crítica (Junge, 2001) que devela la negación de otros paradigmas por parte del sistema de salud biomédico, como, por ejemplo, el saber de curación de una machi, que no está dentro de la lógica del saber médico hegemónico.

También, hay que tener en cuenta que los aportes de la antropología médica en temas de salud sexual y reproductiva en el contexto latinoamericano han permitido reflexionar acerca de la situación de los derechos como sujetos que forman parte de un sistema mayor, donde se visibilizan desigualdades en la atención de salud.

En los humanos, la reproducción es muy similar a la de los demás mamíferos. En la parte baja del abdomen están los órganos reproductivos. Los hombres tienen testículos que producen espermatozoides en forma de renacuajo. La mujer tiene ovarios que producen óvulos. A través del coito, se produce la unión de estas dos células, lo que inicia la vida humana. «La sexualidad es la función corpórea más reglada por normas explícitas en toda sociedad, con miras, ante todo, a disciplinar la reproducción» (Kottow, 2015, p. 61).

Al ser un hecho social, también es importante considerar las construcciones que se van generando en torno a esta vivencia que se da principalmente en los cuerpos de las mujeres. Según la académica y doctora cubana Dailys García, quien se especializa en estudios de la antropología médica sobre el embarazo desde un enfoque de género, dice que, si bien el proceso

² Apuntes de antropología médica en presentaciones sobre el tema. Además, de la cátedra Antropología del cuerpo y las emociones, Nociones del cuerpo desde la biomedicina (...)

reproductivo es fisiológico y natural, pueden surgir complicaciones que involucran tanto el bienestar de la madre como del embrión, feto o recién nacido (García, 2010).

La experiencia del embarazo en las mujeres puede ser percibida de distintas maneras según su contexto, pero los riesgos que pueden tener durante su embarazo se consideran como un “problema de salud” (García, 2010). Por lo tanto, el sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos. Control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva, que ha estado presente en los dos últimos decenios” (García, 2010, p. 3).

Las mujeres embarazadas dentro del modelo de salud y sistema médico hegemónico deben controlar sus embarazos en caso de algún riesgo, lo cual se asocia muchas veces a una enfermedad, esto no debe ser tratado como algo patológico, ya que quita autonomía a los cuerpos y a las decisiones de las mujeres sobre ellos y cómo quieren vivir sus embarazos.

De todas maneras, este modelo de salud y de cuidado en el embarazo moderno construye una manera universal de experimentar los procesos reproductivos, quitándoles del plano privado de la mujer y llevándolo al plano público, ya que dejan de ser atendidas por parteras, por ejemplo, sino que son atendidas en un hospital por una matrona o un matró y médico/a obstetra o ginecólogo/a (García, 2010). En cuanto al proceso del embarazo en general, se observa como un proceso desde una mirada científica y finalmente se genera una relación médica/feto, en la cual la mujer es invisibilizada (García, 2010).

Si bien esta investigación se va a centrar en el sistema de salud tradicional hegemónico, es importante considerar una perspectiva crítica, ya que al estudiar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas durante la pandemia, con el fin de conocer su práctica y relación cotidiana con estos, es interesante tener en cuenta si estas mujeres han ido generando conocimientos por fuera del plano biomédico y de autoconocimiento a través de otras prácticas en caso de no haber podido asistir a un control o por temor a ir a una urgencia, es decir, cómo resuelven esas situaciones desde sus hogares y sus posibilidades.

5.2 Antropología del Cuerpo

Dentro de las ciencias sociales, los estudios sobre el cuerpo humano han ido tomando un enfoque teórico-metodológico que también se le conoce como teoría social del cuerpo (Esteban, M., año). Por lo tanto, el cuerpo es un campo de estudio interdisciplinario y se convierte en un vínculo entre estructura y acción que ayuda a poner en discusión la división que existe entre lo social y lo científico.

María Luz Esteban, en su obra sobre antropología del cuerpo y género, aborda el cuerpo desde una perspectiva biológica, psicológica y social. Ella enfatiza la importancia de comprender la experiencia corporal reflexiva de los individuos en la cultura. Su definición de cuerpo incluye vivencia, deseo, reflexión, resistencia y cambio social en varias dimensiones (Poot, 2008, p. 201).

También relaciona su enfoque con temas como el empoderamiento y la libertad de decisión. Ella considera que el empoderamiento es un proceso corporal y destaca su relevancia en la capacidad de las personas para influir en su vida y decisiones.

Desde esta mirada integral del cuerpo, también es importante tomar en cuenta la relación cuerpo-emoción, ya que es por la corporalidad donde pasan las sensaciones que generan las emociones que tenemos. Hay quienes sostienen la idea de que "La emoción y las reacciones emocionales están alineadas con el cuerpo, los sentimientos con la mente" (Damasio, 2006:14). Estas emociones iniciales se vinculan a necesidades fisiológicas, mientras que los sentimientos están relacionados con aspectos psicológicos y de trascendencia (Maslow, 1982; Muñoz Polit, 2009). Por otra parte, el neurólogo Antonio Damasio opina que "el mundo de las emociones es en amplia medida un mundo de acciones que se llevan a cabo en nuestros cuerpos" (2010:175-177). Desde la perspectiva de la psicoterapeuta Isabelle Filliozat, la etimología de "emoción" evoca movimiento, donde el prefijo "e-" indica la dirección hacia el exterior, siendo la emoción un impulso que surge desde el interior y se proyecta hacia el entorno, una sensación que define nuestra identidad y nos conecta con el mundo (Damasio, 2006; Maslow, 1982; Muñoz Polit, 2009; Filliozat, año).

De ese modo, la comprensión multidimensional del cuerpo considera su conexión con la experiencia emocional y social en contextos específicos como la maternidad. La maternidad, se manifiesta arraigada en las emociones concebidas como experiencias personificadas (Blázquez M., Montes M. J., "Emociones ante la maternidad...", *Ankulegi* 14, 2010, 81-82), las cuales responden a un sistema de valores morales, ideas o creencias culturalmente construidas. Estas emociones maternas forman parte integral de la cosmovisión dentro de un contexto específico de relaciones. Frente a este fenómeno, las mujeres desarrollan respuestas diferenciadas que pueden generarles diversas experiencias. En este sentido, es esencial abordar algunas de las expresiones de sus procesos emotivos en relación con la maternidad, especialmente aquellas que se gestionan principalmente a través de las pautas proporcionadas por el sistema sanitario.

Como plantea Le Breton (1995), el cuerpo es una construcción simbólica y sociocultural, sin embargo, la concepción que se admite con mayor frecuencia en la sociedad occidental proviene de la medicina y la biología. Desde el Renacimiento hasta la actualidad, surge una visión individualista y la idea de "tener un cuerpo", utilizando un modelo de posesión.

Existen múltiples representaciones del cuerpo en culturas no occidentales: «En las sociedades tradicionales, de composición holística, comunitaria, en las que el individuo es indiscernible, el cuerpo no es objeto de una escisión y cada ser humano se confunde con el cosmos, la naturaleza, la comunidad» (Le Breton, 1995, p. 22). Finalmente, la imagen del cuerpo es una imagen de sí mismo nutrida por la naturaleza. A diferencia del cuerpo moderno, el cual «funciona como un límite fronterizo que limita ante otros, la presencia del sujeto» (Le Breton, 1995, p. 22). Así también se entienden los procesos políticos a nivel macrosocial, implicando también el abordaje de la materialidad de los cuerpos. Como señala Foucault, el cuerpo es prisionero de un dispositivo de dominación, pero libre al mismo tiempo de este.

La antropología del cuerpo aporta a la construcción teórica-práctica de manera consistente, trabajando en demostrar empíricamente que en medio de los discursos y las instituciones están viviendo y actuando cuerpos múltiples y diversos (Esteban M., p. 30) y que es definido de forma racional y dualista.

El pensamiento moderno significa al cuerpo como una máquina biológica, como un engranaje al cual se puede estudiar, medir y que se reproduce productivamente. A su vez, también es un espacio vivo de disputa política, donde se tensionan discursos propios de una época, por ello, es fundamental dar cuenta de que el pensamiento moderno disminuye la amplitud de las definiciones que puede llegar a tener del cuerpo. Para explicar esto, desde la mirada de Le Breton (1990) se plantea una crítica a la concepción de cuerpo moderno y a los ejes que sostienen la modernidad. Por lo tanto, el cuerpo es “un lugar constructor de sentido, es hablado y nombrado en relaciones y sensaciones que le permiten al sujeto construir una imagen de sí mismo, es gracias al cuerpo que nos reconocemos y conocemos a los otros; es como el límite del ser mediador entre el adentro y el afuera, entre el sujeto y el mundo, en él se deposita la historia social e individual, el cuerpo aprende, se educa, crea identidad” (Le Breton, 1995, p. 11).

Le Bretón habla sobre los distintos saberes sobre el cuerpo dentro de un contexto tradicional y moderno. Los saberes populares, por ejemplo, se fueron separando del conocimiento vinculado a los eruditos de la época (siglo XVI y XVII), en la actualidad todavía se mantiene relación con estos saberes tradicionales a través de las y los curanderos o chamanes dependiendo de cada cultura.

Las sociedades tradicionales se caracterizaron por tener una visión comunitaria del cuerpo, es decir, no está separado de su familia/tribu, ni de su entorno, ni del universo en general donde se va generando un conocimiento del cuerpo en el saber/hacer. Esto último está relacionado a la práctica de los curanderos que van transmitiendo sus saberes mediante la oralidad de generación en generación o en otros casos, la persona que es curandera tiene un “don” especial. Dentro de estas prácticas se observa lo que se conoce como “eficacia simbólica”, ya que con la fe y la creencia de que la energía de la persona puede mejorar la parte afectada del cuerpo y gracias a esto se le da una legitimidad al curandero.

Por otro lado, el saber biomédico (occidental) es la representación oficial del cuerpo humano aceptado por la cultura erudita, sin embargo, el cuerpo se estudia y se conoce de manera superficial. El saber biomédico es un saber universal, donde se podría decir que a todos nos han enseñado alguna vez, ya sea en el colegio o en algún taller de laboratorio, y en los casos de carreras científicas biológicas, como la medicina, en la universidad. Estos saberes están influenciados por sus contextos históricos y cambios de paradigmas sociales. La estructura social individualista forma parte de estas influencias, donde se da la sensación de tener una cierta libertad, la cual se refleja también en el individuo y como percibe su propio cuerpo.

En relación con ello, se puede decir que la noción del traje de arlequín que menciona el autor en el texto viene a representar esta nueva concepción que tiene cada individuo del cuerpo, lo que genera un conflicto, ya que el modelo anatómico-fisiológico se puede representar de

distintas maneras en cuanto a sus creencias u otros aspectos de la vida social. Esto da paso a otras opciones de tratar al cuerpo y sus enfermedades, dolores y patologizaciones, donde cada uno decide si continúa un tratamiento con la medicina moderna o con curanderos, entre otras formas (yoga, biomagnetismo, meditación, etc.).

"El dolor impone a la medicina un nuevo paradigma: el tránsito de una medicina del cuerpo a una medicina centrada en toda la masa identificatoria del ser humano. El vínculo social es un elemento determinante en la sensación del dolor, no se lo puede apartar del tratamiento sin privarse de un vector simbólico de gran importancia. Dicho elemento cristaliza en la relación con el médico, con el equipo sanitario, con el medio" (Le Breton, 1999, p. 213).

Así, por ejemplo, la experiencia de parto durante el embarazo como en otros dolores, la percepción del dolor en el trabajo de parto es subjetiva y variable, y está influenciada o modificada por múltiples factores, por las experiencias pasadas vividas o transmitidas entre generaciones, en el entorno sociocultural y las expectativas individuales ante este evento, factores psicológicos (por ejemplo la ansiedad, depresión y afrontamiento frente al dolor), clínicos (como son los embarazos de alto riesgo) y genéticos que predisponen a experimentar una percepción diferente en cuanto a su severidad (Shnol, Paul y Belfer, 2014) y a las consecuencias fisiopatológicas que tiene el dolor sobre la madre y el feto (Landau y Kraft, 2010). El momento del parto, a menudo vinculado con la experiencia dolorosa, representa diversas vivencias según las historias individuales de las mujeres y su contexto cultural (Le Breton, 1999, p. 180).

La comprensión del dolor desde la sociedad hegemónica occidental sugiere desde la medicina aliviar el sufrimiento a través de la analgesia. La resistencia al dolor se desvanece simultáneamente con la manifestación en el actor del sentimiento de que podría ser eliminado mediante el uso de una medicación simple. El dolor, considerado como inútil y estéril, es conceptualizado como una impureza que el avance de la sociedad debe disolver, un anacronismo cruel destinado a desaparecer. En la actualidad, se ha convertido en un tema escandaloso, comparable a la muerte o a la fragilidad inherente a la condición humana. La determinación de evitar el sufrimiento se ha expandido más allá de las patologías para incluir otros dominios, especialmente los relacionados con los procesos de parto (Le Breton, 1999).

La comparación del dolor con escándalos como la muerte o la precariedad humana destaca la magnitud con la que se percibe este sentimiento. La voluntad de evitar el sufrimiento se extiende más allá de las enfermedades, alcanzando incluso a eventos naturales como los partos. Esto invita a cuestionar la idea de considerar al dolor como algo exclusivamente negativo que debe ser erradicado. Plantea la necesidad de explorar la complejidad del dolor y su papel en la experiencia humana, recordándonos que, en algunos casos, la eliminación completa del dolor puede llevarnos a pasar por alto aspectos importantes de nuestra condición y existencia.

Se establece la necesidad de un cambio en el enfoque de la medicina, sugiriendo la transición de una atención centrada únicamente en el cuerpo a una que considere la totalidad de la identidad humana. Se destaca la importancia del vínculo social en la experiencia del dolor,

subrayando que este no puede separarse del tratamiento sin perder un componente simbólico crucial, especialmente en la relación médico-paciente.

En el desarrollo adicional de la idea, sería pertinente explorar cómo la sociedad contemporánea aborda el dolor, especialmente en el contexto del parto, y considerar las implicaciones de una perspectiva que busque equilibrar el manejo del dolor, por ejemplo, en referencia a las técnicas corporales, la posibilidad de desarrollar la teoría de estas prácticas mediante el análisis, la presentación y la descripción de las mismas, así también emplear el término "técnicas corporales", donde se transmita la manera en que las personas, en distintas sociedades, emplean tradicionalmente sus cuerpos, basándose en estudios y exposiciones (Mauss, 1971, p. 337). De ese modo, se puede comprender de manera más profunda su significado en la experiencia humana y analizar cómo la medicalización del dolor podría influir en la percepción cultural y social del mismo.

Por otra parte, Laqueur aporta a comprender cómo la diferencia sexual (cultural o biológica) se inserta en la vida social mediante la construcción a través de discursos, retórica y representaciones que legitiman dicha diferencia. Además, contribuye a entender de manera histórica cómo la construcción de la identidad femenina está determinada por normas enunciadas a través de los discursos masculinos.

En su análisis contemporáneo, Laqueur explora los conocimientos populares acerca del cuerpo en diversas culturas y sociedades alrededor del mundo. Estos conocimientos tejen vínculos simbólicos entre el cuerpo de la mujer y su entorno, ejerciendo influencia en procesos naturales y acciones cotidianas. Esta perspectiva sugiere que el cuerpo, alterado por el flujo de sangre, puede extenderse más allá de sus límites para modificar el orden de la vida. En las tradiciones populares, el cuerpo permanece conectado al mundo y se considera inseparable del universo.

Estas nociones sobre la identidad corporal de lo femenino y lo masculino permite comprender qué se entiende por cuerpo materno al momento de estar embarazada, cuales son las construcciones que se desprenden de este "cuerpo materno".

Irigaray (1985) aboga por la construcción de un nuevo tipo de lenguaje que desafíe el silencio al que las mujeres han sido relegadas por un discurso falocéntrico caracterizado por su linealidad y unidad. Su escritura busca articular un lenguaje que vincule a la mujer con su propio cuerpo y el de la madre, utilizando metáforas relacionadas con la genitalia femenina.

Al mismo tiempo, Irigaray (1981) reconoce los riesgos asociados con un enfoque de la maternidad que favorezca la fusión, así como los complejos sentimientos de ambivalencia filial que surgen debido a la carga cultural e histórica que implica el cuerpo materno. Destaca la necesidad de establecer una forma de socialización entre las mujeres basada en la autonomía mutua, no necesariamente centrada en el modelo madre-hija, que reconozca las dinámicas de poder dentro del colectivo femenino para la creación de comunidades democráticas (Irigaray, 1994).

La obra de Cixous (1981a; 1981b) se enfoca en la conexión madre-hija como una metáfora destacada de un nuevo estilo de escritura: la "écriture feminine". La autora otorga una importancia significativa a la voz femenina como un medio de expresión para incorporar la feminidad en la escritura. En realidad, sus escritos buscan desafiar las convenciones literarias al crear una prosa fluida y desinhibida que critica la histórica opresión de las mujeres en el lenguaje. Cixous aboga por la recuperación de esta voz a través de la reconexión con el cuerpo materno, el cual ha sido oscurecido por la influencia de la cultura patriarcal.

La relación con el cuerpo materno es un tema central en las reflexiones de varias autoras feministas, como Hélène Cixous e Luce Irigaray. Ambas destacan la importancia de explorar y redefinir el papel del cuerpo materno en la escritura y en la experiencia femenina en general.

Para Cixous, el cuerpo materno es crucial en su concepto de "écriture féminine" (escritura femenina). Ella aboga por una reconexión con el cuerpo materno como una forma de liberar una voz femenina auténtica que desafíe las restricciones impuestas por un lenguaje patriarcal. Cixous busca romper con las convenciones literarias establecidas, utilizando una prosa fluida y expresiva que tenga en cuenta la experiencia corporal y materna.

Por otro lado, Luce Irigaray también aborda la relación con el cuerpo materno en su escritura. Ella propone la creación de un nuevo lenguaje que conecte a la mujer con su propio cuerpo y el de la madre. Irigaray utiliza metáforas relacionadas con la genitalia femenina para expresar la importancia de este lenguaje que va más allá de las limitaciones impuestas por un discurso falocéntrico.

Ambas autoras reconocen los desafíos y las complejidades asociadas con la maternidad, pero al mismo tiempo, buscan revalorizar y dar voz al cuerpo materno en la experiencia femenina. La conexión con el cuerpo materno se convierte así en un medio de resistencia y empoderamiento frente a las normas culturales y lingüísticas que han subyugado a las mujeres a lo largo de la historia.

5.3 Roles de Género en la Maternidad

La perspectiva de género ha sido utilizada en distintas disciplinas de las ciencias sociales, ya que, desde el punto de vista histórico, en un inicio los estudios sobre género (Rubín, 1986), se vinculan a la mujer como sujeto de estudio y gracias a las distintas olas feministas, se cuestiona el rol de la mujer en la sociedad respecto al hombre, lo cual invita a cuestionar la forma androcéntrica de comprender los fenómenos sociales. Esto aporta posicionar a la mujer como sujeto dentro de las relaciones humanas y no como objeto. Utilizar la perspectiva de género también significa deconstruir la idea sujeto-objeto, mente cuerpo, sentimiento-razón, desorden-ley, dando paso a aceptar la diferencia y desde allí buscar el entendimiento no solo de manera objetiva, sino que también desde lo subjetivo (Palacios, 2009)

La identidad de una persona se construye tanto a partir de la percepción de su propia presencia constante en el tiempo y el espacio, como por la percepción de que los demás reconocen esa continuidad y unicidad, como señala Erickson (1977). La historia de las mujeres, cuando se

enmarca en estructuras globalizadas, a menudo se ve influenciada por una perspectiva masculina y se distorsiona debido a enfoques estadísticos ajenos. Por lo general, se presenta como una serie de logros individuales asombrosos de mujeres, con el objetivo de reforzar las convenciones de identidad femenina. Sin embargo, al recuperar la historia que destaca la opresión y la lucha colectiva de las mujeres, se satisface la necesidad de que las mujeres de hoy comprendan su pasado real. Esto ayuda a prevenir que en el futuro enfrenten nuevamente la negación de su propia identidad y la falta de reconocimiento (Kirkwood, p. 27, 1986).

En ese sentido, toma importancia incorporar una perspectiva de género en los distintos espacios, tanto públicos como privados, lo cual permite que las propias mujeres protagonicen sus vivencias. Las mujeres embarazadas durante la pandemia del COVID-19 también han tenido experiencias poco visibilizadas, enfrentándose a sus propias realidades desde un encierro debido a las cuarentenas.

Por otro lado, la idea de Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo*, cuando dice que no se nace mujer, sino que se llega a serlo, da paso al cuestionamiento propio de la mujer respecto a su identidad y construcción social de sí misma. El estudio de las representaciones sociales se vuelve relevante para comprender más allá de los hechos objetivos y empíricos. Estas representaciones sociales pueden ser compartidas por grupos estructurados, emancipadas por subgrupos en contacto y polémicas en situaciones de conflicto.

En el caso de las identidades de género, las representaciones sociales tienen un núcleo central sólido y resistente que perpetúa estereotipos de género, como la idea de que las mujeres están biológicamente destinadas a roles maternos y subordinados en comparación con los hombres.

Desde ese punto de vista, el género es una construcción social, que se basa en estereotipos y roles sociales determinados, por lo tanto, históricamente a las mujeres se les ha vinculado con un rol maternal natural, como sujeta que da vida y juega un rol en la reproducción de la especie humana, es, por tanto, quien debe hacerse cargo de los cuidados de los otros. Estas construcciones se han internalizado mediante discursos en distintos ámbitos estructurales en la vida social, como los religiosos y políticos/morales.

Por otro lado, los conceptos de género y sexo han estructurado la percepción y la organización de toda la vida social hace siglos, donde se ve reflejado que no son reflexiones de ahora, sino es toda una base teórico-conceptual filosófica de como se ha ido tejiendo estas nociones y cómo esto ha permanecido durante generaciones en las sociedades desde los griegos con los primeros filósofos, hasta la actualidad. Como menciona Laqueur (1994), evidenciar cómo diversas perspectivas biológicas bajo la lógica de la jerarquía, dan lugar a un sexo único, una biología de la inconmensurabilidad entre dos sexos, y la idea de que no hay diferencia sexual públicamente relevante, o de que no hay sexo, han restringido la interpretación de los cuerpos y estrategias de la política sexual durante cerca de dos mil años.

Se empieza a cuestionar las nociones de género y sexo, como parte de nociones históricas que han influenciado por siglos a hombres y mujeres desde los roles de género, como son las construcciones de lo que es ser mujer y cómo se entiende a nivel social y cultural. Desde el punto

de vista de Sonia Montecino (s.f), hace un tiempo, el término 'la mujer', considerado como una categoría sociológica única, ha dejado de emplearse en las ciencias sociales. En su lugar, se ha preferido utilizar el concepto de género como una manera de separar los aspectos biológicos y culturales al definir lo que se entiende por masculino y femenino, o por hombre y mujer. La distinción entre sexo y género, propuesta por Stoller y Money en 1950, donde el primero se refiere a la diferencia entre macho y hembra, y el segundo a la construcción social y cultural de las diferencias sexuales, ha ganado aceptación desde finales del siglo XX, aunque no se ha integrado completamente fuera del ámbito de las disciplinas sociales y humanas.

La mujer, según Montecino, se identifica con el rol materno, de manera que su interacción con todos los hombres es de una forma maternal y reviste a su figura de una gran importancia en la constitución de la sociedad chilena: “ La ascunción de lo femenino como madre ha otorgado a esta imagen una fuerza asombrosa que se debate tanto en lo positivo como en lo negativo, y que muchas veces adquiere ribetes fantásticos”.

Con una perspectiva enriquecedora, Montecino resalta la trascendencia de abordar la maternidad y la crianza desde una óptica interseccional, que tome en consideración factores como la clase social, el género y la etnia. Este enfoque permite comprender de manera más holística las vivencias de las mujeres migrantes y sus hijos. En consecuencia, el libro arroja luz sobre la complejidad y la importancia de comprender estos aspectos vitales desde una mirada integradora y abarcadora.

Sánchez (2016) destaca como en la actualidad aún persiste el modelo patriarcal en las relaciones de crianza y cuidado de niñas y niños, con ello busca primero, resaltar el modelo imperante, segundo generar una reflexión en cuanto a estas formas de organización, y por último hallar la manera de reconstruir estos conceptos, a su vez cómo fortalecer estas nuevas formas de crianza en las que se han presentado transformaciones lentas y que podrían caracterizarse por la simetría de roles, donde tanto hombres como mujeres desempeñen las tareas del hogar por igual.

Además, en el texto de Hays (1998), se señala que la crianza enfrenta numerosas dificultades en una sociedad que minimiza la importancia de los cuidados y de quienes los llevan a cabo. Esto se evidencia, por ejemplo, en un entorno laboral altamente competitivo que perjudica a las mujeres, excluyendo a gestantes y madres, y en una red familiar cada vez más fragmentada, la cual considera la crianza como un tema privado y personal (Hays, 1998).

A lo largo de los siglos, la función reproductiva, de crianza y socialización asumida por las mujeres a través de la maternidad se ha convertido en una característica identitaria femenina. No obstante, esta identidad también se ha visto alienada en sus formas y significados. Sau (1995) introduce el concepto del "vacío de la maternidad" para explicar la carencia de un espacio simbólico y real para la madre, quien se encuentra sometida al padre hasta el punto de sentirse "obligada" a tener hijos varones para satisfacer las necesidades narcisistas de este y preservar su linaje patriarcal.

Del mismo modo, el artículo de Hernández (2019), tiene en común que el modelo patriarcal sigue predominando en las relaciones de crianza y cuidado infantil, en el que se establecen roles

que responden a esta lógicas de poder masculino, donde al hombre se le atribuye la producción, propia del ámbito público, y a la mujer la reproducción, que se halla limitada al espacio de lo privado y se materializa en las labores del hogar.

Sin embargo, Báez (2005) resalta que el feminismo no trata de culpar al hombre como individuo del sistema patriarcal existente, sino que busca la transformación de la organización social actual, especialmente en la crianza y cuidado infantil, desde la simetría de roles y la modificación de procesos de socialización que determinan que hombres y mujeres sigan pensando y actuando dentro de un marco sexista.

De acuerdo con Blaise (1996), el patriarcado aprovechó la falta de presencia simbólica de la verdadera madre para reemplazarla con una entidad ficticia conocida como la "fantasmadre". Esta entidad está formada por una serie de mitos y carece de sustancia real. El conocido mito de la "buena madre" implica la creencia de que todas las mujeres poseen un instinto poderoso que las impulsa a sacrificarse completamente en beneficio de sus hijos. En las palabras de Rich (1986), la maternidad institucionalizada exige de las mujeres un "instinto" maternal en lugar de la inteligencia, que muestren generosidad en vez de buscar la autorrealización, y dediquen su atención a las necesidades de los demás en lugar de atender a las propias.

Tomando como referencia a estos modelos, así como en las expectativas y valores personales, las mujeres pueden enfrentarse a la difícil elección entre diversas narrativas extremadamente polarizadas y cargadas de juicios sociales. En este contexto, pueden sentirse atrapadas en situaciones como: la mujer líder e independiente que decide no tener hijos para preservar su poder y libertad; aquella que aspira a vivir una maternidad presente y cuidadora, pero teme ser percibida como socialmente improductiva; la mujer que busca desarrollarse tanto en el ámbito laboral como en el familiar, pero se encuentra con la barrera insuperable de una conciliación prácticamente inexistente. (Paricio del Castillo & Polo Usaola, 2020).

Por otro lado, Olmo (2013) expone las dificultades de la maternidad actual en una sociedad en la que esta se ha privatizado completamente, señalando la escasez de redes maternas y comunidades de mujeres, conocidas como "tribus", que puedan brindar apoyo mutuo en las responsabilidades de la crianza. En la sociedad actual, en donde las mujeres suelen verse en una maternidad solitaria, generando un estigma social a quien decide ser madre. Para ello, es fundamental considerar los entornos sociales en los que se desarrolla la maternidad, por ejemplo, en el caso de las redes familiares, se observa una desintegración casi natural provocada por las lógicas individualistas. Estas mujeres carecen de la oportunidad de compartir experiencias con otras en situaciones similares y de cuestionar la idealización de la "buena madre" frente a la realidad diversa de las distintas formas de ser madre.

En un estudio realizado en países latinoamericanos, se encontró que en Uruguay las mujeres destinan 33 horas por semana al trabajo doméstico no remunerado, contra 11 horas en los hombres y en Colombia 22 contra 7 horas. (Herrera, Aguayo & Weil, 2018), es decir, se sigue presentando inequidad en la labor del trabajo doméstico en la cultura latina, a pesar de las movilizaciones sociales a nivel mundial que han buscado la transformación del posicionamiento femenino y masculino en la sociedad.

Es crucial examinar cómo a lo largo de la historia latinoamericana, los diversos movimientos de mujeres han destacado la lucha por los derechos ciudadanos y humanos, centrándose especialmente en el papel de las mujeres como madres (Zarco, 2011). Las mujeres resignificaron su maternidad y, a partir de ello, emprendieron sus luchas: ya no era suficiente quedarse en casa y atender a la familia, era necesario salir a la calle e interactuar con el Estado. Cambiaron, así, su estatus “natural” de mujeres-madres por un estatus político. La maternidad se re-conceptualiza como forma de participación social, lo que la hizo política. En otras palabras, estas mujeres politizaron la maternidad” (Zarco, 2011: 234).

Otro de los aspectos que se resaltan en estos estudios de acuerdo con Gaba & Salvo (2016) van en línea con la importancia del impacto de las políticas sociales (o la ausencia de políticas), la continuidad de políticas públicas dirigidas exclusivamente a las mujeres legitima y reproduce la feminización de los cuidados y reenvían, desde lo simbólico y lo material, al hombre al mundo del empleo, también identifica que cuanto más un padre se involucre desde el embarazo de la madre, el periodo perinatal y el parto, mayor será su implicación en la crianza de los hijos e hijas, para ello se requiere que las instituciones públicas en aras de reconocer las desigualdades de género den origen a estrategias para mayor participación por parte de los padres, lo cual repercute en un importante cambio cultural.

Capítulo 6: Marco Metodológico

6.1: Enfoque de Investigación

El enfoque de la investigación utilizado fue cualitativo con el fin de acercarse a la realidad de las mujeres que vivieron sus embarazos en un contexto de crisis sanitaria y confinamiento, producto de la pandemia del COVID-19, y cómo tuvieron que enfrentar su maternidad y crianza. La metodología cualitativa se define como "una forma de investigación que recopila datos descriptivos, como las expresiones verbales o escritas de las personas y comportamientos observables (...). El investigador cualitativo adquiere conocimiento directo de la vida social, sin que este pase por filtros de conceptos, definiciones operativas o escalas clasificatorias" (Tylor y Bogdan, 1992, pp. 20-22).

En el contexto que se planteó la investigación, este enfoque trata de explicar y comprender las características del fenómeno social y cultural que es la maternidad, la crianza y los procesos que esta experiencia de vida tuvo para las sujetas de este estudio, un grupo de cinco mujeres que experimentaron la gestación en el contexto pandémico, se convierten en el foco central.

Cada una de ellas aporta un matiz único y valioso a la narrativa colectiva, enriqueciendo la comprensión de cómo las adversidades sanitarias y el confinamiento influyeron en su vivencia de la maternidad. A través del análisis detallado de sus relatos, se pretende capturar las distintas maneras en que estas mujeres afrontan y se adaptan a las circunstancias cambiantes, desentrañando las estrategias que utilizaron para sobrellevar los desafíos que se les presentaron.

Por lo tanto, el tipo de estudio que se llevó a cabo es descriptivo e interpretativo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p.58). Esta investigación tiene como finalidad identificar,

describir e interpretar el significado, nociones y sentido que tienen las mujeres embarazadas que se atienden en el sistema de salud. Se puede conocer su percepción y vivencias, describiendo a las mujeres que se atienden por salud sexual y reproductiva. En ese sentido, esta investigación es un relato tanto descriptivo como interpretativo (Geertz, 1973). El estudio se concentra en las entrevistas realizadas a las mujeres en base a sus experiencias y percepciones sobre el tema, en base a su discurso y testimonios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Si bien existen estudios sobre derechos sexuales y reproductivos en Chile y sobre la experiencia de maternidad y estar embarazada desde la antropología, la idea aquí es poder profundizar en este tema en el contexto de la pandemia del COVID-19 entre los años 2020 y 2021, delimitando al sujeto de estudio, que en este caso son las mujeres embarazadas. Además, entendiendo, por otro lado, que el estudio descriptivo tiene como objetivo precisar las características fundamentales de individuos, colectivos, sociedades o cualquier otro fenómeno que esté sometido al análisis (Danke, G. L. Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 60).

6.2: Método

También, se aplicó la etnografía, al ser un método característico del quehacer antropológico, es importante tenerla en cuenta en esta investigación, ya que el trabajo de campo y la observación participante aportan datos objetivos. Según Guber (2001), "Como enfoque, la etnografía es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como "actores", "agentes" o "sujetos sociales)". (p. 11). Sin embargo de acuerdo con la realidad que se vivió por la pandemia del COVID-19, adaptándose según las cuarentenas y evitando el contagio que implicaba estar en trabajo de campo en este contexto, se decidió realizar lo que se conoce como etnografía virtual.

La etnografía virtual es reconocida como un "nuevo método de investigación de los espacios virtuales que está en proceso de expansión y formulación teórica y metodológica". Constituye una aplicación específica de la etnografía en los estudios de experiencias en Internet. Este enfoque se considera una técnica investigativa que brinda la oportunidad de examinar lo que sucede en las comunidades virtuales. (Turpo, 2008). Por tanto, para esta investigación la etnografía virtual consistió en observar la dinámica de un grupo de Facebook llamado "Maternidades Chile", con el fin de tener un escenario más amplio de las dinámicas de mujeres que estaban viviendo su embarazo en la pandemia COVID-19.

Las técnicas e instrumentos

Por otro lado, en cuanto a las técnicas para producir la información necesaria, se debe tener en cuenta que "La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (...) el investigador pregunta cuestiones generales y abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza" (Sampieri, 2006, p. 8). Las técnicas que se llevaron a cabo fueron: Observación

virtual, entrevistas en profundidad en modalidad virtual debido al contexto de pandemia, sistematización de entrevistas y bibliografía.

Estas técnicas se basan principalmente en la experiencia en las investigaciones vinculadas a las ciencias sociales donde se ocupan este tipo de técnicas para la recolección de datos donde se ve un resultado final. De ese modo, lo que se busca al aplicar estas técnicas, es tener una visión dinámica y completa de los resultados de la investigación, generando paso a un análisis de estos datos de manera sistemática, utilizando las técnicas propias de la antropología, incluyendo otras que le darán otra perspectiva a la investigación.

6.2: Universo y Muestra

Por otro lado, la población o universo se delimitó en mujeres que vivieron sus embarazos en pandemia durante los años 2020 y 2021 y que participaron en grupos de redes sociales sobre maternidad y crianza debido al contexto de encierro por las cuarentenas dentro de ese periodo. Además, la muestra cualitativa que se llevó a cabo fue de carácter intencional. Según Rodríguez, Gil y García (1999), "las personas o grupos no se seleccionan al azar para completar una muestra de tamaño n, se eligen uno a uno de acuerdo con el grado en que se ajustan a los criterios o atributos establecidos por el investigador" (p. 135).

El criterio muestral fue de carácter doble, ya que la muestra que se ocupó en esta investigación fue una muestra de participantes voluntarios y de caso tipo, enfocado en mujeres embarazadas primerizas en el contexto de pandemia y que estuvieran dentro de la Región Metropolitana. Las informantes clave se identificaron a través de grupos de madres gestantes o puérperas en redessociales. En Facebook accedieron mujeres del grupo "Maternidades Chile" y también por Instagram, con el fin de responder a los objetivos de la investigación.

En resumen, las características de las informantes clave son madres primerizas que vivieron sus embarazos en pandemia, que se encontraban en pareja y en su periodo de vida fértil, y que tuvieron que hacer redes a través de grupos virtuales.

6.3: Plan de Análisis

El tipo de análisis utilizado fue el análisis de contenido. Para ello, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad. Según Abela (s.f.), "el análisis de contenido se basa en la lectura (textual o visual) como instrumento de recogida de información, lectura que a diferencia de la lectura común debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser sistemática, objetiva, replicable y válida" (p. 2). De este modo, la información proporcionada por las mujeres entrevistadas se analizó de manera completa, clasificando y codificando los elementos en categorías. Esto permitió comprender cómo influyen las ideas culturales y sociales en su construcción de la maternidad y la crianza en un contexto de crisis sanitaria como lo fue el COVID-19. Se analizaron las entrevistas para interpretar estos datos en relación con el marco teórico trabajado.

Es importante tener en cuenta que el análisis de contenido no es rígido. A pesar de seguir una lógica del método científico, el análisis no se enfocará de manera general, ya que las investigaciones sociales varían muchas veces. En este contexto, existen dos tipos de análisis de contenido: directo e indirecto. En el caso de esta investigación, se utilizó el análisis de contenido indirecto. Gómez (s.f.) señala que "en este caso, el investigador busca extraer el contenido latente que se escondería detrás del contenido manifiesto, recurriendo a una interpretación del sentido de los elementos, de su frecuencia, de su agenciamiento, de sus asociaciones, etc." (p. 4).

Capítulo 7: Análisis y presentación de los resultados

7.1 Embarazo sorpresivo, experiencias de madres primerizas durante la pandemia Covid-19

En el contexto de la pandemia COVID-19, la noticia de saber y confirmar un embarazo puede traer múltiples reacciones, como se menciona en el marco teórico, la experiencia de embarazo en las mujeres puede ser percibida de distintas maneras (García, 2010). Esto, sumado a la incertidumbre asociada a la pandemia y a su duración la que generó temores en algunas embarazadas y puérperas, así como en sus parejas y en los profesionales de la salud (Rashidi Fakari & Simbar, 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En este proceso de adaptación al embarazo en tiempos de pandemia, se destaca la necesidad de asimilar la realidad y tomar decisiones, ya sea en situaciones de embarazos planificados o no planificados. Ambos escenarios no son excluyentes, durante la investigación se observó que cuando las informantes clave confirmaron sus embarazos, tuvieron emociones ambivalentes en el proceso, considerando cambios propios, la influencia del entorno y el contexto en el que se da el embarazo, ya que ser madre primeriza durante la pandemia significó asumir nuevos desafíos, señalando que “no era el momento”.

La mayoría de las entrevistadas expresaron la idea de querer ser madres, pero que no estaba en sus planes aún, como Constanza: “Siempre tuve la convicción de que iba a tener un bebé, siempre quise tener hijos, esa decisión nunca estuvo en tela de juicio, lo que si no era el momento” (Constanza, 2021).

Por otro lado, Francisca también lo mencionó, explicando que: “se me vienen abajo todos los planes. Porque no estaba planificado gestar en ese momento” (Francisca, 2021).

Francia también dijo: “Yo siempre quise ser mamá, dentro de mis planes estaba en algún momento serlo, no tan pronto, pero si quería” (Francia, 2021).

De estas ideas se puede inferir que, para poder enfrentar su embarazo, ellas se vieron envueltas en conflictos internos en relación con la maternidad, la planificación de vida y cómo esto está condicionado por la construcción personal histórica, social y cultural que determina su deseo de ser madre en algún momento específico de su vida, lo cual va configurando una identidad y cómo la decisión individual de maternar también revela asumir un rol dentro de la sociedad.

Además, da cuenta de que, al ser un embarazo sorpresivo, realmente nunca se está preparada para la llegada de una hija/hijo, y por más que se tenga incorporada la narrativa maternal, en donde se genera un ideario de lo que debería de ser, las circunstancias de vida pueden tomar otros caminos, provocando nuevas emociones y percepciones que están moldeadas por lo individual-colectivo de la cultura, las cuales también crean identidad en la maternidad y como lo plantea Damasio (2006), permite una conexión con el mundo, tanto en lo político, económico, social y en los roles de género, como se vio reflejado en la crisis sanitaria durante el COVID-19.

Por otro lado, debemos tener presente que la experiencia de embarazo no es un proceso únicamente biológico y que sus cambios no sólo se viven en el cuerpo desde la mirada del saber biomédico como un simple instrumento-objeto o como un “cuerpo máquina” que se estudia y reproduce productivamente, sino que también conlleva elementos socioemocionales y culturales en las transformaciones físicas propias de la gestación, parto y puerperio en el proceso de embarazo.

Según María Luz Esteban el cuerpo se puede abordar desde una perspectiva biopsicosocial donde sitúa la experiencia corporal como reflexiva y se aborda desde diversas dimensiones (Poot, 2008, p. 201). Las mujeres entrevistadas que vivieron su embarazo en pandemia como primeros sentires, tuvieron emociones contradictorias de felicidad, pena, entusiasmo, soledad, miedo y lo contaron desde sus propias reflexiones:

“Fue una bonita noticia, estábamos contentos y entusiasmados, pero a la vez como te decía, con todas estas ideas que se me iban presentando, también te asustas un poco, porque sabes que se viene algo hermoso, pero difícil, en donde partes con la mochila llena de piedras al final” (Katherine, 2021).

Camila también comentó: “Fue un proceso igual. Sí, fue un proceso de hacerme la idea de que ya no era una y que mi vida ya no va a ser la misma.” (Camila, 2021). En ese sentido, se observa un proceso complejo de asimilación, tanto para la idea de estar embarazada, como de continuar con la gestación y decidir maternar.

Durante la pandemia, las investigaciones en familias esperando un bebé revelaron un deterioro en la calidad del sueño, la capacidad para enfrentar el estrés, y una disminución en la capacidad de disfrutar y socializar. Se observó un aumento en los sentimientos de tristeza e irritabilidad relacionados con el COVID-19 (Olhaberry et al., 2021). Esto se vio reflejado en las entrevistas, donde las mujeres mencionaron cambios en sus rutinas, frustraciones por presiones sociales y desafíos en la vida cotidiana, como estudios universitarios y vivir un embarazo en soledad durante el distanciamiento social.

Por ejemplo, Francisca dijo que:

“Incluso yo ahora en la casa vivo sola con mi pareja y mi bebé y hay que hacer otras cosas, o incluso cuando puedes dormir tampoco tienes un sueño profundo porque estás sola, sabes que estás sola. Entonces no puedes lograr un sueño profundo sabiendo que tu bebé está al lado y

que igual depende de ti. No hay otra persona que lo pueda escuchar si es que llora o se para o se da vuelta. No, todo depende de ti nomás” (Francisca, 2021).

A su vez Francia comentó que:

“Fue fome y súper solitario no más, alejarte de la gente por el COVID y además porque estás embarazada y hay cosas que no puedes hacer embarazada o que ya no puedes hacer, es un poco triste, pero en mi embarazo me sentí muy bien, no tuve mayores complicaciones. Igual sí, porque se suman cosas de la universidad y con esa presión en un momento estuve como sobrepasada, no quise congelar y como era online podía seguir, además creía y sentía que era lo mejor” (Francia, 2021).

Entonces, se evidencia una condición, conocida como matrescencia, la cual está comprobada desde la psicología y otros estudios respecto a esta realidad. Así como también lo comentó Francisca en su propia experiencia: “hay un concepto que se llama la matrescencia, la matrescencia es como la adolescencia en la mujer que va a maternar, es un proceso en el cual la mujer tiene que aceptar estos cambios” (Francisca, 2021).

En este proceso se asumen diversos cambios en lo cotidiano, ver las transformaciones del cuerpo, pero también las necesidades, más allá de los cambios físicos en el rol de madre. La noción de matrescencia para expresar dichos cambios es interesante de abordar, ya que es relativamente nuevo y aporta a la comprensión de la importancia que tiene el acompañamiento de las madres en este tránsito que se asimila al proceso de crecimiento y desarrollo natural de una persona como es la adolescencia.

Por ejemplo, Francia expresó que: “Tuve muchos cambios físicos y al principio eso es incómodo, creces mucho y ya no es lo mismo. Emocionalmente igual hay muchos cambios, además que estás con las hormonas super revolucionadas y andas super sensible física y emocionalmente” (Francia, 2021).

Por otra parte, Constanza compartió su experiencia de embarazo, destacando la complejidad de los cambios de este proceso. En sus palabras: “a nivel metabólico cambia tu cuerpo, hormonal y eso incide en las emociones, es fuerte igual porque como que te controlan las hormonas de cierta forma, ósea, estás gestando, estás creando otra vida” (Constanza, 2021).

Por tanto, podemos comprender que existe una relación cuerpo-emoción en la experiencia de embarazo, donde las emociones están intrínsecamente conectadas a cambios físicos y hormonales, como señala Damasio al alinear las reacciones emocionales con el cuerpo (2006:14). Asimismo, la maternidad se revela como una experiencia emocionalmente arraigada a conexiones profundas entre emociones y maternidad que se manifiesta en vivencias personificadas según Blázquez M. y Montes MJ (2010).

Como la de Constanza, quien continuó hablando sobre su experiencia, enfocándose en cómo las actividades físicas impactaron su bienestar emocional durante el embarazo y cuenta que: “Lo que más me influyó fueron las actividades físicas, porque yo iba al trabajo en bicicleta, hacía muchas cosas en bicicleta, y no pude hacer nada de eso. El cambio en la cotidianidad me

mandó un poquito al carajo, como se dice vulgarmente, porque me sentía frustrada, me sentía súper frustrada, porque además de ver que tu cuerpo crece por el embarazo, yo me empecé a meter en este círculo vicioso del peso y porque obviamente empecé a engordar, no tanto, pero igual empecé a engordar, y me asustaba, me daba miedo, me daba lata, me sentía frustrada, que no podía hacer muchas cosas, y eso como que me fue tirando para abajo de a poco, pero después cambié el chip y empecé ya a hacer cosas que me gustaban, que no requerían tanto esfuerzo, yo creo que fue como el proceso normal, que me duró como dos meses de pena y de frustración” (Constanza, 2021).

De aquí se interpreta que las percepciones que hay del propio embarazo y sus cambios, repercuten en sus emociones, las cuales se manifiestan y experimentan a través de cambios fisiológicos y de comportamientos corporales como tener que dejar de hacer una actividad física. Estas emociones iniciales se vinculan a necesidades fisiológicas, pero también entendiendo que es parte de un proceso donde se tiene la capacidad de decidir cómo accionar para mejorar hacia un bienestar emocional durante el embarazo. Por lo tanto, en la relación cuerpo-mente existe una sensación de “descontrol”, el cual mediante a un proceso de autoconocimiento personal también es posible regular y así generar nuevas dinámicas que aporten bienestar.

Esto se vio reflejado en las experiencias de madres primerizas en contexto COVID-19, por ejemplo Francisca dijo que:

“En el último trimestre fue, bueno, ahí también estás con el prenatal, entonces estás en la casa, a mí me gusta mucho hacer manualidades y aproveché todo ese tiempo de hacer manualidades (...) Entonces fue como algo más de estar quieta, de estar tranquila, de estar en casa, de tratar de hacer cosas para mí, como que me hagan sentir bien a mí o sentir como... porque también como que a veces uno se siente un poco inútil, como que no estás haciendo nada y en el fondo estás haciendo todo, estás terminando de gestar, entonces tienes que tomar esas otras posturas, esas otras decisiones que vayas a tomar son en base a eso” (Francisca, 2021).

Además, es importante reconocer tanto en la experiencia de embarazo, como de maternidad la relación entre lo corporal y lo emocional como en el proceso de matrescencia y visibilizar cada vez más dicho concepto desde las áreas de la salud, las ciencias sociales y lo cotidiano para poder facilitar su comprensión, tanto para quienes van a gestar por primera vez, como para quienes las acompañan, con el fin de familiarizarse con esta idea y hacer de la maternidad un momento de vida menos culposo para las mujeres al experimentar cambios en distintos niveles.

Por otro lado, Nicole a diferencia de las otras cinco informantes clave, tuvo que aceptar desde otra vereda el embarazo. En el caso de ella, tuvo dos gestaciones previas, es decir, ella estaba en su tercera gestación. Sin embargo, en la primera gestación tuvo un embarazo ectópico, donde un óvulo fertilizado crece fuera del útero, habitualmente en una de las trompas de Falopio y un embarazo anembrionario, por lo que fueron experiencias de embarazos inviábiles.

En palabras de Nicole:

“Esta es la tercera vez que estoy embarazada, pero es la primera gestación que realmente cumplo, porque tuve un embarazo ectópico y un embarazo anembrionado que se volvió aborto espontáneo, después el anembrionado. Entonces es mi tercera gestación, pero la primera que realmente va a culminar porque ha avanzado mucho y las otras han sido súper pequeñas, de dos semanas o un mes, más que eso no” (Nicole, 2021).

Asimismo, Nicole contó su experiencia desde una perspectiva corporal:

“Al principio me dolió un poco, aunque en el embarazo ectópico no tenía idea en realidad y me dolía el cuerpo más que nada, emocionalmente estaba bien, pero me dolía el cuerpo, retorcijones por todos lados y fui al hospital, me operaron de emergencia y después de eso quedé hasta con anemia, llegué a la UCI y todo” (Nicole, 2021).

Los abortos espontáneos y los embarazos inviábiles implicaron dolores físicos, los cuales fueron difíciles de llevar, pero emocionalmente, a pesar de haber sentido que estas gestaciones la marcaron dentro de su historia corporal. En ese sentido el dolor visto como parte de la existencia humana (Le Breton, 1999), no necesariamente se vive como un evento traumático o al pasar por esas sensaciones corporales evocan algo negativo, así como Nicole enfrentó estas vivencias de manera tranquila. Se interpreta la resiliencia y la capacidad de adaptación en esta vivencia, ya que ella también señaló que “hay que enfrentarlo y aceptarlo, queriendo, amando y tratando de pensar no solo en una, sino que en alguien más y darle no más” (Nicole, 2021).

Se puede evidenciar que el embarazo como experiencia corporal puede ser significativa en la relación con el propio cuerpo y el autoconocimiento en la exploración del dolor, ya que comprende una construcción simbólica y sociocultural, además de evidenciar cómo se percibe el propio cuerpo dentro de esta construcción. También es importante aceptar desde el amor, como lo señaló Nicole al decir que:

“Así lo enfrento yo, de darle no más con lo que venga, pero de una manera amorosa, de una manera comprensiva, aunque a veces el carácter, la rabia más que el carácter sea peor o no sé la frustración sea muy fuerte, pero tratando de hacer todo con amor, todo con amor... respondiendo de esa manera” (Nicole, 2021).

Tomar la decisión de enfrentar estos procesos desde emociones, sentires y actitudes más amables, también les permitió abrirse al proceso y compartir otras experiencias cercanas con hermanas, tías, madres y amistades, buscar información, como recibir tips de doulas, realizar prácticas beneficiosas para el embarazo y de autocuidado.

Se identificó, por ejemplo, prácticas en grupo de yoga prenatal, rutinas más tranquilas durante el embarazo, la búsqueda de hobbies, formaciones para adquirir mayores conocimientos como consejera de lactancia, comprendiendo la experiencia propia en distintos aspectos de su vida diaria y con ello la toma de decisiones respecto a salud y alimentación durante el embarazo, adquiriendo hábitos de alimentación vegetariana responsable para evitar problemas alimenticios durante el embarazo que afectan en la salud del hijo o hija.

Katherine dijo que:

“Trataba siempre de disfrutarlo y de ir ayudándome también según las incomodidades que iba enfrentando, por ejemplo, tomé yoga prenatal y fui a una kine de piso pélvico gran parte del embarazo, me alimentaba bien, trataba de salir y todo lo que era posible”.
(Katherine, 2021)

Igualmente, el diálogo y la exploración de opiniones en torno a la maternidad se convirtieron en una herramienta valiosa para las mujeres, permitiéndoles no solo entender las experiencias actuales sino también empatizar con las madres del pasado en su árbol familiar. Aunque no siempre estuvieron de acuerdo con las opiniones del entorno, estas conversaciones les proporcionaron una visión más completa de las dificultades históricas de la maternidad y cómo los sistemas de salud funcionaban en el pasado en comparación con sus propias experiencias, llevándolas a tomar decisiones autónomas.

Por ejemplo, Camila expresó:

“Pero en general tampoco pescaba mucho, mi entorno tiene una crianza y una forma de ver mucho más anticuada que yo, yo veo la maternidad de otra manera entonces no pescaba mucho a mi entorno, obviamente si mi hijo se enfermaba les preguntaba, pero aun así igual lo llevaba al pediatra, por ejemplo” (Camila, 2021).

De esto se desprende que el conocimiento y opiniones de familiares no condiciona a la madre para la toma de decisiones respecto a su crianza, además de discernir la compatibilidad de pensamiento que estas puedan tener con sus propias nociones de formas de vida. Sin embargo, también se observa que en ocasiones se valida más el saber de un profesional de la salud, que el saber de generaciones anteriores.

En la actualidad, dentro de la experiencia de embarazo también se observan situaciones desiguales en los centros de salud, algunos de difícil acceso para las madres. Sin embargo, algunas mujeres tienen la oportunidad de vivir experiencias más integrales y personalizadas. Por ejemplo, Katherine compartió la experiencia de su hermana, quien recibió atención de matronas con un enfoque feminista en la clínica INDISA. La comparación entre las experiencias pasadas y actuales también incluye la consideración de opiniones del entorno, reflejando la confianza en esos relatos compartidos y evaluando lo que más tiene sentido para cada una en su propia vivencia de embarazo, parto o puerperio.

Esta forma de acceso exclusivo da cuenta de la inequidad dentro de los sistemas de salud, demostrando que el proceso de embarazo se ve atravesado por ciertas discriminaciones. Las entrevistadas se enfrentaron a experiencias de discriminación solo por el hecho de estar embarazadas, tanto en el espacio laboral como en la sociedad en general.

Como lo expresó Camila:

“Igual, como que en el embarazo es todo color de rosa, pero tienes la guagua y es como un castigo ¿cachai?: “no puede porque tiene una guagua” entonces es cómo te sientes súper discriminada en ese sentido, es más difícil el post embarazo que el propio embarazo que el pre, cuando uno trabaja así te desvalorizan profesionalmente y fue súper triste porque en un momento me obligaban a ir a la oficina y yo decía, pero ¿cómo ir a la oficina? estamos en pandemia, mi papá es diabético y todo eso como que no les importaba, como que de hecho me discriminaban, ¿cuál es tu problema? ¿qué te importa? o sea, de repente uno no sabe cómo reaccionar cuando te están vulnerando, pero cuando uno tiene un hijo y necesita ir al trabajo, debe omitir ciertas cosas, tratar de no hacer conflicto para no tener mayores problemas, pero era súper difícil uno se sentía súper violentada” (Camila, 2021).

Por otra parte, Francisca comentó:

“Lo sentí con mi jefe en el trabajo, el problema en sí para él era que mi pareja fuese mi compañero de trabajo. Entonces para él yo estar embarazada era un problema, y así me lo comentó, me dijo que me iba a tener que cambiar de unidad. Que iba a pasar bajo su mandato. Ahí me descolocó mucho y no supe reaccionar, no estaba informada sobre las leyes. Tenía mucho miedo, entonces como que se lo conté llorando. Creo que también le di el permiso para que él se sintiera sobre mí. Entonces después informándome me di cuenta de muchas cosas que en verdad no estaba bajo contrato, por ejemplo, que yo no pueda estar con mi compañero de trabajo. Y también es discriminación si él me quisiera cambiar de unidad solamente porque estaba embarazada o solamente por mi situación relacional.” (Francisca, 2021)

Es importante recalcar que, al incorporarse la mujer en el mundo laboral, hoy en día se da un ambiente aún más hostil para la maternidad, ya que se ven enfrentadas dentro de un entorno competitivo y como lo menciona Hays (1998), las perjudica. En Chile, existe dentro de la ley lo que se conoce como fuero materno, el cual se ha establecido y normado en la legislación del país desde antes de la promulgación del primer Código del Trabajo en 1925. En dicho código, se estipulaba que el empleador no tenía la facultad de despedir a una trabajadora debido a su condición de embarazo. La incapacidad para responder efectivamente ante la discriminación en el entorno laboral destaca la necesidad de mayor conciencia y protección legal para las madres en el ámbito profesional, de ese modo poder activar redes en sus círculos cercanos y externos para un mejor asesoramiento.

7.2 Visiones sobre el embarazo, la maternidad y la crianza

Así como se menciona en el marco teórico, la construcción de la identidad de una persona se forma tanto a través de su percepción constante de su presencia en el tiempo y el espacio, como por la percepción de que los demás reconocen esa continuidad y singularidad, según lo indicado por Erickson (1977). En el caso de la maternidad, se puede decir que es inherentemente subjetiva, ya que la experiencia varía significativamente de una persona a otra. Cada mujer vive la maternidad de manera única, influenciada por una combinación de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales.

Dicho esto, cuando se entrelaza con acontecimientos globales, suele estar influenciada en gran medida por una perspectiva masculina y las visiones sobre el embarazo, la maternidad y la crianza se evidencian principalmente en esta investigación en la relación que existe entre las entrevistadas y su entorno social. En ese contexto las participantes compartieron experiencias con su entorno cercano, dando cuenta de la influencia predominante de las visiones patriarcales en las percepciones sobre el embarazo, la maternidad y la crianza.

Las entrevistadas mencionaron transformaciones a nivel de creencias sobre la maternidad, por ejemplo, Katherine decía:

“Yo pasé por varias transformaciones a nivel de ciertas creencias o darme cuenta de que antes de querer criar o embarazarme y sobre todo cuando era más chica, tenía una visión muy patriarcalizada de lo que era maternar y criar, porque sentía que era invalidante igual, como esta visión de que la maternidad puede ser muy limitante y como todo el entorno es patriarcal, no hay ningún tipo de ayuda, soporte o colaboración con el proceso, sino todo lo contrario era como un enjuiciamiento constante hacía las madres” (Katherine, 2021).

Aquí, se da cuenta de la influencia marcada de percepciones patriarcales sobre la maternidad, comprendiéndola como limitante, enmarcada por roles predefinidos y una falta de apoyo en un entorno, lo cual lleva a las mujeres y personas gestantes a momentos de soledad que su propio entorno y el sistema lo mantienen, lo cual muchas veces si no se tiene claridad sobre este proceso y no se tienen las suficientes herramientas, será mucho más complejo.

Respecto a lo anterior Katherine expuso otra reflexión importante:

“En mi entorno me daba cuenta de que normalizaba, cuando era más chica, visiones hasta peyorativas hacia las madres y eso igual me hizo pensar y sentir varias cosas, una empatizar con esas madres del pasado, pero también darme cuenta de que es un problema que sigue súper latente, tanto en el embarazo como en la crianza, la madre por si sola pasa a segundo plano, porque todas las personas se entusiasman con la venida de una guagua, pero es la guagua la que capta toda la atención y todo el cariño, pero la madre necesita mucho de eso y está ausente”. (Katherine, 2021)

Los cambios en su comprensión de la maternidad se manifestaron en la empatía hacia madres del pasado que podrían haber carecido de reconocimiento, ya que persiste el modelo patriarcal imperante como lo señala Sánchez (2016). La observación crítica de que el problema persiste destaca la tendencia a colocar a la madre en un segundo plano, relegada por la llegada de la guagua y esto subraya la necesidad de cambiar esta perspectiva y reconocer las necesidades emocionales de la madre.

En el caso de Constanza, ella mencionaba que:

“Yo también generé un cambio antes de embarazarme respecto de la maternidad porque también me tocó ver algunas, como amigas, sobre todo, que tuvieron bebé y que como que se vieron enfrentadas a una realidad súper distinta, a nivel de pareja, como a nivel de su día a día, de su cotidianidad, de su trabajo, todas esas cosas, y desde ahí igual es complicado” (Constanza, 2021)

Tomar conciencia de las diversas experiencias de maternidad, les permite situarse a sí mismas dentro de las lógicas del sistema patriarcal, las que obligan a las madres a adaptarse a una realidad impuesta carente de redes de apoyo. La anticipación del cambio antes de embarazarse indica una actitud reflexiva, en particular al observar las experiencias compartidas, observando los desafíos relacionales y de la misma cotidianidad que le expresaron sus amigas convertidas en madres. La referencia a las realidades diversas a nivel de pareja y trabajo destacan, más allá de las expectativas idealizadas, la influencia transformadora de las experiencias observadas en la percepción de la maternidad.

Como se habló anteriormente, desde el punto de vista de Paricio y Polo (2020), las mujeres se ven enfrentadas a elecciones difíciles entre narrativas polarizadas y cargadas de juicios sociales. Esto las coloca en situaciones como la mujer independiente que renuncia a la maternidad para preservar su libertad, la que busca una maternidad comprometida, pero teme ser vista como socialmente improductiva, o la mujer que aspira a crecer tanto profesional como personalmente, pero choca con la limitada conciliación entre trabajo y familia.

En palabras de Francisca:

“Si por ejemplo yo quisiera dejar de trabajar, en este minuto estoy con la ley de crianza protegida, si yo quisiera dejar de trabajar mucha gente me cuestionaría. Me diría así como: “oye pero cómo vas a quedarte sola en la casa haciendo nada, la típica y está ahí criando, o si seguís trabajando y tienes que dejar a tu hijo, no sé, ahora la van a tener nueve meses, pero si tuviese que haberlo dejado a los seis o a los tres meses, como era antes, también la gente que dice, oye no tienes como otra posibilidad o pídete licencia, y puede que esa mujer quiera volver a trabajar, puede que esa mujer esté un poco agobiada en su casa y quiera volver, entonces la sociedad como que de cierta forma siempre te va a estar criticando, siempre te va a estar mirando y uno se siente como quizás con el deber de cumplir a la sociedad.” (Francisca, 2021)

Estos enjuiciamientos reflejan estereotipos sociales que se enmarcan en una sociedad patriarcal que no permite a la mujer elegir cómo vivir su maternidad, donde generalmente las mujeres sienten el peso del “deber ser” o como lo señaló Francisca, con el “deber cumplir a la sociedad” algún formato de buena madre que calce con las necesidades que se ajustan al sistema.

Así también otras perspectivas que deben ser observadas desde otro prisma son las que romantizan la maternidad, estas miradas hoy son repensadas desde el feminismo como dijo Katherine: “Traté siempre de tener redes feministas respecto a mi información, porque las mamás, las abuelas, las tías, te hablan de lo hermoso de la maternidad, de la romanización de

la maternidad y que todo esfuerzo, dolor o dificultad que tu enfrentes es parte de la maternidad y que no te tienes que quejar prácticamente. No me resonaba tanto eso, pero tengo varias amigas que son madres de hijas de cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve años y confío en las experiencias de ellas” (Katherine, 2021)

Cabe destacar que la romantización de la maternidad se refiere a la idealización excesiva y simplificada de la experiencia de ser madre. Este fenómeno implica presentar la maternidad de manera positiva y perfecta, a menudo omitiendo o minimizando los desafíos y las complejidades asociadas con criar a un hijo/hija.

Así describía su experiencia Constanza:

“la maternidad está súper romantizada en cuanto a que todo es lindo y la bendición de un hijo, y que casi te va a salir arcoíris en vez de leche, disculpa mi expresión, pero no es así, o sea, yo soy una mamá feliz de serlo, debo decir que adoro a mi hija, pero no siempre estoy feliz de ser mamá, porque es un proceso que es súper intenso y tiene muchos cambios, y además de cambios como físicos y todo eso en tu cotidianidad, también son cambios emocionales, donde tus prioridades cambian, y creo que la sociedad castiga mucho a la gente que se atreve a decir esto es una mierda, disculpando la expresión, o esto no es tan bueno como todo el mundo lo pinta” (Constanza, 2021)

La romantización puede crear expectativas poco realistas sobre la maternidad, contribuyendo a la presión social y cultural sobre las mujeres para que se ajusten a un estándar idealizado. Bajo el contexto de las presiones a nivel social que existen hacia las mujeres, en el marco de la maternidad y el embarazo estas sufren una en particular muy compleja que es la presión de sus parejas hombre por tener hijos.

En ese sentido Constanza expuso lo siguiente:

“(…) también me pasa, por ejemplo, que veo mucha presión de algunas parejas hacia mujeres, así como : “yo quiero tener el hijo, yo quiero tener el hijo, estamos casados, tengamos un hijo, tengamos un hijo”, y ella no necesariamente quiere, y muchas mujeres ceden ante esa presión de la pareja, por esta misma como visión de que si tienes familia tienes que tener hijos, entonces de hecho a una amiga le pasó, a una amiga le pasó que finalmente cedió, ella nunca quiso tener hijos en su vida, y tuvo una pareja, y la pareja, para mí la presionó, porque siempre decía: “ yo quiero tener un hijo”, hasta que al final ella ya casi por amor a él, decidió tener el hijo, y bueno, hoy en día ella igual se ve un poquito arrepentida a pesar de que ama a su hijo.” (Constanza, 2021)

El testimonio de Constanza señalaba la presión social que algunas mujeres enfrentan por parte de sus parejas, destacando la importancia de no ceder ante expectativas externas. Sin embargo, como propone Sau (1995) el concepto del “vacío de la maternidad” aludiendo a la carencia de simbolismo para la madre, da cuenta de una mujer sometida por el hecho de sentir la obligación de tener hijos para satisfacer las necesidades “narcisistas” de preservar un linaje patriarcal. La

anécdota de una amiga que sucumbió a la presión y luego expresó arrepentimiento resalta el cómo la presión puede influir en decisiones cruciales para toda la vida.

En conjunto, la reflexión de Constanza aborda temas clave, como la autonomía de la mujer en la decisión de ser madre, las presiones sociales y la importancia de la toma de decisiones consciente en la formación de la familia. La adaptación a una nueva realidad implica no solo ajustes en la planificación familiar, sino también estrategias para hacer frente a las dificultades económicas, promoviendo un análisis crítico de los roles de género y las expectativas sociales en torno al sustento familiar.

Frente a esto Katherine comentó:

“No hay mucha planificación familiar todavía, siento que es una pelea que todavía se está dando y en ese sentido se complejiza para varias familias, porque mantener a una sola persona ya es complejo, imagínate tener 4 hijos con un sueldo de un papá proletario, pobre, jamás va a alcanzar en estos tiempos”. En palabras de la entrevistada, la responsabilidad en la decisión de tener un hijo es un compromiso eterno que implica proporcionar sustento emocional, social, educativo, cultural y económico constantemente (Katherine, 2021).

Sin embargo, en la actualidad, el embarazo y la crianza se enfrentan a problemas, como la carga desproporcionada que recae únicamente sobre la madre. En este contexto, el entorno debe adecuarse a la maternidad, y es crucial cuestionar la falta de apoyo a la crianza compartida. A pesar de los cambios generacionales, persisten condiciones hostiles para la maternidad, especialmente en el ámbito laboral. La independencia económica y la maternidad son complejas de conciliar, y es necesario un cambio en el rol de los cuidados, desafiando el sesgo patriarcal arraigado en las expectativas sociales y culturales, donde las mujeres toman conciencia de su propia realidad en cuanto asumir la responsabilidad de criar en soledad.

Como se observó en la experiencia de Constanza:

“Esas estrategias fueron surgiendo a partir de la misma necesidad, siento también que a nivel social hay poca información de lo real de una maternidad, y desde ahí también hay un juicio como súper grande en torno al deber ser mamá, a lo que cumple, y también al rol y a la responsabilidad de la crianza, porque, por ejemplo, a mí me pasó antes de separarme que noté todas esas cosas, o sea, la carga era indudablemente mucho mayor para mí, sin necesariamente tener que serlo, o sea, obviamente el hecho de dar pecho y el hecho de que, por ejemplo, la bebé se calmara conmigo, era una cosa que ya, yo creo que todo el mundo lo entiende, pero otras cosas en las que puede ayudar en la crianza el papá, yo ahí fui de a poco dándome cuenta que esas cosas no estaban sucediendo.” (Constanza, 2021)

Por otra parte, al identificar la necesidad que tienen las madres de hablar abiertamente sobre los cambios físicos, emocionales y sociales que acompañan al embarazo, se pueden establecer vínculos de apoyo mutuo entre quienes serán madres. Las mujeres pueden encontrar espacios

de intercambio de experiencias, los que pueden ser enriquecedores y empoderados al darse cuenta de que no están solas en sus experiencias, ya que muchas comparten desafíos similares, desde las alegrías hasta las preocupaciones y las incertidumbres, lo cual contribuye a una mejor comprensión de lo que implica el embarazo y cómo afrontar sus distintos aspectos, desde la preparación para el parto hasta el cuidado postnatal.

También con la información obtenida en la investigación se puede dar cuenta de que existe una conciencia de los cambios y las necesidades de atención hacia las madres a nivel social y así lo expresaron algunas de las entrevistadas, por ejemplo, Francisca: “A medida que fui contando que estaba embarazada, como que esa misma gente me fue levantando. Recibí felicitaciones, recibí, no sé, siento como que la gente te mira de otra forma” (Francisca, 2021).

Desde otra mirada, Constanza se refiere a cómo esta toma de conciencia también se expresa en el “darse cuenta” de sí misma, y de todo lo que cambia en la propia realidad: “nadie está preparado para ser mamá, pero hay que estar de cierta forma preparado por lo menos con la disposición, porque son varios cambios, no solamente es el dormir poco o el comer comida fría, sino que es dormir mal, o sea, todo cambia, tu digestión cambia, todo cambia”. (Constanza, 2021)

Por ello, la importancia de decidir conscientemente en tener un embarazo y ser consciente del peso de la decisión de criar y gestar. A propósito de la libertad de poder decidir, pensar en abortar o sentir miedo a abortar, estas también son ideas que se presentaron durante las entrevistas, por ejemplo, Francisca comentó lo siguiente:

“Yo decidí no abortar, porque le tengo miedo, es como, es súper inseguro, me pueden vender una pastilla mal, yo no voy a poder reconocerla, me puede pasar cualquier cosa y no voy a tener atención médica. Entonces, primero que todo se lo comenté a mi pareja, mi pareja no quería tener hijos, pero claro cuando se lo comenté fue como ya, démosle, hagamos esto, de hecho, él me insistió con que compramos el test y pidiéramos hora al médico”. (Francisca, 2021)

También Nicole dijo que:

“Al principio, por ejemplo, limitarte a hacer lo que siempre haces es como medio chocante, poder abrazar la idea y no rechazarla y ahí estaba en un dilema también entre abortar y no abortar, pero no quería abortar, no quería pasar por ese proceso, también entiendo ese proceso y lo difícil que puede llegar a ser y no quería pasar por ahí”. (Nicole, 2021)

Esto se vincula estrechamente con los tabúes sociales por el derecho a las decisiones sobre el propio cuerpo y/o decidir ser madre, ya que quedar embarazada no es sinónimo de parir obligatoriamente. Es necesario problematizar el querer ser madre, los motivos por los cuales una mujer o persona gestante decide abortar o maternar son diversos y ambas decisiones son válidas, sin embargo, socioculturalmente y desde una construcción latinoamericana colonizada y evangelizada suele ser juzgada.

La decisión de abortar a nivel internacional es considerada un derecho humano y si ese derecho no está garantizado dentro de los DDSSRR por los estados y gobiernos como parte de una política pública en el sistema de salud nacional, esto puede provocar miedo a tener un aborto, ya que habría problemas legales y probablemente se vivirían situaciones de violencia y vulneraciones. Así como en la actualidad se ve reflejado con la Ley IVE que sólo está permitido abortar en tres causales, obligando a muchas mujeres y cuerpos gestantes a situaciones de abortos clandestinos, además, ya que se instala la culpa y la moral cristiana, donde tener hijos y familia son parte de un constructo que viene desde una visión y carga religiosa.

Cuando se utiliza la consigna de “la maternidad será deseada o no será” refleja la importancia de que la decisión de convertirse en madre sea completamente voluntaria y deseada por la persona que va a experimentarla, así como las decisiones entorno a el proceso del embarazo como por ejemplo de qué manera se quiere parir para lograr una conexión mayor con el nacimiento de su bebé.

Las entrevistadas expresaron distintas visiones respecto a enfrentar el momento del parto, por ejemplo, Katherine comentó que:

“Mi parto con ella (Matrona) estaba direccionado a ser un parto en casa, porque igual yo muy consciente de la posibilidad de la violencia obstétrica que hay en los sistemas de salud y el incremento de las cesáreas forzadas como para aumentar la cantidad de partos por profesionales, entonces no tenía ganas de correr ese riesgo y con ella estaba planificando un parto en casa (...) Una de las razones que quisimos parto en casa con mi pareja, también fue por el COVID, porque queríamos estar juntos todo el proceso, ahora en casi todos los recintos de salud en ese momento te dejan estar acompañada sólo 2 horas en el trabajo de parto, en algunos hospitales o clínicas solo una hora, de todas las que puede llegar a durar y en algunos lados te permiten realizar el apego con tu pareja, que en mi caso duró 1 hora.” (Katherine, 2021)

Desde el momento del parto, también se da un sesgo patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural, ya que el rol de cuidado lo asume la madre como primera persona como se dijo anteriormente, el apego, pocas veces se destina al vínculo padre e hijo/a. La pareja puede decidir cómo vivir el parto, donde la mujer protagoniza esta vivencia, de todas formas, existen cuestionamientos sociales sobre prácticas dentro del embarazo. A esto se le suman los mitos sociales que hay en torno al embarazo y postparto que se transmiten sólo a la mujer en muchos casos.

En este sentido, Francisca comentó que:

“Es muy común que te digan que amamantar te duele y lo decían, así como muy, eso fue lo que más me dijeron, pero te hablaba más como del postparto, de lo que se veía después. También mitos en cuanto, claro, postparto, no sé, si tú decís quiero tener un parto sin anestesia te colocan cara al toque y al tiro te tiran para abajo como, no vas a aguantar, no, duele. Así como, no, estás locas, no, que estás viendo.

La lactancia, te va a doler, te tienes que preparar el pezón y también que tu pareja te lo prepare, ¿cachai? También atribuyendo algo que es natural, dar pecho y algo muy de diada, diada se dice a la relación madre-hijo, dejando fuera al papá. Entonces dar teta es netamente la diada y te meten al papá como para que te prepare el pezón, siendo que eso ya no es, o sea, está estudiado que no es bueno. Y tampoco el pezón no se prepara, es como que el mismo bebé es el que te va a preparar el pezón.” (Francisca, 2021)

Este relato también desmitifica prácticas arraigadas, como los mitos sobre el dolor en el posparto y la lactancia, Francisca señala que algunas mujeres al preferir un parto sin anestesia también son cuestionadas por la construcción de mitos respecto al dolor o por el hecho de dar pecho hablando de la preparación del pezón y la participación del padre no son parte del proceso de lactancia, pero finalmente es un proceso natural de la diada o relación madre e hijo.

El mito asociado a la eliminación total del dolor durante el parto puede tener implicaciones significativas. Al promover la idea de que el dolor es algo que debe ser erradicado, se puede crear una expectativa poco realista y generar ansiedad en las mujeres embarazadas. Además, este enfoque puede desvalorizar la experiencia del parto como un evento natural y fisiológico, alentando la medicalización excesiva. En cuanto a la lactancia, el texto también sugiere una crítica a la conceptualización del dolor como algo que se puede evitar o preparar de antemano. La idea de que el pezón debe ser preparado, incluso con la participación de la pareja, este enfoque podría contribuir a la percepción errónea de que la lactancia materna, una función biológica natural, debe ser intervenida y controlada en exceso.

Reconocer el dolor como parte de la experiencia humana, comprender sus dimensiones más allá de lo físico y cuestionar los mitos asociados a su eliminación total son pasos esenciales para promover una perspectiva más integral y respetuosa hacia la maternidad y la salud de las mujeres.

Por último, se cuestiona la privatización de la maternidad y se aboga por enfoques de crianza diversos, desafiando la rigidez de una sociedad adultocentrista y capitalista donde se inferioriza a la madre y sus conocimientos respecto a crianza, mostrando una rigidez y universalizando la crianza, cuando en realidad existen distintos tipos y experiencias. Francisca compartió su mirada y experiencia en crianza en cuanto a situaciones respecto al vínculo con el bebé, los enjuiciamientos sociales y la alimentación, ya que utilizó el método Baby Lead Weaning (BLW) con su hijo, señalando que:

“Mi bebé no llora para nada, yo encuentro que no llora mucho, pero eso es una pregunta igual que súper violenta, porque hay mujeres que pueden tener un bebé que sí llora caleta y eso no está mal, está súper bien, el bebé tiene que llorar, el bebé de por sí llora, el bebé no se sabe comunicar, el bebé si está lejos del cuerpo de la madre, sí o sí te va a llorar porque está lejos de su hábitat, sobre todo el recién nacido. Entonces hay como muchas caretas en ese sentido en el ámbito social que te tildan otra cara yo creo de la maternidad.

Yo creo que la maternidad tiene que ser acompañada y aceptada en el sentido de que se critican mucho también, si tú tomas, a los bebés cuando empiezan su alimentación que alrededor de los seis meses, por lo general se les da papilla pero hay otros métodos, no sé si tú lo cachas ahí, pero está el Baby Lead Weaning que es como que les dan los trozos enteros a los bebés, no papillas, hay ciertos cortes que son seguros para él, por ejemplo, no sé, si le quieres dar una frutilla tienes que cortarla en cuatro y el bebé de por sí lo va a tomar, va a tomar un gajo y lo empieza a masticar sin tener dientes. Baby Lead Weaning, se abrevia BWL y eso es un método, o sea, como que la gente que no lo conoce te dice, hoy está de moda ese método, pero no es una moda porque la licuadora, la juguera, salió no sé en qué año, pero anteriores a esos años, ¿cómo alimentaba a los bebés” (Francisca, 2021)

Gracias al posicionamiento de las mujeres entrevistadas en sus maternidades ante la sociedad, en esta investigación compartieron la reflexión de asumir nuevas formas de comprender la maternidad, quitándose los juicios patriarcales y antiguos, generando una identidad nueva de lo que es ser madre y los distintos tipos de crianza existentes.

7.3 Cuidado de la fertilidad y reproducción

Los cuidados de la fertilidad y la reproducción se enmarcan en la salud sexual y reproductiva, por lo cual es crucial revelar la importancia dentro de esta investigación y que haya sido un tema expuesto por las mujeres entrevistadas. Esto permite desarrollar y comprender cómo las mujeres se fueron relacionando con prácticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos, además de dar a conocer otros métodos de cuidados impulsados por la ginecología natural.

Durante la investigación se observó que los cuidados de fertilidad y reproducción están relacionados con la necesidad del autoconocimiento y de poder hablar de sus ciclos menstruales abiertamente. Las mujeres entrevistadas, en su mayoría con ciclos menstruales regulares, optaron por métodos alternativos para el control de la fertilidad. Francisca, al referirse a su experiencia, mencionó:

“Yo creo que tuve un buen aprendizaje y que surgió el querer aprender con esto cuando me saqué el implanon, de querer conocer mis ciclos, y claro, antes también empecé a comprar libros que hablaban de los ciclos y claro, también mostraban capítulos de sexualidad y reproducción” (Francisca, 2021).

Este proceso de auto observación de la fertilidad en palabras de Estévez Rial y Alonso Burger (2001) se presenta como un enfoque que no solo tiene implicaciones prácticas en la identificación de períodos fértiles, sino que también tiene un impacto psicológico positivo al cambiar la percepción del embarazo de un riesgo a una posibilidad. Además, subraya la importancia de empoderar a la pareja para que sea activa y consciente en sus decisiones reproductivas, transformando así la dinámica de la planificación familiar.

Este método implica que la pareja esté consciente de los períodos propicios para la concepción, en lugar de depender exclusivamente de métodos anticonceptivos. Se destaca que, en este enfoque, el embarazo no se percibe como un riesgo de fallo, sino más bien como una posibilidad, además de fomentar la soberanía en el propio cuerpo.

En las etapas que conlleva el autoconocimiento y saber cuándo se encuentra en fase folicular, ovulatoria o lutea, permitió el cuidado de la detección temprana del embarazo y fue abordada por Nicole, quien basaba su método de regulación de la fertilidad en el conocimiento detallado de su ciclo menstrual: “Supe que estaba embarazada porque mi método anticonceptivo era conocer mi ciclo menstrual a través de mis flujos” (Nicole, 2021).

Otro enfoque utilizado fue el calendario chino, como compartió Katherine: “Yo inicialmente usé el calendario chino para cuidar mi fertilidad y mi reproductividad” (2021). Ella resaltó que las personas con ciclos regulares pueden acceder a estos métodos de manera más fácil y segura al tener noción de sus días de ovulación y la fase lútea (Katherine, 2021).

Desde la perspectiva de la antropología de la salud, el cuidado de la fertilidad y la reproductividad revela dimensiones culturales y sociales intrínsecas a las prácticas de las mujeres observadas en la investigación. Por ejemplo, los métodos naturales, se destaca la importancia de comprender y seguir los ciclos biológicos naturales del cuerpo femenino para gestionar la fertilidad de manera consciente y respetuosa. Al mismo tiempo, se enfatiza que esta práctica fomenta la idea de que el respeto hacia estos ritmos biológicos contribuye a mejorar las relaciones y la comunicación interpersonal en las relaciones sexoafectivas.

La referencia a la "continencia periódica" sugiere que la pareja elige abstenerse de tener relaciones sexuales durante ciertos períodos fértiles para evitar la concepción, lo cual se considera una forma de regulación natural de la fertilidad.

Asimismo, se mencionó la detección temprana del embarazo a través de la observación de la falta de la regla como un indicador relevante al tener un conteo exacto y un tiempo de conocimiento del ciclo menstrual, donde Katherine continuó explicando que:

“Yo era bien regular siempre, así que podía llevar un conteo bien exacto. Después hicimos test de embarazo, de esos de orina y tuvimos que hacer tres porque los primeros dos eran con estas rayas y salía la segunda raya, pero no lo suficientemente fuerte para confirmar, así que compramos otro igual de orina, pero tiene una pantalla y ahí salía que estaba embarazada y que tenía entre dos a tres semanas de embarazo.” (Katherine, 2021)

Tomando en cuenta los planteamientos de Le Bretón habla sobre los distintos saberes sobre el cuerpo dentro de un contexto tradicional y moderno, se evidencia un despojo del saber ancestral de las mujeres sobre sus ciclos naturales, como es la fertilidad. Retomar estos saberes populares desde las mujeres entrevistadas mediante el conocimiento de su propio cuerpo y ciclo menstrual.

Se exploraron diversas prácticas, desde el uso de métodos alternativos como el calendario chino y el método Billings hasta la posibilidad de recurrir a pastillas anticonceptivas. Constanza, a pesar de su reticencia hacia los anticonceptivos hormonales y artificiales, mencionó:

“Cuando seguía el método Billings me funcionaba mucho mejor”. Otra de las situaciones que comentó fue la del fallo de pastillas anticonceptivas, ya que al momento de quedar embarazada ese era su método anticonceptivo de cuidado, donde expresa que: “Al parecer me tocó la buena suerte de tener estas pastillas que fallaron, así que me uní hace un tiempo a un colectivo que está como dando información para poder hacer como esta demanda, porque yo soy súper estricta con esas cosas (...) y jamás en la vida se me olvidaron, o sea, de hecho, la única vez que a mí se me olvidó la pastilla anticonceptiva se me olvidó una hora, y me lo tomé con una hora de atraso, y fue antes obviamente de que naciera mi bebé, y yo era súper regular, (...) cuando yo supe que estaba embarazada para mí fue un shock, porque yo confiaba en mis pastillas” (Constanza,2021).

Como se vio en los estudios de la Corporación MILES (2023), se identificó que el fallo de los anticonceptivos en el periodo de pandemia en Chile, vulnerando una parte importante de los derechos sexuales y reproductivos como: Derecho a acceder a métodos eficaces de anticoncepción, el derecho al respeto de la integridad corporal, el derecho al más alto estándar posible de salud sexual, incluyendo el derecho al acceso a servicios de salud sexual, derecho a buscar, recibir y compartir información relacionada con la sexualidad, ya que no fue considerado como una situación de alerta inmediata, sino más bien fue visto como algo "corregible" y clasificado como un "perjuicio temporal".

Por otra parte, Francisca comentó la falla de su método calendario:

“Desde que me saqué el implanon estuve conociendo mi ciclo y estuve utilizando, claro, un método calendario y preservativo y estuve así cinco años. Y fallamos con esta pareja, lo que pasa es que con la pandemia tuve algunas irregularidades que yo creo que fueron producto del estrés, y en esas irregularidades yo no pude saber bien cuáles eran mis días fértiles. Entonces en el fondo tuve que haber usado condón en todos mis días, todos los días tuve que haber usado condón, no solamente los días fértiles porque no sabía bien cuáles eran los días fértiles, y ahí como que se descompaginó” (Francisca,2021).

Los desafíos encontrados, como el fallo de pastillas anticonceptivas y la ineficacia del método calendario, resaltan la importancia de reconocer la variabilidad de experiencias en la regulación y control de la fertilidad, teniendo en cuenta la posibilidad de riesgo. Además, se exploró la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre el cambio de anticonceptivo, evidenciando la búsqueda de acceso a pastillas anticonceptivas de manera privada y la necesidad de opciones económicas para llevar un mejor cuidado.

Adicionalmente, se señaló la existencia de un tabú social en torno a preguntas sobre sexualidad y reproducción, lo que podría limitar la comunicación abierta y la búsqueda de información. Francisca expresó que, en el pasado, hacer preguntas sobre estos temas era tabú entre pares

(Francisca, 2021). Además, se destacó el cambio generacional en los enfoques de los profesores respecto a temas de sexualidad, subrayando la necesidad de adaptar la educación sexual a las nuevas realidades y fomentar un ambiente más propicio para el diálogo y la comprensión en torno a la fertilidad y la reproducción.

Como dijo Francisca: “Siento que todavía falta mucha información al respecto y que tiene que ser un tema que se pueda conversar tomando once, no es un tema que se tenga que conversar en la pieza con tu mamá en privado, que se normalice.” (Francisca, 2021)

Francisca recordó que su madre le explicó algunos métodos:

“Mi mamá siempre me decía que si yo quería iniciar alguna relación que se lo comentara. Ella me enseñó a colocar un condón, pero solamente una vez, entonces después llegó el momento de la práctica y es como: “ya no sé qué hacer” y tampoco van contigo a las farmacias, para comprar un preservativo quien me acompañaba era una amiga” (Francisca,2021).

De aquí se observa la necesidad de una educación sexual integral y se manifiesta como un elemento crucial que va más allá de la biología, evidenciando cómo las creencias culturales y las experiencias personales influyen en las decisiones relacionadas con la fertilidad. La capacidad de hablar abiertamente sobre los ciclos menstruales y el autoconocimiento se erigen como aspectos fundamentales, demostrando la interconexión entre la salud reproductiva y las dinámicas socioculturales aportando al bienestar personal de manera completa.

Esto se evidencia en los relatos de Camila y Nicole, quienes comentaron lo siguiente: “Desde muy chica yo siempre sabía cómo se reproducen las personas como mi hermana fue mamá adolescente a mí desde muy chica me explicaron y en el colegio también desde quinto básico en adelante tuve educación sexual” (Camila, 2021); “El conocimiento que tenía antes, bueno antes de estudiar obstetricia era nulo porque como venía del liceo no tenía una buena base sexual ni por parte de familiar tampoco” (Nicole, 2021).

De estos relatos se puede decir que hay una necesidad para que la Educación Sexual Integral (ESI), la cual sea accesible para todos y todas, considerando que ha sido reconocida como un derecho humano, surgiendo como respuesta a la creciente preocupación por el aumento de infecciones de transmisión sexual y VIH entre los jóvenes. Este enfoque ha sido objeto de discusión, abordando cuestiones cruciales como el abuso infantil y la violencia de género.

El propósito central de la ESI es que los niños, niñas y adolescentes tengan acceso a ella desde la educación parvularia, ajustando los contenidos de acuerdo con las diferentes etapas de su desarrollo. Según la UNESCO, proporciona conocimientos y valores esenciales para su crecimiento en áreas como la salud, el bienestar y la dignidad personal. Se espera que este enfoque empodere a los jóvenes para desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas, reflexionar sobre el impacto de sus elecciones en su bienestar y en el de los demás, y comprender sus derechos a lo largo de la vida.

En el contexto actual en Chile, la regulación se enfoca principalmente en aspectos sanitarios y de fertilidad, quedando a discreción de cada institución educativa. La ESI busca transformar este enfoque, considerando aspectos cognitivos, emocionales, sociales y culturales de la sexualidad, con el objetivo de promover una educación más completa e integral.

7.4 Vínculos sociales y redes de apoyo en la maternidad

La noticia del embarazo también repercute en las relaciones familiares, donde se da una respuesta de apoyo hacia la madre y el padre, tanto en el proceso de embarazo como en la crianza o maternidad. Por ejemplo, en Chile se puede decir que culturalmente se da que las abuelas, las tías o hermanas son quienes asumen un rol de cuidadoras y acompañamiento a la mujer que es o será madre.

En algunas culturas de Latinoamérica, el embarazo es más que un evento biológico; es un acontecimiento social y familiar que impacta diversas dimensiones de la vida de una mujer. Este impacto se manifiesta especialmente en el apoyo que la familia brinda durante el embarazo, destacando la importancia de la red de apoyo familiar en esta etapa crucial. En las mujeres entrevistadas, se observó que sus familiares y círculo cercano como primera reacción se preocuparon por la continuidad de la autonomía y derecho a educación de quien estaba por parir.

Así se demuestra cómo el vínculo de parentesco influye en este proceso de embarazo y maternidad, como comentó Francisca:

“La segunda persona que se lo comenté fue mi mamá y yo iba con terror a contarle a mi mamá porque mi mamá es estructurada (...) Y no, fue súper bacán el apoyo que me dio mi mamá, mis hermanos también, mis suegros también, como que todos lloraron casi de emoción y en sus caras incluso fue mucha felicidad”. (Francisca, 2021)

Otros aspectos de la dinámica familiar influyen en los procesos de la maternidad y crianza, por ejemplo, Constanza señaló que su papá se había enfermado de Alzheimer cuando se enteró de su embarazo:

“Para ser súper sincera, ayuda como del entorno fue muy poco, pero tampoco es como un tema de discusión, porque en realidad como había pandemia, estaba todo encerrado, a mí me pasó que yo tenía a mi papá, antes de la pandemia, a mi papá ese año, a principio del 2019, más o menos, le diagnosticaron Alzheimer, pero súper avanzado, súper avanzado y fue una cosa de la noche a la mañana, en donde como nuestra, a nivel de familia cambiaron muchas cosas (...) entonces por lo menos de mi familia, apoyo hacia mí no había, porque estábamos todos enfocados en mi papá, entonces yo igual podía cuidarme sola, entre comillas, mi familia estaba toda preocupada de mi viejo y yo estaba viviendo mi embarazo, como se puede decir, en soledad”. (Constanza, 2021)

Esto demuestra la importancia de los vínculos familiares en el proceso de embarazo, ya que no es indiferente para las entrevistadas quienes pertenecen a sus núcleos de confianza y a quienes

pueden acudir como una posible futura red de apoyo. En el caso de Constanza, el hecho de tener a su padre enfermo afectó en lo personal, familiar y dentro de su proceso prenatal se vio enfrentada a vivir su embarazo en soledad. Por otro lado, se evidencia cómo a pesar del distanciamiento con familiares, Constanza rescató las habilidades prácticas como bordar y coser que fueron parte de la transmisión de conocimiento de su abuela a todas las mujeres de su familia, resaltando la importancia de la conexión intergeneracional y el vínculo que se mantuvo en ese saber, el cual emerge en un contexto de crisis.

Para quienes participaron de la investigación, también juega un rol importante el apoyo de la pareja, ya que se vio como una necesidad de estar acompañada por la pareja en el proceso de parto, en el postnatal y durante el proceso de crianza y labores del hogar, así lo expusieron Katherine:

“Ponte tu mi pareja para poder estar más presente en el puerperio, que yo estaba igual bien convaleciente, porque en mi parto yo tuve un desgarro, entonces me tuvieron que hacer sutura y mi recuperación fue de semanas. Me sentía mal, no podía dormir bien, no me podía sentar bien, nada y él pidió una licencia de dos semanas para poder estar conmigo, con nosotras en realidad y poder estar más presente porque yo también necesitaba eso” (Katherine, 2021).

Y Francisca:

“Yo creo además que si el hombre tuviese el mismo postnatal que las mujeres podría entender o podría apoyar mucho más a las mamás puérperas. Cuando una mamá siente que pasa mucho, que nos sentimos agobiadas, sobre todo los primeros días, que el bebé llora y no sabemos qué es lo que quiere porque no estamos recién conociendo(...) Pero que esté ahí tu pareja apoyándote, guiándote o consolándose simplemente o haciéndote un cariño simplemente o que por ejemplo él esté pudiendo ver al bebé mientras tú estás durmiendo una siesta, también es súper rico o sería súper rico que todos tuviesen el mismo postnatal” (Francisca, 2021).

Esto resalta la importancia de tener una red de apoyo sólida, donde la pareja puede desempeñar un papel esencial en el bienestar emocional y físico de la madre, especialmente en momentos del día a día que son críticos como el puerperio. Se destaca la necesidad de considerar cambios en las políticas laborales para promover una mayor equidad en los roles parentales, reconociendo así la importancia de una red de apoyo más amplia en la sociedad. En conjunto, estas reflexiones subrayan la relevancia de fomentar entornos que apoyen activamente a las madres y padres durante la transición a la maternidad y la crianza.

Por otro lado, el papel de las redes sociales y comunitarias en la promoción de la salud materna en contextos de aislamiento físico evidenciaron nuevas formas de solidaridad a distancia y el apoyo virtual que tuvo impacto en la salud mental y física de las mujeres que vivieron su embarazo en pandemia, destacando la importancia de las conexiones sociales para la salud reproductiva.

En la visión de De Olmo (2013) sobre los desafíos de la maternidad en el contexto contemporáneo, caracterizado por una completa privatización de la misma. El autor destaca la ausencia de redes maternas y comunidades femeninas, a las que se refiere como "tribus". Estas comunidades, en el pasado, habrían proporcionado un espacio donde las mujeres podrían ofrecer apoyo mutuo en las responsabilidades relacionadas con la crianza de los hijos. En este contexto, la privatización de la maternidad ha llevado a la pérdida de estas redes de apoyo, dejando a las madres contemporáneas enfrentando los desafíos de la crianza sin el respaldo comunitario que históricamente habría estado disponible.

Es importante considerar el impacto social en la experiencia de la maternidad y la falta de estructuras de apoyo que tradicionalmente han desempeñado un papel crucial en la crianza de los hijos Francisca contó que:

“Una compañera de universidad (...) ella empezó a hacer yoga prenatal y postnatal, y cuando yo estaba embarazada, tomé las clases con ella y ella hizo un grupo de WhatsApp que es como tribu, en el fondo como que todas las mujeres que tomaban alguna clase con ella, ya sea yoga, pilates, natación para los pequeños, algo relacionado con la maternidad. Todas las mujeres estaban ahí y ella insistía mucho que había que maternar en tribu, como acompañar con demás mujeres para aclarar dudas, apoyarnos y todo el tema y ahí empecé a enganchar con esto como de las tribus. Son grupos de mujeres en el fondo que se apoyan entre sí, por lo general se juntan presencialmente, no sé, se juntan los primeros meses, los primeros sábados de todos los meses y es como los círculos de mujeres, pero en este caso estábamos en pandemia, entonces no nos podíamos juntar presencialmente, era todo por WhatsApp”. (Francisca, 2021)

En el contexto de la maternidad, el enfoque en "maternar en tribu" destaca la necesidad de un acompañamiento entre mujeres, lo que se traduce en una comunidad de maternidad y tribu virtual. Esto subraya la necesidad de crear comunidades solidarias que desafíen la falta de apoyo generalizado a la maternidad y la crianza compartida. Estas comunidades pueden ser espacios fundamentales para la resistencia feminista, donde se comparten experiencias y se construyen conexiones que desafían las normas y expectativas tradicionales impuestas a las mujeres.

Además, el apoyo en otros espacios fuera del hogar también se hace relevantes para vivir la maternidad con redes que aporten a su vida cotidiana, brindándoles la confianza para conversar sobre parto y sistema de salud. Aquí el apoyo social de su entorno ya sea por parte de amistades como en el espacio laboral juega un rol importante para que las mujeres puedan activar de nuevo económicamente con sus trabajos remunerados.

En ese contexto Francisca mencionó recibir recomendaciones legales en el trabajo por parte de compañera sobre fuero, ya que le daba miedo un posible despido y al no estar en conocimiento de sus derechos, para ella fue un alivio poder contar con esta compañera, ya que también demostró preocupación y cuidado hacia su embarazo, ayudando con el trabajo físico. Esta situación también demuestra la reticencia de algunas empresas a adaptarse a los cambios que implica la maternidad. Se destaca la importancia de la licencia para prolongar el apoyo y abordar las necesidades de las mujeres en el trabajo.

La falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida perpetúa desigualdades de género y limita el desarrollo pleno de la sociedad. La ausencia de políticas laborales y sociales que fomenten la participación equitativa de hombres y mujeres en la crianza de los hijos castiga a las mujeres en el ámbito profesional y refuerza estereotipos de género obsoletos. La maternidad y la paternidad deberían considerarse responsabilidades compartidas, y la falta de medidas que respalden esta visión sólo refuerza la desigualdad y obstaculiza la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

Constanza reflexionaba en cuanto a las responsabilidades en el apoyo y la crianza en el proceso de maternidad:

“Yo me pongo un poquito en el lugar de los locos y digo, pucha, si mi pareja está embarazada yo trato de hacer lo mejor posible, pero veo que día a día hay cambios, no hay apoyo, no está este equipo integral que te va entregando herramientas y te las va arreglando sola. También entiendo que hay frustraciones de parte de la pareja como del hombre al ver estos cambios y en su vida también existen cambios que le van generando frustraciones propias también. Entonces yo soy de las personas que piensan que con un apoyo integral habría incluso menos dificultades como a nivel de pareja en cuanto a lo que es la maternidad, el traer un hijo al mundo y criar” (Constanza,2021).

Del mismo modo, como se mencionó en el artículo de Hernández (2019), sigue predominando en las relaciones de crianza y cuidado infantil roles que responden a estas lógicas de poder masculino, donde al hombre se le atribuye la producción, propia del ámbito público, y a la mujer la reproducción, que se halla limitada al espacio de lo privado y se materializa en las labores del hogar.

En relación con lo anterior, Francisca lo evidencia dentro de su relato, comentando que:

“Ellos tienen solamente una semana y eso yo lo encuentro súper poco, lo encuentro como que el hombre está visto para hacer trámites en esa semana, porque eso es lo que hace el hombre (...) Están vistos para hacer eso, para hacer trámites y después para volver al trabajo porque tiene que traer el dinero a la casa, mientras la mamá se queda con el crío, ahí criando. Pero no está visto como la maternidad en sí, o el hecho de criar, no está visto como una triada, está visto como una díada, madre-hijo, no está el papá.” (Francisca, 2021)

El relato de Francisca revela cómo, incluso en tiempos contemporáneos, las relaciones familiares están arraigadas en estructuras de poder basadas en el género perpetradas por el sistema. La asignación de roles tradicionales, donde al hombre se le atribuye la esfera pública de la producción, mientras que a la mujer se la confina al ámbito privado de la reproducción y las tareas domésticas, refleja una distribución desigual de responsabilidades.

Se evidencia cómo estos estereotipos limitan las oportunidades individuales y mantienen desigualdades en la sociedad. Esto implica cuestionar y transformar estas dinámicas arraigadas,

promoviendo relaciones de crianza más igualitarias que permitan a todos los miembros de la familia desarrollarse en roles de crianza, independientemente de su género.

Por otra parte, Katherine comentó su experiencia sobre la exclusión que ha sentido en los procesos de embarazo, gestación y maternidad:

“Algunas amistades como que dan por hecho el que tú no te vas a sentir bien, que no tienes energía, que te tienes, que cuidar y que sinónimo de cuidarte es como estar en tu casa sentada y hay bastante exclusión social a propósito del embarazo y también como de la maternidad y la gestación”. Y además “De la maternidad es un montón como que se asume que la maternidad y la gestación es solo una cosa y no se atina a preguntarle a la madre qué es lo que quiere, cómo ya está viviendo su proceso, qué es lo que necesita o si se sintiese bien saliendo a hacer tal cosa” (Katherine, 2021).

También comentó sobre los ritmos de la maternidad:

“Veo como reticencia a adaptarse a los ritmos de la maternidad por darte un ejemplo, mis amigas se juntan conmigo pero hay algunas que no son madres y que hacen como espacios diferenciados si se juntan conmigo vienen a mi casa a tomar té, a comer galletas, tomar onces y como una cita más de señora, pero si no se juntan conmigo es como un panorama distinto más de carrete de juntarse en la noche y comerse una pizza o tomar, fumar marihuana y que se asume que es un espacio en el que yo no puedo estar, se transforma como en una amistad a puerta cerrada igual donde solo hay amistad en mi casa” (Katherine, 2021).

A pesar de los avances, persisten reticencias para adaptarse a los ritmos de la maternidad, lo que puede llevar a la exclusión social en los procesos de embarazo, gestación y maternidad. La creación de espacios diferenciados de socialización para las madres conlleva la pérdida de oportunidades para hacer amistades en contextos más amplios. Sin embargo, surge una disposición a establecer nuevas amistades durante la maternidad, transformando las relaciones de amistad en el proceso.

Por otro lado, al expresar que las embarazadas pueden pasarlo bien, Francia también se sintió discriminada desde el siguiente punto de vista:

“A nivel social sí, porque cuando estás embarazada es difícil compartir, a cuando no estás embarazada sobre todo si tienes amigos que son carreteros, ahí ya no es lo mismo. No sé si es discriminación, pero tu vida social cambia mucho. Las embarazadas igual pueden compartir y pasarlo bien, pero no, se ve como si estuvieran enfermas” (Francia, 2021).

Desde la antropología del cuerpo respecto a la socialización en la maternidad, se puede decir que el cuerpo de la mujer embarazada en los espacios sociales funciona como un límite fronterizo que limita ante otros (Le Breton, 1995, p. 22), abordando a la materialidad del cuerpo

como algo incómodo para su entorno, transformándose en palabras de Foucault en un cuerpo prisionero, dispositivo de dominación.

Se puede interpretar que dentro de los círculos sociales se dan espacios diferenciados de socialización para las madres, identificando una pérdida de espacios para hacer amistad o también cambia la disposición de hacer amistad durante la maternidad, existe una normalización en inferiorizar a las madres, teniendo un trato hacia el proceso de embarazo asociado a una enfermedad.

Esta idea, se puede decir que proviene de la construcción impuesta por el saber biomédico hegemónico que entrega una mirada científica que patologiza este proceso a través de una atención que implica controles, donde la mujer queda invisibilizada (García, 2010) en todos los aspectos de su vida. La exclusión social, la falta de empatía con las madres por parte de otras mujeres en la sociedad y los juicios hacia las embarazadas pueden generar impactos negativos en la salud mental y emocional de las mujeres, subrayando la importancia del autocuidado sin culpas y la necesidad de una perspectiva más compasiva y solidaria por parte de la sociedad.

La importancia de desafiar las concepciones tradicionales que reducen a las mujeres a sus roles reproductivos. El reconocimiento y apoyo de las redes cercanas, tanto familiares como virtuales, se erigen como elementos fundamentales para afrontar los desafíos y transformaciones asociadas a la maternidad.

7.5 El rol de la paternidad en la crianza

Tradicionalmente hombres y mujeres han sido educados, desde su nacimiento, para responder a modelos que asignan funciones y roles determinados según sexo. A esta realidad cultural y social de creencias y relaciones se le ha llamado “orden o sistema de género” (Connell, 1997; De Barbieri, 1992).

Gran parte de las distintas actitudes y comportamientos que observamos en hombres y mujeres son adquiridos a través de la socialización en la familia, escuelas, medios de comunicación, grupos de amigos, trabajo, etc. No son producto del resultado natural de su sexo, sino de un sistema de género (De Barbieri, 1992).

A lo largo de la historia, la estructura jerárquica de género ha impuesto significativas desventajas a las mujeres en diversas esferas. Estas desigualdades se manifiestan en la restricción de su acceso al empleo remunerado fuera del hogar, en salarios inferiores, en empleos más inseguros, en una limitada presencia en roles de poder y en la participación en procesos de toma de decisiones a nivel comunitario y político. Además, esta jerarquía ha contribuido a la disminución del prestigio social de las mujeres, las ha expuesto a la violencia doméstica o de género, las ha responsabilizado de manera desproporcionada en cuestiones de salud sexual y reproductiva, y ha aumentado su carga de trabajo en el ámbito doméstico, entre otros desafíos.

El papel de la paternidad en la sociedad contemporánea se ve atravesado por diversas dinámicas y desafíos que resaltan la necesidad de reconsiderar y redefinir las expectativas y apoyos asociados con esta importante faceta de la vida. Una de las limitaciones más evidentes es la brevedad del permiso parental legal, que concede a los padres solo cinco días de postnatal. Esta restricción temporal refleja una estructura normativa que, en muchos casos, no se alinea con las necesidades reales de las familias modernas, ni reconoce plenamente el papel del padre en el proceso de crianza.

La limitación del permiso parental a solo cinco días de postnatal plantea cuestionamientos sobre la equidad en la distribución de responsabilidades familiares. Esta brevedad en el tiempo asignado para el permiso paterno puede perpetuar roles de género tradicionales, donde se espera que las madres asuman la mayoría de las responsabilidades relacionadas con el cuidado de los hijos. Además, esta restricción puede impactar negativamente en la conexión temprana entre los padres y sus hijos, ya que el tiempo limitado podría no ser suficiente para establecer una relación sólida y participativa en el cuidado infantil.

En palabras de Francisca:

“Los posts natales, por ejemplo, yo creo que han sido gracias a los movimientos de mujeres, los hombres como no, los hombres no se han movido por eso, por ese sentido. Ni siquiera por ellos, porque ellos tienen solamente una semana y eso yo lo encuentro súper poco, lo encuentro como que el hombre está visto para hacer trámites en esa semana, porque eso es lo que hace el hombre” (Francisca, 2021).

Asegurar un período más extenso de tiempo en el postnatal para los padres es fundamental para promover una participación equitativa en la crianza y fortalecer los vínculos familiares. Al extender el permiso parental, se reconoce y respalda el papel activo de los padres en el cuidado y desarrollo de sus hijos desde las etapas más tempranas. Esto no solo contribuye a la creación de un ambiente más igualitario en el hogar, sino que también desafía las tradicionales divisiones de roles de género, allanando el camino hacia una sociedad más inclusiva.

Además, brindar a los padres más tiempo durante el postnatal no solo beneficia a la familia, sino que también puede tener impactos positivos en la salud mental y emocional de los padres, permitiéndoles compartir responsabilidades y experiencias significativas en el proceso de crianza. En última instancia, ampliar este periodo no solo es una cuestión de equidad, sino que también contribuye al bienestar general de las familias y a la construcción de un entorno más igualitario y compasivo.

La reflexión sobre la duración del permiso parental es esencial para abogar por políticas que fomenten una distribución más equitativa de las responsabilidades parentales y que reconozcan la importancia del tiempo dedicado por ambos padres al cuidado y desarrollo inicial de sus hijos.

Katherine observaba que:

“Si fuese un postnatal por ejemplo para asegurarse de que lo tomen los papás y que realmente ocupen ese tiempo para criar, podrían a lo mejor no sé hacer que la madre también respalde la petición de ese tiempo por darte un ejemplo, si no es el padre, que sea no sé, la persona con quien ella vive pero que no esté sola en el proceso y no hay una preocupación al respecto, no se está tomando una medida sobre eso, sino que la madre se hace cargo del hijo y listo” (Katherine, 2021).

La idea de un padre responsable va más allá de la provisión económica y destaca la importancia de su involucramiento activo en la vida de sus hijos. A pesar de este reconocimiento, la falta de tiempo durante el postnatal puede convertirse en una barrera significativa para que los padres desempeñen un papel más integral en el cuidado de sus hijos desde los primeros días de vida. Asegurar un periodo más extenso de permiso parental para los padres se presenta como una medida necesaria para fomentar una participación activa y equitativa en la crianza.

Respecto a lo anterior, Katherine dijo que:

“No se ve la crianza como una opción y que sea una obligación solo para la madre, sino que sea obligación es una responsabilidad que tienen que tomar las personas entonces por darte un ejemplo a los papás legalmente le dan cinco días de postnatal y eso es absurdo. De ahí partí con ya no le está dando el derecho al tiempo a ese padre para que se involucre, para que se responsabilice y para que haga algo más que un apoyo económico. Le está quitando esa responsabilidad entonces por lo mismo de pronto los papás entienden que su rol es solamente sostener económicamente y no tienen ni siquiera herramientas para sostener emocionalmente a sus hijos ¿cachai? y ahí hay un problema” (Katherine, 2021).

Si bien los hombres están cada vez más interesados en participar en la paternidad, todavía su desempeño está focalizado en roles como el juego, los paseos y el apoyo en tareas escolares, la evidencia disponible nos muestra que al mundo de las tareas domésticas los hombres casi no han entrado, excepto en temas como reparaciones en el hogar o pago de cuentas (Aguayo, Correa y Cristi, 2011).

La crítica a la falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida subraya la necesidad de un cambio cultural y estructural. La sociedad, en muchos casos, aún arrastra estereotipos arraigados sobre el papel de los padres, perpetuando la idea de que la responsabilidad principal recae en las madres. Desafiar estos estereotipos y fomentar una participación más igualitaria en la crianza es esencial para construir un entorno más equitativo y sostenible para las familias.

En Chile, el Permiso Postnatal Parental (PPP) constituye un avance importante hacia la equidad en las responsabilidades parentales. Al conceder a los padres un tiempo dedicado para cuidar y conectar con sus hijos recién nacidos, el PPP no solo fortalece los lazos familiares, sino que también desafía normas de género arraigadas. Para su efectividad, es esencial no solo establecer una duración adecuada sino también crear una cultura organizacional y social que respalde la

toma de este permiso. Superar estereotipos de género y fomentar la idea de que el cuidado de los hijos es una responsabilidad compartida son pasos cruciales. En definitiva, el PPP en Chile emerge como una herramienta valiosa para avanzar hacia una sociedad más igualitaria, requiriendo no solo medidas legislativas sino también un cambio cultural que valore la participación activa de los padres en la crianza.

La importancia de la presencia paterna en el vínculo con el recién nacido es un aspecto crucial que a menudo se subestima. La conexión emocional que se establece desde los primeros momentos de vida contribuye significativamente al desarrollo saludable del niño y fortalece los lazos familiares. Entender el desligamiento de algunos padres como un producto de la cultura y la falta de apoyo y conocimiento destaca la necesidad de abordar estas barreras para fomentar una paternidad más activa y comprometida.

La ausencia del padre en el parto ha sido otro elemento que ha impactado significativamente en el proceso de vinculación con el bebé. La falta de apego inmediato se ha manifestado en algunas experiencias, subrayando la importancia de la presencia y participación del padre en el nacimiento como un componente crucial para establecer vínculos tempranos y significativos.

A pesar de que los hombres se ven cada vez más interesados en integrarse al cuidado de las gestantes, se encuentran con barreras culturales e institucionales que crean limitaciones y los alejan de los procesos reproductivos (Castrillo B., 2016). Quienes están dispuestos a apoyar a sus parejas en el parto se ven obstaculizados principalmente por aspectos relacionados con el sistema de salud (Kaye et al., 2014). Las frustraciones en la pareja debido a la falta de apoyo durante el proceso de crianza y embarazo son indicativos de las tensiones y desafíos que enfrentan las familias cuando el rol de la paternidad no es respaldado adecuadamente. Superar estas frustraciones requiere un esfuerzo conjunto de la sociedad, los empleadores y las propias parejas para crear entornos que fomenten la colaboración y la equidad en la crianza.

Desde el punto de vista de Báez (2005), plantea que el feminismo no tiene como objetivo culpar individualmente a los hombres por el sistema patriarcal existente. En cambio, busca la transformación de la organización social actual, centrándose especialmente en la crianza y el cuidado infantil. La idea central es promover la simetría de roles entre hombres y mujeres, y modificar los procesos de socialización que perpetúan patrones sexistas. En lugar de asignar culpabilidad a los hombres individualmente, se aboga por cambiar las estructuras sociales y las expectativas culturales que influyen en cómo hombres y mujeres piensan y actúan, con el objetivo de lograr una sociedad más equitativa y libre de sexismo.

Así lo visualizaba también Constanza mencionando que:

“Debería haber un apoyo integral para el papá también porque yo no critico tanto al hombre como por ese desligamiento, o sea sí lo crítico por su desligamiento y todo, pero también entiendo que es como producto de la cultura en la que estamos inmersas y la falta de apoyo y de conocimiento también” (Constanza, 2021).

En última instancia, estas perspectivas convergen en la noción de que la lucha feminista va más allá de señalar culpas individuales y se centra en la reconfiguración profunda de la sociedad. Al abogar por una crianza más equitativa y por un apoyo integral para los padres, se apunta hacia la construcción de una cultura que promueva la igualdad de género desde sus cimientos. Este enfoque integral es esencial para avanzar hacia una sociedad más justa, donde hombres y mujeres tengan roles equitativos y donde la crianza sea una responsabilidad compartida, libre de las limitaciones impuestas por normas sexistas arraigadas.

7.6 Acceso a la información sobre reproductividad y embarazo

El acceso a información sobre reproductividad y embarazo en Chile ha experimentado una transformación significativa, marcada por una mayor facilidad generacional para obtener datos relevantes sobre el proceso de gestación. En la actualidad, las redes sociales se han convertido en una herramienta fundamental para informarse sobre el embarazo, brindando a las mujeres la posibilidad de compartir experiencias, consejos y recursos valiosos. Además, la utilización de aplicaciones diseñadas para acompañar el proceso de embarazo complementa la información disponible, creando un entorno virtual en el que las futuras madres pueden acceder a datos actualizados y personalizados.

Por ejemplo, el uso de aplicaciones móviles se ha convertido en una herramienta cada vez más común para acompañar el proceso de embarazo. Camila, por ejemplo, compartió que no hizo muchos planes hasta que vio a su bebé formado, momento en el que descargó aplicaciones específicas para seguir el desarrollo de su embarazo y obtener una mejor comprensión de lo que estaba experimentando, en palabras de la entrevistada: “Entonces no me hice muchos planes hasta que ya lo vi formado y ahí como que recién descargué aplicaciones, que hay como embarazos, para ver cómo va creciendo, para hacerse como una idea de cómo es.” (Camila, 2021)

Los datos que hay sobre el embarazo no se limitan únicamente a fuentes digitales, ya que la vivencia directa y las experiencias de amistades también juegan un papel crucial. A pesar de esta abundancia de recursos, algunas mujeres reconocen saber poco sobre el embarazo y la maternidad, destacando la necesidad de mejorar la accesibilidad y comprensión de la información disponible. Las redes feministas también han emergido como valiosas fuentes sobre el embarazo, proporcionando no solo datos médicos, sino también perspectivas críticas y empoderadoras sobre la maternidad.

Asimismo, existen redes específicas de información legal, consejería de lactancia y parto, contribuyendo a un enfoque más integral que aborda tanto los aspectos médicos como los sociales del embarazo. Sin embargo, la pandemia ha planteado nuevos desafíos, evidenciando una falta de acceso a información sobre sexualidad y reproducción en este contexto, lo que subraya la necesidad de adaptar estrategias de comunicación efectivas en salud prenatal.

Francisca resaltó la importancia de contar con consejeras de lactancia en los centros de salud y hospitales, así como la necesidad de talleres y charlas sobre lactancia desde la gestación, mencionando que: “El acceso a información y apoyo en la lactancia materna desde el principio se considera crucial para las futuras madres” (Francisca, 2021).

La actualización de contenidos y el acceso a los medios digitales para conocer más sobre el embarazo, la lactancia y los cuidados postparto se ha difundido predominantemente a través de plataformas virtuales de internet. Sin embargo, esto también plantea la pregunta sobre la equidad en el acceso a la información, ya que algunas mujeres pueden enfrentar barreras tecnológicas o desigualdades en la alfabetización digital.

En ese sentido, contar con asistencia presencial y de fácil llegada es importante para el desarrollo de las mujeres que viven su embarazo por primera vez, sobre todo en contexto de crisis. Los controles de salud durante el embarazo también desempeñan un papel esencial en la provisión de información. Los servicios de salud ofrecen información detallada sobre el desarrollo del embarazo, incluyendo explicaciones sobre procedimientos médicos como la episiotomía, como se evidencia en los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Este enfoque integral contribuye a la educación de las mujeres sobre los aspectos médicos de la gestación y el parto.

Francia compartió su vivencia en el consultorio y señaló lo siguiente:

“Si, en el mismo CESFAM me explicaban todo lo de las cuarentenas y los cuidados, lo de la episiotomía que te pueden hacer durante el parto y te lo explican bien. Además, como que se dice que en los hospitales públicos a todas les hacen lo mismo para que el parto sea más fácil y rápido, pero ahí te explican que no te lo hagan si no es necesario durante el parto” (Francia, 2021).

La comunicación efectiva en los centros de salud prenatal también juega un papel vital y recibió explicaciones detalladas sobre cuarentenas, cuidados durante el embarazo y procedimientos médicos como la episiotomía, lo cual fue proporcionado durante los controles de salud contribuye a una experiencia más informada y segura para las mujeres embarazadas.

Se observa que a pesar de haber tenido una comunicación efectiva con el profesional de salud y que se le haya dado la posibilidad de información en el momento del embarazo, también se identificó que especialmente en el contexto de la pandemia, se obstaculizaron estas oportunidades y la falta de acceso a información sobre sexualidad y reproducción por contexto pandemia, como mencionó Constanza:

“No tuve acceso, pero sí por la pandemia hay muchas cosas que no se pudieron hacer, por ejemplo en la clínica en la que yo estaba, en todo el proceso de embarazo, todo el proceso de prepartos, el programa como que tú compras de cierta forma, tenía muchas charlas, talleres, talleres de padre y madre, talleres solo de madre, como de preparación al parto, de preparación a la crianza, al puerperio, todas esas cosas, y con la pandemia no hubo nada de eso, entonces a lo mejor claro, igual estuve un poquito privada de ese

tipo de información y de ese tipo como de herramientas, pero yo siempre lo entendí que era por la pandemia” (Constanza, 2021).

En el contexto del COVID-19, las entrevistadas se vieron privadas de charlas y talleres durante el embarazo debido a las restricciones impuestas por la pandemia. Sin embargo, entendió que estas limitaciones eran inevitables dadas las circunstancias. La vivencia y la posibilidad de acceder a información durante el embarazo varían significativamente, algunas mujeres admiten saber poco sobre el embarazo y la maternidad en general, lo que lleva a manejar información limitada sobre los cambios en el cuerpo y las expectativas para el parto.

De ese modo, se resalta la importancia de continuar mejorando la accesibilidad, calidad y diversidad de la información disponible para garantizar una experiencia informada y empoderadora durante la gestación, considerando la complementación de experiencias de la mamá, amistades, como saberes igual de válidos, más lo que se puede encontrar en internet desde fuentes confiables.

Katherine mencionó:

“Entonces, de un comienzo ya tuve una red cercana de confianza con quienes podía conversar de esas cosas y preguntarles ciertas inquietudes respecto, por ejemplo, al parto, al sistema de salud, a cómo fueron sus experiencias, el trato que recibieron, etc. También, indagué esas mismas cosas, especialmente con mi mamá (...) Entonces ahí se van entendiendo más cosas y lo puedes ir complementando con lo que encuentras en internet, en redes sociales, agrupaciones de matronas, etc.” (Katherine, 2021).

La complementación de experiencias entre madres y amistades desempeña un papel crucial durante el embarazo Katherine destacó la importancia de contar con una red cercana de confianza para discutir inquietudes sobre el parto, el sistema de salud y otras experiencias relacionadas con la maternidad. Esta información se complementa con la búsqueda en internet, redes sociales y grupos de apoyo de matronas y grupos en Facebook proporcionando una visión más completa del proceso.

En el contexto de pandemia, se puede decir que hubo ventajas y desventajas significativas respecto al acceso de salud sexual y reproductiva para mujeres embarazadas, ya que puede ser considerada como insuficiente y en ese periodo limitó la capacidad de las mujeres que tuvieron para tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé.

También es importante señalar que, al existir poca información sobre el coronavirus, también se generó un momento de incertidumbre y miedo con relación al virus y el embarazo, por ejemplo, Katherine señaló:

“Me dio cosa vacunarme al tiro al tiro porque sentía un poco inseguro el proceso de vacunarme embarazada, me daba cosa y pensaba en un momento “ya me vacuno apenas tenga el parto”, pero después dije “ya filo igual se han vacunado a varias mamás y pareciera que no pasa nada con las guaguas” como que no les hacía mal.” (Katherine, 2021)

Todo esto afectó en distintos ámbitos como por la falta de acceso a charlas, talleres y otros recursos presenciales puede dejar vacíos en su conocimiento sobre el embarazo, el parto y la maternidad, debido a que no solo proporciona información práctica, sino que también ofrece un espacio para el apoyo emocional. Durante la pandemia, la falta de interacción en persona privó a las mujeres de la oportunidad de compartir experiencias, recibir consuelo y conectarse con otras futuras madres.

7.7 Atención de salud durante gestación, embarazo, parto y puerperio en pandemia

La atención de salud durante gestación, embarazo, parto y puerperio ha experimentado desafíos significativos en medio de la pandemia. La crisis sanitaria global generó una serie de cuestionamientos sobre la capacidad de los sistemas de salud para brindar un cuidado adecuado a las mujeres en estas etapas vitales.

Desde la incertidumbre en torno a la exposición al virus hasta las restricciones en el acceso a servicios médicos, la pandemia ha destacado la necesidad crítica de adaptar y fortalecer los protocolos de atención materna. Este contexto excepcional ha llevado a replantear los modelos de atención prenatal, el acompañamiento durante el parto y la asistencia postparto, exigiendo respuestas innovadoras y la adaptación en el sector de la salud materna para garantizar la seguridad y bienestar de las mujeres y sus recién nacidos.

Desde la perspectiva de Durkheim (citado en Ritzer, 2002) la salud es una construcción social, que puede ser tratada como algo externo y coercitivo al individuo. Por lo tanto, las mujeres entrevistadas se vieron atravesadas por situaciones dentro de la atención de salud, tanto por realizar sus ecografías, controlar su proceso de embarazo o por vivir el momento de parto y se vieron enfrentadas a posicionamientos jerarquizados que se dan en el área de la salud por las relaciones de poder paciente- médico; paciente-matron/a; paciente-enfermero/a, las cuales en algunos casos terminan en violencia obstétrica.

Esto se evidencia en la delegación de decisiones al profesional de salud por la visión construida socialmente hacia quienes tienen el conocimiento como una autoridad y su conducta puede repercutir en la otra persona para la calidad de su atención. Por su parte Francisca dijo:

“Hay muchos ginecólogos, pediatras que te dan un solo camino nomás y si tú le muestras otro camino, te miran, así como, oye, yo soy el que estoy acá y no deben de criticar, no deben de decir eso, yo soy el que soy, me pasó mucho eso con ginecólogos y por eso me costó mucho encontrar a alguien que tomara esta otra postura” (Francisca, 2021).

También, Katherine mencionó el uso de tecnicismos al momento de entregar información importante sobre embarazo:

“Creo que mira, este programa que te contaba del Chile Crece Contigo es súper bueno, pero siento que la perspectiva educativa que tiene no es buena porque no se toma en cuenta la baja calidad de educación que reciben las personas especialmente en sectores vulnerables. Entonces, como que el matrn, la matrona en el CESFAM te habla con

mucho tecnicismo y cosas que una persona que, por ejemplo, no ha tenido educación superior no va a entender, no lo va a entender y probablemente le va a decir que sí o le va a decir que a lo mejor que bueno, que usted sabe lo que es mejor para mí y va a delegar esas decisiones en la otra persona solo como por una autoridad y que supuestamente la otra persona sabe más que una” (Katherine, 2021).

La atención en salud de mujeres embarazadas enfrentó desafíos significativos durante la pandemia, revelando las limitaciones y desigualdades arraigadas en el modelo médico hegemónico. Este enfoque, al centrarse exclusivamente en la biomedicina, no solo excluyó ideológicamente los saberes construidos históricamente por ellas, sino que también perpetuó la desigualdad al ignorar a las personas más pobres. La brecha económica se manifestó de manera palpable en el acceso a la atención materna, donde las mujeres de bajos recursos a menudo experimentaron dificultades para obtener la asistencia necesaria.

Camila dijo:

“En todos lados debería tener la misma atención como prioridad porque ahora igual con la pandemia hubo como un baby boom ¿qué se llama? como que también quedé embarazada, y el tema es que es un sufrimiento súper innecesario yo fui varias veces a urgencias cuando estaba embarazada y puta, todas las veces que fui me atendieron súper bien, pero imagínate que está ahí a punto de tener la guagua con todos los dolores y te mandan para la casa, ¿qué seguridad tienes tú? nada más como esta sí, aparte que eso te da como la angustia que te empecé a pasar rollo de que a lo mejor al bebé le puede pasar algo. Es complejo porque ahí como que está todo el tema también psicológico, emocional como que te juegan los encuentros” (Camila, 2021).

En este escenario, la necesidad de tener una atención de calidad con más citas con la matrona durante el embarazo, mejorar la comunicación efectiva y el acceso regular a servicios de salud permite garantizar los derechos sexuales y reproductivos, considerando el contexto de crisis y en el embarazo en general y se volvió fundamental para garantizar un embarazo saludable. Sin embargo, la pandemia exacerbó las barreras en este aspecto, afectando especialmente a mujeres en situaciones económicas precarias.

La igualdad en el acceso a la salud materna era un principio esencial que debía prevalecer, independientemente de la situación económica durante el COVID-19. La discriminación económica en el trato durante el parto y el embarazo se manifestó como una consecuencia de las desigualdades estructurales arraigadas en el sistema de atención médica. Era imperativo abordar estos problemas sistémicos para garantizar que todas las mujeres, independientemente de su estatus económico, recibieran la atención necesaria durante el proceso de gestación.

Así mismo, Constanza expresó lo siguiente:

De los pediatras que he tenido, que también me han dejado bastante que desear, y desde ahí la crítica, o sea, siento que hay poca preparación, incluso también hay mucha manipulación y violencia, violencia de género respecto a la maternidad y al embarazo,

porque por ejemplo a mí me pasó, que en el mismo parto, no sé si te lo conté, pero a mí me adelantaron el parto, porque mi bebé era muy pequeña, supuestamente, y como era, no confié y pequé, pequé de confiar, porque después ya averiguando todo, me di cuenta de que sí fue parte de violencia, porque mi ginecólogo me sometió de cierta forma a una cesárea, porque mi bebé nació antes de lo que tenía que nacer, porque la indujeron, y obviamente como era pequeña trataron de inducir el parto, la fuerza de mi bebé no estaba. Entonces era como uno más uno, o sea, lo lógico era que iba a suceder una cesárea, y yo nunca quise una cesárea, entonces también me pasó, en el momento del preparto, en el trabajo de parto, que yo hice una carta de intenciones, que es lo que se hace cuando, por lo menos en las clínicas, bueno, yo sé que también podía hacerlo en hospitales públicos, tú puedes entregar una carta de intención, que se la entregas a tu médico, de cómo quieres que nazca tu bebé, entonces yo hice mi carta de intención, y no respetaron en absoluto la carta de intención, o sea, yo lo que quería, en esa clínica hay una sala integral que es una sala donde tienen cuerdas, pelotas de yoga y distintos implementos físicos para hacer el trabajo de parto, y en el momento del trabajo de parto yo lo pedí y no me lo dieran” (Constanza, 2021).

Otro de los desafíos y puntos débiles que se mencionaron por parte de las entrevistadas fue la falta de tiempo en la atención de salud para responder a dudas y explicar consultas atención integral en maternidad; es así como Katherine lo manifestó: “No se da el tiempo tampoco de explicar todas esas dudas porque hay controles que duran 25 minutos y ahí no alcanzan a explicar cosas importantes” (Katherine, 2021).

A pesar de que desde los centros de salud familiar hacen entrega de información, se reclama y se evidencia la insuficiencia de estas medidas que terminaron siendo una falta de educación integral durante el contexto pandémico, Katherine refirió que:

“Te entregan varios folletos y cosas que son súper claros, pero no sé, siento que igual hay como varias cosas de las que hacerse cargo alrededor de la maternidad como para que pueda haber cambios reales, como que debería ser más integral (...)y que sobre todo, también que involucre a más personas porque a lo mejor una madre puede tener claridad de todas estas cosas pero si su círculo de apoyo no termina siendo círculo de apoyo la madre igual va a estar sola” (Katherine, 2021).

Según Hoyos Hernández, Cardona Ramírez y Correa Sánchez (2008), la humanización de los contextos de salud es fundamental y requiere un liderazgo proactivo en el campo de la enfermería y otros campos del quehacer de salud pública. Por otra parte, el estigma asociado con la maternidad en tiempos de pandemia también es objeto de estudio desde la antropología médica. Se exploran las construcciones culturales que contribuyen a la estigmatización de las mujeres embarazadas y cómo estas narrativas influyen en las interacciones sociales y la calidad de la atención médica. La antropología médica busca comprender y abordar estas dimensiones culturales que afectan la salud materna, reconociendo la importancia de estrategias sensibles a la diversidad cultural.

Katherine mencionó:

“Creo que la medicina tradicional está super deshumanizada, está todo tan mecanizado, como que 1+1 es 2 y es muy técnico, si hay latidos de forma correcta, si hay dilatación de forma correcta, si hay que medicar, si no hay que medicar. Hay un mundo alrededor y sobre todo alrededor de un parto o de un nacimiento, creo que en ese aspecto a las profesionales de la salud que se dedican al parto, al nacimiento y a la gestación, necesitan un ramo de forma casi obligatoria de psicología y de manejo de la situación de parto” (Katherine, 2021).

Y en palabras de Francisca, su reflexión fue la siguiente: “Creo que en ese sentido el sector público es mucho mejor que el privado, el privado no trabaja integral con una red de profesionales de la salud” (Francisca, 2021).

En estas ideas se resalta la falta de enfoque integral en la educación proporcionada, señalando que, a pesar de la claridad de la información en los folletos entregados, aún existen aspectos cruciales alrededor de la maternidad que no se abordan adecuadamente. Su mención sobre la importancia de involucrar a un círculo de apoyo resalta la necesidad de considerar no solo a la madre, sino también a su red de relaciones para lograr cambios reales.

Desde el testimonio de Camila sobre el parto se evidencia que:

“Todos tenemos diferentes tolerancias al dolor a las personas les duele de maneras distintas hay casos de mujeres que uno escucha o ha leído como esta típica frase que yo por lo menos he escuchado hartito que es como “tú te lo buscas ahora aguántate el dolor”. Mira yo me acuerdo cuando llegué a urgencia y me pasaron al parto habían dos niñas chicas, una era de 16 y la otra no sé, 20, una cosa así y ellas iban por parto normal y estaban esperando la dilatación, entonces yo escuchaba como la atendían, las niñas gritaban de dolor, era una wea impresionante y yo decía menos mal que no me voy a hacer cesárea agradezco y la trataban con mucho amor, te digo no puede ser que por diferentes temas de discriminación económica puede ser, no sé pero en otro hospital yo también he escuchado que tratan súper mal a las mujeres cuando van a tener sus hijos y yo igual tenía mucho miedo de eso, mucho miedo de que me trataran mal cuando estuviera en el hospital y tuve la suerte de que no, pero estas niñas que yo escuchaba gritar, porque eran muy dolorosas, y las matronas las trataban muy bien nunca escuché un comentario así como: “no te gustó” (Camila, 2021).

La sociedad contemporánea aborda el dolor, especialmente en el contexto del parto de manera que busque equilibrar el manejo del dolor, considerando técnicas corporales y examinando cómo las personas emplean tradicionalmente sus cuerpos en diferentes sociedades. Se hace referencia a la teoría de prácticas corporales, utilizando el término "técnicas corporales", con el objetivo de profundizar en la comprensión de su significado en la experiencia humana. Además, se sugiere analizar cómo la medicalización del dolor podría influir en la percepción cultural y social del mismo.

Al respecto Constanza mencionó:

“De partida yo pienso que las mujeres deberíamos tener Doulas, o una persona que nos asista en todo este proceso de embarazo y más información. Porque, por ejemplo, a mí lo que te dije, o sea, yo busqué información, yo me hice de esta red de datos y todo, pero si yo hubiera sido más de edad y todo, yo creo que hubiera tenido muy poca información. Entonces, siento que a nivel de salud igual hay un poquito de deuda con la maternidad, con el proceso de embarazo. Además de que yo pienso que debería tener una asistencia, así como de doula, pienso que debería tener también una asistencia psicológica. Porque el proceso, los cambios emocionales que te genera un embarazo son súper radicales y te marcan y creo que, si hubiera acompañamiento como desde lo psicológico enfocado netamente al embarazo, habría menos depresión postparto. Porque cuando uno se embaraza, te viene, puedes ser la mina más pro, la mina más aperrada, más, así como no, yo voy a todas, pero igual te llenan de miedo, igual hay miles de cosas que una no entiende, por mucho que las leas no las entendía” (Constanza, 2021).

También compartió su experiencia durante el parto desde la experiencia de invisibilización de sus deseos y decisiones por parte de los profesionales de salud, mencionando que:

“Yo quería un parto natural, sin anestesia, yo le tengo pánico a la anestesia, y yo llegué a los 7 de dilatación, para iniciar, pero como la bebé bajó los latidos cardíacos, me tuvieron que poner igual anestesia porque me iban a hacer cesárea. Yo desde que llegué, de partida yo nunca estuve muy de acuerdo con el tema de que me indujeron el parto, pero como no tenía mucha información tampoco respecto de que mi bebé era muy pequeña, confié en la palabra de mi doctor. Entonces, lo conversamos con mi pareja y todo, y dijimos ya, ok, que induzcan el parto, a pesar de que yo no estaba de acuerdo, pero al final era la decisión por la salud de mi bebé, y en ese momento dije ya, ok, no importa, que induzcan el parto (...) Bueno, yo reclamé, pero no, tampoco se me escuchó, porque era como, no, es que es la decisión de la profesional y no sé qué. Y evidentemente lo que sucedió fue que no tuve toda, mi dilatación no fue tan rápida, y después yo averiguando ya con el tiempo, cuando se hace una inducción de parto, es súper importante que el nivel de, porque cuando tú tenías un trabajo de parto normal, así sin que te lo induzcan, tú generas tu propia oxitocina y eso va generando las contracciones. Entonces, como a mí me pusieron menos oxitocina, mi trabajo de parto fue mucho más lento. Entonces, no sé, pues yo me pude, en vez de demorarse 8 horas en el trabajo de parto, me demoré 12 horas. Me inyectaron a las 12 del día la oxitocina, y yo a las 2 de la mañana recién tenía 7 de dilatación. Entonces, yo reclamé, pero tampoco me pescaron.” (Constanza, 2021)

La falta de respeto a las decisiones de las mujeres en el sistema de salud, especialmente en relación con el parto respetado y la presencia de violencia obstétrica y de género se evidenció en esta situación, donde el control sobre la sexualidad y el potencial reproductivo de la mujer se utilizó como una herramienta para mantenerla en una posición subordinada. La atención materna, en lugar de centrarse en la mujer y su bienestar, se convirtió en un ejercicio de control sobre el cuerpo de la mujer madre.

La pandemia destacó la urgencia de abordar estas problemáticas, promoviendo una atención materna que respetara la autonomía y dignidad de las mujeres, independientemente de su situación económica o del contexto patriarcal en el que se encontraran, Sin embargo, como queda expresado en el relato de Constanza, esto tampoco tuvo una fiscalización para prevenir estas experiencias.

“En última instancia, el camino hacia una atención materna equitativa y justa durante la pandemia implicaba un replanteamiento profundo del sistema de salud y un compromiso firme con la eliminación de las desigualdades arraigadas. En el período prenatal, la atención de salud se vió alterada por medidas de distanciamiento social y restricciones en las interacciones físicas. Las consultas virtuales y la telemedicina han emergido como herramientas cruciales para mantener la continuidad en la atención prenatal.” (Constanza, 2021)

Katherine:

“Con mi matrona también tuve alta telemedicina, por lo mismo y ahí los controles por ejemplo telefónicos, que preguntas te hacían o que te decían para saber bien como que ese control fuera efectivo y los demás controles iban en torno a si yo me estaba sintiendo bien o no. Imagino que iban descartando por ejemplo que mi embarazo pudiese ser de alto riesgo o que yo estuviese desarrollando algún tipo de patología.” (Katherine, 2021)

Esta adaptación, sin embargo, plantea interrogantes sobre la calidad de la atención y la capacidad de establecer conexiones más profundas entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas.

Durante la planificación del parto, se observó que la realidad no siempre coincidía con las expectativas. Katherine, por ejemplo, optó por un parto en casa debido al contexto de pandemia, destacando que la idea de parto en casa también puede estar romantizada; ella comenta:

“Yo muy consciente de la posibilidad de la violencia obstétrica que hay en los sistemas de salud y el incremento de las cesáreas forzadas como para aumentar la cantidad de partos por profesionales, entonces no tenía ganas de correr ese riesgo y con ella estaba planificando un parto en casa (...) Creo que llega un punto en el que el parto en casa se ha romantizado un poco hasta como el aguantar el dolor, así como, bueno, el sistema de la violencia obstétrica puede ser el recibir oxitocina el recibir anestesia en general de forma forzada y te pierdes de la experiencia natural del parto, sí, pero un parto con un dolor intransitable no es feminista, bajo ningún punto”. (Katherine, 2021)

Por otro lado, Francisca tuvo su parto en la clínica y expresó arrepentimiento sobre su decisión inicial:

“En mi caso se me presionó para que tuviera un rápido y yo solo quería buscar a un ginecólogo que en verdad me diera confianza, que realizara un parto como yo quiero. Entonces para mí el parto fue 100% violento porque me demoré mucho tiempo en buscar a mi ginecóloga (...) Entonces mi parto fue con episiotomía, bajo un foco tremendo de

luz que yo creo que es más traumático para el bebé que para una. Fue con mucha gente, que hoy en día lo recuerdo y me pregunto: ¿por qué había tanta gente en la sala de parto? Cuando pregunté si me podía parar para caminar, para hacer algunas posturas de relajación, la matrona también me la negó, me dijo: “no te puedes parar” (...) me asustaban mucho, me decían ya, si no se tenía que dar vuelta el Amaro - mi hijo-. Si no se da vuelta de aquí en dos horas vamos a tener que hacer cesárea, la típica. De hecho, el ginecólogo lo dio vuelta, como que él metió una mano y lo dio vuelta, lo giró y dijo: “ya, vamos ahora” (...) También me metía mucho miedo con que mi pareja no iba a poder asistir al parto y eso también yo creo que es un término, no sé, violento. Porque siendo primeriza, teniendo un parto sola, cómo, no, qué vas a hacer, como que te da miedo”. (Francisca, 2021).

La experiencia de parto durante la pandemia, analizada desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, revela una complejidad de situaciones y emociones. Los testimonios de Katherine y Francisca ofrecen dos perspectivas distintas, pero ambas señalan desafíos en el sistema de salud relacionados con la violencia obstétrica y la falta de respeto a las decisiones de las mujeres.

Por otro lado, Francisca relata una experiencia hospitalaria que contrasta con sus deseos iniciales. La presión para un parto rápido, la falta de confianza en su ginecóloga y la violencia obstétrica evidenciada en la negación de opciones como caminar o cambiar de posturas, así como la presión para realizar una episiotomía y la amenaza de una cesárea, ilustran la falta de respeto a las decisiones de la mujer y la imposición de procedimientos médicos innecesarios.

Ambas experiencias subrayan la importancia de un enfoque respetuoso hacia las decisiones de las mujeres durante el parto. El respeto a la autonomía, la información transparente y la participación activa en las decisiones relacionadas con el parto son fundamentales para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Además, la necesidad de revisar y mejorar los protocolos de atención obstétrica se vuelve evidente, con un énfasis en la importancia de un parto respetado que tenga en cuenta las necesidades y deseos individuales de cada mujer.

Dentro de la misma narrativa y reflexión sobre parto respetado Katherine comentó:

“Siento que la medicina tradicional se queda muy corta en eso porque, por ejemplo, si se le diera una perspectiva más espiritual al trabajo de parto, se respetaría completamente la necesidad del tiempo, por ejemplo, el cuidado a que ese tiempo pueda continuar y que no se vea entorpecido por un estado de salud por darte un ejemplo, yo creo que mi matrona aquí me podría haber puesto suero para hidratarme un poco si se daba cuenta que yo no tomaba agua y teniendo esa herramienta porque ellas, además de las Lucas nos pidieron que nosotros tuviéramos todos los instrumentos médicos, gasas, sabanillas, suero, todo eso tuvimos que ponerlo nosotros, guantes, mascarillas, absurdo igual, pero lo tuvimos que poner nosotros”.

Buckley (2015) destaca que confiar en la habilidad natural perfeccionada por la evolución en el parto humano añade satisfacción a la investigación científica. Respetar la fisiología intrínseca del cuerpo durante el parto es crucial, según Buckley (2015), ya que revela la conexión innata entre el cuerpo humano y este proceso. Este reconocimiento no solo profundiza nuestra comprensión de esa conexión, sino que también subraya la importancia de honrar la sabiduría inherente a la naturaleza en el diseño del parto. La seguridad en el parto, cuando se respeta su fisiología, sirve como evidencia de la eficacia evolutiva para garantizar el bienestar de la madre y el hijo.

Desde otro punto de vista Camila daba cuenta de la falta de acceso y atención por parte de un equipo interdisciplinario y sobre todo en cuanto a la salud mental en el proceso de embarazo:

“El embarazo es como una ruleta de emociones, yo sí creo que tendría que haber más accesibilidad a psicólogos, eso falta mucho, el tema de la salud mental no se toma en serio, yo creo que eso tendría que ir de la mano, porque supongo que cuando una está embarazada y está con sobrepeso lo que hacen es ponerte en una nutricionista, pero también deberían ayudarte con psicólogo, no lo ven de manera integral, por tema pandemia al menos no lo vieron como que tú sientes que debería haberse enfocado más al tema de la salud mental sobre todo en pandemia en los embarazos” (Camila, 2021).

Cómo se observó en las entrevistas sobre “depresión en la maternidad” y en las reflexiones sobre un cuidado hacia la integridad de la madre en depresión postparto, Constanza visibilizó que a pesar de siempre haber querido ser mamá, igualmente le diagnosticaron depresión postparto:

“Yo siempre quise ser mamá, yo siempre tuve como ese sueño, ese anhelo, y aun así a mí igual me dio depresión postparto, o sea, yo me imagino que si yo, que tenía esa disposición y ese anhelo, me dio una depresión postparto, me imagino cómo deben pasarla las mamás que no querían tener a su bebé” (Constanza, 2021).

La atención de salud mental durante el periodo perinatal ha cobrado mayor relevancia en un contexto de aislamiento social y estrés adicional. La adaptación de los servicios de salud mental para abordar las necesidades específicas de las mujeres embarazadas y posparto se presenta como una prioridad crucial en la atención perinatal.

La adaptación de las prácticas de cuidado postnatal ha llevado a replantear la importancia de las redes de apoyo y la comunidad en la salud materna. La solidaridad a distancia y las conexiones virtuales han emergido como estrategias para compensar las restricciones en las interacciones presenciales, pero también han evidenciado la necesidad de fortalecer las redes comunitarias en la atención posparto.

En la década de los ochenta, surge un aumento en la medicalización en la atención al embarazo y al parto en sociedades industrializadas. Las etnografías de esta época se centran más en la fase del parto, reflejando el cambio hacia la atención médica en lugar de la tradicional atención de parteras y comadronas. Este cambio, influenciado por el paradigma biomédico dominante,

ha impactado las creencias y prácticas populares en torno a la maternidad. Ahora son los profesionales sanitarios los principales "controladores" de todo el proceso de la maternidad, tanto en el embarazo como en el parto

Las intervenciones médicas, como la realización de cesáreas, han sido objeto de reflexión en este contexto. La pandemia ha generado un aumento en la tasa de cesáreas, destacando la necesidad de evaluar cómo estas decisiones médicas afectan la salud materna y la experiencia de parto, y cómo se pueden equilibrar con las medidas de prevención de la COVID-19.

La atención durante el parto en soledad se destaca como una experiencia única y desafiante, poniendo de manifiesto la importancia de la presencia y el respeto a las decisiones de las mujeres en el sistema de salud. A pesar de estos desafíos, algunas mujeres han experimentado un parto positivo durante la pandemia, resaltando la adaptación y el esfuerzo de los profesionales de la salud.

En conclusión, la atención de salud durante la gestación, embarazo, parto y puerperio en pandemia requiere una reflexión profunda sobre la adaptación de los servicios, la necesidad de una atención integral y la importancia de respetar la autonomía y decisiones de las mujeres. La intersección entre la historia de la atención perinatal y los desafíos actuales destaca la complejidad de este proceso y la necesidad de una atención que abarque aspectos médicos, emocionales y culturales.

7.8 Alternativas para una salud integral en la maternidad

Desde el punto de vista de Briceño-León (2000), la salud no puede entenderse únicamente desde una perspectiva biológica, sino que es el resultado de una síntesis compleja de diversos factores y procesos que abarcan lo biológico, el entorno, las interacciones sociales, y elementos a nivel global. Estos procesos no solo involucran la biología del cuerpo y su relación con el entorno, sino que también se ven influenciados por dinámicas sociales, políticas y económicas. De esta manera, la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, ya que se concibe como un fenómeno integral que abarca dimensiones físicas, sociales y estructurales.

En los últimos tiempos, el avance de la medicina ha sido notable, especialmente en el ámbito de la maternidad. Este progreso nos invita a reflexionar sobre las alternativas disponibles para una salud integral durante el embarazo y el parto. Katherine en su relato contaba una experiencia con medicina ayurveda como una alternativa a la medicina convencional, en donde dice que:

“Entonces ahí no había como una ayuda tan efectiva porque los embarazos de mi mamá igual fueron hace tiempo en consideración de que la medicina ha avanzado harto en el último tiempo y mi matrona fue mamá hace como dos años y ella igual tuvo esa experiencia y ella tiene una amiga que es doula también que trabaja con la medicina ayurveda, entonces como que le pasó varios tips y me los pasaba a mí también.”
(Katherine, 2021)

La medicina ayurveda emerge como una opción que va más allá del enfoque convencional, considerando no solo el cuerpo físico, sino también las dimensiones mentales y espirituales. Este tipo de medicina proviene de la cultura india y explorar este camino puede ofrecer perspectivas novedosas sobre el bienestar materno.

Al adoptar un enfoque que considera las dimensiones espirituales y cognitivas, se logra situar al ser humano en su totalidad. Este enfoque holístico podría contribuir a una experiencia de maternidad más completa y satisfactoria. La medicina tradicional a menudo carece de una perspectiva espiritual al abordar el trabajo de parto. Explorar y comprender el significado espiritual de este proceso puede enriquecer la experiencia de las mujeres durante el parto.

Briceño-León destaca la conexión intrínseca entre la salud y las condiciones históricas. Cada periodo histórico refleja una sociedad con perspectivas y estructuras de poder únicas, así como valores, costumbres y normas específicas. Esto implica que la percepción y comprensión de la salud varían a lo largo del tiempo, ya que están moldeadas por las condiciones particulares de cada época. Es esencial también considerar la negligencia previa en la salud personal que muchas mujeres experimentan antes de embarazarse. Reflexionar sobre este aspecto destaca la importancia de abordar la salud de manera integral desde antes de la concepción.

En palabras de Nicole, ella decía:

“En el sistema de salud debería ser más holístico, debería ser menos convencional, menos tradicional y más energético, más natural con otra información no tan medicamentosa normal quizás o puede ser apañado de eso, pero porque a veces igual es necesario, pero les falta involucrarse en el área natural al sistema de salud para la atención de mujeres en toda área no solamente en el embarazo” (Nicole, 2021).

El parto en el agua emerge como una alternativa menos violenta tanto para la madre como para el bebé. Este enfoque busca proporcionar un entorno más tranquilo y relajado para el proceso de dar a luz, considerando el agua como un medio que puede facilitar la transición del bebé al mundo exterior.

El conocimiento sobre diversos tipos de partos y los procesos asociados es esencial. Con conciencia sobre estas opciones, las mujeres pueden tomar decisiones informadas que se alineen con sus necesidades y deseos individuales. Considerar alternativas de parto natural también es fundamental. Permitir que el cuerpo siga su curso natural, siempre que sea posible, puede mejorar la experiencia y la recuperación postparto.

Explorar ideas sobre rituales y el uso de la medicina placentaria es otra perspectiva interesante. Estas prácticas pueden tener beneficios tanto físicos como simbólicos para la madre y el recién nacido. Por ejemplo, la enseñanza sobre el propósito del dolor durante el parto es crucial. Comprender este aspecto no solo físicamente, sino también emocional y espiritualmente, puede cambiar la percepción del dolor y contribuir a un proceso de parto más empoderador.

También como se mencionó anteriormente, el Método Billings se presenta como una opción destacada para el cuidado de la fertilidad. Este enfoque natural no solo promueve una mayor

conexión y comprensión del propio cuerpo, sino que también evita la introducción de sustancias químicas o procedimientos médicos más intrusivos.

La importancia de la asistencia de doulas a lo largo del proceso del embarazo ayuda a proporcionar un apoyo integral que impacta positivamente en la vivencia de la maternidad. Las doulas no solo ofrecen consuelo emocional y aliento, sino que también desempeñan un papel en la educación y empoderamiento de las mujeres embarazadas. A través de la información que proporcionan sobre las opciones de parto, los procedimientos médicos y las decisiones relacionadas con la maternidad, las doulas capacitan a las futuras madres para tomar decisiones informadas y activas sobre su propio cuidado y el de sus bebés. El apoyo emocional y conocimiento práctico no solo contribuye a una experiencia de maternidad más positiva, sino que también fortalece la confianza de las mujeres en su capacidad para tomar decisiones que afectarán positivamente su salud y la de sus hijos. La presencia de doulas, con su enfoque holístico y su compromiso con el bienestar materno, destaca la importancia de un cuidado más completo y personalizado durante el embarazo.

Por otro lado, incluir al padre en el proceso de cuidado y toma de decisiones no solo es un acto de reconocimiento de su papel, sino también una inversión en el crecimiento mutuo de ambos progenitores. Este enfoque holístico no solo beneficia a la pareja, sino que también modela comportamientos positivos para los hijos, promoviendo una comprensión más profunda y respetuosa de la diversidad de roles en el ámbito familiar. En última instancia, el apoyo integral al padre contribuye a la construcción de una experiencia parental más enriquecedora y armoniosa para todos los miembros de la familia.

Por lo que abogar por la creación de una política pública que garantice asistencia integral a cada mujer embarazada es un paso crucial. Esto no sólo promovería la equidad en la atención, sino que también aseguraría un cuidado de calidad para todas las mujeres. Al garantizar el acceso a servicios de atención prenatal de calidad, controles regulares y apoyo continuo durante el parto y el postparto, se establece un cimiento sólido y sostenible para la salud a lo largo de la vida.

7.9 Movimiento feminista y maternidad

Simone de Beauvoir, en su obra de 1949, sostiene que la maternidad se percibe como algo natural debido a la influencia de la cultura patriarcal. La maternidad, es un concepto arraigado en diversas culturas y sociedades, ha sido fundamental en la construcción del ideario de lo que implica ser mujer a lo largo de la historia (Molina, 2006).

Bajo esta comprensión de la maternidad, los movimientos feministas han aportado a resignificar la experiencia de ser madre, durante sus procesos de gestación, embarazo, parto y crianza. Además de contribuir a la aceptación y reconocimiento de diversas identidades familiares, incluyendo familias monoparentales, familias con padres del mismo sexo y otras estructuras familiares no tradicionales.

Esto ayuda a desafiar las normas convencionales ya promover un ambiente más inclusivo. A su vez, visibilizar a la mujer que decide maternar como sujeta de derechos autónoma, libre y desmitifica la idea sobre la maternidad como destino obligatorio

Las feministas han trabajado por visibilizar la realidad de la maternidad, hasta el punto de sensibilizar y observar cambios profundos a nivel social. Como se vio reflejado también en los relatos de las entrevistadas, por ejemplo, Francia mencionó:

“También lo vi reflejado en mi experiencia personal, yo tengo otra visión ahora de la maternidad y de todo el movimiento feminista también. Antiguamente no se veía mucho eso, hablando con mi mamá, por ejemplo, para ella no existía casi el feminismo al momento en que ella me tuvo y tuvo a mis hermanos. Mi mamá por ejemplo en sus tiempos dejó de trabajar, solo se dedicaba a la casa, el aseo, esperar al marido y yo, por ejemplo, dejé la casa muy de lado para cuidar a mi bebé y la pongo en prioridad a ella más que otra cosa” (Francia, 2021).

En el relato de Francia, se ilustra cómo el feminismo ha influenciado en la percepción de la maternidad, mostrando una evolución desde tiempos en los que la maternidad estaba ligada a roles tradicionales y limitantes. La experiencia personal de Francia, contrastada con la de su madre, resalta el cambio en la visión de la maternidad y el papel de la mujer.

Por otra parte, Katherine, inicialmente tenía una visión del feminismo como antinatalista, negando la idea de tener hijos. Sin embargo, en los últimos años, ha habido un cambio significativo en esta perspectiva, con un aumento de madres identificadas como feministas.

Este cambio evidencia una transformación en la comprensión del feminismo y su relación con la maternidad, mostrando que la diversidad de voces y experiencias contribuyen a una visión más matizada y dinámica del feminismo. Así, Nicole también observó que:

“Si cambió demasiado el movimiento feminista la maternidad, la cambió para hacer tribu, para hacer círculos de mujeres, para apañarnos entre mujeres con la sororidad empatizando esos momentos difíciles que se viven durante la gestación, durante el puerperio durante todo este proceso en realidad, qué significa ser mamá, que es toda la vida de aquí siempre uno aprende” (Nicole, 2021).

Como se mencionó anteriormente, emergen nuevas formas de crianza en las que se cuestionan las relaciones de poder propias del sistema patriarcal ligado al adultocentrismo, generando instancias de crianza respetuosa. Nicole lo evidencia cuando comentó:

“Entonces tratar de enseñarle todas esas cositas de amor, de respeto de comprensión de empatía a mi niño y con un carácter fuerte como su mami y entonces darle lo mejor que tengo no más de mis conocimientos igual porque igual me gustan mucho hartas cosas entonces quiero entregarle lo mejor de lo mejor a mi bebé de manera valórica y para mí eso tiene que ver con una maternidad feminista en el sentido de pensar pero no radical sino que un feminismo más amoroso donde se entiendan se incluyen las personas y también se sepa hacer la división entre cosas que se pueden mal entender pero que se

puedan estropear por ejemplo exceso de sororidad o que se romantice más que nada la sororidad o cosas así entonces es como mi postura sobre la maternidad por enseñarle lo más equilibrado.” (Nicole, 2021)

En palabras de Sanchez (2016), hallar la manera de reconstruir estos conceptos, a su vez cómo fortalecer estas nuevas formas de crianza en las que se han presentado transformaciones lentas y que podrían caracterizarse por la simetría de roles, donde tanto hombres como mujeres desempeñen las tareas del hogar por igual.

El feminismo ha abogado por una distribución más equitativa de las responsabilidades parentales entre mujeres y hombres. Ha desafiado las expectativas de género que asignan automáticamente a las mujeres el papel principal en la crianza de los hijos y ha abogado por una mayor participación de los hombres en el cuidado de los hijos.

Nicole comentó:

“bueno el aspecto en cómo se vio reflejado en mí, mi decisión fue yo decidir por mi cuerpo, en cómo quería vivir una maternidad quizá una crianza el cómo quiero ver todas estas cosas y vivirla sabiendo que por ejemplo no todo puede ser perfecto, pero teniendo una postura dentro de la sociedad. (Nicole, 2021)

Por otro lado, el reconocimiento del trabajo no remunerado ha resaltado a las labores domésticas, a la maternidad y la crianza como un trabajo que se invisibiliza a nivel social y sistemáticamente, destacando que las mujeres no solo contribuyen económicamente al hogar sino que también desempeñan un papel crucial en la reproducción y el cuidado, lo cual a menudo es subvalorado.

El feminismo ha cuestionado la idea de que todas las mujeres deben ser madres para cumplir su propósito en la vida, en ese sentido se plantea que la maternidad debe ser deseada. Ha promovido la idea de que las mujeres tienen el derecho de elegir si quieren o no ser madres, y que su valía no se limita a su capacidad para procrear.

Constanza mencionó que:

“El movimiento feminista y toda esta información que ha surgido últimamente respecto de la maternidad y el defender el hecho de que sea una maternidad deseada, yo creo que, aparte de ser muy positivo, ha generado un cambio en este paradigma de la maternidad. O sea, yo creo que la mayoría de las mujeres que deben seguir pensando como antes son las personas de más edad que son más como rehacía a los cambios de pensamiento” (Constanza, 2021).

Estos movimientos han aportado al derecho de hablar sobre embarazos deseados y han visibilizado distintas realidades en torno a la maternidad. En última instancia, el cuidado se presenta como un proceso continuo que debe ser considerado en todas las etapas, desde la gestación hasta el puerperio, enfatizando la necesidad de un enfoque integral y respetuoso impulsado por el feminismo.

Esto se evidencia en los relatos de las entrevistadas al hablar, por ejemplo, de aborto, Francisca dice que: “mientras no tengamos un aborto libre muchas mujeres no van a desear su maternidad” (Francisca, 2021)

Por otra parte, Camila comentó:

“Yo siempre he dicho que siempre he estado a favor del aborto. Como que uno tiene que tomar su decisión sobre su cuerpo, porque si no estoy preparada para tener un hijo, el mundo mejor que no lo tenga. Y uno tiene que querer y desear tener un hijo, ¿cachai? Porque tener un hijo obligado debe ser terrible.” (Camila, 2021)

La autonomía en poder decidir respecto a abortar o no y la defensa por una maternidad menos culposa y deseada desde perspectivas feministas, han entregado un valor distinto a su significado y experiencia. La visibilización del parto respetado y la creación de nuevas leyes sobre maternidad han sido contribuciones significativas del feminismo. Además, el movimiento ha desafiado la normalización de abusos, destacando la importancia de cuestionar y rechazar situaciones de violencia obstétrica.

En este contexto, la conciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud se ha vuelto más evidente, convirtiéndose en un foco de atención del movimiento feminista en la actualidad. Por ejemplo, en Chile, se está tramitando la Ley Adriana que busca erradicar la violencia gineco-obstétrica en todas las etapas de la gestación, Ley que tiene por propósito establecer, promover y garantizar los derechos de las personas gestantes en todas las etapas del proceso reproductivo.

Katherine, al optar por un parto en casa, evidencia su conciencia sobre los riesgos de la violencia obstétrica y las cesáreas forzadas en los sistemas de salud. Su elección refleja la búsqueda de una experiencia de parto más natural y libre de intervenciones. Sin embargo, también destaca la romantización del parto en casa y la necesidad de equilibrar la defensa de los derechos con la consideración del dolor intransitable, subrayando que un parto doloroso no es necesariamente feminista.

En la experiencia de parto en casa que tuvo Katherine, comentó lo siguiente:

“Creo que llega un punto en el que el parto en casa se ha romantizado un poco hasta como el aguantar el dolor, así como, bueno, el sistema de la violencia obstétrica puede ser el recibir oxitocina el recibir anestesia en general de forma forzada y te pierdes de la experiencia natural del parto, sí, pero un parto con un dolor intransitable no es feminista, bajo ningún punto” (Katherine, 2021).

En el caso de Constanza ella contó su experiencia:

“A mí me adelantaron el parto, porque mi bebé era muy pequeña, supuestamente, y como era, no confié y pequé, pequé de confiar, porque después ya averiguando todo, me di cuenta de que sí fue parte de violencia, porque mi ginecólogo me sometió de cierta forma a una cesárea” (Constanza, 2021).

Ambas experiencias llevan a la reflexión de que es importante remarcar y salvaguardar la autonomía en el proceso de parto, pero al mismo tiempo tener cuidado con abandonar un proceso que la matrona debe orientar e intervenir cuando sea necesario. La discusión sobre el dolor intransitable en el parto y su relación con el feminismo destaca la complejidad de integrar la maternidad en un marco feminista.

En palabras de García (2018), este tipo de violencia se puede expresar por acción y omisión. Por ejemplo, las acciones pueden ser hechos como la falta de respeto a los ritmos naturales del parto o realizar procesos innecesarios como se reflejó en las dos experiencias anteriores.

El movimiento feminista ha sido un actor clave en la creación de legislaciones sobre maternidad, desafiando la normalización de abusos, lo que vulnera la relación asimétrica entre el personal médico y las mujeres, afectando el proceso de parto en Chile. Además, ha dado voz a las mujeres que experimentan sentimientos de culpa en situaciones de abuso durante el parto, reconociéndose como una plataforma para reivindicar sus experiencias y exigir cambios en la atención médica tanto en los sistemas públicos como privados.

Francisca dijo que:

“Lo que pasa es que yo creo que el movimiento feminista ha hecho ver muchas cosas y en ese ver muchas cosas, mucha gente ha accionado esas cosas ha dicho, es así, hagámoslo así. Entonces, hay mucha gente que ahora lo está haciendo y lo está visibilizando, creo que las redes sociales han ayudado mucho en eso y hay ginecólogos ahora que lo ven como el parto respetado.”

Al visibilizar el parto respetado como una opción fundamental, el movimiento feminista ha contribuido significativamente ya que, al destacar la importancia de la autonomía, el consentimiento informado y el respeto a las decisiones de las mujeres en el proceso de parto, el feminismo ha abogado por un enfoque más centrado en la mujer y sus necesidades físicas y emocionales.

Camila reflexionaba que:

“Estos movimientos feministas yo creo que sí han hecho un gran cambio social hacia las mujeres de evitar, de callar cosas que siempre estábamos acostumbradas o lo hacían de manera normal. Normalizar muchas cosas. Normalizaron que hubiera abusos. Normalizaban que si la niña quedaba embarazada por violación debía tener la guagua, aunque fuera del tío, del abuelo. Se callaba mucho el tema familiar. Yo creo que en ese sentido sí nos abrieron los ojos en ese tipo de cosas” (Camila, 2021).

En el caso de Francisca ella reflexiona sobre como el movimiento feminista aún tiene correspondencia mayoritaria en las mismas mujeres que han sido madres y que de algún modo empatizan y solidarizan rápidamente en una situación particular a diferencia de sus pares hombres:

“En mi experiencia, por ejemplo, si yo me quejo, por ejemplo, en mi trabajo de que no hay sala de lactancia, un hombre me va a decir: “ya, pero puedes hacerlo en el baño”. Si yo me quejo frente a una mujer que no ha sido mamá quizás me va a preguntar: ¿esto es legal o te incomoda de cierta forma sacarte leche en otro lado?, o no sé, como que no te va a decir: “puedes hacer esto”. Y la mujer que ha sido mamá lo cuestiona contigo, es como, no hay sala de lactancia como que hay ciertas condiciones que deben mejorar sí o sí, y en eso los grupos feministas de hoy en día han peleado nuevas leyes al respecto.” (Francisca, 2021)

En la actualidad, en Chile existe una ley de lactancia que promueve, protege y apoya la práctica de la lactancia materna, ya que todas las madres tienen derecho a alimentar a sus hijos/hijas de manera libre. Sin embargo, no todos los trabajos propician espacios dignos, accesibles, higiénicos y con las condiciones necesarias para el periodo de lactancia.

El feminismo ha sido fundamental en la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres, incluido el derecho a decidir cuándo y cómo tener hijos. Esto implica el acceso a métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y el derecho al aborto, lo que empodera a las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Esto ha enriquecido las perspectivas sobre la maternidad y la crianza al desafiar las normas tradicionales, promover la equidad de género y defender los derechos y elecciones individuales de las mujeres en estos ámbitos.

Desde el feminismo se cuestionan los roles de género rígidos, reconoce que la maternidad debe ser deseada y como una libre elección de quienes deciden maternar. Esto implica que la maternidad no debe ser impuesta y que las mujeres deben tener el poder de decidir sobre su propio cuerpo y su papel en la crianza. En ese aspecto, contribuye con la equidad en la distribución de responsabilidades en el espacio doméstico. Se ha promovido la idea de que las responsabilidades relacionadas con la crianza deben distribuirse de manera equitativa entre los padres. Esto incluye no solo tareas cotidianas como cambiar pañales y alimentar a los niños, sino también la toma de decisiones importantes relacionadas con la crianza, donde el padre debe tener una participación activa.

Capítulo 8: Conclusiones

Respondiendo a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las vivencias y visiones de las mujeres embarazadas en relación con su maternidad y crianza en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos durante la pandemia COVID-19 en la Región Metropolitana entre el 2020 y 2021? Para hablar sobre las perspectivas que se tienen sobre su maternidad y crianza en esta investigación se concluyó que existen varios elementos que conforman a la maternidad, que van desde construcciones simbólicas como culturales, las que abarcan dimensiones corporales, biológicas, emocionales, de género, políticas, económicas y sociales.

Para hacer el análisis, primero se determinó cómo recopilar los datos, para lo cual el análisis de contenido fue crucial en la interpretación de las entrevistas realizadas, creando una lista de

códigos para luego agruparlos en categorías que aportarían al desarrollo del análisis y la presentación de los resultados de este estudio.

Se identificó que las visiones sobre maternidad y crianza que tuvieron en la vivencia de embarazo COVID -19, provienen de un imaginario de la “buena madre” o “mujer fuerte” (Montecino, 2001), que perpetúa estereotipos que mantienen los roles de género de manera desigual dentro de un sistema patriarcal, adultocéntrico y capitalista, los cuales vienen principalmente de una violencia estructural y se replica en su entorno social.

Así como lo manifestaron tanto Nicole, Francia, Camila, Constanza como Francisca, hay una visión patriarcal, limitante y machista de la maternidad y de la crianza. Quienes asumen la carga de los cuidados y las responsabilidades de este rol son principalmente las mujeres, el cual ha estado presente y se ha sostenido de generación por generación. De ese modo, también se produjo un cambio en sus formas de ver a la maternidad, lo cual estuvo influenciado por los movimientos feministas.

Desde ese punto de vista, se generó una mirada crítica al entorno social en cuanto a comentarios u opiniones relacionados al tema, en donde mencionaron que existe una romantización de la maternidad, la cual no permite hablar sobre los aspectos que pueden no gustar de esta experiencia, como el estar sola, cambiar rutinas, vivir frustraciones e incomodidades o dejar de realizar actividades en función de las necesidades del bebé. Lo cual no quita el hecho de sentir afecto, preocupación, amor y de llevar la responsabilidad por quien se cría.

Negar esa realidad, sería como negar su identidad maternal en su complitud y como lo mencionaron en las entrevistas, hablar sólo de lo hermoso de la maternidad no aporta al cuestionamiento de la desigualdad y los tipos de violencia que se viven en la maternidad. Al recuperar la historia que destaca la opresión y la lucha colectiva de las mujeres, se satisface la necesidad de que las mujeres de hoy comprendan su pasado real. Esto ayuda a prevenir que en el futuro enfrenten nuevamente la negación de su propia identidad y la falta de reconocimiento (Kirkwood, J. 1986, p. 27)

Las construcciones de las visiones sobre la maternidad también son compartidas, es decir, poder escuchar los relatos de las abuelas, las tías, madres, hermanas o amistades permite realizar un panorama mayor al de las distintas realidades que se viven en tiempos y espacios diferenciados al propio. Se identificó cómo influyen las percepciones sobre su propia experiencia de maternidad reflejadas en sus decisiones, roles y prácticas asociadas al bienestar en el contexto COVID-19 y cómo fueron enfrentando este nuevo escenario.

En ese aspecto, en cuanto a la toma de decisiones, no había una necesidad de aprobación de su entorno las entrevistadas, estas demostraron que podían explorar libremente el cómo querían vivir sus procesos de embarazos, cuestionando consejos-mitos que recibieron y que gracias al acceso a mayor información vía internet pudieron ir desmitificándolos. También se vió un enjuiciamiento hacia las madres en cuanto a su toma de decisiones, lo que de igual forma no las hizo dudar de su autonomía al momento de decidir.

Las prácticas de bienestar que llevaron a cabo para enfrentar sus embarazos en contexto de pandemia se centraron en favorecer sus estados anímicos y emocionales. Prácticas que atravesaron distintos momentos importantes. Primero, tener que asimilar su embarazo con pena, miedo, incertidumbre, alegría, amor o entusiasmo y asumir que se venía un proceso difícil.

Luego, informarse a través de redes sociales, grupos de internet o WhatsApp y buscar estrategias para acceder a la información sobre embarazo, ya que fue mucho más complejo acceder a talleres o charlas que se daban con anterioridad a la pandemia a causa de las restricciones y cuarentenas de ese entonces.

Por otro lado, dentro de sus percepciones experimentaron una relación cuerpo- emoción de distintas maneras, por ejemplo, en los cambios de rutinas de actividad física, el distanciamiento social, visualizar los cambios físicos a causa del embarazo, además de los hormonales. La comprensión del propio cuerpo durante el embarazo para las entrevistadas propició a un momento de autoconocimiento y de auto observación, respetando sus tiempos y ritmo natural, sobre todo en el momento del parto, experimentando el dolor e identificándolo para un mejor manejo de este. A pesar de seguir las recomendaciones de las y los profesionales de la salud, también lograron identificar su propio sentir, en el cuerpo, evidenciando que, en palabras de Buckley (2015), hay una adaptación intrínseca del cuerpo en el proceso del parto.

Así las percepciones del propio cuerpo, las emociones e identificar la sensación de dolor en la experiencia de embarazo, también dan cuenta de que las entrevistadas mediante su toma de decisiones, llevaron a cabo prácticas culturales vinculadas la maternidad y crianza. Otra práctica cultural que se identificó de las entrevistadas fueron las nuevas formas de crianza, adquiriendo prácticas y técnicas de alimentación para sus bebés como el método Baby Lead Weaning (BLW) que utilizó Francisca.

En el relato de Nicole, por ejemplo, también se evidenció la decisión de tener una crianza feminista, desde practicas amorosas, donde visualizaba el desafío de criar a un niño dentro de un sistema patriarcal, a quien le gustaría inculcarle valores de respeto deconstruyendo la lógica de los roles de género determinados por estereotipos, generando una conciencia de que todas las personas deben ser tratadas desde un lugar más amable y respetuoso.

Así como está la idea de que no se nace mujer, sino que se llega a serlo como lo dice Simone en el Segundo Sexo, el testimonio y los deseos expresados por Nicole de querer llevar una maternidad y crianza feminista da cuenta de que la construcción social de ser hombre también está determinada por lógicas culturales patriarcales y se deben ir cuestionando para construir vínculos sociales más equitativos.

La maternidad y la crianza situada en el marco de los DDSSRR contribuye a restablecer nociones sobre los roles de género a través de la toma de decisiones, cuestionando un orden establecido e impuesto. Cada una de las entrevistadas estuvo de acuerdo con que la maternidad debe ser deseada y por tanto garantizar una atención integral en salud sexual y reproductiva, el derecho a un aborto libre, propiciar una educación sexual integral de calidad que fomente el

autoconocimiento y soberanía de los cuerpos para enfrentarse al saber biomédico de manera informada y en esa misma línea, mejorar el acceso a la información en tiempo de crisis.

Se puede señalar que las mujeres entrevistadas se han encargado de construir su propia identidad maternal, influenciada por el contexto de la pandemia COVID-19, transformándose en maternidades y crianzas pandémicas, las cuales, a pesar de no autodefinirse como feministas, si están influenciadas por los movimientos feministas. Sus crianzas son críticas a lo establecido por el sistema, por tanto, una alternativa planteada por las mujeres que participaron de esta investigación es poder materner en tribu, acompañándose entre mujeres que sean parte de redes de apoyo mutuo.

Por lo demás, para identificar las experiencias en atención de salud sexual y reproductiva de las mujeres embarazadas en torno a sus DDSSRR durante la pandemia del COVID-19 se les preguntó acerca de los conocimientos previos sobre salud reproductiva, sobre la relación entre paciente y profesional de la salud, experiencia de atención en sus ecografías y controles, si vivieron alguna vulneración en el sistema de salud, abordando desde sus propias experiencias.

Por parte de las entrevistadas se presentó la necesidad de un enfoque más integral en la atención prenatal y todo el proceso de embarazo, El sistema de salud debería ser más holístico, debería ser menos convencional, menos tradicional y, más natural. Además, se reconoce la importancia de la salud mental durante el embarazo, debido a los múltiples casos de depresión en la maternidad.

La falta de accesibilidad a profesionales de la salud mental y la escasa consideración de aspectos psicológicos sobre todo en el contexto de pandemia, revelan una brecha en la comprensión de la experiencia completa del embarazo, ya que, desde la perspectiva de las entrevistadas, se vive como una “ruleta de emociones” y así como se da la importancia de atender los aspectos fisiológicos, también debe ponerse atención al ámbito psicoemocional de las embarazadas.

En la investigación, Constanza tuvo acceso a atención psicológica y a través de su relato se pudo dar cuenta de la perspectiva machista que tienen algunos profesionales para abordar temas de gestación y la insatisfacción con el abordaje terapéutico indican la importancia de contar con profesionales de la salud mental que comprendan y respeten las experiencias específicas de las mujeres durante el embarazo.

Por otro parte, dentro de la atención de salud se reflejó el tema de las relaciones de poder que existen entre profesional-embarazada, donde se aplicaron procedimientos innecesarios como inducir una cesárea o apresurar el proceso de parto, sin tomar en cuenta la autonomía y la toma de decisiones sobre la salud reproductiva que tienen las mujeres al momento de acceder a los hospitales o clínicas.

La experiencia de una cesárea sin consentimiento pleno y la presión para decidir sobre procedimientos médicos importantes señalan la importancia de empoderar a las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su cuerpo y su salud. La violencia de género

experimentada durante la maternidad y el embarazo por parte de profesionales de la salud también destaca la necesidad de una mayor sensibilidad y preparación en la atención médica.

También se expuso la discriminación económica experimentada durante el parto y el embarazo, resaltando la urgencia de acciones para garantizar que todas las mujeres reciban la atención necesaria, independientemente de su estatus económico.

Es por ello que se va generando una desconfianza en la salud y atención médica, influenciada por experiencias históricas y actuales, subraya la necesidad de abordar las desigualdades estructurales en el sistema de atención médica. Como lo menciona García (2010), el saber biomédico ha impuesto lógicas jerárquicas en la atención. Por lo tanto, el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos ejercen control sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva, que ha estado presente en los dos últimos decenios.

Los procesos burocráticos para realizar controles y procedimientos en centros de salud durante la pandemia generaron mayores dificultades, destacándose la implementación de la telemedicina en controles prenatales. Sin embargo, la telemedicina plantea desafíos al descartar riesgos y patologías durante el embarazo, lo que puede afectar la calidad de la atención.

Durante este estudio, la elección de un parto en casa surge como respuesta a las restricciones del COVID-19, el cual apareció dentro del relato de Katherine, destacando la responsabilidad del profesional de salud para un plan de acción adecuado. La experiencia diferenciada entre parteras y matronas resalta la importancia de seguir las recomendaciones de la OMS para garantizar un manejo competente y seguro del parto en casa. En conjunto, estas experiencias resaltan la importancia de adaptar y mejorar los servicios de salud reproductiva en situaciones de crisis como la pandemia, garantizando la accesibilidad, seguridad y elección informada de las mujeres embarazadas.

En resumen, estas narrativas resaltan la necesidad de una atención médica más centrada en la persona, inclusiva y respetuosa, que reconozca y aborde las dimensiones socioculturales y de género de la salud sexual y reproductiva. La atención de salud reproductiva durante el contexto del COVID-19 desde una perspectiva antropológica revela diversos desafíos y aspectos destacados. La falta de educación integral en instancias familiares sobre gestación, parto y postparto se enfrenta a la necesidad de brindar seguridad desde el sistema de salud, especialmente considerando las limitaciones en la presencialidad de los controles.

Para comprender estas dinámicas resulta fundamental proponer acciones a nivel macro y micro, como la creación de políticas públicas y prácticas médicas que sean inclusivas, equitativas y respeten los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, asegurando la equidad de género. Por ejemplo, extender el periodo de duración postnatal para los padres, brindando mayor flexibilidad en los trabajos, tanto para los padres como para las madres, incluyendo medidas que permitan compartir la carga de cuidado equitativamente.

Por otro lado, se observa la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de la atención médica, intensificando en tiempos de crisis, con el fin de evitar vulneraciones y el aumento de la violencia de género, como ocurrió durante los años 2020 y 2021 debido al COVID-19. Así también, hay que asegurar que las mujeres o personas gestantes que están viviendo un embarazo planificado o no, tengan la confianza de que van a recibir una atención digna desde el sistema de salud.

La salud mental de las madres también se expuso durante la investigación como algo crucial con el fin de cuidar su integridad. Por ese motivo el apoyo psicológico y de salud mental en la atención durante todo el proceso de embarazo. Implementar programas de apoyo psicológico y de salud mental específicos para mujeres embarazadas y madres primerizas realizando un seguimiento constante hacia las madres y al acompañamiento familiar. Si bien hoy en día existe el programa Chile Crece Contigo en el país, se plantea la necesidad de tener profesionales de salud con herramientas psicológicas para el acompañamiento integral de las madres, considerando a su núcleo y red de apoyo.

En ese sentido la existencia de un centro de salud mental exclusivo para la experiencia de embarazo, maternidad y crianza se hace relevante de considerar como parte de una política pública, garantizando que los servicios de salud mental sean accesibles y destigmatizados, pensando en quienes decidan atenderse se sientan cómodas, libres de violencia y discriminaciones.

De ahí también se evidenció la necesidad de tener educación sexual integral para el autoconocimiento, por ejemplo, de los ciclos menstruales para la regulación de la fertilidad y el conocimiento del propio cuerpo en todas sus dimensiones, emocionales, biológicas, mentales, etc. Además, facilitar el acceso a clases y talleres en distintos formatos para madres que pueden tener dificultades para participar en actividades, generar campañas de concientización sobre los derechos sexuales y reproductivos, destacando los desafíos específicos durante las crisis, cómo se vivió en pandemia donde no implementaron medidas eficientes o protocolos certeros para la urgencia del momento.

Por último, desde los aspectos macro realizar capacitaciones, charlas informativas y entregarla de manera clara sobre aspectos laborales en el proceso de embarazo y maternidad. Además, reforzar las protecciones laborales para mujeres embarazadas y madres, evitando la discriminación en el lugar de trabajo y fomentar políticas que permitan la adaptación del trabajo a las necesidades de cuidado de las madres y sus bebés.

Desde los aspectos micro, también se puede accionar desde lo cotidiano, por ejemplo, estableciendo estrategias desde los movimientos feministas temáticas emblemáticas y unificadas, así como se ha hecho con el derecho a decidir por el aborto, con la marea verde, poder generar dinámicas comunes, intervenciones u otras acciones que permitan visibilizar esta violencia estructural hacia quienes deciden maternar, lo cual viene de siglos desde discursos de la familia heteronormativa.

Mientras que estos movimientos sociales logren impulsar políticas públicas y que vengan desde el Estado, dándoles continuidad en los gobiernos de turno para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, como están acordados a nivel internacional. Por otra parte, que se promueva desde las bases sociales campañas por la violencia gineco-obstétrica en los sistemas de salud y exigir que tengan equipos interdisciplinarios como lo expresaron las entrevistadas y como se evidencia en otros estudios la necesidad de una atención en salud sexual y reproductiva integral.

Sumado a lo anterior, que la educación sexual integral no le pertenezca sólo al Estado desde el ministerio de educación y se de en los espacios académicos, educacionales o de salud, es decir, lograr generar su acceso por dentro y por fuera de lo institucional, realizando talleres en espacios abiertos y de uso comunitario, como plazas, juntas de vecino, clubes deportivos, municipios, parques, etc.

Otra alternativa es el acompañamiento en tribu con el fin de establecer grupos de apoyo comunitario para mujeres embarazadas y madres, ya sea presenciales o en línea, incluyendo a sus parejas, familia y entorno cercano. Facilitar la conexión entre mujeres que han experimentado la maternidad para compartir experiencias y recursos, considerando al accionar de manera colectiva, el apoyo mutuo y los cuidados como estrategias de sostenibilidad de la vida. En esa misma línea promover la importancia del autocuidado para las madres, facilitando espacios de pausas y apoyo en la gestión del estrés, frustraciones y otras emociones.

La implementación exitosa de estas medidas requiere el compromiso y la colaboración entre gobiernos, empleadores, profesionales de la salud y la sociedad en general para garantizar un entorno de apoyo integral para las mujeres que han experimentado la maternidad. La investigación tiene implicaciones directas para el diseño de políticas públicas relacionadas con la maternidad y los derechos reproductivos. Los hallazgos pueden informar estrategias para mejorar la atención materna, promover la igualdad de género en el ámbito de la salud y garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, brindando así aportes valiosos para el quehacer antropológico.

En ese sentido, es importante considerar que a pesar de tener limitaciones para la investigación producto la pandemia y no poder hacer trabajo de campo o aplicar otras metodologías, este estudio, aporta a complementar desde un enfoque cualitativo y antropológico desde diversos enfoques, como la antropología del cuerpo, la antropología de la salud y la antropología de género.

Se pueden abrir nuevos temas de interés de estudio para continuar profundizando en estas temáticas, por ejemplo, desde la antropología del cuerpo, se puede explorar cómo las experiencias corporales de las mujeres durante el embarazo en la pandemia se entrelazan con las prácticas culturales y sociales. También, analizar cómo las percepciones del cuerpo cambian en respuesta a la pandemia y cómo estas transformaciones afectan la construcción de la maternidad y desde ahí ocupar metodologías como mapeos corporales.

Así también desde la antropología de la salud y de género se puede evidenciar mediante etnografías virtuales o presenciales las dinámicas sociales entorno a una enfermedad, al

embarazo o desde algún aspecto de la salud sexual y reproductiva en contextos de violencia de género, también se puede explorar e investigar cómo las políticas de salud y las prácticas médicas han influido en la atención prenatal y en el parto durante la pandemia o las percepciones de las mujeres sobre la calidad de la atención médica y cómo estas percepciones impactan en sus experiencias de maternidad.

Abriendo, de ese modo, nuevas interrogantes y temas que abordar en cuanto a derechos sexuales y reproductivos, maternidad, crianza, contextos de crisis vinculadas a la salud como lo fue el contexto COVID-19, el cual desde los años 2020 y 2021 se presentó como un fenómeno sin precedentes para la sociedad actual.

Capítulo 9: Bibliografía

- Abela, J. (s.f). Evolución de la Teoría Fundamentada como Técnica de Análisis Cualitativo. Centro de Investigaciones Sociológicas. España.
- Aguayo, F., Correa, P., Cristi, P. (2011) Encuesta IMAGES Chile Resultados de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género. Santiago: CulturaSalud/EME. Disponible en: <http://www.eme.cl/encuesta-images-chile-encuesta-internacional-de-masculinidades-y-equidad-de-genero/>
- Aktar E, Qu J, Lawrence PJ, Tollenaar MS, Elzinga BM and Bögels SM (2019) Fetal and Infant Outcomes in the Offspring of Parents With Perinatal Mental Disorders: Earliest Influences. *Front. Psychiatry* 10, 391. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00391
- Álvarez Minte, G., Ramm, A., & Gideon, J. (2021). Maternidad y políticas públicas en Chile en el contexto del COVID-19. *Revista SAAP*, 15(2), 362-385. <https://dx.doi.org/10.46468/rsaap.15.2.a5>
- Báez, S. (2005). Familia y género: Las transformaciones en la familia y la trama invisible del género. *Praxis Educativa*, 9, 39-41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153120512004>
- Bermejo-Sánchez, F. R., Peña-Ayudante, W. R., & Espinoza-Portilla, E. (2020). Depresión perinatal en tiempos del COVID-19: rol de las redes sociales en Internet. *Acta Médica Peruana*, 37(1), 88-93. <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.913>
- Bonaccorsi, N., & Reybet, C. (2008). Derechos sexuales y reproductivos: un debate público instalado por mujeres. *LiminaR Estudios Sociales Y Humanísticos*, 6(2), 51-64. <https://doi.org/10.29043/liminar.v6i2.281>
- Bula Romero, Javier A. Maza Padilla, Luz Enith & Orozco Valeta, Martha. (2019). Prácticas de cuidado cultural en el continuo reproductivo de la mujer Embera Katio del Alto Sinú. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 59-78. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1785>
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño León, R., De Souza, - M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fio Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Canales, M. (2006). Metodologías de Investigación Social. Editorial LOM; Santiago, Chile.
- Caparrós-González, Rafael A., & Rodríguez-Muñoz, María de la Fe. (2020). Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. *Clínica y Salud*, 31(3), 161-163. Epub 02 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a10>
- Castrillo B. Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales. La Plata: Memorias II Jornadas de Género y Diversidad Sexual [En línea]. 2016 [acceso oct.02 de 2019]. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8180/ev.8180.pdf
- Cixous, H. (1981a). "The Laugh of the Medusa." In Marks, L. U., & De Courtivron, I. (Eds.), *New French Feminisms* (pp. 245-264).
- Cixous, H. (1981b). "Castration or Decapitation?" *Signs*, 7(1), Otoño, 41-55.
- COLMED. (2020). Género y salud en tiempos de COVID-19. Departamento de género y salud. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/05/Genero_COVID19_compressed.pdf
- Comisión Internacional de Mujeres OEA. (2020). COVID-19 en la vida de las mujeres. Encontrado en: <https://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>
- Comunidad Mujer. (2018). Guía para la elaboración de proyectos con perspectiva de género. Programa Mujer y Capital Social.
- Corporación Humanas. (s.f.). Nueva Constitución y Derechos Sexuales y Reproductivos. Chile. Encontrado en: <http://www.humanas.cl/nueva-constitucion-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/>.
- Corporación Miles. (2018). Argumentos, documentos para debate. Tesis sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Chile.
- Corporación Miles. (2023). *Quinto Informe Sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile, primera edición.* [Santiago, Chile].
- Cook, R., Dickens, B., & Fathalla, M. (2003). Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Oxford y PROFAMILIA.
- Cubillos, J. (2019). Continuidades y rupturas: La política de salud sexual y reproductiva chilena en cuatro gobiernos. Artículo Revista Scielo. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-

65682019000200140.

- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (1994). Resolución 1: Anexo. En Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (pp. I-1). Naciones Unidas. Número de venta: S.95.XIII.18.
- Connell, R. (1997) La Organización Social de la Masculinidad. En Olavarría, J. Y Valdés, T. Masculinidad/es. Poder y Crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional/FLACSO.
- De Barbieri, T. (1992) Sobre la Categoría Género. Una Introducción Teórico- Metodológica. En: Fin de Siglo y Cambio Civilizatorio. Ediciones de las Mujeres No 17. Santiago: ISIS.
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Del Olmo, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu?* Madrid: Clave Intelectual.
- Estévez Rial, H., & Alonso Burger, S. (2001). Antropología de los métodos naturales de regulación de la fertilidad. Cuaderno de Bioética.
- Estévez Rial, H., & Alonso Burger, S. (2001). La planificación familiar mediante métodos naturales: implicaciones para la pareja.
- Extensión del permiso postnatal parental. (Superintendencia de seguridad social). SUSESO: Prensa. <https://www.suseso.cl/605/w3-article-687831.html>
- Frey MT, Meaney-Delman D, Bowen V, et al. Surveillance for emerging threats to pregnant women and infants. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019;28(8):1031-1036.
- Foucault, M. (1981). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Madrid: Editorial Gedisa.
- Gómez. (s.f.). *Análisis de Contenido Cualitativo y Cuantitativo. Definición, clasificación y metodología*.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Hernández Quirama, A., Linares García, J., & Rojas Betancur, H. M. (2019). Cambios y permanencias en la organización familiar del cuidado. *Hallazgos*, 16(31), 187-211. <https://doi.org/10.15332/s17943841.2019.0031.08>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw-Hill, México.
- Hoyos Hernández, Cardona Ramírez y Correa Sánchez (2008) destacan la importancia de humanizar los contextos de salud como una cuestión de liderazgo en el ámbito de la enfermería" (p. 214)
- Irigaray, L. (1981). "And the One Doesn't Stir Without the Other." *Signs*, 70(1), 60-67.
- Irigaray, L. (1985). *This Sex Which Is Not One*. Ithaca: Cornell University Press.
- Irigaray, L. (1994). "Women-Amongst-Themselves: Creating a Woman-to-Woman Sociality." In Whitford (Ed.), *The Irigaray Reader* (pp. 190-212).
- Junge, P. (2001). Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A.G, Santiago de Chile.
- Kaye DK, Kakaire O, Nakimuli A, Osinde MO, Mbalinda SN, Kakande N. Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*[Revista en línea]. 2014[acceso oct.02 de 2019]; 14:54. Disponible en: [http://dx.doi.org/ 10.1186/1471-2393-14-54](http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-54)
- Kirkwood, J. (1999). "Para ser más mujer." Santiago: Cuarto Propio.
- Laguado T, Lafaurie MM, Vargas LM. Experiencias de participación de los hombres en el cuidado a su pareja gestante. *Duazary* [Revista en línea] 2019 [acceso oct.02 de 2019]; 16 (1): 78-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2532>
- Lampert, M. (2020). COVID-19 y anticoncepción: Regulación y acceso. BCN. Chile.
- Lamas, M. (2000). "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual." México: PUEG-UNAM.
- Landau, R., & Kraft, J. (2010). Pharmacogenetics in obstetric anesthesia. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23, 323-329. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328339802c>
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones cátedra, S.A.
- Liang, H., & Acharya, G. (2020). Novel coronavirus disease (COVID-19)

- López-Varela, D. (2019). *Maternofobia*. Barcelona: Ediciones Península.
- Méndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional.
- MINSAL. (2018). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/201
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhe* (Santiago), 15(2), 93-103. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-222820060>
- Montecino, S. (2001). Madres y Huachos. Alegorías del mestizaje chileno. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.
- Montecinos, S. (s.f.). Mujeres: Espejos y fragmentos. Chile.
- Montes-Muñoz, M. J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos (tesis). Tarragona.
- Navarrete C. "La Circularidad Identitaria de la Huacha en Madres y Huachos". Alegorías del mestizaje chileno de Sonia Montecino" Buenos Aires, Editorial del Cardo, 2010.
- ONU. (s.f.). Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>
- Olhaberry, M., Sieverson, C., Franco, P., Romero, M., Tagle, T., Iribarren, D., Honorato, C. & Muzard, A. (2021). The impact of COVID-19 on experiences of pregnancy and/or early parenting in Chile. Manuscrito actualmente en revisión para publicación.
- Palacios Ibáñez, L. (2009). Epistemología y pedagogía de género: El referente masculino como modo de construcción y transmisión del conocimiento científico. *Horizontes Educativos*, 14(1), 65-75. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97912444005>
-
- Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2020). Maternity and maternal identity: therapeutic deconstruction of narratives. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 40*(138), 33-54. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020003>
-

- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. España.
- Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Valencia: Cátedra.
- Ritzer, G. (2002). Teoría sociológica clásica. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición .
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política” del sexo. Nueva Antropología, 8, 95-145.
- Sánchez, N. (2016). La experiencia de la maternidad en mujeres feministas. *Nómadas*, 44, 255-267. <http://www.scielo.org.co/pdf/noma/n44/n44a15.pdf>
- Sampieri, R. (2006). Metodología de la investigación. Iztapalapa: McGraw-Hill.
- Sau, V. (1995). *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que una*. Barcelona: Icaría An-trazyt.
- Segato, R. (2010). *Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la Antropología, el Psicoanálisis y los Derechos Humanos* (2ª ed.). Prometeo Libros.
- Senado. (s.f.). Comisión de Mujer: Despachan a Salud proyecto que erradica la violencia gineco-obstétrica - Senado - República de Chile. Recuperado de <https://www.senado.cl/comision-de-mujer-despachan-a-salud-proyecto-que-erradica-la-violencia>
- Shnol, H., Paul, N., & Belfer, I. (2014). Labor Pain Mechanisms. *International Anesthesiology Clinics*, 52(3), 1-17. <https://doi.org/10.1097/AIA.000000000000019>
- Tylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ediciones Paidós, España.
- Wojtyla, K. (1996). Amor y responsabilidad. Plaza y Janés. Madrid.
- World Association for Sexual Health. (2008). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health.
- Zarco, A. (2011). Maternalismo, identidad colectiva y participación política: Las Madres de Plaza de Mayo. Punto Género, núm. 1, pp. 229-247.

Notas al final

- ^[1] El fenómeno de “baby boom” es entendido como la explosión de natalidad en contextos de crisis humanitaria, por ejemplo, en EEUU para la segunda guerra mundial(...)
- ^[2] Apuntes de antropología médica en presentaciones sobre el tema. Además, de la cátedra Antropología del cuerpo y las emociones, Nociones del cuerpo desde la biomedicina (...)

Anexos

PAUTA DE PREGUNTAS
1. ¿A TRAVÉS DE QUÉ MÉTODO DE COMPROBACIÓN TE ENTERAS DE TU EMBARAZO?
2. ANTES DE SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA ¿QUE PENSABAS Y SABÍAS DEL EMBARAZO?
3. ¿QUÉ PERCEPCIÓN DE LO QUE TU SABÍAS, TIENES O TUVISTE DE TU EMBARAZO?
4. ¿ES PRIMERA VEZ QUE ESTÁS EMBARAZADA? SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA ANTERIOR?
5. ¿QUÉ FUE LO PRIMERO QUE SE TE VIÑO A LA MENTE AL SABER DE TU EMBARAZO? ¿CÓMO TE SENTISTE?
6. ¿DE QUÉ MANERA TE EMPEZASTE A INFORMAR SOBRE EMBARAZO?
7. EN TU COTIDIANIDAD ¿QUÉ HÁBITOS Y RUTINAS TUVISTE QUE CAMBIAR?
8. ¿CÓMO ENFRENTASTE O HAS ENFRENTADO ESTE PROCESO?
9. ¿CREES QUE LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA? ¿QUÉ POSTURA TIENES SOBRE LA MATERNIDAD?
10. ¿CREES QUE EL MOVIMIENTO DE MUJERES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO LA FORMA DE VER LA MATERNIDAD? ¿EN QUÉ ASPECTOS Y CÓMO LO HAS VISTO REFLEJADO EN TU EXPERIENCIA EN LA TOMA DE DECISIÓN?
11. ¿CREES QUE LA SOCIEDAD Y EL ENTORNO INFLUYE EN LA DECISIÓN DE QUERER SER MAMÁ?
12. ¿TUVISTE APOYO EN TU DECISIÓN?
13. ¿ANTES DE ESTAR EMBARAZADA TOMABAS ALGÚN ANTICONCEPTIVO? ¿DURANTE LA PANDEMIA TUVISTE ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR COMPRÁNDOLO?

14. DURANTE EL EMBARAZO ¿TUVISTE O HAS TENIDO ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN? ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENÍAS ANTES?
15. ¿HAS SENTIDO EN ALGÚN MOMENTO DE TU EMBARAZO ALGUNA VULNERACIÓN O DE VIOLENCIA? ¿ESA VULNERACIÓN LA SENTISTE POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN O DE TU ENTORNO?
16. ¿CÓMO TE HAS RELACIONADO CON TU GINECÓLOGO/A O MATRÓN/A?
17. ¿CÓMO TE GUSTARÍA VIVIR TU PARTO O CÓMO TE HUBIESE GUSTADO VIVIRLO?
18. ¿HAS SENTIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN SOLO POR EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA?
19. ¿CÓMO CREES QUE DEBERÍA SER LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD?
20. ¿TE HAS SENTIDO CÓMODA DURANTE TUS CONTROLES Y ECOGRAFÍAS?
21. ¿SIENTES QUE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD SE RESPETAN LAS DECISIONES DE LAS MUJERES RESPECTO A SU EMBARAZO?
22. ¿QUÉ CUIDADOS Y PRECAUCIONES TUVISTE QUE TOMAR AL ESTAR EMBARAZADA EN PANDEMIA?
23. ¿DURANTE TU EMBARAZO ESTUVISTE CONTAGIADA O CON ALGÚN SÍNTOMA DE COVID-19? ¿CÓMO TE SENTISTE?
24. SI NO ESTUVISTE CONTAGIADA CON COVID ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA DURANTE EL CONTEXTO DE PANDEMIA?
25. ¿TE SENTISTE SOBREPASADA DURANTE TU PROCESO DE EMBARAZO POR EL CONTEXTO DEL COVID-19?

Entrevistas

Entrevista Katherine (E1)

J: ¿A TRAVÉS DE QUÉ MÉTODO DE COMPROBACIÓN TE ENTERAS DE TU EMBARAZO?

P1: Yo inicialmente usé el calendario chino para cuidarme mi fertilidad y mi reproductividad, en general las personas que tienen ciclos menstruales regulares pueden acceder a este tipo de métodos de forma más fácil y segura porque tienen noción de cuándo son tus días de ovulación, fertilidad y la fase lútea que es cuando no estás fértil, etc.

Cuidados fertilidad y reproductividad.
Cuidados ciclos menstruales.
Ciclos menstruales regulares.

P2: Entonces desde un comienzo mi embarazo y gestación igual fue planificada y yo tenía certeza de cuando estaba fértil por ejemplo y con mi pareja tomamos la decisión de darle con tener una guagua, lo decidimos de forma muy consciente entonces sabíamos desde un comienzo que en ese ciclo yo probablemente había quedado embarazada, entonces cuando se acercaban los días en que a mí me tenía que llegar la regla, que tenía que menstruar, sentía otras cosas muy diferentes a la menstruación. No sentía, por ejemplo, dolor en el útero, sino que sentía se me inflamaron los senos, ahí yo dije, esto jamás me pasa entonces es muy probable.

Embarazo y gestación planificada.
Toma de decisión consciente en tener un embarazo.

P3: Yo era bien regular siempre, así que podía llevar un conteo bien exacto. Después hicimos test de embarazo, de esos de orina y tuvimos que hacer tres porque los primeros dos eran con estas rayas y salía la segunda raya, pero no lo suficientemente fuerte para confirmar, así que compramos otro igual de orina, pero tiene una pantalla y ahí salía que estaba embarazada y que tenía entre dos a tres semanas de embarazo.

Regular, conteo exacto.
Realización varios test de embarazo.
Confirmar embarazo.

P4: Eso lo supimos al tiro, desde que me faltó mi primera regla supimos, esto fue en diciembre del año pasado y ya estábamos saliendo de las cuarentenas, pero estaban empezando a subir los casos de nuevo y toda esa fase.

Detección temprana del embarazo por falta de la regla.

J: ANTES DE SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA ¿QUE PENSABAS Y SABÍAS DEL EMBARAZO?

P5: Tenía experiencias cercanas de una tía que igual tuvo a su hija hace 9 años, yo igual era más adolescente cuando ella quedó embarazada, pero al ser una persona cercana a mí compartí varias cosas de su embarazo.

Compartir experiencias distintas y cercanas sobre embarazo.

P6: La transformación física, las necesidades también que implican el embarazo, el acompañamiento, el apoyo y esa clase de cosas, pero no estaba tan interiorizada tampoco en las posibilidades que podía tener y lo fui viviendo más en el momento, ahí me fui informando más en ese sentido.

Transformación física y necesidades asociadas con el embarazo.
Acompañamiento y apoyo.
Vivencia y posibilidad de información en el momento del embarazo.

J: ¿QUÉ PERCEPCIÓN DE LO QUE TU SABÍAS, TIENES O TUVISTE DE TU EMBARAZO?

P7: Me sentía bien y a la vez me daba cuenta del peso igual que tiene la decisión de criar, embarazarse y todo. Especialmente del hecho de estar embarazada, porque una dice "sí, quiero tener una hija, hijo, hije", pero pasas por todo un proceso que es fuerte, puede ser agotador, puede ser muy hermoso.

Bienestar emocional
Conciencia del peso de la decisión de criar y embarazo.
Proceso complejo de asimilación.

P8: Me sorprendía tanto igual la capacidad que tiene el cuerpo humano de transformarse hasta ese punto. Al principio, por ejemplo, mis primeros meses yo estaba con mucho asco y no podía comer casi nada, todo me daba náuseas, no tuve vómitos, pero náuseas mucho, entonces bajé de peso, me sentía un poco más débil y cosas por el estilo. Después de un poco fui recuperando fuerzas a medida que le iba agarrando el ritmo, pero tienes que ir siguiéndolo todo el rato porque cada vez que te acostumbras a algo, ya cambió.

Sorpresa por la capacidad de transformación del cuerpo durante el embarazo.

Malestar inicial y sensación de debilidad física.

Recuperación de energía y adaptación al ritmo de los cambios en el embarazo.

P9: Creo que mayoritariamente es en función de la experiencia propia porque las personas te dan consejos en base a su experiencia y tú puedes o no tener los mismos síntomas, por ejemplo, un síntoma que para mí fue muy compartido fue la acidez y yo le preguntaba a mi mamá, porque ella también sufrió de mucha acidez en su embarazo y me decía “no a mí me daban una pastilla y otro médico en el otro embarazo me dijo que no me podía dar nada porque le podía afectar a la guagua así que tuve que bancarme la acidez todo el embarazo” y producto de eso mi mamá desarrolló úlceras y cosas por el estilo.

Influencia en la percepción sobre la experiencia propia del embarazo.

Síntomas del embarazo compartidos con la mamá.

P10: Entonces ahí no había como una ayuda tan efectiva porque los embarazos de mi mamá igual fueron hace tiempo en consideración de que la medicina ha avanzado tanto en el último tiempo y mi mamá fue mamá hace como dos años y ella igual tuvo esa experiencia y ella tiene una amiga que es dula también que trabaja con la medicina ayurveda, entonces como que le pasó varios tips y me los pasaba a mí también.

Ayuda no efectiva en el embarazo de la mamá.

Avance de la medicina en el último tiempo.

Medicina ayurveda.

Tips de doula durante su embarazo.

P11: Por ejemplo, si puedo tomar agua de tal cosa o puedo tomar zanahoria rallada o “no comas esto, no comas esto otro” pero no eran tantos consejos, porque ella misma me decía “tú tienes que ir viendo qué es lo que te hace bien, qué es lo que te hace mal”. Entonces igual como que está ahí un poco arrojada la experiencia propia y tratar de comprenderla también, porque me imagino que una mujer o una persona gestante con menos herramientas a lo mejor no alcanzaría a entender todo lo que está sintiendo o asociar ciertos motivos y queda ahí, fue hecho ahí.

Comprender la experiencia propia en salud y alimentación durante embarazo.

Mujer o persona gestante con menos herramientas no alcanza a entender todo lo que siente.

P12: Yo pasé por varias transformaciones a nivel de ciertas creencias o darme cuenta de que antes de querer criar o embarazarme y sobre todo cuando era más chica, tenía una visión muy patriarcalizada de lo que era materner y criar, porque sentía que era invalidante igual, como esta visión de que la maternidad puede ser muy limitante y como todo el entorno es patriarcal, no hay ningún tipo de ayuda, soporte o colaboración con el proceso, sino todo lo contrario era como un enjuiciamiento constante hacia las madres.

Transformaciones a nivel de creencias sobre la maternidad.

Visión patriarcalizada de materner y criar.

Visión de la maternidad limitante por entorno patriarcal.

Enjuiciamiento constante hacia las madres.

P13: En mi entorno me daba cuenta de que normalizaba, cuando era más chica, visiones hasta peyorativas hacia las madres y eso igual me hizo pensar y sentir varias cosas, una empatizar con esas madres del pasado, pero también darme cuenta de que es un problema que sigue súper latente, tanto en el embarazo como en la crianza, la madre por sí sola pasa a segundo plano, porque todas las personas se entusiasman con la venida de una guagua, pero es la guagua la que capta toda la atención y todo el cariño, pero la madre necesita mucho de eso y está ausente. Entonces, ahí yo iba pensando y repensando todas estas cosas y también, dimensionando un poco a qué me estaba enfrentando a un nivel social, no sólo desde este deseo de querer tener una cría, sino qué significa eso y cómo iba a cambiar mi vida también.

Normalizar visiones peyorativas hacia las madres (más chica).

Empatía con las madres del pasado.

Problema del embarazo y la crianza en la actualidad.

Conciencia de los cambios y las necesidades de las madres a nivel social.

J: ¿ES PRIMERA VEZ QUE ESTÁS EMBARAZADA? - SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA ANTERIOR?

P14: Si, es primera vez

Primera vez que está embarazada.

J: ¿QUÉ FUE LO PRIMERO QUE SE TE VIÑO A LA MENTE AL SABER DE TU EMBARAZO? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P15: Que se venía algo gigante, tomándole el peso de a poco, me asusté un poco también por el impacto de saber que es real y que está pasando, que no hay pje atrás tampoco, porque ese era el plan desde un comienzo y con muchas ganas también lo recibimos, fue una bonita noticia, estábamos contentos y entusiasmados, pero a la vez como te decía, con todas estas ideas que se me iban presentando, también te asustas un poco, porque sabes que se viene algo hermoso, pero difícil, en donde partes con la mochila llena de piedras al final.

Reconocimiento del impacto de saber que el embarazo es real.

Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad.

Embarazo y gestión planificada.

Recibimiento del embarazo con entusiasmo

J: ¿DE QUÉ MANERA TE EMPEZASTE A INFORMAR SOBRE EMBARAZO?

P16: Trate siempre de tener redes feministas respecto a mi información, porque las mamás, las abuelas, las tías, te hablan de lo hermoso de la maternidad, de la romanización de la maternidad y que todo esfuerzo, dolor o dificultad que tu enfrentes es parte de la maternidad y que no te tienes que quejar prácticamente. No me resonaba tanto eso, pero tengo varias amigas que son madres de hijas de 4, 5, 6, 7, 8, 9 años y confío en las experiencias de ellas.

Redes feministas respecto a la información sobre embarazo.

Romantización de la maternidad: Mamá, tías y abuelas hablan sobre lo hermoso de la maternidad.

Confianza en las experiencias de embarazo de las amistades.

P17: Entonces, de un comienzo ya tuve una red cercana de confianza con quienes podía conversar de esas cosas y preguntarles ciertas inquietudes respecto, por ejemplo, al parto, al sistema de salud, a cómo fueron sus experiencias, el trato que recibieron, etc. También, indagué esas mismas cosas, especialmente con mi mamá, porque me interesaba saber qué era lo que pensaba ella, cómo le había tocado. También, tengo una hermana mayor, ella tiene 35 y yo 25 y esas dos experiencias que tuvo ella fueron super distintas. A mi hermana, la tuvo en un hospital público en los 80's y a mí en los 90 y tantos en una clínica producto de la mala experiencia que tuvo antes. Entonces ahí se van entendiendo más cosas y lo puedes ir complementando con lo que encuentras en internet, en redes sociales, agrupaciones de matronas, etc.

Red cercana de confianza para conversar sobre parto y sistema de salud.

Complementación de experiencias de la mamá, amistades más la información de internet.

UTILIZACIÓN DE REDES SOCIALES PARA

P18: También hay cosas que fueron en base a mi experiencia pero que fui comprobando según consejos que me daban también, te comenté igual que yo fui durante un par de meses con una kinesióloga de piso pélvico, la que me dijo que yo tenía un problema y me enseñó a hacer muchos ejercicios para encajar a mi guagua o para el manejo del dolor o si te duele la pelvis, haz tal cosa si te duele la columna, haz tal cosa y me servían, pero tampoco te puedo decir que eran completamente efectivas, porque tanto en el embarazo como en el parto el dolor es constante y es fuerte entonces hay algunas cosas que a lo mejor te pueden aliviar, pero en un porcentaje del uno a diez, te podría decir que habían ejercicios que me recomendó la kine que me disminuían el dolor de uno a diez, dos que tampoco es mucho y los que me dieron también para el trabajo de parto ni siquiera alcanzaban a hacer uno de repente.

Comprobar desde la propia experiencia manejo y tolerancia del dolor.

Dolor constante en el embarazo y en el parto.

Identificación de la disminución del dolor por medio de ejercicios.

J: EN TU COTIDIANIDAD ¿QUÉ HÁBITOS Y RUTINAS TUVISTE QUE CAMBIAR?

P19: Lo primero fue comenzar a tomar vitaminas de manera muy responsable porque soy vegetariana hace como nueve años y fui muy negligente con mi salud

Alimentación vegetariana responsable en el embarazo.

Negligencia previa en la salud propia.

Orientación profesional en suplementación de vitaminas durante el embarazo.

balanceado, como las cosas nutricionales que necesito, pero no suplementar vitaminas que son exigidas en la alimentación vegetariana o vegana y de eso tuve que hacerme cargo durante todo el embarazo de manera muy drástica. Tenía que inyectarme vitamina B12, por ejemplo, tomar suplementos alimentarios todos los días y además de eso, hay vitaminas que son propias del embarazo, eso me lo daba la matrona y la nutricionista.

J: ¿CÓMO ENFRENTASTE O HAS ENFRENTADO ESTE PROCESO?

P20: Adaptándome, hubo cambios hasta chistosos, otros molestos, más cotidianos, de todo un poco, pero tratando de agarrarle el ritmo, tratando de que no sea algo angustiante, a veces lo era porque igual sobrepasa el cansancio, sobre todo el último trimestre de embarazo, ahí ya se hizo mucho más pesado porque mi cuerpo estaba muy grande, mi guata estaba muy pesada, no podía salir mucho porque me cansaba, no podía dormir bien.

Adaptación a los cambios debido al embar

Cansancio corporal durante el último trimestre del embarazo.

P21: Entonces el cotidiano mismo es un poco incomodo, pero trataba siempre de disfrutarlo y de ir ayudándome también según las incomodidades que iba enfrentando, por ejemplo, tomé yoga prenatal y fui a una kine de piso pélvico gran parte del embarazo, me alimentaba bien, trataba de salir y todo lo que era posible.

Autoayuda y aceptación en las incomodidades en lo cotidiano.

Prácticas beneficiosas: Tomar yoga prenatal, salir, alimentarse bien, kinesiología piso pélvico.

J: ¿CREES QUE LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA? ¿QUÉ POSTURA TIENES SOBRE LA MATERNIDAD?

P22: Totalmente deseada, pienso que la maternidad debe ser deseada si o si, porque no se trata sólo de una cómo madre, no puede ser una decisión egoísta, puede que haya personas, mujeres que reaccionen de buena forma ante la sorpresa de traer una guagua al mundo y creo que en eso también hay una decisión. También creo que quedar embarazada no es sinónimo de tener que parir obligatoriamente bajo ningún punto, ahí también hay una decisión que tomar y tomarla a tiempo siempre, pero claro si decides tener esa guagua tienes que estar a la altura de la situación por decirlo de alguna forma.

La maternidad debe ser deseada.

Quedar embarazada no es sinónimo de parir obligatoriamente.

Responsabilidad en la decisión de tener un hijo.

P23: La responsabilidad que implica es una responsabilidad eterna hasta que esa guagua esté en el mundo vas a ser responsable de darle un sustento emocional, social, educativo, cultural, económico y en eso tiene que haber una responsabilidad.

Responsabilidad eterna en la maternidad de dar sustento emocional, social, educativo, cultural, económico.

J: ¿CREES QUE EL MOVIMIENTO DE MUJERES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO LA FORMA DE VER LA MATERNIDAD? ¿EN QUÉ ASPECTOS Y CÓMO LO HAS VISTO REFLEJADO EN TU EXPERIENCIA EN LA TOMA DE DECISIÓN?

P24: Si, creo que es una transformación que ha ido de a poco, por eso te comentaba en un comienzo, creo que hay un estigma sobre la maternidad, pero dirigido hacia la maternidad y no hacia quienes podrían ser realmente responsables del problema dirigido a la crianza, hacia la falta de apoyo, de redes y el juicio social.

Estigma sobre la maternidad.

Responsables del problema de la falta de apoyo y redes en la crianza.

P25: En un momento sentía al feminismo antinatalista, en el sentido de “úteros libres” y un útero libre era como un útero sin guagua, donde los derechos reproductivos iban asociados más que a la autorregulación, hacia la negación de tener hijos. Pero siento que ha sido distinto en estos últimos años, porque seguramente la cantidad de madres feministas ha aumentado y eso también ha hecho que se entiendan distintas las cosas, las experiencias.

Percepción inicial del feminismo como antinatalista, negación de tener hijos.

Cambio de perspectiva en los últimos años, hay más madres feministas.

P26: En eso también puedo tomar mi propia experiencia porque a mí también me pasó eso, como te decía, cuando era más chica entendía la maternidad de esa forma también y ahora claramente no y me doy cuenta de que estas problemáticas que me hacían ruido responden más a algo social y que el entorno finalmente es el que debe adecuarse a la maternidad y no al revés. Esa es la pelea igual que veo en el feminismo ahora de las personas que maternan.

Cambio de perspectiva personal en la maternidad.
El entorno es el que debe adecuarse a la maternidad.

P27: No se ve la crianza como una opción y que sea una obligación solo para la madre, sino que sea obligación es una responsabilidad que tienen que tomar las personas entonces por darte un ejemplo a los papás legalmente le dan cinco días de postnatal y eso es absurdo. De ahí partí con ya no le está dando el derecho al tiempo a ese padre para que se involucre para que se responsabilice y para que haga algo más que un apoyo económico. Le está quitando esa responsabilidad entonces por lo mismo de pronto los papás entienden que su rol es solamente sostener económicamente y no tienen ni siquiera herramientas para sostener emocionalmente a sus hijos ¿cachai? y ahí hay un problema.

Crianza como obligación solo para la madre, es una responsabilidad de las personas.
Limitación del permiso parental: los padres legalmente tienen cinco días de postnatal.
Padre responsable: involucrarse más allá de lo económico.

P28: Si fuese un postnatal por ejemplo para asegurarse de que lo tomen los papás y que realmente ocupen ese tiempo para criar podrían a lo mejor no sé hacer que la madre también respalde la petición de ese tiempo por darte un ejemplo, si no es el padre, que sea no sé, la persona con quien ella vive pero que no esté sola en el proceso y no hay una preocupación al respecto, no se está tomando una medida sobre eso, sino que la madre se hace cargo del hijo y listo. Como que al final socialmente, culturalmente gubernamentalmente, sistemáticamente todo como que lo lleva a que este sea un proceso muy solitario de la mujer como que, aunque tú no quieras a lo mejor tu experiencia es distinta tienes como apoyo y todo, pero como a pesar de todo ese apoyo de repente el mismo sistema te lleva a que sea solitario el proceso y de todas maneras y ahí no se puede elegir tanto tampoco, se recurren a otro tipo de cosas.

Asegurar más tiempo a los padres en su postnatal.
Tiempo para criar.
Crítica a la falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida.
Soledad en el proceso de maternidad, el sistema lo mantiene.

P29: Ponte tu mi pareja para poder estar más presente en el puerperio, que yo estaba igual bien convaleciente, porque en mi parto yo tuve un desgarro, entonces me tuvieron que hacer sutura y mi recuperación fue de semanas. Me sentía mal, no podía dormir bien, no me podía sentar bien, nada y él pidió una licencia de dos semanas para poder estar conmigo, con nosotras en realidad y poder estar más presente porque yo también necesitaba eso. Él se daba cuenta que si él no hacía almuerzo yo no almorzaba, o no podía lavar ropa a veces, con suerte me podía bañar y eso sigue hasta la actualidad porque yo puedo hacer cuenta igual que la guagua durmió como 40 minutos y despertó y de ahí que estaba inquieta todo el rato y si yo la dejo ahora en el coche va a llorar hasta que la tome de nuevo entonces y así son todos los días son así todos los días entonces no podía hacerlo sola no y si estás sola tienes que hacerlo todo con la guagua por ejemplo si te vas a bañar vas al baño con la guagua y no se hace como cosas así.

Presencia y apoyo de la pareja en el puerperio.
Necesidad de licencia para prolongar apoyo.
Desafíos de una maternidad solitaria: si estás sola tienes que hacer todo con la guagua.

P30: A mí igual me pasó es que me pasa que siento que el feminismo todavía está un poco inmaduro en ese aspecto porque todavía está muy permeado por las lógicas neoliberales, entonces hay una parte como psicológica, en un principio como para poder comprenderlo, pero para mí es como un conocimiento espiritual, como poder situar al ser humano en sus dimensiones espirituales, cognitivas de inteligencia y todo, y no solo funcionales.

Feminismo en una etapa inmadura: permeado por lógicas neoliberales.
Enfoque de dimensiones espirituales y cognitivas para poder situar al ser humano.

P31: Siento que la medicina tradicional se queda muy corta en eso porque, por ejemplo, si se le diera una perspectiva más espiritual al trabajo de parto, se respetaría completamente la necesidad del tiempo, por ejemplo, el cuidado a que ese tiempo pueda continuar y que no se vea entorpecido por un estado de salud por darte un ejemplo, yo creo que mi matrona aquí me podría haber puesto suero para hidratarme un poco si se daba cuenta que yo no tomaba agua y teniendo esa herramienta porque ellas, además de las lucas nos pidieron que nosotros tuviéramos todos los instrumentos médicos, gazas, sabanillas, suero, todo eso tuvimos que ponerlo nosotros, guantes, mascarillas, absurdo igual, pero lo tuvimos que poner nosotros y no ocupamos casi nada y eso también nos generaba un poco de ruido porque teniendo esas cosas disponiendo de esas cosas, porque no las ocuparon tampoco.

Falta de perspectiva espiritual al trabajo de parto en la medicina tradicional.

Cuidado y respeto de los tiempos de parto.

Matrona no ocupa las herramientas disponibles en el parto.

P32: Por un lado, eso y lo otro claro, creo que es necesario darle esa perspectiva también porque si no después hay un proceso tan importante como el nacimiento de muchas cosas que son importantes. Creo que llega un punto en el que el parto en casa se ha romantizado un poco hasta como el aguantar el dolor, así como, bueno, el sistema de la violencia obstétrica puede ser el recibir oxitocina el recibir anestesia en general de forma forzada y te pierdes de la experiencia natural del parto, sí, pero un parto con un dolor intransitable no es feminista, bajo ningún punto.

Romantización del parto en casa.

Un parto con dolor intransitable no es feminista.

P33: La autonomía es feminista, pero no a un punto en el que llegas al abandono de un proceso donde tienes que guiarlo, donde tienes que conducir a la persona que si te das cuenta que se está yendo mucho en la rama o atrapándose en el dolor, tienes que sacarla de ahí y tienes que hacerlo, porque sabes que es como por un bien, cachai y en mi caso me pasaba un poco eso, me daba cuenta que mi matrona me dejaba mucho atrapada en el dolor de repente y no intentaba sacarme de ahí, cachai y eso también me hacía ruido, por supuesto porque como que no se condice para mí, no me hacía mucho sentido, me pregunto incluso como qué hubiese sido necesario para ella qué pasara para intervenir un poco más verme en un riesgo más comprometedor de salud, un riesgo más comprometedor de la salud de la guagua no sé cuál era su límite tampoco y eso me llama la atención hasta el día de hoy.

La autonomía es feminista, pero no el abandono de un proceso que tienes que conducir a la persona.

Intervención de matrona en situaciones de riesgo, comprometedor a la salud propia y de la guagua.

P34: Igual otra amiga tuvo un parto en casa, en piscina y a ella la tuvieron como 20 horas en trabajo de parto después de haber roto membrana y si tú pasas más de 24 horas con romper membrana es como que se te rompió la bolsa y si pasan más de 24 horas tú arriesgas e infección y se puede infectar tu guagua es la cagada, cachai y con el mismo discurso como de no, si tú puedes, tú puedes estás a punto de parir, no sé qué y cómo no, no te vayas al hospital, si vas a parir acá y cosas un poco extrañas que no se entienden mucho en un momento y creo que ahí claro, ahí hay un feminismo inmaduro eso percibo.

Experiencia de parto en casa: riesgo de infección al pasar 24 horas de romper membrana.

Feminismo en una etapa inmadura: en el discurso y cómo se acciona en el contexto de parto.

J: ¿CREES QUE LA SOCIEDAD Y EL ENTORNO INFLUYE EN LA DECISIÓN DE QUERER SER MAMÁ?

P35: Si, porque las condiciones son hostiles igual, para mi es super comprensible que una madre quiera o dude de tener hijos o no, porque puedes problematizar muchas cosas, “¿Qué va a pasar cuándo esa guagua nazca?, ¿Qué voy a hacer si no tengo un trabajo estable, o no trabajo en contrato?, o ¿si no tengo un beneficio económico que me pueda proteger para poder criar? ¿Si no tengo redes de apoyo?, ¿Si es que no puedo trabajar porque no tengo quien me cuide a la guagua? ¿Si me

Condiciones hostiles para la maternidad.

Problematización del querer ser madre.

P36: No es que tengan relación sólo por lo económico, sino que también con la independencia económica, porque se hace super complejo el tener independencia económica y ser madre, encuentro que ese es un problema importante.

Complejidad en tener independencia económica y ser madre.

P37: También creo que la pobreza de antes es distinta a la pobreza de ahora, antes por ejemplo, el derecho a la vivienda no era tan problemático como ahora, al menos en Santiago, ya sea a la vivienda propia o a la vivienda independiente de la familia, no vivir de allegado o de allegada y podía ser pobre en varios aspectos como no poder adquirir ciertos bienes materiales, quizás tener una alimentación un poco más decente, pero la pobreza ahora parte con el derecho a la vivienda, está super difícil tener ese derecho mínimo, ese piso básico y eso también complejiza las cosas.

Cambios generacionales para tener familia en contexto de pobreza.

P38: Creo que eso mismo hace que este rol de cuidado cambie, porque las mujeres ya no están en condiciones de quedarse en la casa sólo a criar y maternar, las mujeres tuvieron que salir a ocupar el espacio laboral, no sólo por decisión propia, sino que también por una necesidad económica que puede venir desde, por ejemplo, la falta de educación sexual y la regulación de su fertilidad, de decidir cuántos hijos tener.

Cambio en el rol de cuidados: las mujeres ya no están en condiciones de quedarse en la casa a criar y maternar.

Participación de las madres en el mundo laboral.

P39: No hay mucha planificación familiar todavía, siento que es una pelea que todavía se está dando y en ese sentido se complejiza para varias familias, porque mantener a una sola persona ya es complejo, imagínate tener 4 hijos con un sueldo de un papá proletario, pobre, jamás va a alcanzar en estos tiempos. Entonces, ahí también hay un abandono en la crianza y se asocia que la primera persona al rol de cuidado es la mamá, ahí se vienen un poco cuesta abajo la cosa.

Falta de planificación familiar.

Rol de cuidado: la madre asume como primera persona.

J: ¿TUVISTE APOYO EN TU DECISIÓN?

P40: Mi familia es claramente un punto importante de apoyo para mí, pero creo que no es el principal punto de apoyo y les conté cuando mi embarazo ya estaba confirmado con ecografía. Entonces, fue sorpresivo, pero yo estaba bien preparada como para eso y ya tenía un poco más de claridad sobre estas cosas. Aunque aun así había un poco de incertidumbre por parte de ellos, porque soy la hija menor, todavía estoy terminando de estudiar y esas cosas les generaron mucho temor, pero a fin de cuentas igual hubo apoyo, hasta el día de hoy hay cariño, hay participación de ese proceso, están contentos, pero nunca hubo, de mi parte al menos una necesidad de aprobación era una decisión personal.

Apoyo familiar en el embarazo.

Embarazo sorpresivo.

Sin necesidad de aprobación, decisión personal.

P41: Cuando quedé embarazada aún vivía con ellos eso sí, tenía otro tipo de relación a la que tengo ahora, en el sentido de que compartía a diario con ellas y me daba cuenta que, a mi papá por ejemplo, le costó digerirlo porque yo creo que lo tomó muy por sorpresa y mis papás siempre han sido de defender mi derecho a educarme y de una "vola" muy de priorizar mi independencia, mi autonomía y quieren que yo me titule y todas esas cosas, entonces los notaba y los noto aún preocupados por ese tema, pero, aparte de ese tipo de cosas, siempre contentos, siempre "apañando" y bacán. En la familia de mi pareja, también, no tuvimos malos ratos por el hecho de que yo estaba embarazada, que íbamos a ser padres, ni nada de eso.

Impacto del embarazo en las relaciones familiares

Preocupación de los padres de la madre por autonomía y derecho a educación.

Apoyo familiar en el

J: ¿ANTES DE ESTAR EMBARAZADA TOMABAS ALGÚN ANTICONCEPTIVO? ¿DURANTE LA PANDEMIA TUVISTE ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR COMPRÁNDOLO?

P42: No para nada, además del calendario, antes usaba preservativo porque tenía que ser seguro que el método anticonceptivo realmente o sino no funciona mucho, pero no tuve problemas.

Uso de método anticonceptivo en pandemia: sin problemas de acceso.

J: DURANTE EL EMBARAZO ¿TUVISTE O HAS TENIDO ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN? ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENÍAS ANTES?

P43: Si tuve esa información porque en la salud pública hay un programa que se llama Chile Crece Contigo y a mí me ha sorprendido bastante ese programa, siento que es muy actualizado y con una buena perspectiva de gestación y de crianza, lo encontré rebueno.

Programa Chile Crece Contigo con perspectiva de gestación y crianza.

P44: En ese aspecto aparte me atendía con otra matrona, tenía las dos atenciones, pública y privada. No te puedo decir que eran muy parecidas, porque mi matrona tenía una mirada concretamente feminista, muy asumida, muy crítica y clara, no había una “tibieza” en esa postura.

Atención con matrona en salud pública y privada.

J: ¿HAS SENTIDO EN ALGÚN MOMENTO DE TU EMBARAZO ALGUNA VULNERACIÓN O DE VIOLENCIA? ¿ESA VULNERACIÓN LA SENTISTE POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN O DE TU ENTORNO?

P45: De partida, mi parto con ella estaba direccionado a ser un parto en casa, porque igual yo muy consciente de la posibilidad de la violencia obstétrica que hay en los sistemas de salud y el incremento de las cesáreas forzadas como para aumentar la cantidad de partos por profesionales, entonces no tenía ganas de correr ese riesgo y con ella estaba planificando un parto en casa.

Preferencia por parto en casa.
Consciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud.

P46: Ese parto en casa se dio, pero no pudo terminar en mi casa porque ella no me aclaró muy bien algunas cosas y yo me empecé a frustrar en el trabajo de parto, porque mi guagua venía en otra posición con la cabeza empujando hacia adelante y yo ya estaba en la fase expulsiva con 9 de dilatación, yo podía tocar la cabeza de mi guagua fuera ya de mi cuerpo, pero no salía y así estuve horas.

Frustración y desafíos en el parto en casa: fase expulsiva

P47: Entonces, llegó un punto que estaba muy debilitada y tuvimos que ir a un hospital, en mi casa el parto duró como 12 horas y siento que la preparación no fue tan exhaustiva. Me había preocupado de informarme de hartas cosas y ella quizás se sintió tranquila y descanso un poco en eso, pero también hubo algunos controles que ella vino acá a la casa y me explicó de qué trataba el trabajo de parto, cuáles eran las ayudas que ella daba para transitar el dolor del trabajo de parto y todas esas cosas.

Cambio de parto en casa a parto en hospital por urgencia y debilidad física.

P48: Contamos con todo lo que ella nos ofreció en ese momento, mi parto partió en una piscina, con agua caliente, había aromaterapia, pero en el trabajo de parto mismo, ella fue un poco pasiva conmigo, me dejó ser a tal punto que me abandonó un poco en el proceso, ella iba corroborando los latidos fetales y que mi guagua viniera bien. Eso era un indicador de salud suficiente para que el parto pudiese continuar en la casa, pero yo igual estaba descompensada, porque yo rompí bolsa como a la 1:00 de la mañana y había dormido como 20 minutos. El día anterior había comido poco y en el trabajo de parto vomité lo que había comido y no había podido comer nada, porque tenía mucho asco, entonces ya estaba sin comer y sin dormir.

Sensación de abandono durante el parto.
Falta de apoyo de matrona en el proceso de parto en casa.
Experiencia de parto en casa: descompensación por falta de sueño y

P49: En ese sentido, no hubo algo que ella intentase hacer para poder “apañarme” y fortalecerse un poco más, eso me faltó mucho y yo creo que de haber estado más, probablemente el parto se hubiese hecho en la casa completo, porque tampoco me dijo, como te había dicho que la cabeza de mi guagua venía chueca. Imagina que cuando llegué al hospital y me ingresaron y entré a trabajo de parto de nuevo, la matrona vió que la cabeza venía chueca, la enderezó y después de eso mi parto duró 15 minutos, entonces probablemente eso se podría haber evitado, yo estoy a 5 minutos del hospital del Carmen y ahí terminé mi parto, me entraron de urgencia y no tuve mayor problema.

Falta de apoyo de matrona en el proceso de parto en casa.

Experiencia de parto en casa: necesidad de corrección de la posición de la guagua.

Cambio de parto en casa a parto en hospital por urgencia y debilidad física.

P50: Una de las razones que quisimos parto en casa con mi pareja, también fue por el covid, porque queríamos estar juntos todo el proceso, ahora en casi todos los recintos de salud en ese momento te dejan estar acompañada sólo 2 horas en el trabajo de parto, en algunos hospitales o clínicas solo una hora, de todas las que puede llegar a durar y en algunos lados te permiten realizar el apego con tu pareja, que en mi caso duró 1 hora.

Elección de parto en casa por restricciones COVID.

Necesidad de estar acompañada por la pareja en el proceso de parto.

P51: Después de eso no puedes recibir visitas, ninguna visita hasta que te dan de alta y yo estuve dos días sin ver a mi pareja, hasta que me fue a buscar. En el hospital igual la sala de neonatos era para las guaguas que tuvieran alguna complicación, pero en la sala donde yo estaba había una cunita al lado de mi cama y ahí estuve con mi hija todo el tiempo.

Restricciones hospitalarias postparto por COVID.

P52: También cuando entré a urgencias, las matronas que estaban yo sentí que se dieron cuenta que yo venía de un parto en casa que no pudo terminar y eso suele ser muy mal visto en los centros de salud. De hecho, mi “plan b” antes no era el Hospital del Carmen, era una clínica y ahí por yo querer parto en casa como opción 1, no me dejaron comprar el Bono Pad.

Prejuicio desde profesionales de la salud por opción de parto en casa.

Negación para acceder a Bono Pad por elegir parto en casa como primera opción.

P53: Entonces esas matronas fueron bien violentas conmigo, me hicieron tactos innecesarios, fueron super brutos, me empezaron a hacer preguntas como “¿Y cómo sabía usted que venía con 9 de dilatación? Yo no quise ahondar en el tema para que no me empezaran a juzgar más tampoco, aparte en uno de esos momentos, la matrona me dijo que pujara y me decía que yo no sabía pujar, siendo que había estado horas pujando y te gritaban. Por ejemplo, para sacarte sangre o tomarte la presión, no te dicen “ponga su brazo así”, sino que te tratan como un trapo, te agarran el brazo y te ponen y te sacan las cosas como si una fuera parte de la indumentaria del hospital, no hay un trato humanizado al respecto.

Conciencia de la violencia obstétrica y en los sistemas de salud.

Prejuicio desde profesionales de la salud por opción de parto en casa.

P54: Después llegó otra matrona, que era la que estaba de turno para el parto y gracias a ella yo pude terminar de tener un parto respetado, porque nos pidió nuestro plan de parto y fue super respetuosa con todo lo que le pedimos, por ejemplo, que no cortara el cordón umbilical al tiro, que yo no quería parir acostada, pudimos pedir la placenta, el cordón lo cortó mi pareja y todas esas cosas que para nosotros eran importantes, al final sí se pudieron completar, pero fue gracias a que llegó otra matrona y no las que me recibieron, porque yo creo que si ellas hubiesen tomado mi parto, yo la hubiese pasado muy mal.

Experiencia de parto respetado: Cambio de atención en hospital por otra matrona respetuosa con no parir acostada y cosas importantes que pidió la pareja.

Percepción emocional del término de parto en sistema público: la hubiese pasado muy mal.

J: ¿CÓMO TE HAS RELACIONADO CON TU GINECÓLOGO/A O MATRÓN/A?

P55: Yo pensaba que sí estábamos teniendo buena comunicación, pero en el momento del parto me di cuenta de que no era tan efectiva, por estas mismas cosas que pasaron y en el momento mismo del parto no hubo buena comunicación

Falta de comunicación efectiva con matrona en el trabajo de parto.

tampoco y cuando estás en trabajo de parto igual es difícil tener una comunicación efectiva que venga desde una, tiene que venir más desde el asertividad de la persona que te está tratando y en mi caso, sentí que eso faltó.

P56: Por ejemplo, cuando estaba en la fase expulsiva que te comentaba, ella me decía cosas como que lo estaba haciendo bien y todo, pero que yo era la única que no me creía el cuento en ese momento, yo creo que quizás para ella era una forma bonita de decirme “tú puedes”, pero para mí era, no es la mejor forma de tirar pa’ arriba a una persona que está en un proceso así que era difícil.

Formas de apoyo de matrona en el proceso de parto en casa: Forma bonita de decir “tú puedes”, no es la mejor forma para apoyar en un proceso difícil.

P57: Para la otra, quizás intentaría tener muchas más citas con la matrona en cuestión y no sólo una vez al mes que es lo que se recomienda, porque viendo a las personas una vez al mes no alcanzas a conocerte lo suficiente.

Necesidad de más citas de las que se recomiendan con la matrona durante el embarazo.

J: ¿CÓMO TE GUSTARÍA VIVIR TU PARTO O CÓMO TE HUBIESE GUSTADO VIVIRLO?

P58: De partida, me hubiese gustado tener mi parto completo en casa, no me hubiese gustado bajo ningún punto haber tenido que acudir a un centro de salud, porque era lo que estaba evitando.

Preferencia en tener parto en casa completo.

P59: Comprendo que la perspectiva de ella, para un parto respetado es la libertad de acción de la madre, por ejemplo, si tú quieres estar caminando en tu trabajo de parto o colgarte de una tela, usar una pelota, usar una piscina y lo que tú quieras hazlo, pero si esas medidas no son efectivas creo que es responsabilidad de esa persona el tener un plan de acción también y ella no lo tenía. Entonces en ese punto, me sentí un poco abandonada y no cumplió con mi deseo, lo que yo quería, me faltaron cosas.

Visión profesional de parto respetado: la libertad de acción de la madre.

Responsabilidad del profesional de salud para un plan de acción de parto en casa.

Sensación de abandono durante el parto.

J: ¿HAS SENTIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN SOLO POR EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA?

P60: Un poco, incluso, así como con algunas amistades como que dan por hecho el que tú no te vas a sentir bien, que no tienes energía, que te tienes, que cuidar y que sinónimo de cuidarte es como estar en tu casa sentada y hay bastante exclusión social a propósito del embarazo y también como de la maternidad y la gestación.

Exclusión social en los procesos de embarazo, gestación y maternidad.

P61: De la maternidad es un montón como que se asume que la maternidad y la gestación es solo una cosa y no se atina a preguntarle a la madre qué es lo que quiere, cómo ya está viviendo su proceso, qué es lo que necesita o si se sintiese bien saliendo a hacer tal cosa y por otro lado veo como reticencia a adaptarse a los ritmos de la maternidad por darte un ejemplo, mis amigas se juntan conmigo pero hay algunas que no son madres y que hacen como espacios diferenciados si se juntan conmigo vienen a mi casa a tomar té, a comer galletas, tomar once y como una cita más de señora, pero si no se juntan conmigo es como un panorama distinto más de carrete de juntarse en la noche y comerse una pizza o tomar, fumar marihuana y que se asume que es un espacio en el que yo no puedo estar, se transforma como en una amistad a puerta cerrada igual donde solo hay amistad en mi casa.

Reticencia para adaptarse a los ritmos de la maternidad.

Espacios diferenciados de socialización para las madres.

Transformación en las relaciones de amistad durante la maternidad.

P62: Según lo que ellas creen que es lo mejor para mí no sé, igual en cómo se entiende y en qué tan dispuestas están ellas, por ejemplo, de decir ya sí juntémonos todas igual que siempre, pero no fumemos al lado de la Cora para que no sienta el humo o nos podemos tomar una cerveza y ella se toma una sin

Transformación en las relaciones de amistad durante la maternidad.

Pérdida de espacios para hacer amistad.

Disposición de hacer amistad durante la maternidad.

provechosos, incluso para la amistad porque son espacios donde hay otra disposición, una disposición de hacer amistad o de ser amigas, de contarte cosas, pero cuando vienen acá es como “cuéntanos cómo estás ,cómo te has sentido” y como que fuera una visita más terapéutica. Se pierde el espacio de dispersión de charla, no sé, cualquier cosa lo que sea se pierde un poco y eso ha sido aburrido, porque con mis amigas que sí son mamás nos adaptamos, como que empatizan más quizás con la vivencia, como lo han vivido y entienden que también se pueden hacer las dos cosas.

P63: Se entiende que yo puedo dejar a mi guagua, por ejemplo, durmiendo en una pieza, en la pieza de al lado, en el coche, donde sea y que esté calentita y sin bulla y mientras tanto yo puedo estar afuera compartiendo una cerveza sin alcohol y mientras conversamos tiramos la talla y la pasamos bien, pero ahí no sé, quizás está como haciendo una culpa igual yo tampoco he sido tan clara al comunicar ese deseo.

Reticencia para adaptarse a los ritmos de la maternidad.

Exclusión social en los procesos de embarazo, gestación y maternidad.

Transformación en las relaciones de amistad durante la maternidad.

Las embarazadas pueden compartir y pasarlo bien.

P64: Bueno y creo que es como que me sacan de mi rol de mujer y me dejan solo en mi rol de madre eso siento que pasa también porque es como que ya no podemos carrear con la Katia porque la Katia es mamá no sé yo siento que es como social, cultural como que viene hasta quizás sesgo no sé si patriarcal siento que es como entre privatizar e individualizar y no es la maternidad y la crianza como que fuera algo que solo me pertenece a mí ¿cachai? que si me vienen a ver a mí es solo en mi casa porque esta es la casa donde yo vivo y yo no puedo salir a otros lados es como algo muy extraño y de repente puede ser hasta como inconsciente no creo que venga siempre desde una conciencia o de una decisión yo creo que es como una costumbre.

Sesgo patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural.

Privatización de la maternidad y la crianza.

J: ¿CÓMO CREES QUE DEBERÍA SER LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD?

P65: Creo que la medicina tradicional está super deshumanizada, está todo tan mecanizado, como que 1+1 es 2 y es muy técnico, si hay latidos de forma correcta, si hay dilatación de forma correcta, si hay que medicar, si no hay que medicar.

Deshumanización y mecanización de la medicina tradicional en proceso de embarazo.

P66: Hay un mundo alrededor y sobre todo alrededor de un parto o de un nacimiento, creo que en ese aspecto a las profesionales de la salud que se dedican al parto, al nacimiento y a la gestación, necesitan un ramo de forma casi obligatoria de psicología y de manejo de la situación de parto.

Formación de las y los profesionales de la salud dedicados a parto, gestación y nacimiento en el área psicológica para un mejor manejo de situaciones de parto.

P67: Necesitan las herramientas psicológicas de poder dar un acompañamiento un poco terapéutico en el asunto, especialmente si quieres hacer un parto en casa donde no vas a contar con las otras herramientas médicas que te da el sistema tradicional como la epidural o la oxitocina y todas esas cosas que te hacen bajar un poco de “la nube” en la que estás en el parto y que te anulan un poco esas sensaciones con los analgésicos para que obviamente sea un poco más transitable. Si no tienes esas herramientas, necesitas hacerte de otras y bajo mi perspectiva reemplazar todas esas alternativas que te da la medicación con la aromaterapia, con salvia blanca es insuficiente.

Importancia de herramientas psicológicas para acompañamientos terapéuticos en el embarazo.

P68: A la vez siento que las matronas que hacen parto en casa tienen eso, si tú pagas un plan de parto con ellas e incluyen cosas, pero me da la impresión de que, si tú no pagas algo que, si es necesario en el trabajo de parto, ellas no te lo van a dar y que fome, que preocupante, a mí me parece preocupante que te entreguen las herramientas para el parto según lo que pagas o no.

Preocupación por la entrega de herramientas según lo que se paga por tener un parto en casa con un profesional de la salud.

P69: En nuestro caso, nosotros pagamos como una “combi completa”, vinieron dos matronas, nos hicieron talleres de preparación al parto, controles después en la casa y a nosotros nos salió \$850.000, ese pack incluía dos talleres de preparación al parto y una clínica de lactancia, después que la guagua naciera, y dos controles. Un control a los 3 días de que naciera la guagua y el otro a los 10 días, también, el trabajo de parto, las dos matronas, el uso de una piscina, aromaterapia, medicina placentaria, todo lo incluíble, lo tenía, porque pensábamos que era más seguro que fuera de esa forma y porque también ellas lo recomendaron así.

Acceso y costo de un parto en casa con matronas.

P70: La OMS recomienda que el parto en casa sea con dos matronas y no con una, y buscamos también recomendaciones de matronas, porque esta matrona que me atendió a mí fue como la cabecilla con la que yo me contacté y después ella introdujo a la otra matrona que es como parte de su equipo de trabajo. Esa matrona a mí me la recomendaron dos amigas y una de ellas tuvo el parto con esta matrona, pero la diferencia es que mi amiga estuvo con una partera que era la cabecilla de su parto y la ayuda de esa partera era la matrona que me atendió a mí entonces a mí me da la impresión de que puede ser la falta de experiencia de manejar esto como protagonista por decirlo de alguna forma.

Recomendaciones y elección de matronas para parto en casa.

Experiencia diferenciada entre partera y matrona en el manejo del parto en casa.

P71: Creo que mira, este programa que te contaba del Chile Crece Contigo es súper bueno, pero siento que la perspectiva educativa que tiene no es buena porque no se toma en cuenta la baja calidad de educación que reciben las personas especialmente en sectores vulnerables. Entonces, como que el matrón, la matrona en el CESFAM te habla con mucho tecnicismo y cosas que una persona que, por ejemplo, no ha tenido educación superior no va a entender, no lo va a entender y probablemente le va a decir que sí o le va a decir que a lo mejor que bueno, que usted sabe lo que es mejor para mí y va a delegar esas decisiones en la otra persona solo como por una autoridad y que supuestamente la otra persona sabe más que una, ¿cachai?

Programa Chile Crece Contigo con perspectiva educativa deficiente para sectores vulnerables.

Uso de tecnicismos en la entrega de información de matronas y ginecologas.

Delegación de decisiones al profesional de salud por visión de autoridad.

P72: No se da el tiempo tampoco de explicar todas esas dudas porque hay controles que duran 25 minutos y ahí no alcanzan a explicar cosas importantes, te entregan varios folletos y cosas que son súper claros, pero no sé, siento que igual hay como varias cosas de las que hacerse cargo alrededor de la maternidad como para que puedan haber cambios reales, como que debería ser más integral quizás claro, y que sobre todo, también que involucre a más personas porque lo mejor una madre puede tener claridad de todas estas cosas pero si su círculo de apoyo no termina siendo círculo de apoyo la madre igual va a estar sola y va a sentir todos eso, también de una forma individual y ahí tampoco hay un cuidado hacia la integridad de la madre, por ejemplo la depresión postparto, todas esas cosas piensa ese cargo.

Falta de tiempo en la atención de salud para responder a dudas y explicar consultas.

Atención integral en maternidad.

Cuidado hacia la integridad de la madre en depresión postparto.

P73: Se enfoca a la mamá, al papá o a un acompañante significativo porque se entiende igual que hay muchas madres solteras, pero ahora en contexto COVID por el tema de la foro y todo esto, todo lo que implique como educación respecto a la gestación, al parto el postparto, se delega solo a la mamá, ya no hay esas instancias más familiares y a la vez creo que eso debiese ser algo que no esté solo en el momento en el que quede ahí embarazada, sino que algo que se enseñe de forma más integral como dices tú, por tanto no solo cuando está ahí en la situación misma, sino que poder brindar más seguridad también en ese proceso.

Falta de educación integral durante contexto COVID en instancias familiares respecto a la gestación, el parto y postparto.

Brindar seguridad en el proceso de embarazo desde el sistema de salud

J: ¿TE HAS SENTIDO CÓMODA DURANTE TUS CONTROLES Y ECOGRAFÍAS?

P74: La ecografía mira por todo el tema del COVID en el consultorio, por ejemplo, varios controles no fueron presenciales y me llamaban por teléfono entonces controles, controles tuve como cuatro y todos los demás fueron llamadas telefónicas. Los controles básicamente eran para que yo fuera a dejar los resultados de los exámenes y ellos pudieran anotar y hacer como un seguimiento de esas cosas,

Limitación en la presencialidad de los controles durante el COVID.

Procesos burocráticos para realizar controles, ecografías y partos en centros de salud por COVID.

porque en todo centro de salud para que te reciban necesitas y tener esos exámenes de sangre, ponte tú del VIH, CIDI y otras enfermedades de transmisión fácil te los piden y a mí me daba la impresión que era como una cosa un poco más burocrática y el que no eran solo esos controles que era como uno por trimestre y los demás eran llamadas telefónicas.

P75: Con mi matrona también tuve alta telemedicina, por lo mismo y ahí los controles por ejemplo telefónicos, que preguntas te hacían o que te decían para saber bien como que ese control fuera efectivo y los demás controles iban en torno a si yo me estaba sintiendo bien o no. Imagino que iban descartando por ejemplo que mi embarazo pudiese ser de alto riesgo o que yo estuviese desarrollando algún tipo de patología. Ponte tú no sé, calambres o cosas descartar depresión preparto temas con la alimentación si hay mareos o desmayos ¿se mueve tu guagua por ejemplo? ¿Cuántas veces va usted al baño? ¿le quedan vitaminas todavía? o si no vaya a buscarle alguna receta, pero eso.

Telemedicina en controles prenatales.
Descartar riesgos y patologías durante el embarazo por telemedicina.

J: ¿SIENTES QUE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD SE RESPETAN LAS DECISIONES DE LAS MUJERES RESPECTO A SU EMBARAZO?

P76: Yo creo que algunas sí siempre y cuando vayan en línea de lo que plantea el sistema de salud también, por ejemplo, si una mujer se opusiera a tomar tantas que no y que te tenías que tomar las vitaminas igual, el mismo tema del parto en casa. Si tú le dijeras a alguien en un centro de salud que quieres tener un parto en casa, obviamente no van a respetar esa decisión porque te van a decir que es una decisión negligente, por ejemplo, entonces depende de si esas decisiones van en sintonía con el plan de salud que tengan los centros o no.

No se respeta la decisión de la madre si no está en sintonía con el plan de salud.

P77: En la clínica INDISA y encontré un equipo de matronas feministas matronas y ginecólogas que hacen parto respetado en la clínica INDISA y ellas tienen otra vola, igual que siento yo, por ejemplo, en comparación con mi experiencia que son un poco más responsables y más guiados en el proceso de gestación y que es una experiencia que se va a tener no solo en un término médico, sino también, como en una comprensión psíquica de lo que está viviendo y atravesando por darte un ejemplo, a ella le dieron como tarea fija, ustedes para el próximo control, tienen que venir con esta información y les preguntaron, les dijeron a sus mamás cómo habían sido sus partos, cómo percibían el dolor y que le hablaran sobre experiencias con el dolor y cómo los llevan con el parto, la relación con sus mamás y a eso me refiero con una perspectiva un poco más psicológica. Se hace una pega que no es solo biológica y ahí también tienes como que se respetan decisiones, porque el plan de salud es distinto.

Experiencia de embarazo de la hermana con matronas con enfoque feminista en la clínica INDISA.

Perspectiva psicológica en la atención materna.

J: ¿QUÉ CUIDADOS Y PRECAUCIONES TUVISTE QUE TOMAR AL ESTAR EMBARAZADA EN PANDEMIA?

P78: A lo que le daban mucha importancia era el tema de la vacuna y varias veces sentí que no me trataron bien porque yo no me había vacunado en el momento en el que debía hacerlo, como que ni siquiera me respetaban un derecho a sospechar o a querer pensarlo. Había un enjuiciamiento inmediato, igual puedo entenderlo, como la desesperación de querer controlar una pandemia, también entiendo el rollo, pero tampoco lo comparto y como no estaba vacunada me hacían más énfasis en que tenía que hacer cuarentena.

Importancia en la vacunación COVID durante el embarazo.

Enjuiciamiento inmediato por no vacunarse contra el COVID.

Énfasis en hacer cuarentena sin vacuna durante el embarazo.

P79: Básicamente yo no tenía que ver a personas fuera de las personas con las que vivía que en este caso era mi pareja y él trabaja en un lugar en una bodega grande todavía y llegaba a la casa y antes de saludarme se iba a bañar ponía a lavar su ropa y tenía que tomar esa clase de medidas no veíamos gente, no vimos a nuestros amigos casi no veíamos a la familia y básicamente esa fue la medida fue como cuidado COVID, aislamiento.

Medida de aislamiento como cuidado ante el COVID.

J: ¿DURANTE TU EMBARAZO ESTUVISTE CONTAGIADA O CON ALGÚN SÍNTOMA DE COVID-19? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P80: No, estuve contagiada, pero a veces igual íbamos a la feria a comprar era como que de repente me urgía si había muchas personas o con el alcohol a todos lados y eso fue como lo que vivimos al principio, pero lo que le pasó a mucha gente.

Experiencia de no contagio COVID durante el embarazo.

Sensación de miedo por posible contagio en pandemia.

J: SI NO ESTUVISTE CONTAGIADA CON COVID ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA DURANTE EL CONTEXTO DE PANDEMIA?

P81: Cuando yo me embaracé todavía estaba como el pase libre a salir y todas esas cosas, porque era vacaciones y después que subieron los contagios, hubo una cuarentena de harto tiempo y ahí yo estuve mayoritariamente sola. Fue como la peor parte del COVID donde había 8000 contagios diarios estaba “confinadísima” en mi casa, porque era población de riesgo y yo no me había vacunado todavía.

Cuarentena prolongada por aumento de casos COVID.

Sentimiento de soledad por el confinamiento al ser población de riesgo.

P82: Me dio cosa vacunarme al tiro al tiro porque sentía un poco inseguro el proceso de vacunarme embarazada, me daba cosa y pensaba en un momento “ya me vacuno apenas tenga el parto”, pero después dije “ya filo igual se han vacunado a varias mamás y pareciera que no pasa nada con las guaguas” como que no les hacía mal. Entonces, me vacuné como en julio y a mí me correspondía ponte tú en abril y más o menos entonces eso también hizo que esta cuarentena tanto mía como de mi pareja durara más, ambos estuvimos casi dos meses sin ver a ningún amigo o ninguna amiga, a familiares tampoco, super poco, así como cada tres semanas de repente porque mi papá salía a trabajar todos los días a la calle hacía algunos trámites para la pega iba a bancos, cosas así, entonces también les daba cosa visitarme y después ya de que me vacuné nos relajamos nomás, asumimos que todos estábamos teniendo cuidado y que no nos íbamos a contagiar por lo mismo. Lo mismo con mis amistades nos empezamos a ver más y fueron bien bonitos esos reencuentros que vinieron acá a conocer nuestra casa o visitarnos fue bien bonito y me ha ayudado más el término de mi embarazo que el proceso en sí, que fue bastante solitario.

Sensación de inseguridad por el proceso de vacunación durante el embarazo.

Decisión de vacunarse por experiencia de vacunación de otras madres.

J: ¿TE SENTISTE SOBREPASADA DURANTE TU PROCESO DE EMBARAZO POR EL CONTEXTO DEL COVID-19?

P83: Totalmente hubiera sido un embarazo mucho más gozoso de no haber estado el COVID, de haber podido compartir la experiencia con otras personas, hay personas a las que yo vi embarazada una sola vez, fue como para vernos en ese proceso, pero no como hacer una relación más sólida, no se pudo.

Experiencia de embarazo gozoso de no haber estado el COVID.

P84: Yo estuve bien sola durante mi embarazo sobre todo cuando con Franco nos cambiamos de casa, eso fue a fines de mayo, yo tenía como 4 meses 5 entonces claro hasta ese momento yo vivía con mi mamá y mi papá y estaba con mi mamá todo el día porque ella trabaja en la casa y con ella tenemos una relación un poco bipolar, entonces estaba casi todo el día sola pero en un comienzo también estaba agradecida de esa tranquilidad, más allá del COVID podía encontrar tranquilidad en esa soledad no la habitaba con tantos problemas, pero fue en un comienzo después de que ya pasaban meses y mi embarazo estaba por terminar.

Sentimiento de soledad por el confinamiento al ser población de riesgo.

Habitar la soledad con tranquilidad más allá del COVID.

Entrevista Francisca (E2)

J: ¿A TRAVÉS DE QUÉ MÉTODO DE COMPROBACIÓN TE ENTERAS DE TU EMBARAZO?

P1: Al principio, el atraso. Y no lo quería aceptar, yo dije: “No, debe ser un atraso” “La típica, me va a llegar” y mi pareja me insistió “compremos un test, hagamos un test” y ahí salió positivo. De hecho, me compré dos test, uno se demoró en dar el positivo. Entonces yo dije: “debe estar malo” Entonces fui a comprar otro, el más caro y te indicaba la semana y todo. Y se marcó al toque y marcó incluso como que tenía más de 4 semanas y dije chucha tengo que ir al médico”.

No quería aceptar debe ser atraso.
Realización varios test.

J: ANTES DE SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA ¿QUE PENSABAS Y SABÍAS DEL EMBARAZO?

P2: Yo creo que uno tanto del embarazo como de la maternidad puede saber muy poco, es como lo que te dicen la gente que ha estado embarazada o la gente que ha sido mamá o papá, pero creo que hay distintos tipos de crianza y en eso me he dado cuenta yo siendo mamá. Hay distintos tipos como de gestar y también de criar.

Saber poco sobre embarazo y maternidad.
Hay distintos tipos de crianza.

P3: Entonces la gente en el fondo te va diciendo cosas dependiendo de su experiencia, las que han sido totalmente distintas a la mía, amigos cercanos que hayan tenido hijos no tenía, mi pareja sí. No sé, experiencias de mi mamá, de mis suegros, de mis compas de trabajo. Entonces lo que yo sabía era lo que me comentaba la gente. Y bueno, no sé, yo siempre quise tener un hijo, pero lo veía mucho más a futuro, no ahora.

Compartir experiencias distintas y cercanas sobre embarazo.
Conocimiento basado en lo que comentaba la gente.
No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento.

J: ¿QUÉ PERCEPCIÓN DE LO QUE TU SABÍAS, TIENES O TUVISTE DE TU EMBARAZO?

P4: Es que siempre escuché sus opiniones, pero nunca las tomé en cuenta porque todos me lo cuestionaban y decía no: “la cuestión no tiene que ser así”, por ejemplo, te dicen que sí o sí te tienes que preparar los pezones, ¿cachai? Entonces yo decía: “bueno, ¿cómo me voy a estar preparando los pezones?”.

Sin necesidad de aprobación, decisión personal.
Fácil acceso generacional a mayor información sobre el embarazo.
Mitos sobre el embarazo que vienen de generaciones anteriores.

P5: No sé, todos me lo cuestionaban y claro, después como nuestra generación tiene un mejor acceso, un acceso mucho más fácil a la información, te pones a googlear y hay millones de mitos que te dicen como a la generación anterior, que me lo dijeron a mí y que gracias a mi cuestionamiento pude decidir de lo que yo quería o lo que no quería.

Cuestionamiento de normas generacionales.
Acceso a información para desmitificar.
Empoderamiento a través del cuestionamiento generacional.

J: ¿ES PRIMERA VEZ QUE ESTÁS EMBARAZADA? SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA ANTERIOR?

P6: No, primera vez

Primera vez que está embarazada.

J: ¿QUÉ FUE LO PRIMERO QUE SE TE VINO A LA MENTE AL SABER DE TU EMBARAZO? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P7: Mal, dije: “chucha, se me vienen abajo todos los planes”. Porque no estaba planificado gestar en ese momento. Además, llevaba un año trabajando, entonces también el típico miedo que te van a echar. Pero sí, yo tenía otros planes de ahorrar, cambiar de pega, irme al sur y nada de eso se pudo concretar. Se posterga nomás, tomé esa decisión de postergarlo. Quizás fue una sorpresa y como lo que decís tú ¿cómo te sentiste? ¿Cómo te sentiste? Como, por ejemplo, eso del trabajo, ¿tú se lo comunicaste a tus jefes? ¿Tuviste problemas con eso?

Impacto y postergación en todos los planes personales.
Miedo al despido laboral.
No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento.

P8: No, no tuve problemas. Claro, como primera sensación me sentí con pena, mucha pena, como sola. Me sentí como en un hoyo, así como que me iba hundiendo, hundiendo, hundiendo y a medida que fui contando que estaba embarazada, como que esa misma gente me fue levantando. Recibí felicitaciones, recibí, no sé, siento como que la gente te mira de otra forma.

Pena y soledad como primeras sensaciones.
Conciencia de los cambios y las necesidades de atención hacia las madres a nivel social.
Apoyo social y cambio de percepción en el embarazo.

P9: A mi compañera de pega -que éramos tres en ese entonces- le comenté el miedo típico, de: “oh, me van a echar” y ella me dijo al toque que no, como que me habló altiro del fuero. Me empezó a hablar como de las leyes y me decía cada rato: “no te pueden echar, no te pueden echar, no te van a echar, tú dedícate a esto, Tú preocupate de gestar, no puedes pasarla mal, tienes que estar bien tú, tú y tu bebé ahora son como lo primero en que tienes que pensar, no te preocupes de la pega”. De hecho, ella me alivió caleta la pega física, como cosas que yo quería hacer, por ejemplo, no sé, plantar un árbol y ella me cuidó mucho en la pega.

Apoyo por miedo a despido con recomendaciones legales en el trabajo por parte de compañera sobre fuero.
Alivio en trabajo físico y cuidados por parte de compañera.

J: ¿DE QUÉ MANERA TE EMPEZASTE A INFORMAR SOBRE EMBARAZO?

P11: Primero empecé a ocupar redes sociales, Instagram, sobre todo, y después lo que pasa es que con todos estos mitos que me venían comentando, no sé, con mi mamá o mi suegro, yo dije no, tengo que cachar del tema, tengo que informarme, si lo estoy cuestionando no lo puedo cuestionar porque sí nomás. Entonces empecé a agregar en Instagram como consejeras de lactancia y me empecé a comprar libros también, no sé, tendré como siete libros que hablan entre gestación y maternidad. Ahí me di cuenta que es importante la información, sobre todo desde que ya estás gestando porque la gente te dice muchas cosas que en verdad no son y también es importante, ahí me di cuenta, el acompañamiento entre mujeres que han pasado por lo mismo, ya sea gestando o ya sea mantornando.

Utilización de redes sociales para informarse.
Importancia de la información sobre maternidad y el acompañamiento entre mujeres.

P12: Las agregaba como para enganchar información un poco más legal. También agregué a abogadas, consejera de lactancia y empecé a averiguar también sobre partos, como los tipos de partos que podrías tener. Y en eso una compañera de universidad, no de carrera, pero de la universidad que hicimos natación juntas, ella es profe de educación física y se especializó caleta, en maternidad, entonces ella empezó a hacer yoga prenatal y postnatal, y cuando yo estaba embarazada, tomé las clases con ella y ella hizo un grupo de WhatsApp que es como tribu, en el fondo como que todas las mujeres que tomaban alguna clase con ella, ya sea yoga o ya sea pilates o ya sea natación para los pequeños, algo relacionado con la maternidad. Todas las mujeres estaban ahí y ella insistía mucho que había que maternar en tribu, como acompañar con demás mujeres para aclarar dudas, apoyarnos y todo el tema. y ahí empecé a enganchar con esto como de las tribus.

Redes de información legal, consejera de lactancia y parto.
Comunidad de maternidad y tribu virtual.
Enfoque en maternar en tribu y acompañamiento entre mujeres.

P13: Son grupos de mujeres en el fondo que se apoyan entre sí, por lo general se juntan presencialmente, no sé, se juntan los primeros meses, los primeros sábados de todos los meses y es como los círculos de mujeres, pero en este caso estábamos en pandemia, entonces no nos podíamos juntar presencialmente, era todo por WhatsApp. Y aquí, o sea, ahora que ya tengo a mi hijo, yo dije, tengo que salir y tengo que generar como esta tribu ya más presencial. Como que no me sirve por una pantalla. Entonces ahí, primero que todo, empecé a tener la formación, yo me estoy formando como consejera de lactancia y como asesora de porteo. Y ahí también empecé a cachar como otro mundo, como que las tribus en verdad, o los grupos, grupos de acompañamiento también se llaman. Apañan a caleta de mujeres que sobre todo en pandemia se están sintiendo muy solas. Entonces ahora en Peña, yo quiero formar grupos de apoyo en la lactancia y estoy con otra compa en Talagante como para formar tribus para mujeres que están gestando y mujeres que están manteniendo también.

Adaptación de grupos de apoyo en pandemia y búsqueda de conexiones presenciales.

formación como consejera de lactancia y como asesora de porteo.

Iniciativa de formar grupos de apoyo en la lactancia.

P14: Es muy común que te digan que amamantar te duele y lo decían, así como muy, eso fue lo que más me dijeron, pero te hablaba más como del postparto, de lo que se veía después. También mitos en cuanto, claro, postparto, no sé, si tú decís quiero tener un parto sin anestesia te colocan cara al toque y al tiro te tiran para abajo como, no vas a aguantar, no, duele. Así como, no, estás locas, no, que estás viendo. La lactancia, te va a doler, te tienes que preparar el pezón y también que tu pareja te lo prepare, ¿cachai? También atribuyendo algo que es natural, dar pecho y algo muy de diada, diada se dice a la relación madre-hijo, dejando fuera al papá. Entonces dar teta es netamente la diada y te meten al papá como para que te prepare el pezón, siendo que eso ya no es, o sea, está estudiado que no es bueno. Y tampoco el pezón no se prepara, es como que el mismo bebé es el que te va a preparar el pezón.

Mitos sobre el dolor en posparto y lactancia.

Dar pecho como un proceso natural de la relación madre e hijo.

La preparación del pezón y la participación del padre no son parte del proceso de lactancia.

J: EN TU COTIDIANIDAD ¿QUÉ HÁBITOS Y RUTINAS TUVISTE QUE CAMBIAR?

P15: Por ejemplo, yo iba en bicicleta a la pega, de ahí no fui más en bicicleta, fuimos en auto. Tuve que cambiar por ejemplo rutinas nocturnas, no sé, yo vivía en ese entonces con mi pareja y un amigo, arrendábamos una casa y todas las semanas recibíamos gente por los carretes, entonces carretes piolas eran como juntas no más, pero esa rutina también tuvimos en el fondo que cambiarla. No sé, eso en realidad.

Cambios de rutina en el uso de medios de transporte y rutinas nocturnas de socialización.

P16: En el último trimestre fue, bueno, ahí también estás con el prenatal, entonces estás en la casa, a mí me gusta mucho hacer manualidades y aproveché todo ese tiempo de hacer manualidades, pero sí, como que ahí la rutina se calmó un poco, no sé, bueno era como llegar y salir y juntarse con alguien ponte tú o llegar y salir y volver, no sé, por las doce de la noche, ni cagando podía hacer eso. Entonces fue como algo más de estar quieta, de estar tranquila, de estar en casa, de tratar de hacer cosas para mí, como que me hagan sentir bien a mí o sentir como... porque también como que a veces uno se siente un poco inútil, como que no estás haciendo nada y en el fondo estás haciendo todo, estás terminando de gestar, entonces tienes que tomar esas otras posturas, esas otras decisiones que vayas a tomar son en base a eso.

Rutinas más tranquilas durante el embarazo.

Prácticas beneficiosas durante el embarazo.

J: ¿CÓMO ENFRENTASTE O HAS ENFRENTADO ESTE PROCESO?

P17: Me costó, me costó hacer el cambio de, no sé, hoy me está dando sueño, tengo que dormir y no sé, no quería dormir porque quería, no sé, salir, salir a andar en bici o quería tomarme un copete y no podía, quería, yo fumo marihuana, o sea fumaba marihuana, yo quería fumarme un pito y tampoco podía, no podía hacer cosas que hacía y antes. Entonces hay un concepto que se llama la matresencia, la matresencia es como la adolescencia en la mujer que va a maternar, es un proceso en el cual la mujer tiene que aceptar estos cambios.

Concepto de matresencia y aceptación de cambios.

Proceso complejo de asimilación.

P18: Aceptar estos cambios que es como un cambio así progresivo y evolutivo, hasta que da luz, cuando ya tienes a tu hijo empieza el puerperio, que también todo es un cambio de emociones, cambios físicos, yo creo que el puerperio me tocó mucho más fuerte que en la matresencia. En la matresencia como que además la gente te mira muy bonito, entonces te ayudan igual, te tiran flores, te soban la guata y te dicen ¡ay qué rico! No sé qué, te emocionan.

Concepto de matresencia y aceptación de cambios.

P19: Entonces como que tiene una mejor aceptación cuando uno ya tiene el bebé, el enfoque social no es tanto hacia la madre, sino que es más hacia el bebé sumado a eso el puerperio, yo creo que eso es lo que más me ha costado, yo siento que el puerperio no dura solamente los 40 días que son la cuarentena. En el puerperio, de hecho, claro, también hay otros estudios que el puerperio dura mientras estás dando teta, y el promedio se da teta tras los dos años, así que todavía me siento puérpera en ese sentido.

Consciencia de los cambios y las necesidades de atención hacia las madres a nivel social.

Importancia de tener mayor duración del puerperio.

Sentirse puérpera.

P20: Yo creo que eso es lo que más me ha costado porque en el fondo todo depende de ti, de lo que tú hagas y de cómo lo hagas. Entonces adecuar toda tu rutina en base, tampoco es a lo que tú quieres, es a lo que el bebé mande nomás, Si el bebé tiene sueño, se duerme, o sea, él duerme, uno no duerme, que es otro mito, el de que bebé duerme y mamá duerme, eso tampoco es real.

Mitos sobre rutina del sueño del bebé y la mamá.

Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebe.

P21: Incluso yo ahora en la casa vivo sola con mi pareja y mi bebé y hay que hacer otras cosas, o incluso cuando puedes dormir tampoco tienes un sueño profundo porque estás sola, sabes que estás sola. Entonces no puedes lograr un sueño profundo sabiendo que tu bebé está al lado y que igual depende de ti. No hay otra persona que lo pueda escuchar si es que llora o se para o se da vuelta, no, todo depende de ti nomás.

Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebe.

Impacto emocional en la calidad del sueño.

J: ¿CREES QUE LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA? ¿QUÉ POSTURA TIENES SOBRE LA MATERNIDAD?

P22: Es que eso de que la maternidad, mi maternidad era deseada pero no en ese instante, creo que eso de que la maternidad sea deseada es como, no sé, un cuento que te pueda tildar la sociedad. Es como una ideología que uno tiene, puede ser que la maternidad no es deseada y mientras no tengamos un aborto libre muchas mujeres no van a desear su maternidad y pucha es como, no sé si tiene que ser deseada, no creo que tenga que ser deseada, como que la maternidad es nomás, si es deseada o no es deseada uno tiene que decidir cómo afrontarla nomás. Para mí ha sido muy bonito la maternidad, pero súper complejo, súper difícil y ojalá hubiera menos estereotipos de la maternidad, te dicen que, te preguntan cuando te ven con el bebé, así como, oye y es tranquilo o llora mucho.

Estigma y estereotipo sobre la maternidad.

La maternidad debe ser deseada.

Tener aborto libre.

P23: Mi bebé no llora para nada, yo encuentro que no llora mucho, pero eso es una pregunta igual que súper violenta, porque hay mujeres que pueden tener un bebé que sí llora caleta y eso no está mal, está súper bien, el bebé tiene que llorar, el bebé de por sí llora, el bebé no se sabe comunicar, el bebé si está lejos del cuerpo de la madre, sí o sí te va a llorar porque está lejos de su hábitat, sobre todo el recién nacido. Entonces hay como muchas caretas en ese sentido en el ámbito social que te tildan otra cara yo creo de la maternidad.

Estigma y estereotipo sobre la maternidad

Comunicación del bebé a través del llanto.

P24: Yo creo que la maternidad tiene que ser acompañada y aceptada en el sentido de que se critican mucho también, si tú tomas, a los bebés cuando empiezan su alimentación que alrededor de los seis meses, por lo general se les da papilla pero hay otros métodos, no sé si tú lo cachas ahí, pero está el baby-lead-weaning que es como que les dan los trozos enteros a los bebés, no papillas, hay ciertos cortes que son seguros para él, por ejemplo, no sé, si le quieres dar una frutilla tienes que cortarla en cuatro y el bebé de por sí lo va a tomar, va a tomar un gajo y lo empieza a masticar sin tener dientes. Baby-lead-weaning, se abrevia BWL y eso es un método, o sea, como que la gente que no lo conoce te dice, hoy está de moda ese método, pero no es una moda porque la licuadora, la juguera, salió no sé en qué año, pero anteriores a esos años, ¿cómo alimentaba a los bebés?

Críticas a la falta de apoyo, a la maternidad y crianza compartida.

Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebe.

Diversidad en métodos de alimentación infantil.

Utilización de métodos de alimentación baby lead weaning en su crianza.

P25: Ese método también desarrolla mucho la motricidad fina y la motricidad gruesa, y además les enseña a que tienen que masticar, yo tengo una sobrina que se lleva por un mes con el Amaro y ellos utilizan ese método y Amanda se llama, y la Amanda mastica súper bien y agarra los alimentos súper bien, el amaro come papilla y no, al Amaro le pasa ahí un plátano y sí, a veces lo come, pero tiene un reflejo que es como escupirlo, entonces a nosotros nos va a costar mucho más darle el alimento después, un poco más triturado el alimento entero, versus a la Amanda que ya de por sí está masticando, ya conoce los alimentos, ya conoce otros sabores y otras texturas.

Utilización de métodos de alimentación baby lead weaning en su crianza.

J: ¿CREES QUE EL MOVIMIENTO DE MUJERES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO LA FORMA DE VER LA MATERNIDAD? ¿EN QUÉ ASPECTOS Y CÓMO LO HAS VISTO REFLEJADO EN TU EXPERIENCIA EN LA TOMA DE DECISIÓN?

P26: Sí, yo creo que sí, totalmente, porque siento que los movimientos ahora de mujeres están ligados al feminismo y yo creo que la maternidad tiene que ser, así como hay un libro que se llama La Maternidad Desobediente, de Ester Rivas. La maternidad tiene que ser vista desde un área feminista y tiene que ser defendida también desde el feminismo porque es a nosotras quienes maternamos y el bebé depende totalmente de nuestro cuerpo o sea, si nosotras no existimos, el papá puede hacerse cargo, pero puede hacerse cargo supliendo lo que nosotras tenemos, me refiero a la teta, al cuerpo, el bebé recién nacido, si tú lo colocas sobre el cuerpo de la madre, si tú buscas por ejemplo, hay recién nacidos que fallecen, los colocan en el cuerpo de la madre y como que reviven, se llaman madres canguros.

Cambio de perspectiva en los últimos años, hay más madres feministas.

Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebe.

Crítica a la falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida.

Maternidad defendida desde el feminismo.

P27: Entonces hay una conexión neta con la mujer, los movimientos feministas hoy en día ven a las mujeres como, no sé cómo decirlo, pero como que le dan un valor distinto a la maternidad, si tú no quieres maternar de cierta forma, por ejemplo, si no quieres dar teta, está súper bien y eso yo lo he visto gracias a los movimientos feministas de hoy en día, si no quieres estar embarazada también está súper bien, está súper válido, si no quieres tener un parto hospitalario tradicional está súper bien, si lo quieres de otra forma está súper bien, está súper bien sentir pena y después sentir rabia y después sentir felicidad. Siento que entre las mujeres nos damos apoyo porque quizás muchas de nosotras pasamos por ese proceso o vamos a pasar o no sé, quizás empatizamos más, pero sí, así lo veo, creo que de hecho toda mujer debería formar parte alguna vez en su vida de un grupo feminista.

Enfoque en maternar en tribu y apoyo mutuo entre mujeres.

Los movimientos feministas le dan un valor distinto a la maternidad.

Maternidad defendida desde el feminismo.

Cambio de perspectiva en los últimos años, hay más madres feministas.

P28: Lo que pasa es que yo creo que el movimiento feminista ha hecho ver muchas cosas y en ese ver muchas cosas, mucha gente ha accionado esas cosas ha dicho, es así, hagámoslo así. Entonces, hay mucha gente que ahora lo está haciendo y lo está visibilizando, creo que las redes sociales han ayudado mucho en eso y hay ginecólogos ahora que lo ven como el parto respetado.

Reconocimiento del proceso de gestación y toma de decisiones.

Visibilización del parto respetado a través del movimiento feminista.

P29: Las doulas también creo que se han tenido, ha habido muchos partos en casa últimamente. Entonces yo creo que también es gracias al acceso a información y gracias a que las mujeres nos hemos estado despertando en cierto sentido y validando nuestros deseos tanto de parir como de maternar y hemos buscado y peleado de por sí como una lucha interna de decir no, esto es lo que yo quiero. Y la persona, lamentablemente, la matrona o el ginecólogo que no tenga esa postura, que no tenga esa visión siempre te va a estar criticando y diciendo lo que me pasó por ejemplo la matrona, que me decía, no, no podías hacer esto. Y si tú desobedeces a eso, es como, no sé, yo tenía mucho miedo, como que me rendí, no más, era como ya, si hago lo que me digan. Porque no, no está ahí en tus casillas como para pelear por lo que tú quieres. Está ahí como que ya, ya está ahí entregada y si eres cuestionada, no sé, lo haces en base a lo que te dicen.

Validación en el deseo de parir y maternar.

Delegación de decisiones al profesional de salud por visión de autoridad.

Falta de apoyo de matrona en el proceso de embarazo.

P30: En mi experiencia, por ejemplo, si yo me quejo por ejemplo, en mi trabajo de que no hay sala de lactancia, un hombre me va a decir: “ya, pero puedes hacerlo en el baño”. Si yo me quejo frente a una mujer que no ha sido mamá quizás me va a preguntar: ¿esto es legal o te incomoda de cierta forma sacarte leche en otro lado?, o no sé, como que no te va a decir: “puedes hacer esto”. Y la mujer que ha sido mamá lo cuestiona contigo, es como, no hay sala de lactancia como que hay ciertas condiciones que deben mejorar sí o sí, y en eso los grupos feministas de hoy en día han peleado nuevas leyes al respecto.

Maternidad defendida desde el feminismo.

Necesidad de una sala de lactancia en espacio laboral.

Creación de nuevas leyes sobre maternidad gracias a grupos feministas

P31: Los posts natales, por ejemplo, yo creo que han sido gracias a los movimientos de mujeres, los hombres como no, los hombres no se han movido por eso, por ese sentido. Ni siquiera por ellos, porque ellos tienen solamente una semana y eso yo lo encuentro súper poco, lo encuentro como que el hombre está visto para hacer trámites en esa semana, porque eso es lo que hace el hombre. Yo creo que, si tú le preguntas a todos los hombres que utilizaron su, si ellos fueron a hacer el trámite, por ejemplo, de la inscripción al registro civil, ocuparon esa semana. Están vistos para hacer eso, para hacer trámites y después para volver al trabajo porque tiene que traer el dinero a la casa, mientras la mamá se queda con el crío, ahí criando. Pero no está visto como la maternidad en sí, o el hecho de criar, no está visto como una triada, está visto como una díada, madre-hijo, no está el papá. Y yo creo que para el recién nacido es súper importante también tener al papá cerca, o si estuvo dentro de la mamá, conoce los latidos de la mamá, conoce la piel, conoce el olor, conoce la voz. Al papá recién lo estáis conociendo cuando salís del útero, entonces eso tampoco está visto en la maternidad. No sé por qué no fuimos a hablar de la licencia de ellos.

Limitación del permiso parental: los padres legalmente tienen cinco días de postnatal

Rol de cuidado: la madre asume como primera persona

Asegurar más tiempo a los padres en su posnatal

Importancia de la presencia paterna en el vínculo con el recién nacido

P32: Yo creo además que si el hombre tuviese el mismo postnatal que las mujeres podría entender o podría apoyar mucho más a las mamás puérperas. Cuando una mamá siente que pasa mucho, que nos sentimos agobiadas, sobre todo los primeros días, que el bebé llora y no sabemos qué es lo que quiere porque no estamos recién conociendo. Yo tengo nueve meses con Amaro y siento que todavía no nos conocemos y siento que no nos vamos a terminar de conocer nunca. Pero los primeros días son como súper, están solas en una casa, sola y con una guagua, muchas veces no sabes qué hacer, muchas veces te caes frustrada, muchas veces tienes pena, muchas veces tienes rabia, muchas veces tienes felicidad y estás sola, entonces si por lo menos el hombre, tu pareja y el papá de la guagua, en un caso, así como puede ser tu pareja, no sé, puede ser tu pareja mujer, puede ser tu pareja Pero que esté ahí tu pareja apoyándote, guiándote o consolándose simplemente o haciéndote un cariño simplemente o que por ejemplo él esté pudiendo ver al bebé mientras tú estás durmiendo una siesta, también es súper rico o sería súper rico que todos tuviesen el mismo postnatal.

Presencia y apoyo de la pareja en el puerperio.

Proceso de vinculación madre e hijo.

Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebé.

Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad

Necesidad de estar acompañada por la pareja en el posnatal

Limitación del permiso parental: Los padres legalmente tienen cinco días de postnatal

J: ¿CREES QUE LA SOCIEDAD Y EL ENTORNO INFLUYE EN LA DECISIÓN DE QUERER SER MAMÁ?

P33: Sí, sí porque yo creo que vivimos una sociedad adultocentrista, y que, en el fondo, muy capitalista también, es muy importante la educación, que sí, sí lo son, no lo voy a negar. Pero también hay otras salidas o hay otros medios o hay otros métodos. Si por ejemplo yo quisiera dejar de trabajar, en este minuto estoy con la ley de crianza protegida, si yo quisiera dejar de trabajar mucha gente me cuestionaría. Me diría así como: “oye pero cómo vas a quedarte sola en la casa haciendo nada, la típica y está ahí criando, o si seguís trabajando y tienes que dejar a tu hijo, no sé, ahora la van a tener nueve meses, pero si tuviese que haberlo dejado a los seis o a los tres meses, como era antes, también la gente que dice, oye no tienes como otra posibilidad o pídete licencia, y puede que esa mujer quiera volver a trabajar, puede que esa mujer esté un poco agobiada en su casa y quiera volver, entonces la sociedad como que de cierta forma siempre te va a estar criticando, siempre te va a estar mirando y uno se siente como quizás con el deber de cumplir a la sociedad.

Sociedad adultocentrista y capitalista

Enjuiciamiento constante hacia las madres

Deber de cumplir a la sociedad como madre

P34: Si una mamá quiere ser mamá a los 20 años, va a ser 100% criticada, como no, pero que va a hacer de tu vida, tienes que viajar, tienes que conocer gente, no te puedes amarrar al toque a un hombre, tienes que trabajar, debes tener experiencia, tienes que hacer esto, ¿cachai? Si no quieres ser mamá, también te lo cuestionan, como no, pero como no quieres ser mamá y piensan de inmediato que eres lesbiana. No sé, yo creo que siempre es cuestionable y creo que la sociedad no te deja decidir, te impone de por sí un programa para toda tu vida. Que a los 20 años tienes que entrar a estudiar, tienes que estar estudiando, no puedes tomarte años sabáticos, o sea saliendo del colegio a los 18 años y no puedes tomarte años sabáticos, te miran mal si quieres trabajar en varias áreas para poder decidir qué estudiar para no desperdiciar, digamos, 5 años de tu vida.

enjuiciamiento constante hacia las madres.

la sociedad impone un programa de vida.

enjuiciamiento social por la decisión de abortar.

J: ¿TUVISTE APOYO EN TU DECISIÓN?

P35: Sí, de hecho, pensé que no iba a tener tanto y tuve sobre todo de mi pareja, porque yo decidí no abortar, porque le tengo miedo, es como, es súper inseguro, me pueden vender una pastilla mal, yo no voy a poder reconocerla, me puede pasar cualquier cosa y no voy a tener atención médica. Entonces, primero que todo se lo comenté a mi pareja, mi pareja no quería tener hijos, pero claro cuando se lo comenté fue como ya, démosle, hagamos esto, de hecho, él me insistió con que compráramos el test y pidiéramos hora al médico.

Apoyo de la pareja en el embarazo

Miedo a tener un aborto

P36: A la segunda persona que se lo comenté fue mi mamá y yo iba con terror a contarle a mi mamá porque mi mamá es estructurada: “que tienes que viajar, que a los 30 tienes que hacer esto, que a los 40 esto otro”. Y no, fue súper bacán el apoyo que me dio mi mamá, mis hermanos también, mis suegros también, como que todos lloraron casi de emoción y en sus caras incluso fue mucha felicidad. A mi compañera de trabajo también tenía mucho miedo de comentárselo y no, también de parte de ella fue como bacán, fue incluso, sus reacciones siempre durante todo el proceso de gestación fueron de mucho cuidado hacia mí, como que todos tienden a cuidarte.

Apoyo familiar en el embarazo.
Acompañamiento y apoyo.
Empatía con las madres

**J: ¿ANTES DE ESTAR EMBARAZADA TOMABAS ALGÚN ANTICONCEPTIVO?
¿DURANTE LA PANDEMIA TUVISTE ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR COMPRANDOLO?**

P37: No, nosotros nos cuidábamos con calendario y condón. Antes mi anticoncepción primero que todo fueron pastillas porque eso es lo que te dicen desde chica, te meten las pastillas y después usé el implanol, y con él no me llegaba la menstruación y empecé a extrañarla.

Cuidados fertilidad y productividad.
Autonomía en decidir cambio de anticonceptivo.

P38: Entonces dije, no conozco mis ciclos, no tengo ciclos, quiero conocer mis ciclos, entonces me saqué el implanol que también fue un shock porque me lo puse en el cesfam de Peñaflor y tienes que estar mínimo tres años con el implanon. Y yo me lo quise sacar a los dos años, entonces me miraron, así como: “nos haces gastar un implanon en ti, que te lo quieres sacar a los dos años” “tienes que estar tres años con él porque lo estamos desperdiciando prácticamente, porque se lo pudimos haber pasado a otra persona que sí quería estar los tres años”.

Necesidad de conocer sus ciclos menstruales.

P39: A mí la misma matrona me dijo: “porque te lo quieres sacar, no te lo puedes sacar hasta los tres años” y yo, así como: “oye, si la decisión es mía, es mi cuerpo, me lo quiero sacar”, “no es legal que me haya dicho esto”. Y ella trató de insistir: “no, pero es que tienes que durar con él tres años, porque imagínate que hay una niñita de 18 años que quiere cuidarse mínimo tres años y tú te lo quieres sacar a los dos”, o sea, me lo dijo una matrona. Y yo seguí en una postura, así que, no, quiero conocer mi ciclo. Y me decían: “pero es que si te lo sacas te vas a quedar embarazada” y yo: “no, no, no voy a quedar embarazada”. Y la matrona que me lo sacó, ella me aconsejó libros, el de, creo que se llama Sofía.

Autonomía en decidir cambio de anticonceptivo.
Sin necesidad de aprobación, decisión personal.

P40: Desde que me saqué el implanon estuve conociendo mi ciclo y estuve utilizando, claro, un método calendario y preservativo y estuve así cinco años. Y fallamos con esta pareja fallamos, lo que pasa es que con la pandemia tuve algunas irregularidades que yo creo que fueron producto del estrés, y en esas irregularidades yo no pude saber bien cuáles eran mis días fértiles. Entonces en el fondo tuve que haber usado condón en todos mis días, todos los días tuve que haber usado condón, no solamente los días fértiles porque no sabía bien cuáles eran los días fértiles, y ahí como que se descompaginó.

Falla en el uso del método calendario.
Irregularidades en el ciclo menstrual producto del estrés en pandemia.

J: DURANTE EL EMBARAZO ¿TUVISTE O HAS TENIDO ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN? ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENÍAS ANTES?

P41: Yo creo que tuve un buen aprendizaje y que surgió el querer aprender con esto cuando me saqué el implanon, de querer conocer mis ciclos, y claro, antes también empecé a comprar libros que hablaban de los ciclos y claro, también mostraban capítulos de sexualidad y reproducción, pero sexualidad y reproducción en el embarazo, no hay nada. Una pregunta entre sus pares, aunque da vergüenza preguntar porque en ese entonces era un tema tabú.

Necesidad de conocer sus ciclos menstruales.
Tabú social en preguntas sobre sexualidad y reproducción.

P42: Mi mamá siempre me decía que si yo quería iniciar alguna relación que se lo comentara. Ella me enseñó a colocar un condón, pero solamente una vez, entonces después llegó el momento de la práctica y es como: “ya no sé qué hacer” y tampoco van contigo a las farmacias, para comprar un preservativo quien me acompañaba era una amiga.

Apoyo materno y enseñanza en el uso de condón.

P43: Los profesores de ahora en ese sentido son un poco más liberales pero los profesores antiguos, no. En el tema de cuidados siempre se dice que el condón es para las enfermedades de transmisión sexual y las pastillas para que una no quede embarazada, pero hay millones de métodos más. Tampoco se habla de que en el fondo una tiene que conocerse a sí misma y que quizás los ciclos de 28 días es lo más común pero también hay mujeres que pueden tener 35 días o 21.

Cambio generacional de los profesores en temas de sexualidad.

Existen métodos de cuidados para enfermedades de transmisión sexual y embarazo

Necesidad de hablar sobre autoconocimiento y ciclos menstruales.

P44: Siento que todavía falta mucha información al respecto y que tiene que ser un tema que se pueda conversar tomando once, no es un tema que se tenga que conversar en la pieza con tu mamá en privado, que se normalice.

Tabú social en preguntas sobre sexualidad y reproducción.

J: ¿HAS SENTIDO EN ALGÚN MOMENTO DE TU EMBARAZO ALGUNA VULNERACIÓN O DE VIOLENCIA? ¿ESA VULNERACIÓN LA SENTISTE POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN O DE TU ENTORNO?

P45: Sí, en el parto y creo que de esa violencia obstétrica ahora recién se está hablando, está muy normalizado. Cuando estaba gestando le tenía mucho miedo a la episiotomía y cuando lo comentaba todos me decían: “pero la episiotomía es como un tajito” “y se te pasa solo”. minimizan mucho mi miedo.

Conciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud.

Minimización al miedo por la episiotomía.

P46: Está muy normalizado que tengas que parir en una camilla siendo que no es cómodo para la mujer camilla. muy normalizado que quizás te toque cualquier ginecólogo y en mi caso se me presionó para que tuviera un rápido y yo solo quería buscar a un ginecólogo que en verdad me diera confianza, que realizara un parto como yo quiero. Entonces para mí el parto fue 100% violento porque me demoré mucho tiempo en buscar a mi ginecóloga que la amé y ese día llegué de urgencia y mi ginecóloga estaba de vacaciones, entonces no pude tener mi parto con ella. Entonces mi parto fue con episiotomía, bajo un foco tremendo de luz que yo creo que es más traumático para el bebé que para una. Fue con mucha gente, que hoy en día lo recuerdo y me pregunto: ¿por qué había tanta gente en la sala de parto? Cuando pregunté si me podía parar para caminar, para hacer algunas posturas de relajación, la matrona también me la negó, me dijo: “no te puedes parar”.

Normalización del parto en camilla.

Experiencia de parto: Presión para tener un parto rápido.

Experiencia de parto violento por cambio en ginecóloga deseada.

P47: Mi trabajo de parto con contracciones en la casa empezó un sábado y yo tuve a mi bebé un día martes, entonces estuve todos esos días con trabajo de parto en sí, pero considero que igual fue poco tiempo, siento que pude haber estado más tiempo en trabajo de parto a pesar de que ya venía desde el día sábado con contracciones.

Comienzo de trabajo de parto con contracciones.

Días en trabajo de parto.

P48: Siento que se pudo haber demorado más y que lo apuraron. Me asustaban mucho, me decían ya, si no se tenía que dar vuelta el Amaro - mi hijo-. Si no se da vuelta de aquí en dos horas vamos a tener que hacer cesárea, la típica.

De hecho, el ginecólogo lo dio vuelta, como que él metió una mano y lo dio vuelta, lo giró y dijo ya, vamos ahora. El ginecólogo que me tocó de turno me dio mucha confianza, él tenía muy buena llegada y era muy delicado. O sea que no había sido como otro ginecólogo al cual había ido también a urgencia, que fue muy bruto, muy bruto, pero este otro ginecólogo me dio mucha confianza.

Experiencia de parto: Presión para tener un parto rápido.

Amenaza con realizar cesárea durante el trabajo de parto.

P49: Cuando nació Amaro me lo colocaron en el pecho, pero fueron como diez minutos, y yo me pregunto ¿por qué no pudo haber sido horas? O ¿por qué el cordón umbilical no se puede haber cortado después? ¿Por qué no conocí mi placenta?, ¿por qué no me la mostraron?, ¿por qué ni siquiera me preguntaron?, ¿por qué después de ponerte al bebé en el pecho se lo llevan a tomar el peso, medidas, etc, antes de que siga contigo? También me metía mucho miedo con que mi pareja no iba a poder asistir al parto y eso también yo creo que es un término, no sé, violento. Porque siendo primeriza, teniendo un parto sola, cómo, no, qué vas a hacer, como que te da miedo.

Cuestionamiento sobre procedimientos durante el postparto.

Conciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud.

Necesidad de estar acompañada por la pareja en el proceso de parto.

J: ¿CÓMO TE HAS RELACIONADO CON TU GINECÓLOGO/A O MATRÓN/A?

P50: Lo que pasa es que mi proceso de buscar ginecóloga fue súper complicado como que yo quería una ginecóloga que atendiera partos respetados y me demoré mucho en encontrarla. Cuando la encontré nunca tenía hora. Entonces como que tuve muy pocas sesiones con ella y con ella era como la única que me daba la confianza de preguntarles cosas que al resto no le preguntaba cosas, porque no me nacían tampoco.

Búsqueda de ginecóloga que atienda partos respetados.

Falta de tiempo en la atención de salud para responder a dudas y explicar consultas.

P51: El amaro nació en febrero entonces en febrero ella se tomó vacaciones y me dejó recomendada con otra ginecóloga con ella la vi dos veces y nada, después del parto me tocó el médico de urgencia nomás y después del parto tuve un control que me dieron de alta y de ahí dije, Como que ellos tampoco tenían, era muy rutinario, era muy: “ya una paciente más” Y con mucho tecnicismo igual. Así que busqué una matrona de aquí de peña que en verdad ella practica parto respetado y con ella yo tuve la, quise tener un parto en casa. Pero a mi pareja le dio miedo, que por ejemplo el bebé tuviera complicaciones entonces él prefirió en clínica y yo dije: “ya sí puede que tenga razón”, a lo mejor en clínica creo que ha sido la peor decisión que he tomado en mi vida.

Uso de tecnicismos en la entrega de información de matronas y ginecólogas.

Búsqueda de ginecóloga que atienda partos respetados.

Decisión de la madre: preferencia por parto en casa.

Arrepentimiento sobre decisión de parto en clínica.

J: ¿CÓMO TE GUSTARÍA VIVIR TU PARTO O CÓMO TE HUBIESE GUSTADO VIVIRLO?

P52: En casa y en el agua. Creo que un parto en el agua es lo menos violento para uno y para el bebé. Considerando que el bebé viene de un líquido, o sea viene de un medio acuoso. Y si, hubiese sido en casa, con esta matrona que se llama Andrea, quien practica partos respetados en casa, partos respetados. Entonces creo que ahora estoy mucho más informada sobre los tipos de partos, sobre los procesos que uno puede tener en el mismo parto y la gente que te puede estar acompañando. Si lo hubiese tenido en casa, hubiese arrendado una piscina que la Andrea tiene en los contactos, teníamos la pieza para hacerlo. Me hubiese gustado hacer medicina placentaria, conocer mi placenta. Después de haberla hecho medicina, me hubiese gustado comer mi placenta y hacer algún ritual también de despedida, considerando que lo veo como un ritual ancestral y súper sano en el sentido de que te despides de algo y le das la bienvenida a otro proceso. Me hubiese gustado también que no me hubiesen hecho sentir tanto miedo con el dolor. Que me hubiesen inculcado quizás que el dolor es parte de y tiene una razón de ser también.

Decisión de la madre: preferencia por parto en casa.

Parto en el agua es menos violento para la madre y para el bebé.

Conocimiento sobre tipos de partos y procesos.

Ideas sobre rituales y medicina placentaria.

Enseñanza sobre el propósito del dolor durante el parto.

J: ¿HAS SENTIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN SOLO POR EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA?

P53: Lo sentí con mi jefe en el trabajo, el problema en sí para él era que mi pareja fuese mi compañero de trabajo. Entonces para él yo estar embarazada era un problema, y así me lo comentó, me dijo que me iba a tener que cambiar de unidad. Que iba a pasar bajo su mandato. Ahí me descolocó mucho y no supe reaccionar, no estaba informada sobre las leyes. Tenía mucho miedo, entonces como que se lo conté llorando. Creo que también le di el permiso para que él se sintiera sobre mí. Entonces después informándome me di cuenta de muchas cosas que en verdad no estaba bajo contrato por ejemplo que yo no pueda estar con mi compañero de trabajo. Y también es discriminación si él me quisiera cambiar de unidad solamente porque estaba embarazada o solamente por mi situación relacional.

Discriminación en espacio de trabajo por estar embarazada.

Desconocimiento de leyes durante discriminación laboral por embarazo.

Incapacidad de responder ante discriminación en el espacio laboral.

P54: Siento que eso es discriminación, también me sentí discriminada por mi compañera de trabajo. Lo que pasa es que ella me quiso cuidar hasta las últimas. En el sentido de que no me dejaba ni siquiera mover el basurero y ella lo hacía con una intención de cuidado. Y yo creo que era un extremo, ya que yo sí podía hacer cosas. Entonces creo que también fui discriminada en ese sentido en el que me decían que casi yo tengo que estar sentada las 24 horas y creo que no, no era así.

Discriminación en espacio de trabajo por estar embarazada.

CÓMO CREES QUE DEBERÍA SER LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD?

P55: Creo que en ese sentido el sector público es mucho mejor que el privado, el privado no trabaja integral con una red de profesionales de la salud. Por ejemplo, me hubiese encantado que, desde la gestación, no sé si es por pandemia, pero me hubiese gustado mucho que desde la gestación hubiese tenido dentista, psicólogo. Hubiese tenido una red de grupos de mujeres gestantes que hubiesen hecho talleres, que me hubiesen hablado sobre lactancia, o sea, yo lo que aprendí de lactancia lo aprendí por mí, pero creo que es necesario tener consejeras de lactancia en las consultas en los Cesfam y los hospitales, que se hicieran charlas desde la gestación para que no llegue el minuto uno de estar con tu bebé y no saber cómo colocarlo en la teta o no saber los beneficios que tiene la lactancia materna, no saber que tu bebé de por sí está preparado para llegar al pecho, no es necesario que tú lo coloques en la típica postura y que le des la teta, o sea, si tú te lo pones sobre tu guata el bebé recién nacido rapta hacia la teta y te la va a tomar porque están diseñados para eso, me hubiese gustado eso y creo que el sector público lo hace. Te deriva al dentista, si te ve mal te deriva a un psicólogo, pero yo creo que uno siempre debe tener acompañamiento psicológico durante la gestación y durante la maternidad.

Perspectiva psicológica en la atención materna.

Atención integral en maternidad.

Importancia de información y soporte en lactancia materna desde la gestación.

Necesidad de consejeras de lactancia en sistema de salud.

P56: Ojalá sus dos años, así como que te hubiesen derivado a un kine o a una doula para que te hubiese hecho o enseñado masajes o posturas para el último trimestre cuando ya tienes la panza más grande y tienes molestias para caminar, para pararte, para dormir. Entonces eso nunca lo vi y no sé si existe y quizás no se utilizó por pandemia o simplemente no existe, pero me gustaría que fuese integral el control, en el sector privado tampoco tuve talleres, ni charlas, ni siquiera online, nada.

Tips de doula durante su embarazo.

Atención integral en maternidad.

Falta de educación integral durante contexto COVID en instancias familiares respecto a la gestación, el parto y postparto.

J: ¿TE HAS SENTIDA CÓMODA DURANTE TUS CONTROLES Y ECOGRAFÍAS?

P57: No, pero sentí como que los ginecólogos con los que estaba eran, eran como anticuados, no sé, me pasa lo mismo que ahora con los pediatras, como que cuesta mucho encontrar ginecólogos y pediatras que estén actualizados, que respeten tus decisiones, que te digan “mira, puedes hacerlo así, así o así”.

Importancia de tener profesionales de la salud actualizados y respetuosos en la toma de decisiones de la madre.

P58: Hay muchos ginecólogos, pediatras que te dan un solo camino nomás y si tú le muestras otro camino, te miran, así como, oye, yo soy el que estoy acá y no deben de criticar, no deben de decir eso, yo soy el que soy, me pasó mucho eso con ginecólogos y por eso me costó mucho encontrar a alguien que tomara esta otra postura.

Importancia de tener profesionales de la salud actualizados y respetuosos en la toma de decisiones de la madre.

J: ¿SIENTES QUE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD SE RESPETAN LAS DECISIONES DE LAS MUJERES RESPECTO A SU EMBARAZO?

P59: No, para nada, yo creo que te tiene que tocar alguien que se va por esa área. Que hace parto respetado, yo creo que esa es la base. El que no practica parto respetado, es impensable.

Falta de respeto a las decisiones de las mujeres en el sistema de salud.

J: ¿QUÉ CUIDADOS Y PRECAUCIONES TUVISTE QUE TOMAR AL ESTAR EMBARAZADA EN PANDEMIA?

P60: Es como por COVID más que nada, por el lavado de manos, la mascarilla, el no frecuentar lugares que no son necesarios frecuentar. No sé, por ese tipo de cuidados, pero por COVID más que por el embarazo, ahí no hubo un cambio tanto.

Medida de aislamiento como cuidado ante el COVID.

J: ¿DURANTE TU EMBARAZO ESTUVISTE CONTAGIADA O CON ALGÚN SÍNTOMA DE COVID-19? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P61: No, nada y el PCR me lo he hecho solo en un lugar, pero fue por rutina, porque todos los teletrabajos lo hicieron PCR. mi compañera de pega era la “psicoseada”, pero no de hecho creo que había varios puntos que uno se saltaba, quizás no me lavé tanto las manos. Pero no me dio la psicosis.

Experiencia de no contagio covid durante el embarazo.

J: SI NO ESTUVISTE CONTAGIADA CON COVID ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA DURANTE EL CONTEXTO DE PANDEMIA?

P62: Yo creo que fue eso, más como el hecho de visitar espacios con mucha gente o no sé, visitar o ir a una junta con tantos amigos, amigas. Eso más que nada, porque también las visitas cuando una recién está “paría” para mí fue un alivio al término de la pandemia como que no vengán a verme porque estoy destrozada, lo único que quiero es dormir, descansar, no ver gente y estar conmigo.

Necesidad de descanso y espacio personal después del parto.

P63: El baby shower, por ejemplo, nunca estuvo en mis planes, porque creo que es algo como que te obligan a. Como siento que la persona que te quiere regalar algo, le va a querer regalar algo al bebé y puede hacerlo en cualquier momento, no es necesario un baby shower.verlos quizás de a uno, creo que la pandemia fue un gran alivio por ese motivo. Pero sí, lo único que hice fue como, lo que me dio mucha lata es como no frecuentar lugares que implicaban tener mucha gente.

Alivio por la limitación de encuentros masivos durante la pandemia.

Evitar la celebración de baby shower en contexto covid.

P64: Hubiese salido mucho más, yo creo, pero más como al aire libre, me gustan mucho los parques Hubiese salido mucho más en ese sentido, pero sí, el beneficio de esto es, por ejemplo, el teletrabajo. Yo estuve con teletrabajo estando embarazada y eso fue un alivio, porque ponerte ropa o zapatos para ir a trabajar con la guata En pleno verano que me tocó a mí, era horrible Entonces estar en tu casa, pucha, pata pelada, era súper raro. Ese es el beneficio que puedo sacar del hecho de la pandemia.

Adaptación a teletrabajo en contexto COVID.

J: ¿TE SENTISTE SOBREPASADA DURANTE TU PROCESO DE EMBARAZO POR EL CONTEXTO DEL COVID-19?

P65: Sí, el encierro es brigitido. Yo soy una persona que le gusta caleta salir, salir, ir al cerro, ir a plazas, a parques, y claro, por COVID, toque de queda, no podía ir a hacer esas cosas, estaba restringido a cierto horario. En la cuarentena, sí, tenías que andar como prácticamente escondida de los pacos, para mí el encierro fue súper fuerte, yo lo único que quería era salir.

Restricciones para salir por toque de queda y cuarentena.
Afectación por el encierro y necesidad de salir.

P66: Ponte tú, si yo me ponía a llorar en la tarde ponte tú ya, si me ponía a llorar después de almuerzo lo ideal hubiese sido que en la tarde hubiese ido a una plaza o a un parque, tirarme con una manta y tejer, tomar un mate con alguna amistad. Y no, en la pandemia no pude hacer eso, entonces, o me buscaba haciendo otra cosa aquí o pasaba la pena sola, tratando de conversar conmigo misma. No sé, pero los cambios hormonales sí los iba a tener el hecho de la pandemia es, como los pasas de mejor forma o de una forma más sana, que antes no podía ir a hacer.

Disposición de hacer amistad durante la maternidad.
Sentimiento de soledad por el confinamiento al ser población de riesgo.

Entrevista Camila Domínguez (E3)

J: ¿A TRAVÉS DE QUÉ MÉTODO DE COMPROBACIÓN TE ENTERASTE DE TU EMBARAZO?

P1: Porque un día me mareé y me di cuenta de que no me había llegado la regla, yo soy súper regular, hice uno solo test y después me fui a hacer el examen de sangre.

Detección temprana del embarazo por falta de la regla
Confirmar embarazo
Ciclos menstruales regulares

J: ANTES DE SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA ¿QUE PENSABAS Y SABÍAS DEL EMBARAZO?

P2: Sabía lo básico, como por mis hermanas que han estado embarazadas y mis amigas. Por ejemplo, lo típico es que dicen que duele, más que nada el parto, más que el embarazo y los malestares, como que la gente vomita, se siente mal, pero a mí no me pasó nada de eso.

Compartir experiencias distintas y cercanas sobre embarazo

J: ¿QUÉ PERCEPCIÓN DE LO QUE TU SABÍAS, TIENES O TUVISTE DE TU EMBARAZO?

P3: Mi embarazo yo lo sentí súper piola, súper relajado, no tuve ningún síntoma, no tuve ningún malestar. No puedo decir que lo pasé mal porque no fue así. Lo complicado fue cuando entramos en la pandemia. Ahí fue como algo más emocional que físico.

Bienestar emocional por el embarazo

J: ¿ES PRIMERA VEZ QUE ESTÁS EMBARAZADA? - SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA ANTERIOR?

P4: Si, primera vez

Primera vez que estaba embarazada

J: ¿QUÉ FUE LO PRIMERO QUE SE TE VINO A LA MENTE AL SABER DE TU EMBARAZO? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P5: ¿Qué fue lo primero que pensé? ¿Quién me va a cuidar a la guagua? Eso fue lo primero que pensé. Es que cuando un embarazo no es planeado igual te cuesta asumir un poco.

No estaba planeado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento

P6: Entonces no me hice muchos planes hasta que ya lo vi formado y ahí como que recién descargué aplicaciones, que hay como embarazos, para ver cómo va creciendo, para hacerse como una idea de cómo es. Fue un proceso igual. Sí, fue un proceso de hacerme la idea de que ya no era una y que mi vida ya no va a ser la misma.

Proceso complejo de asimilación

J ¿DE QUÉ MANERA TE EMPEZASTE A INFORMAR SOBRE EMBARAZO?

Sin respuesta

J: EN TU COTIDIANIDAD ¿QUÉ HÁBITOS Y RUTINAS TUUVISTE QUE CAMBIAR?

P7: Automáticamente dejé de fumar. Y dejé de tomar café con cafeína, porque me gusta mucho el café. Con el físico me pasó que en enero - febrero se me inflamaron mucho los pies por el trabajo. Y ahí me empecé a preocupar porque tenía poquitos meses para que se me hincharan los pies. En mi trabajo me contrataron igual porque no sabían que yo estaba embarazada y yo tampoco. Entonces me hicieron un nuevo contrato solo por tres meses y cuando yo informé que estaba embarazada, mi contrato se tuvo que extender. Claro. Tuve que entregar un certificado de embarazo y obtuve todos los derechos por estar embarazada.

Adaptación a los cambios debido el embarazo
Transformación física y necesidades asociadas al embarazo
Desafíos laborales y derechos en el embarazo

J: ¿CÓMO ENFRENTASTE O HAS ENFRENTADO ESTE PROCESO?

P8: El primer mes me costó, pero después como que lo disfruté harto. Como tanto los cambios físicos, como el tema de ir a ver la ecografía. Como que fue bien, lo disfruté harto. Tuve la suerte que no tuve malestares. Entonces para mí fue un embarazo súper, súper tranquilo, fue súper bacán.

Bienestar emocional por el embarazo

P9: Cuando contamos a los papás de Eduardo, yo estaba muy contenta. Cuando yo les conté a mi mamá, mi mamá no tuvo una reacción muy positiva, pero se le pasó rápidamente. Después sí, estaban todos contentos. Fue impresionante para todos, porque nadie se lo esperaba. Mi hermana, la Natalia, reaccionó muy bien. Estaba muy contenta. La Yanny no lo podía creer. Y mi sobrino decía: ¿de quién es la guagua? Así son los niños. La inocencia de los niños. En general, en nuestro entorno, siempre hubo buena aceptación.

Aceptación por parte del entorno de la familia de la madre y el bebé.

J: ¿CREES QUE LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA? ¿QUÉ POSTURA TIENES SOBRE LA MATERNIDAD?

P10: Yo siempre he dicho que siempre he estado a favor del aborto. Como que uno tiene que tomar su decisión sobre su cuerpo, porque si no estoy preparada para tener un hijo, el mundo mejor que no lo tenga. Y uno tiene que querer y desear tener un hijo, ¿cachai? Porque tener un hijo obligado debe ser terrible.

Tener aborto libre
Toma de decisión consciente en tener un embarazo
La maternidad debe ser deseada.
Decisión sobre el propio cuerpo.

J: ¿CREES QUE EL MOVIMIENTO DE MUJERES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO LA FORMA DE VER LA MATERNIDAD? ¿EN QUÉ ASPECTOS Y CÓMO LO HAS VISTO REFLEJADO EN TU EXPERIENCIA EN LA TOMA DE DECISIÓN?

P11: Lo que uno ha visto quizás de las otras generaciones, es que antes era obligación ser madre. La sociedad te obligaba a ser mamá. Como que te casabas y tenías que tener hijos. Ahora igual las generaciones han cambiado. Lleva tiempo, porque te abres un poco, se abre un poco más la mente a todo el mundo.

Visión de la maternidad limitante por entorno patriarcal
Sesgo Patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural

P12: Estos movimientos feministas yo creo que sí han hecho un gran cambio social hacia las mujeres de evitar, de callar cosas que siempre estábamos acostumbradas o lo hacían de manera normal. Normalizar muchas cosas. Normalizaron que hubiera abusos. Normalizaban que si la niña quedaba embarazada por violación debía tener la guagua, aunque fuera del tío, del abuelo. Se callaba mucho el tema familiar. Yo creo que en ese sentido sí nos abrieron los ojos en ese tipo de cosas.

Los movimientos feministas le dan un valor distinto a la maternidad
Relevancia del movimiento feminista para cuestionar la normalización de abusos.

P13: Quizás en la toma de la decisión o yo creo que un gran porcentaje de las mujeres hemos sido abusadas y muchas veces nos hemos sentido culpables de eso sin serlo. Entonces yo creo que estos movimientos te abrieron la mente de decir como que no, pues si al final uno fue víctima, no fue culpable de estas situaciones.

P14: Pero sobre el embarazo, lo que pasa es que cuando uno ya está más grande y como que ha hecho otras cosas que tú siempre quisiste, es donde yo ya he viajado harto, terminé mi carrera, era profesional, tenía una pega estable y viendo todo eso, tenía todo para poder decir sí, quiero. Tenía una pareja estable hace muchos años, entonces tampoco era una cosa que iba a estar sola en este proceso.

Consciencia del peso de la decisión de criar y embarazo
Reconocimiento del proceso de gestación y toma de decisiones

J: ¿CREES QUE LA SOCIEDAD Y EL ENTORNO INFLUYE EN LA DECISIÓN DE QUERER SER MAMÁ?

P15: Sí, puede ser, pero es más el apoyo que ellos te dan, pero las decisiones siempre las tomé yo, porque cuando yo quise embarazar y me puse a llorar cuando vi el tras embarazo, Eduardo me pregunta si quería tenerlo. Lo que para mí fue súper bacán.

Apoyo de la pareja en el embarazo
Acompañamiento y apoyo

P16: Yo me llené por todo lo de mi entorno, pero en general tampoco pescaba mucho, mi entorno tiene una crianza y una forma de ver mucho más anticuada que yo, yo veo la maternidad de otra manera entonces no pescaba mucho a mi entorno, obviamente si mi hijo se enfermaba les preguntaba, pero aún así igual lo llevaba al pediatra, por ejemplo.

Sin necesidad de aprobación, decisión personal
Hay distintos tipos de crianza

J: ¿TUVISTE APOYO EN TU DECISIÓN?

P17: En ese sentido fue como puta bacán que me haya preguntado eso y no haberme obligado a tenerlo. Claro. ¿Cachai? Sí, pues como sentir una presión o algo así, como que se quede tranquila. Cuando él me dijo eso, le dije, obvio que lo quiero tener. Entonces fue como bacán que él me haya hecho esa pregunta.

Acompañamiento y apoyo
Apoyo de la pareja en el embarazo

J: ¿ANTES DE ESTAR EMBARAZADA TOMABAS ALGÚN ANTICONCEPTIVO? ¿DURANTE LA PANDEMIA TUVISTE ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR COMPRANDOLO?

P18: No, estaba con el calendario chino. Y me ha funcionado perfectamente, era una aplicación que te iba diciendo qué día podías y qué día no, porque estaba fértil. Y no, no tuve problemas ni dificultades con seguir utilizando mi anticonceptivo en la pandemia.

Uso de método anticonceptivo en pandemia: sin problemas acceso
Utilización de calendario chino

J: DURANTE EL EMBARAZO ¿TUVISTE O HAS TENIDO ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN? ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENÍAS ANTES?

P19: Desde muy chica yo siempre sabía cómo se reproducen las personas como mi hermana fue mamá adolescente a mí desde muy chica me explicaron y en el colegio también desde quinto básico en adelante tuve educación sexual.

Educación sexual y regulación de la fertilidad

J: ¿HAS SENTIDO EN ALGÚN MOMENTO DE TU EMBARAZO ALGUNA VULNERACIÓN O DE VIOLENCIA? ¿ESA VULNERACIÓN LA SENTISTE POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN O DE TU ENTORNO?

P20: No, tuve mucha suerte, mucha suerte como estábamos en el pic de la pandemia casi obviamente tuve que entrar sola al parto porque no podía entrar nadie tuvo la suerte de que el equipo médico fue muy contenedor y yo estuve hospitalizada antes de tener anemia porque tenía placenta previa entonces yo estuve hospitalizada como cuatro días antes y después me hicieron cesárea entonces el trato fue súper bueno, yo no tengo nada que decir me mejoré en un hospital público me trataron súper bien cero violencia obstétrica.

Experiencia positiva del parto en pandemia
Hospitalización preventiva por placenta previa
Equipo médico contenedor
Realización de cesárea
No sufre violencia obstétrica

P21: Igual, como que en el embarazo es todo color de rosa, pero tienes la guagua y es como un castigo ¿cachai?: “no puede porque tiene una guagua” entonces es cómo te sientes súper discriminada en ese sentido, es más difícil el post embarazo que el propio embarazo que el pre, cuando uno trabaja así te desvalorizan profesionalmente y fue súper triste porque en un momento me obligaban a ir a la oficina y yo decía, pero ¿cómo ir a la oficina? estamos en pandemia, mi papá es diabético y todo eso como que no les importaba, como que de hecho me discriminaban, ¿cuál es tu problema? ¿qué te importa? o sea, de repente uno no sabe cómo reaccionar cuando te están vulnerando, pero cuando uno tiene un hijo y necesita ir al trabajo, debe omitir ciertas cosas, tratar de no hacer conflicto para no tener mayores problemas, pero era súper difícil uno se sentía súper violentada.

Discriminación en espacio de trabajo por estar embarazada
Incapacidad de responder ante discriminación en espacio laboral.

J: ¿CÓMO TE HAS RELACIONADO CON TU GINECÓLOGO/A O MATRÓN/A?

P22: No tuve ningún problema, de hecho, era súper preocupado yo cualquier duda le mandaba un correo a la matrona del consultorio y me responden al tiro no supe no tengo nada que decir, dudas que tenía o problemas que tenía ya me respondían al tiro si tenía que ir a urgencia o si tenía que ir al consultorio. Había mucha preocupación de las mujeres embarazadas en pandemia porque mi hermana también estuvo embarazada y nos mantenemos en el mismo consultorio y ella tiene la misma experiencia que yo.

Acceso y comunicación efectiva con el equipo médico durante el embarazo en pandemia

P23: Lo fome es que quitaron el programa Chile Crece Contigo porque como estábamos en pandemia no podían hacer los típicos cursos que hacían, porque hacen varios cursos de lactancia o hacen cursos de reconocimiento del hospital y tenían que recorrerlo o cursos diferentes tipos dentro de la maternidad y no se hicieron ninguno. No puede ser que el sistema de salud no sea público, o sea, es para todos igual debería ser para todos igual, no porque la vida central como una debe ser mejor que la otra claro.

Lamento por la no-realización de cursos y actividades presenciales de Chile Crece.
Igualdad en el acceso a la salud materna.

J: ¿CÓMO TE GUSTARÍA VIVIR TU PARTO O CÓMO TE HUBIESE GUSTADO VIVIRLO?

P24: Nunca planeé mucho porque como empezó la pandemia cuando yo tenía como tres meses y medio, cuatro meses como que siempre supe que las cosas iban a ser así iba a estar sola en el parto.

Parto no planificado en contexto de pandemia
Parto en soledad

P25: Ahora pensándolo bien no me hubiera gustado un parto natural, yo encuentro que lo rico de todo esto (parto en pandemia) fue que el tema de cuando uno tiene una guagua y te van a visitar al hospital yo encuentro que es súper incómodo porque estás recién haciendo un lazo con tu hijo y estás recién, adolorida como que llega gente va a verte y encuentro que fue súper bueno porque uno igual crea un lazo distinto con la guagua.

No quería parto natural por incomodidad debido a visitas post parto

P26: Me dio mucha lata el hecho de que no me hubiera entrado el papá, eso es lo que más te afecta porque igual está ahí como un apoyo, como cariño, como más en temas emocionales, pero de que la gente no te pudiera visitar igual es bacán.

Afectación por ausencia padre en el parto

Necesidad de estar acompañada por la pareja en el proceso de parto

P27: Me pasó que como fue cesárea no tuve apego al tiro, me la mostraron sí, le di un besito y se la llevaron al tiro y apenas se me quitó la anestesia me la llevaron habrá sido 40 minutos una cosa así.

Ausencia de apego inmediato

J: ¿HAS SENTIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN SOLO POR EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA?

P28: Me pasó no embarazada, cuando ya tuve la Amelia como que uno se siente mucho más discriminado en todo sentido, en los ascensores, como en ese tipo de cosas como que hay muy poca empatía y más que nada de las mujeres si, las veces que he tenido que salir con la Amelia en coche e ir a un ascensor y el ascensor puede estar lleno de mujeres y ninguna se baja para que yo entre ¿cachai? no así tanto los hombres, los hombres son mucho más empáticos con la mujer, o suponte si voy en micro y tengo que bajar el coche ellas no se mueven. A veces pido ayuda o a veces la gente que está fuera del paradero y la mayoría de la gente son hombres son los que me ayudan.

Experiencia de discriminación y falta de empatía con las madres por parte de mujeres en la sociedad

J: ¿CÓMO CREES QUE DEBERÍA SER LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD?

P29: Yo creo que no debería haber como una atención comunal en los consultorios porque suponte tengo una niña que también estaba embarazada al mismo tiempo que yo y ella vivía en Puente Alto y la atención en el consultorio de Puente Alto era terrible y ella no tenía ni idea, como que ni la pescaban, así como que no estaban ni ahí mientras que donde yo me tenía era todo lo contrario. Es que yo creo que van los recursos económicos que se le entrega a los municipios y no lo distribuyen de la mejor manera para tener los mejores profesionales o también quizás, no sé si tú como lo ves, según lo que viste de que haya más fiscalización o no sé, como evaluación a los profesionales y yo creo que también van los profesionales que se tratan como te ven, porque si tú llegas ahí al hospital, tratando mal a todo el mundo, te van a tratar mal y si te ven decente, que tú hablas bien te tratan súper bien.

P30: En todos lados debería tener la misma atención como prioridad porque ahora igual con la pandemia hubo como un baby boom ¿qué se llama? como que también quedó embarazada, y el tema es que es un sufrimiento súper innecesario yo fui varias veces a urgencias cuando estaba embarazada y puta, todas las veces que fui me atendieron súper bien, pero imagínate que está ahí a punto de tener la guagua con todos los dolores y te mandan para la casa, ¿qué seguridad tienes tú? nada más como esta sí, aparte que eso te da como la angustia que te empecé a pasar rollo de que a lo mejor al bebé le puede pasar algo. Es complejo porque ahí como que está todo el tema también psicológico, emocional como que te juegan los encuentros.

P31: Eso tampoco debería ser, porque todos tenemos diferentes tolerancias al dolor a las personas les duele de maneras distintas hay casos de mujeres que uno escucha o ha leído como esta típica frase que yo por lo menos he escuchado harto que es como “tú te lo buscas ahora aguántate el dolor”. Mira yo me acuerdo cuando llegué a urgencia y me pasaron al parto habían dos niñas chicas, una era de 16 y la otra no sé, 20, una cosa así y ellas iban por parto normal y estaban esperando la dilatación, entonces yo escuchaba como la atendían, las niñas gritaban de dolor, era una weá impresionante y yo decía menos mal que no me voy a hacer cesárea agradezco y la trataban con mucho amor, te digo no puede ser que por diferentes temas de discriminación económica puede ser, no sé pero en otro hospital yo también he escuchado que tratan súper mal a las mujeres cuando van a tener sus hijos y yo igual tenía mucho miedo de eso, mucho miedo de que me trataran mal cuando estuviera en el hospital y tuve la suerte de que no, pero estas niñas que yo escuchaba gritar, porque eran muy dolorosas, y las matronas las trataban muy bien nunca escuché un comentario así como: “no te gustó”.

Desigualdad en la atención comunal en consultorios

Ineficiente distribución de recursos económicos en salud materna

Impacto de la conducta profesional en la calidad de la atención sanitaria

Necesidad de igualdad en la atención prenatal y obstétrica

Desafíos en la atención de emergencia durante la pandemia

Impacto psicológico y emocional de la atención médica diferente en mujeres embarazadas

Importancia de herramientas psicológicas para acompañamiento terapéutico en el embarazo

Efecto baby boom por pandemia

Formación de los y las profesionales de la salud dedicados a parto, gestación y nacimiento en el área psicológica para un mejor manejo de situaciones en el

Comprobar desde la propia experiencia manejo y tolerancia al dolor

Discriminación económica en el trato en el parto

P32: El embarazo es como una ruleta de emociones, yo sí creo que tendría que haber más accesibilidad a psicólogos, eso falta mucho, el tema de la salud mental no se toma en serio, yo creo que eso tendría que ir de la mano, porque supongo que cuando una está embarazada y está con sobrepeso lo que hacen es ponerte en una nutricionista, pero también deberían ayudarte con psicólogo, no lo ven de manera integral, por tema pandemia al menos no lo vieron como que tú sientes que debería haberse enfocado más al tema de la salud mental sobre todo en pandemia en los embarazos.

Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad

Acceso a equipo integral de profesionales de la salud en el embarazo

J: ¿TE HAS SENTIDO CÓMODA DURANTE TUS CONTROLES Y ECOGRAFÍAS?

P33: En el sistema público en la mayoría me hacían las ecografías particular pero como yo estaba en el hospital por embarazo de alto riesgo igual me tenía que hacer ecografías en el hospital y era un poco frío porque aquí te decían “esto es para ver cómo está la guagua, no es para chochear”, entonces como que ya como que decían ya está bien la cabeza, está bien esto, ya listo, eso encuentro que debería ser de otra manera por el hecho de que hay mujeres que no tienen la posibilidad de hacerse ecografías particular que no tienen el poder adquisitivo que no tienen y van al hospital a hacerse la ecografía y no pueden ver si se rió o si movió las manos, movió los pies y como que eso igual da lata como que desde el principio debería ser un buen trato desde las ecografías hasta el parto sí, porque la ecografía es como el momento donde tú esperas y tanto para poder ver si está todo bien obviamente ya lo dicen aquí solo como por un tema de salud, para ver si la guagua está bien no es para chochear igual es como penca es como rápido, así como chao es como para ver que esté todo bien y listo.

Discriminación económica en el trato en el parto/embarazo

J: ¿SIENTES QUE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD SE RESPETAN LAS DECISIONES DE LAS MUJERES RESPECTO A SU EMBARAZO?

P34: Como nunca lo dije, nunca lo pregunté, no lo sé. No sé si se hubieran respetado, pero sí me llamó mucho la atención que cuando me dijeron que iba tener que ser una cesárea porque la Amelia no estaba sentada, no estaba de cabeza tuve que firmar algo para decir que si iba a hacer cesárea porque no sé qué, y te preguntan si quieres que te corten las trompas, y eso lo encontré súper bacán, porque antes se tenía que tener tres hijos para poder cortarte las trompas, y ahora me lo preguntaron siendo joven, teniendo mi primer hijo y me lo preguntaron igual y fue bacán porque hay muchas mujeres que no quieren tener más hijos.

Acceso y decisión sobre salud reproductiva

Acceso a información y comunicación efectiva en salud prenatal

P35: En general conmigo, todo lo que preguntaba me lo respondían, salía que Amelia podía tener problemas en los riñones y le pregunté, le dije a la matrona ¿qué puede ser esto? porque la mayoría te dice no, que hay que seguir viéndolo y ella me dijo mira, puede que la abuela tenga problemas en los riñones, que no bote el pipí, me explicó todo lo que podía hacer y lo que no podía hacer, igual se siente bacán porque yo ya sabía a lo que iba, estaba más preparada, no iba a ser una sorpresa claro, igual te informaban en ese sentido las cosas.

Acceso a información y comunicación efectiva en salud prenatal

Acompañamiento y apoyo

P36: Yo creo que debería haber otras alternativas de partos naturales porque aquí siempre lo hacen de manera tradicional, aquí creen que es tradicional, porque hay otras maneras. De hecho, una vecina me lo iba a hacer, pero me dio miedo por el tema del COVID, pero poder ver otras experiencias de formas de parto, como en el agua, yo encuentro que es bacán porque la manera tradicional es demasiado dolorosa.

Alternativa de parto natural
Parto en el agua es menos violento para la madre y para el bebé

P37: Yo creo que la forma de tener la guagua acostada no es la mejor forma física para tenerla claro sí no sé si los tienen como alternativa hospitales, consultorios de bueno yo parece que igual en el contexto pandemia les quitaron varios de esos accesos, como que parece que igual yo tengo una conocida que tuvo guagua antes de la pandemia y lo tuvo en el hospital en la Florida y había opción de embarazo el parto en el agua, eso debería estar implementado como en todos los hospitales, porque igual es una forma mucho más relajada de tener a tu guagua que es como cuando quieras salir, pero aquí es como que a veces te obligan a tenerla o a veces hasta se sobrepasa el momento de tenerla y a veces también se muere la guagua por eso, por negligencia, a veces te hacen esperar mucho rato y la guagua ya está lista hace rato por lo que yo he leído porque antes de embarazarme leí mucho ese tema de maltrato obstétrico y era terrible leer y escuchar cómo sufrían esas mujeres como que esas cosas tú las pudiste ir conversando o pidiendo consejos de alguien como además de leer por ejemplo si te daba miedo el tema de la violencia obstétrica ¿tú lo podías conversar con una amiga o con tu hermana? o con alguien que haya vivido.

Visión profesional de parto respetado: la libertad de acción de la madre
Parto en el agua es menos violento para la madre y para el bebé
Conciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud

P40: Yo lo conversaba con mis hermanas, con el Eduardo y con mis papás, como que eso me daba terror porque no sabías cómo reaccionar y al final tú también estás como en un momento de como débil, te sientes como débil y si sentís dolor ¿qué podías hacer? no te pescan porque la mayoría de las mujeres lamentablemente y que son matronas como en general yo antes de estar embarazada yo siempre me he tratado con hombres ginecólogos porque son mucho más delicados que las mujeres, en la forma cómo te hacen la ecografía o la forma cuando te están haciendo el papanicolaou las mujeres son brutas, te dicen: “¡ay! si no es tanto dolor, yo también me lo hago”, que como a ella no le duele a las demás tampoco le tiene que doler entonces como que eso está súper mal.

Conciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud
Falta de apoyo de matrona en el proceso del embarazo

J: ¿QUÉ CUIDADOS Y PRECAUCIONES TUVISTE QUE TOMAR AL ESTAR EMBARAZADA EN PANDEMIA?

P41: Lo más triste fue no ver a la familia eso fue como lo más complicado y lo que te cagaba emocionalmente, yo no podía ver mucho al Eduardo nos juntábamos solo cuando tenía que ir a ecografía porque él pasaba por la calle o mi hermana que también estaba embarazada la vimos súper poco, la mamá de Eduardo no vio todo el proceso de embarazo, me vio cuando ya estaba muy gordita, el proceso de embarazo fue super solo, como un tema más emocional. Entonces eso fue lo más complicado en temas de pandemia y obviamente no salir y salir como lo justo necesario.

Parto en soledad
Adaptación de grupos de apoyo en pandemia

P42: Yo tuve a la Amelia en agosto y fue yo empezó esto en marzo y de ahí yo no veía a nadie, a mi hermana las veía una vez a las miles, una pura vez fui a Peñaflores para que los niños me vieran embarazada claro, como que omití mi cansancio, lo borré y yo creo que vino todo eso estando ya con mi hija y sí, como que ahora me vino todo el tema de que pucha estuve súper sola como que ahora me vino todo lo que no me vino en el embarazo porque uno igual dice: “la guagua acepta todo lo que uno siente”, entonces como que quería proteger un poco eso entonces en todo el embarazo yo no lloré como que me aguanté todo lo que tenía pero no tenía pena y ya teniendo a la Amelia más grande me vino como todo ese bajón de todo lo que se vivió en la pandemia todo el embarazo, que estuve súper sola o sea con el apoyo de mis papás obviamente, pero sin ver a las personas, sin tener ese contacto.

Parto en soledad
Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad

J: ¿DURANTE TU EMBARAZO ESTUVISTE CONTAGIADA O CON ALGÚN SÍNTOMA DE COVID-19? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P43: No, nada, ni siquiera me resfríe, yo no sé mucho, pero bueno ahora llevan más tiempo en la pandemia me daba mucho miedo el tema de poder contagiarme porque yo decía si me contagio y me tienen que entubar claro y no sé, y me muero y no conozco a mi guagua era como el miedo, pero por eso también éramos tan estrictos, no veíamos a nadie, estábamos con mis papás encerrados y eso fue casi todo el primer año de pandemia.

Sensación de miedo por posible contagio en pandemia
Medidas preventivas por contexto pandemia
Experiencia de no contagio covid durante el embarazo

J: SI NO ESTUVISTE CONTAGIADA CON COVID ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA DURANTE EL CONTEXTO DE PANDEMIA?

P44: La encuentro súper positiva porque hubo hartoo beneficio de mujeres que recién tuvieron guaguas, se alargó el posnatal de emergencia, pude estar mucho más rato con mi hija, no fueron cinco meses y medio de posnatal, sino que ocho, después estuve con teletrabajo porque no podían ir las mujeres con guaguas recién nacidas a trabajar y eso me dio la posibilidad de estar más tiempo con mi hija y eso igual es bacán, yo creo que el posnatal debería ser un año o sea una guagua de cinco meses y medio todavía no parte ni comiendo, todavía toma pecho entonces, ¿cómo la dejas en una sala cuna? Y por un tema biológico obviamente que el posnatal para la mujer, pero debería ser más largo para el hombre creo que también es súper poquito son cinco días, el posnatal debería ser un año mínimo para que la guagua ya esté firme para ir a un jardín infantil a sala cuna que ya come solo son como las cosas súper básicas cinco meses y medio no es nada.

Experiencia positiva en el parto durante la pandemia
Limitación del permiso parental: los padres legalmente tienen cinco días de postnatal
Necesidad de estar acompañada por la pareja en el post natal

P45: También es terrible hacer teletrabajo con una guagua, bueno ahí la guagua también se está adaptando a algo sí, porque la mamá va a estar 100% todo el tiempo con ella por ese lado la maternidad fue súper bacana el hecho de que puede estar mucho tiempo con la Amelia fue como bacán como que ahora estoy tranquila la puedo meter a una sala cuna, pero tan chiquita me da terror.

Adaptación al teletrabajo contexto COVID
Temor ante la transición a sala cuna del bebe

P46: También de la pandemia que fue como muy superficiales, los Baby Shower y cosas así, yo tuve, pero online. Igual no es lo mismo tuve, agradezco que tengo muy buenos amigos y los compañeros de pega que tenía en ese momento también, fueron muy bacanes Baby Shower, muy bonito, pero igual no es lo mismo.

Adaptación de grupos de apoyo en pandemia.

J: ¿TE SENTISTE SOBREPASADA DURANTE TU PROCESO DE EMBARAZO POR EL CONTEXTO DEL COVID-19?

P47: Sí, claro, en el proceso en general de embarazo y parto, siempre he sido muy buena para dormir, entonces dormía harto como que ese era mi escape, y tratando de no ver tantas cosas sobre el COVID aparte estaba trabajando estaba con teletrabajo, entonces igual mantenía la mente ocupada.

Estrategia de descanso físico para lidiar con la pandemia.

Evitar información excesiva sobre el COVID

Entrevista Constanza (E4)

J: ¿A TRAVÉS DE QUÉ MÉTODO DE COMPROBACIÓN TE ENTERAS DE TU EMBARAZO?

P1: Me hice una prueba de embarazo y salió positivo, me enteré de que estaba embarazada el mismo día que saltaron los torniquetes durante el estallido social del año 2019. Con mi pareja teníamos pensado tener hijos en 2 o 3 años más, pensando en los aspectos económicos y de salud, así que todavía no era el momento. Los primeros meses había problemas de transporte en Santiago y el ginecólogo me dijo que por si acaso evitará ocupar bicicleta porque comúnmente se movilizaba en bicicleta y hacía actividad física brusca.

Confirmar embarazo.

No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento.

Cambio de rutina en el uso de medios de transporte.

J: ANTES DE SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA ¿QUE PENSABAS Y SABÍAS DEL EMBARAZO?

P2: Siempre tuve la convicción de que iba a tener un bebé, siempre quise tener hijos, esa decisión nunca estuvo en tela de juicio, lo que si no era el momento. Por eso, lo que sabía era desde las personas cercanas, mis primas, tías, amigas, pero no mucho. Lo típico de los síntomas, náuseas, que se te hinchan los pies, antojos, que hay cosas que no se pueden comer o beber, como alcohol.

No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento.

Compartir experiencias distintas y cercanas sobre embarazo.

P3: A nivel emocional yo tenía poca información sobre todo de acompañamiento, no sé si ahora habrá más, pero por lo menos yo tenía poca información de eso, si sabía que hay cambios hormonales que suceden en el embarazo y que a raíz de eso hay algunos cambios, pero más allá de eso no.

Importancia de la información sobre maternidad y el acompañamiento.

Manejo de poca información sobre cambios en el embarazo.

Cambios hormonales y emocionales durante el embarazo

J: ¿QUÉ PERCEPCIÓN DE LO QUE TU SABÍAS, TIENES O TUVISTE DE TU EMBARAZO?

P4: De partida la información fue el 1% porque son varias cosas, a nivel metabólico cambia tu cuerpo, hormonal y eso incide en las emociones, es fuerte igual porque como que te controlan las hormonas de cierta forma, ósea, estás gestando, estás creando otra vida. A mí me pasó que lloré mucho en mi embarazo, pero no de tristeza, lloraba porque estaba feliz, me emocionaba de la nada. Igualmente, era super difícil controlarlo porque de hecho una vez me pasó que estaba en un “carrete” con amigos y me puse a llorar y todos se preocuparon, yo lloraba y decía “no, pero si estoy feliz, no se preocupen por mí”.

Cambios hormonales y emocionales durante el embarazo.

Manejo de poca información sobre cambios en el embarazo.

Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad.

P5: Yo pienso que es difícil para la gente porque entienden que una está embarazada y todo, pero todos los cuerpos son distintos, todas las mujeres somos distintas también y asumen de distinta forma también el embarazo, yo tuve un buen embarazo. El primer trimestre mi embarazo fue malo, pero después tuve super buen embarazo, tenía mucho asco y no soportaba nada, tuve que regalar a mi perrito, porque no soportaba el olor, su pelaje, nada, ahí fue difícil porque el perro hacía todo conmigo y eso tuve que regalarlo.

El entorno es el que debe adecuarse a la maternidad.

Bienestar emocional por el embarazo.

P6: Desde que supe que estaba embarazada, tuve que hacer varios cambios, dejar de hacer actividades físicas, cambió toda mi rutina, mis pasatiempos, la alimentación, todo, eso fue complejo para mí. Me vinculé en el apoyo con los profesionales, desde antes de eso había empezado un tratamiento con psicólogo y psiquiatra hace como un año por estrés laboral y a raíz de eso me diagnosticaron depresión y justo después sucedió lo del embarazo entonces lo íbamos abordando en las mismas sesiones y yo no me convencí.

Rutinas más tranquilas durante el embarazo.

Comprender la experiencia propia en salud y alimentación durante embarazo.

Acompañamiento y apoyo.

Herramientas psicológicas para acompañamiento terapéutico en embarazo.

P7: En mi embarazo cambié de profesionales del área de la salud mental porque yo les planteaba algunas inquietudes y ellos lo abordaban de una forma como, incluso, yo lo sentía a veces medio machista. Me gustaban muchas cosas, que era solo por el embarazo y que había cosas que yo simplemente tenía que asumir y para mí por lo menos eran inquietudes super válidas de acuerdo con el contexto en el que estábamos, el psicólogo no me convencía y lo cambié.

Depresión por estrés laboral.

Herramientas psicológicas para acompañamiento terapéutico en embarazo.

Insatisfacción con abordaje terapéutico durante el embarazo.

Perspectiva machista en atención psicológica durante el

J: ¿ES PRIMERA VEZ QUE ESTÁS EMBARAZADA? - SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA ANTERIOR?

P14: Si, es primera vez

Primera vez que está embarazada.

J: ¿QUÉ FUE LO PRIMERO QUE SE TE VINO A LA MENTE AL SABER DE TU EMBARAZO? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P8: Si, lo que pasa es que yo antes de eso estuve con un tratamiento, bueno, todavía, pero había empezado hace como un año un tratamiento por depresión, por estrés laboral. Tuve estrés laboral y a raíz de eso como que me diagnosticaron depresión y estaba en un tratamiento. Entonces justo sucedió después lo del embarazo y lo íbamos abordando como en las mismas sesiones, pero para mí no lo abordaron de buena forma, entonces yo no me convencí y ya además empecé a caer como en un estado de paranoia porque igual la pandemia generaba eso.

Depresión por estrés laboral.

Insatisfacción con abordaje terapéutico durante el embarazo.

P9: Entonces yo soy profesora y de mi trabajo me mandaron para la casa porque estaba embarazada y a las embarazadas les permitían el teletrabajo. Y de ahí en adelante que me fui a la casa a trabajar, o sea, de ahí todo sucedió súper rápido, así como ya mitad de marzo y la otra semana ya cuarentena y después todo cerrado y después. Yo me vacuné con la niña ya nacida, porque no me atreví a vacunarme antes y por eso también estaba como en ese estado de paranoia porque como no, yo había decidido no vacunarme todavía porque me daba miedo a pasarle algo a la niña, todavía no había estudios en ese tiempo, extremé todas las medidas, todas las medidas de seguridad.

P10: Cuando tú ya inicias como todo el proceso administrativo para el parto, te hacen llenar una pila de formularios, por lo menos las clínicas y entre esos formularios estaba el formulario de protocolo de COVID, en donde te explicaban que había cosas, por ejemplo, que tú no podías llevar. Por ejemplo, las cosas sanitarias mías, posparto me las entregó toda la clínica porque ellos no aceptaban que uno llevara esas cosas, como apósitos, como las toallitas posparto, todas esas cosas me las entregaron allá y en realidad eso, por ejemplo, nosotros teníamos que manipular todas las cosas de nuestra bebé.

Medidas preventivas por contexto pandemia.
Procesos burocráticos para realizar controles, ecografías y parto en centros de salud por covid.

P11: La única persona que manipulaba además de nosotros las cosas de la bebé era la matrona, que eran dos matronas, una de día y una de noche que era la persona que iba, le revisaba la bebé, le hacía algunos aseos y todas esas cosas que después a nosotros también nos enseñaron.

Medidas preventivas por contexto pandemia.

J: ¿DE QUÉ MANERA TE EMPEZASTE A INFORMAR SOBRE EMBARAZO?

P12: A ver, lo que pasa es que yo igual, hace tiempo sí, pero yo trabajé un par de años en un programa de atención temprana. Yo soy educadora diferencial, y en atención temprana yo me dedicaba a lo que es como estimulación psicomotora de prenatal, con embarazadas. Desde los tres meses en adelante trabajaba con mamás embarazadas. Entonces desde ahí igual yo ya tenía conocimiento, como algunas cosas, como las que te dije antes, lo más biológico, lo psicomotor, pero como lo emocional, súper poco, más lo que yo sabía de mi propia pega, pero como que en esa información partí, con esas cosas.

Conocimiento previo de aspectos biológicos y psicómotes del embarazo.

P13: También informándome en las redes sociales, especialistas, hay varias páginas como de Instagram, sobre todo, de, no sé, de pediatra, de ginecólogos, que te van como dando tips y te van entregando información sobre los trimestres, las cosas que te deberían pasar o que te pueden pasar en cada mes, cómo va tu bebé. Además, tuve una aplicación, que se llamaba Pregnancy creo, que era una aplicación que era súper completa, y me gustó porque tú ibas poniendo todos los registros mes a mes, incluso semana a semana, ibas poniendo los registros tanto de peso, de peso tuyo, como el estimativo de peso que te entrega el ginecólogo del bebé, y lo vas registrando y ahí te ibas arrojando distintas informaciones, entonces eso igual a mí me sirvió harto, porque te va anticipando un poco, a mí me anticipaba, por ejemplo, y te iba dando tips, así como, no sé, por ejemplo para la irrigación sanguínea, que es como lo que más pasa los últimos meses de embarazo, como algunos ejercicios, alimentación y cosas así.

Utilización de redes sociales para informarse.
Utilización de aplicación para acompañar el proceso de embarazo.
Prácticas beneficiosas durante el embarazo.

P14: Obviamente también con mi ginecólogo y con mi matrona. Tuve una doula, pero un puro mes, porque después esta chica tuvo que volver a su país, ella es danesa, pero no me siguió atendiendo porque ella los primeros meses venía conmigo, y después cuando se fue decidí no tomar ninguna doula y en realidad fue un error. Ese mes que estuvimos juntas, que fue como los cuatro meses o algo así, me sirvió mucho porque ella, además de también entregarme información y todo, como que ella hizo la pega de contención emocional. Ella es mi amiga, nos conocimos trabajando hace muchos años, ella también trabajaba en la intervención temprana, y después con los años se hizo doula hasta ahora, pero pucha, cuando tuvo que volver después ya a su país, ahora de hecho fue por pandemia, que se devolvió, yo decidí no tomar ninguna otra porque en realidad me daba miedo. Porque en ella confiaba mucho, que ella se cuidaba, pero después tomar otra doula y online no me parecía lo mismo, y que viniera alguien a mi casa me daba miedo, me daba mucho miedo.

Acompañamiento y apoyo.
Tips de doula durante el embarazo.

J: EN TU COTIDIANIDAD ¿QUÉ HÁBITOS Y RUTINAS TUVISTE QUE CAMBIAR?

P15: Lo que más me influyó fueron las actividades físicas, porque yo iba al trabajo en bicicleta, hacía muchas cosas en bicicleta, y no pude hacer nada de eso. El cambio en la cotidianidad me mandó un poquito al carajo, como se dice vulgarmente, porque me sentía frustrada, me sentía súper frustrada, porque además de ver que tu cuerpo crece por el embarazo, yo me empecé a meter en este círculo vicioso del peso y porque obviamente empecé a engordar, no tanto, pero igual empecé a engordar, y me asustaba, me daba miedo, me daba lata, me sentía frustrada, que no podía hacer muchas cosas, y eso como que me fue tirando para abajo de a poco, pero después cambié el chip y empecé ya a hacer cosas que me gustaban, que no requerían tanto esfuerzo, yo creo que fue como el proceso normal, que me duró como dos meses de pena y de frustración.

Cambios de rutina en el uso de transporte.
Sorpresa por la capacidad de transformación del cuerpo durante el embarazo.
Malestar emocional por cambios físicos.

P16: Después me dediqué a hacer otros hobbies, otras cosas que me daban tiempo, además, como estaba el tema de la pandemia y que no había muchas cosas, no había mucho donde ir a comprar, como las cositas para mi bebé, lo que yo hice fue hacerle a mano muchas cosas, así como frazadas, mantas, ropa le hice, rompí mi ropa, me dediqué a coser. Yo creo que vengo de una familia en donde las mujeres saben hacer de todo, a mí me enseñó mi abuela a tejer, a bordar, a coser, a pintar en cerámica, a tocar piano, así como todas las cosas que debía de hacer una mujer antiguamente, muy antiguamente, pero ella nos enseñó a todas las mujeres de mi familia, por lo menos hasta que ella estuvo viva nos enseñó todas esas cosas, entonces yo sabía coser a mano, bordarse, hacer todas esas cosas.

Hobbies en pandemia.
Prácticas beneficiosas durante el embarazo.
Transmisión de conocimiento familiar en bordar y coser.

J: ¿CÓMO ENFRENTASTE O HAS ENFRENTADO ESTE PROCESO?

P17: Para ser súper sincera, ayuda como del entorno fue muy poco, pero tampoco es como un tema de discusión, porque en realidad como había pandemia, estaba todo encerrado, a mí me pasó que yo tenía a mi papá, antes de la pandemia, a mi papá ese año, a principio del 2019, más o menos, le diagnosticaron Alzheimer, pero súper avanzado, súper avanzado y fue una cosa de la noche a la mañana, en donde como nuestra, a nivel de familia cambiaron muchas cosas, mis papás vivían los dos solos, y justo en el periodo del estallido social, nos tuvimos que repartir entre todos los hermanos, somos cuatro, nos repartimos como el ir a ayudar a mi mamá, porque mi papá tenía, o sea, pocos episodios de cordura y se mandaba hartos, como hartas cosas que estaban como riesgosas igual incluso para mi mamá.

Adaptación de grupos de apoyo en pandemia
Impacto en la Dinámica Familiar por enfermedad de Alzheimer.

P18: Entonces, lo que hacíamos era turnarnos para ir a cuidarlo en la noche sobre todo, porque se levantaba, prendía la cocina y cosas así, y yo lo hice hasta que supe el embarazo, entonces aguanté, no sé, por ejemplo, un par de meses yendo, pero ya después el viaje, mis papás viven en las Vizcachas mi mamá ahora, y yo vivo acá en Macul, y el viaje, el tema del estallido, que no había metro para allá, muchas veces me tenía que ir en Uber, con mi perro que estaba en ese momento todavía, entonces agarraba a mi perro, me iba en Uber, entre las náuseas todo, hasta que ya después no me dio más el cuero y tuve que dejarlo, entonces por lo menos de mi familia, apoyo hacia mí no había porque estábamos todos enfocados en mi papá, entonces yo igual podía cuidarme sola, entre comillas, mi familia estaba toda preocupada de mi viejo y yo estaba viviendo mi embarazo, como se puede decir, en soledad, y amistades tampoco porque en realidad, cada uno estaba, es que yo lo veo así en realidad, Javi, cada uno estaba la suya viviendo su propio drama, y cada uno estaba viviendo distintas calamidades, tanto con el estallido, con la pandemia, entonces no tuve mucho apoyo, ni redes, ni contención, porque en realidad a mí me cuesta pedir ayuda.

Impacto en la Dinámica Familiar por enfermedad de Alzheimer.

Embarazo en soledad.

Ayuda no efectiva en el embarazo de la mamá.

Transformaciones en las relaciones de amistad durante la maternidad.

P19: Me recomendaron que hiciera yoga, y me metí a un grupo de yoga prenatal, y ahí estuve dos meses, porque después ya no quise más, y tomé a una chica, e hice yoga prenatal, pero solo con la chica, como más personalizado, online todo, obviamente, pero en el grupo en el que estaba antes, que se llamaba Flor de Lotus, muy buen grupo y todo, pero ya después dejé como de sentirme identificada, no me gustó mucho en realidad, o sea, daba mucho apoyo, pero a mí me pasa que no me gustan como mucho las cosas mías, muy íntimas, me cuestan, y yo ya estaba como media frustrada, y con hartos temas emocionales, entonces muchas veces me sentía mal cuando se hablaban cosas que a mí me identificaban, entonces yo misma tomé la decisión de ya no formar más parte de ese grupo, porque en realidad, me sentía mal cuando hablaban cosas que a mí me pasaban, y ellas también, y en vez de ayudarme, me iban angustiando más, aparte igual las mamás, era la mayoría primeriza, entonces todas estaban también en este proceso de angustia y de miedo, y yo sentía que me desfavorecía en realidad, enterarme del miedo de ellas, entonces no aportaba.

Experiencia en grupo de yoga Prenatal.

Prácticas beneficiosas durante el embarazo.

Adaptación de grupos de apoyo en pandemia.

Impacto emocional por la identificación de experiencias compartidas con otras madres.

P20: De hecho tomé también la decisión, yo no veo mucha tele, pero después como ya, no sé, abril más o menos, tomé la decisión de no ver más tele, pero nada de tele, así nada, nada, nada, porque estaba esta como paranoia de ver todos los días cuáles eran los cambios, cuántos eran los muertos, y las noticias, y que en Estados Unidos de la tele también que me generaba angustia, y me fui aislando la verdad, o sea, los últimos meses de mi embarazo, yo a pesar de que ya estaba más tranquila y todo, igual me aislé totalmente, o sea, a mí casa entraban súper pocas personas, yo salía muy poco, o sea, para mí mi evento social era ir al supermercado, íbamos al supermercado así como una vez cada dos meses, porque, en realidad comprábamos un mes, íbamos al supermercado, y al otro mes lo comprábamos online, porque igual nos alcanzaban las cosas.

Evitar información excesiva sobre COVID.
Medida de aislamiento como cuidado ante el COVID.

P21: Yo creo que la maternidad se romantiza, últimamente lo he escuchado hartoo, suena casi cliché, pero es verdad, o sea, la maternidad está súper romantizada en cuanto a que todo es lindo y la bendición de un hijo, y que casi te va a salir arcoíris en vez de leche, disculpa mi expresión, pero no es así, o sea, yo soy una mamá feliz de serlo, debo decir que adoro a mi hija, pero no siempre estoy feliz de ser mamá, porque es un proceso que es súper intenso y tiene muchos cambios, y además de cambios como físicos y todo eso en tu cotidianidad, también son cambios emocionales, donde tus prioridades cambian, y creo que la sociedad castiga mucho a la gente que se atreve a decir esto es una mierda, disculpando la expresión, o esto no es tan bueno como todo el mundo lo pinta, porque creo que a lo mejor esto cada vez está sucediendo menos, porque hay más mujeres que se están atreviendo a hablar al respecto, pero aun así igual se sigue romantizando, o sea, yo sigo viendo reacciones negativas cuando amigas mías me dicen, o le dicen, no sé, a un grupo, yo no quiero ser mamá, y yo encuentro que es súper válido no querer ser mamá, de hecho ser mamá es un proceso intenso, que hay que estar, nadie está preparado para ser mamá, pero hay que estar de cierta forma preparado por lo menos con la disposición, porque son varios cambios, no solamente es el dormir poco o el comer comida fría, sino que es dormir mal, o sea, todo cambia, tu digestión cambia, todo cambia, por lo menos a mí me pasa que hasta el día de hoy todavía no puedo comer algo caliente o recién servido, a menos que yo no esté con la niña.

- Romantización de la maternidad, se habla de lo hermoso de la maternidad.
- Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad.
- Conciencia de los cambios y las necesidades de atención hacia las madres a nivel social.
- La maternidad debe ser deseada.
- Deber de cumplir a la sociedad como madre.
- Castigo social por expresar dificultades en la maternidad.

P22: Eso también es súper frustrante, sobre todo para una mamá que vive sola la maternidad, a mí me pasó eso, yo estuve hasta los nueve meses más o menos con mi pareja y después estuve sola. Había muerto mi papá hace muy poco, entonces mi mamá estaba en su propio proceso, entonces no tenía nadie a quien acudir y lo viví sola, pues entonces al principio el baño, la comida, o sea, el primer mes yo bajé mucho de peso, me aseo muy poco, hasta que después de a poco fui como retomando y como dando más seguridad.

- Embarazo en soledad
- Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebé

P23: Hoy en día te puedo decir que tengo distintas estrategias para poder bañarme, por ejemplo, a veces ya con mi guagua muy inquieta y trepa, lo que hago es amarrarla en el coche, en su coche, le pongo el cinturón, todo, la meto al baño, me baño con ella en el baño porque es la única forma de bañarme y de estar tranquila sin pensar que le pasó algo, porque también me pasaba que de repente, no sé, estaba durmiendo y yo decía, ya, está durmiendo, me aprovecho a bañar, y no sé, salía del baño y escuchaba los gritos de mi bebé llorando porque estaba sola, entonces ya nunca más lo hice.

- Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebé.

P24: Esas estrategias fueron surgiendo a partir de la misma necesidad, siento también que a nivel social hay poca información de lo real de una maternidad, y desde ahí también hay un juicio como súper grande en torno al deber ser mamá, a lo que cumple, y también al rol y a la responsabilidad de la crianza, porque, por ejemplo, a mí me pasó antes de separarme que noté todas esas cosas, o sea, la carga era indudablemente mucho mayor para mí sin necesariamente tener que serlo, o sea, obviamente el hecho de dar pecho y el hecho de que, por ejemplo, la bebé se calmara conmigo, era una cosa que ya, yo creo que todo el mundo lo entiende, pero otras cosas en las que puede ayudar en la crianza el papá, yo ahí fui de a poco dándome cuenta que esas cosas no estaban sucediendo.

- rol de cuidado: la madre asume como primera persona
- sesgo patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural
- Deber de cumplir a la sociedad como madre

P25: Como ayudarme, no sé, por lavar la ropa de la bebé, planchar la ropa de la bebé, cocinar, hacer las cosas de la casa, si despertaba en la noche, encargarse de ella, hacerla dormir, bañarla, esas cosas en general las asumí yo, y a pesar de que yo las pedí, o las exigí también, no se dieron, entonces también ahí hay un punto súper importante que es que la maternidad y la crianza en general de los niños está casi obligada a la mujer. Se normaliza. nivel social yo creo todavía es como mal visto que una mujer exija cosas.

Rol de cuidado: la madre asume como primera persona

Sesgo patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural

Deber de cumplir a la sociedad como madre

Castigo social por expresar dificultades en la maternidad

J: ¿CREES QUE LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA? ¿QUÉ POSTURA TIENES SOBRE LA MATERNIDAD?

P26: Sí, totalmente. O sea, la maternidad si no es deseada, yo por lo menos estoy a favor del aborto. Y totalmente porque una maternidad ya es intensa, y si no es deseada, yo creo que se puede transformar casi en un calvario. Porque como te decía al principio, hay muchos cambios que suceden en la vida de una mujer cuando se embaraza, cuando nace, y ya... Todo, todo cambia. Las prioridades de tu día a día, a nivel laboral también, se ven muy afectadas a nivel laboral con un embarazo.

impacto y postergación en todos los planes personales

tener aborto libre

la maternidad debe ser deseada

adaptación a los cambios debido al embarazo

P27: Yo creo que, si no quieres tener hijos y tienes un hijo, yo creo que debe ser un infierno para esa persona porque es lo que te decía al principio, o sea, si tienes disposición para hacerlo, que bien. Porque es un proceso intenso, y cuando uno tiene la disposición de hacerlo, como que ya de cierta forma igual aceptas esas cosas y vas armándote de herramientas, armando redes de apoyo, lo que sea, se te ocurren cosas, pero si no lo quieres, te vas a ver en un círculo vicioso de lamento y de frustraciones en realidad, y a mí me pasó.

la maternidad debe ser deseada

Disposición y aceptación en el proceso de maternidad.

Responsabilidad en la decisión de tener un hijo.

J: ¿CREES QUE EL MOVIMIENTO DE MUJERES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO LA FORMA DE VER LA MATERNIDAD? ¿EN QUÉ ASPECTOS Y CÓMO LO HAS VISTO REFLEJADO EN TU EXPERIENCIA EN LA TOMA DE DECISIÓN?

P28: Mira, de partida yo también generé un cambio antes de embarazarme respecto de la maternidad porque también me tocó ver algunas, como amigas, sobre todo, que tuvieron bebé y que como que se vieron enfrentadas a una realidad súper distinta, a nivel de pareja, como a nivel de su día a día, de su cotidianidad, de su trabajo, todas esas cosas, y desde ahí igual es complicado. El movimiento feminista y toda esta información que ha surgido últimamente respecto de la maternidad y el defender el hecho de que sea una maternidad deseada, yo creo que, aparte de ser muy positivo, ha generado un cambio en este paradigma de la maternidad. O sea, yo creo que la mayoría de las mujeres que deben seguir pensando como antes son las personas de más edad que son más como rehacía a los cambios de pensamiento.

cambio de perspectiva personal en la maternidad

los movimientos feministas le dan un valor distinto a la maternidad

la maternidad debe ser deseada

maternidad defendida desde el feminismo

P29: A mí me pasa por ejemplo con mi mamá, que cuando yo me embarcé el primer consejo que me dio era que yo dejara de trabajar, y que me dedicara solamente a criar a mi guagua, porque era más importante mi guagua que cualquier cosa. Entonces ahí, obviamente, además de machista el comentario, es sesgado totalmente, pero es una visión súper antigua de las cosas, desde ahí ver ese cambio de postura y no sé, por ejemplo, escuchar a mis amigas que ya gracias a todo este movimiento y a la información que hay hoy en día pueden estar seguras... También veo ese cambio donde ellas ahora con mucha más fuerza dicen no, yo no quiero tener bebé, por esto y por esto, y no quiero simplemente, y lo defienden también, a diferencia de antes, en donde la mujer que no quería tener bebé casi lo callaba y lo llevaba en silencio, casi como un proceso, casi como un secreto de Estado el hecho de que no quería tener bebé, y evadiendo preguntas.

Sesgo Patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural

Visión patriarcalizada de maternar y criar

Visión de la maternidad limitante por entorno patriarcal

Aporte del movimiento feminista por el derecho a poder hablar sobre embarazos deseados

P30: También he visto ese cambio en donde ya no preguntan tanto de que cuándo va a tener la guaguüita y esas cosas. Por ejemplo, a mí sí me pasó, yo tengo harta más edad, tengo hartos años, y a mí sí me pasó que tuve dos relaciones bien largas, y en la primera, después de una cantidad de años, ya la presión de la guagua, la guagua, la guagua, era fuerte, y con mi última relación, que fue donde nació mi bebé, ya hubo un cambio y ya muy pocas personas me decían, así como, oye, ¿y la guagua cuándo? Diciendo que nosotros ya vivíamos juntos y todo, entonces yo por lo menos pude evidenciar ese cambio de pensamiento, y como desde ahí lo atribuyo totalmente a los movimientos feministas y a la información que ha habido últimamente respecto de la maternidad y el defender como la decisión de cada persona, que al final es la que cuenta.

La maternidad debe ser deseada

Tabú social por el derecho a decidir ser madre

Aporte del movimiento feminista por el derecho a poder hablar sobre embarazos deseados

J: ¿CREES QUE LA SOCIEDAD Y EL ENTORNO INFLUYE EN LA DECISIÓN DE QUERER SER MAMÁ?

P31: Yo creo que además de sobrepoblación, creo que hay que eliminar un poquito este como obligación social de tener hijos, porque así es, o sea, para mí, sin ánimo de como entrar en discusión y nada, no sé cuál será tu postura religiosa, pero para mí tiene que ver mucho con algo religioso, el hecho de tener hijos y bueno, casarse y tener hijos y formar familia, y no es así, o sea, por lo menos para mí hoy en día no es así, tú puedes tener una familia incluso solo contigo y un gato, o contigo y tu pareja, contigo y tu hija, contigo y un amigo.

La sociedad no permite decidir, impone un programa de vida

Cambios de la percepción de familia por generaciones diferentes

Tener hijos y familia desde una visión religiosa.

Cuestionamiento social de la obligación de tener hijos

P32: Y eso también es familia al final, pero no está considerado como tal, pero también es familia, a lo mejor no es una familia mononuclear, pero es una familia y yo creo que hoy en día se ha asumido de a poco eso, el hecho de que no es necesario tener un hijo para ser familia, es decisión de cada persona, como te decía, yo siempre quise tener un hijo, siempre quise ser mamá, para mí era casi como uno de mis proyectos de vida.

La sociedad no permite decidir, impone un programa de vida

Cambios de la percepción de familia por generaciones diferentes

Cuestionamiento social de la obligación de tener hijos

Ser madre como proyecto de vida

J: ¿TUVISTE APOYO EN TU DECISIÓN?

P33: O sea, es que mi decisión era una decisión súper como del otro lado, porque en realidad todo el mundo apoya que alguien quiera tener hijos, o sea, no todo el mundo, pero es algo poco criticado, O sea, nadie me dijo a mí, ¿en serio quieres tener hijos? ¿Estas seguras? ¿Y por qué quieres tener? No, nunca me hicieron esa pregunta. En cambio, sí, por ejemplo, yo tengo hartas amigas que no quieren tener hijos, y yo he presenciado varias veces en donde las cuestionan, ¿pero por qué no quieres tener bebé? ¿Por qué no quieres tener familia? ¿Y quién va a estar contigo después? ¿Quién te va a cuidar cuando seas vieja? Y así miles de preguntas que a uno se agarra la cabeza, pero en realidad son preguntas de un pensamiento para mí antiguo.

Cuestionamiento social de la obligación de tener hijos

Apoyo familiar en el embarazo

Apoyo social y cambio de percepción en el embarazo

Preguntas violentas sobre la maternidad.

P34: Para mí y desde a lo mejor un poquito de egoísmo, es una decisión netamente de la mujer, ni siquiera del hombre, porque finalmente, o sea, obviamente del hombre porque tiene que ser con el consentimiento de él, y al final es un proyecto de vida también el querer tener un hijo, pero es una decisión tuya totalmente, porque eres tú la que carga nueve meses al bebé, si es que llega a los nueve meses, eres tú la que tiene todos los cambios, eres tú la que asume después la mayor parte de la carga de la crianza. Entonces para mí no hay cuestionamiento en que si una mujer quiere o no quiere tener hijos, yo creo que si tú, lo voy a decir un poquito vulgar, pero si tú no tienes ovarios, no te metas, porque tú no tienes idea lo que significa gestar, parir, criar, o sea, puedes aportar si eres el papá y asumes tu rol, bien, y si tomas la decisión en conjunto con tu pareja, bien, pero también me pasa, por ejemplo, que veo mucha presión de algunas parejas hacia mujeres, así como yo quiero tener el hijo, yo quiero tener el hijo, estamos casados, tengamos un hijo, tengamos un hijo, y ella no necesariamente quiere, y muchas mujeres ceden ante esa presión de la pareja, por esta misma como visión de que si tienes familia tienes que tener hijos, entonces de hecho a una amiga le pasó, a una amiga le pasó que finalmente cedió, ella nunca quiso tener hijos en su vida, y tuvo una pareja, y la pareja, para mí la presionó, porque siempre yo quiero tener un hijo, hasta que al final ella ya casi por amor a él, decidió tener el hijo, y bueno, hoy en día ella igual se ve un poquito arrepentida a pesar de que ama a su hijo.

Tener un hijo como proyecto de vida con la pareja.

Conciencia del peso de la decisión de criar y embarazo.

Sesgo patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural.

Disposición y aceptación en el proceso de maternidad.

Presión de parejas hombre por tener hijos.

Percepciones diferentes de familia.

P35: Yo siempre quise ser mamá, yo siempre tuve como ese sueño, ese anhelo, y aun así a mí igual me dio depresión postparto, o sea, yo me imagino que si yo, que tenía esa disposición y ese anhelo, me dio una depresión postparto, me imagino cómo deben pasarla las mamás que no querían tener a su bebé, y desde ahí también la importancia de que la mujer pueda decir si quiere tener o no tener a su bebé, porque, o sea, desde el SENAME hasta violencia infantil, o sea, por lo menos a mí me pasa que yo veo, en mi pega por lo menos, veo muchos niños que sus papás no están interesados en ellos, o que se les nota que no. Entonces ves abandono, ves maltrato, maltrato no solamente físico, sino que maltrato psicológico, y eso refleja también no estar feliz con la vida que estás llevando, o sea, sobre todo antes donde la mamá tenía, o sea, la mujer tenía que tener nomás a la guagua, y vamos criando, comete tus frustraciones, comete tus miedos, comete tus penas, y ahí a mí me pasa, yo no sé si esto, a mí me pasa que veo muchas mamás, como mamás de más edad, estas típicas mamás que son como mal genio, mamás que tienen poca disposición, que tienen un temperamento más enojado, más drástica, más dura, severa, o más fría incluso, y yo me pongo a pensar y digo, ¿realmente esa mujer habrá querido ser mamá? ¿O fue mamá porque estaba casada y debía tener hijo?

Depresión en la maternidad.
La maternidad debe ser deseada.
Conciencia del peso de la decisión de criar y embarazo.
Violencia y abandono infantil.
Cuestionamiento de la obligación social de tener hijo.

P36: Yo por lo menos noto la diferencia de una mujer que quiso ser mamá y una mujer que no. Por ejemplo, lo veo a mí, yo con todos mis dramas aun así, yo amo a mi hija totalmente, y amo la maternidad a pesar de todo lo que pueda encontrarle de malo, me gusta, me gusta lo disfruto, lo disfruto a pesar de lo agrio, disfruto el dulce y el amargo de la maternidad, pero también veo mamitas que de repente fueron mamás por presión o qué sé yo, o por miedo también, mucho miedo al aborto, porque hay poca información y como también no hay legalización, es muy riesgoso el aborto en Chile, entonces muchas veces muchas mujeres por miedo igual tienen a su bebe, por miedo a morir, por miedo a ser criticadas, por miedo a muchas cosas, y no son mamás felices, entonces de ahí la importancia de que realmente esto sea deseado.

La maternidad debe ser deseada
Sesgo patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural
Disposición y aceptación en el proceso de maternidad
Miedo a tener un aborto

**J: ¿ANTES DE ESTAR EMBARAZADA TOMABAS ALGÚN ANTICONCEPTIVO?
¿DURANTE LA PANDEMIA TUVISTE ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR COMPRÁNDOLO?**

P37: Yo con mi pareja hablamos el tema de tener un hijo, pero nuestro proyecto era para tres años más, porque estábamos súper organizados, en tantos años vamos a conseguir esto, en tantos años vamos a conseguir esto, y con esto podemos tener un hijo. Entonces estábamos planificados, o sea, queríamos los dos ser papás, pero en unos años más. Yo estaba con método anticonceptivo, yo estaba tomando pastillas anticonceptivas, y de hecho ahora estoy en un colectivo que está haciendo como las investigaciones porque al parecer una de estas pastillitas que fueron intervenidas.

Embarazo y gestación planificada.
No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento.
Tener un hijo como proyecto de vida con la pareja.
Uso de pastillas anticonceptivas

P38: Al parecer me tocó la buena suerte de tener estas pastillas que fallaron, así que me uní hace un tiempo a un colectivo que está como dando información para poder hacer como esta demanda, porque yo soy súper estricta con esas cosas, o sea, yo tomo dos pastillas, bueno, tomaba dos pastillas diarias, una pastilla por la tiroides, que tengo problemas de tiroides desde ese año, y la pastilla anticonceptiva, y jamás en la vida se me olvidaron, o sea, de hecho la única vez que a mí se me olvidó la pastilla anticonceptiva se me olvidó una hora, y me lo tomé con una hora de atraso, y fue antes obviamente de que naciera mi bebé, y yo era súper regular, entonces para mí, volviendo a la pregunta que me hiciste hace rato ya, cuando yo supe que estaba embarazada para mí fue un shock, porque yo confiaba en mis pastillas, y yo era súper estricta, entonces, súper rigurosa con el tema, entonces cuando supe que estaba embarazada de partida fue como, pero ¿cómo? Con la sorpresa al final.

Uso de pastillas anticonceptivas
Fallo de pastillas anticonceptivas
Shock emocional por quedar embarazada usando pastillas anticonceptivas

P39: Yo llevaba tres años tomando pastillas anticonceptivas, y de hecho yo tomé las pastillas, porque yo antes no tomaba pastillas anticonceptivas, yo antes tomaba, me cuidaba con métodos naturales, el método Billing, que es un método que junta el calendario también, y es como la temperatura basal y la mucosidad cervical, ese es el método Billing que para mí fue súper efectivo mientras lo hice, pero ¿qué me pasó? Que después cuando tuve esa pérdida que tuve con el mismo papá de mi guagua, yo me asusté un poco, y ahí empecé a tomar pastillas, pero antes de eso me cuidaba con métodos naturales, y el quedar embarazada con la pastilla anticonceptiva para mí fue un shock emocional, porque obviamente todos los planes se me fueron.

Uso de pastillas anticonceptivas.

Autonomía en decidir cambio de anticonceptivo.

Miedo por pérdida de gestación previa.

Impacto y postergación en todos los planes personales.

Shock emocional por quedar embarazada usando pastillas anticonceptivas.

P40: Mira, yo nunca he estado a favor de las hormonas, nunca he estado a favor de los métodos anticonceptivos artificiales, porque además que a mí me hacen un poquito mal, encuentro que es una bomba que va a tu cuerpo que te afecta mucho, y que yo por lo menos no estoy dispuesta a hacerlo de nuevo, porque lo hice, pero nací hoy bien, entonces no me da ninguna garantía, y de ahí mi decisión de no volver a hacerlo, cuando seguía el método Billing me funcionaba mucho mejor.

En contra de hormonas y métodos anticonceptivos artificiales.

Anticonceptivos artificiales afectan al cuerpo.

Método Billing como una mejor alternativa de cuidado de fertilidad.

Autonomía en decidir cambio de anticonceptivo.

P41: Después de que nació mi bebé, me dieron unas pastillas que eran como pastillas de lactancia, y a mí me hicieron mal, y de ahí yo tomé la que fue como hasta los dos meses, tomé una pastilla anticonceptiva de lactancia, y como me hicieron mal, yo decidí no tomarlas más, y volver al método Billing, obviamente como ya ahora no estoy con pareja ni nada, dejé todas las pastillas, todo, y bueno si yo voy a tener otra vez actividad sexual, mis métodos van a ser los métodos externos como condón, y mis métodos propios que son métodos naturales.

Anticonceptivos artificiales afectan al cuerpo.

Método billing como una mejor alternativa de cuidado de fertilidad.

Autonomía en decidir cambio de anticonceptivo.

P42: Oye, pero dificultad de acceso a las pastillas anticonceptivas nunca, yo como me veo en salud privada, tengo que comprar las pastillas, no tengo que esperar que me las entreguen en el consultor, de hecho por eso también mi decisión de ver todo el tema como de ginecología y todo eso siempre ha sido vérmelo de forma privada por lo mismo, porque yo no confío mucho como en la salud pública, y mucho menos confío en la salud pública como en estos métodos, porque va a sonar a lo mejor un poquito paranoico, pero supe, o sea la historia en realidad, en el tiempo de la dictadura, hubieron muchas intervenciones en los tratamientos de las mamás para aumentar la natalidad en estos estratos más bajos, y a mi mamá le pasó, o sea a mi mamá le movieron su tratamiento, y uno de mis hermanos lo tuvo porque le movieron el tratamiento, o sea ella se puso, no sé, por ejemplo un año se puso el tratamiento, y al otro año la llamaron para hacerle control, y al mes quedó embarazada, entonces ya sí, es como lo que está pasando ahora con las pacientes y con el hastío.

Acceso a pastillas anticonceptivas de manera privada

Desconfianza en salud pública

Antecedente de mala experiencia en salud pública en dictadura

J: DURANTE EL EMBARAZO ¿TUVISTE O HAS TENIDO ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN? ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENÍAS ANTES?

P43: No tuve acceso, pero sí por la pandemia hay muchas cosas que no se pudieron hacer, por ejemplo en la clínica en la que yo estaba, en todo el proceso de embarazo, todo el proceso de partos, el programa como que tú compras de cierta forma, tenía muchas charlas, talleres, talleres de padre y madre, talleres solo de madre, como de preparación al parto, de preparación a la crianza, al puerperio, todas esas cosas, y con la pandemia no hubo nada de eso, entonces a lo mejor claro, igual estuve un poquito privada de ese tipo de información y de ese tipo como de herramientas, pero yo siempre lo entendí que era por la pandemia.

No tuve acceso a información sobre sexualidad y reproducción por contexto pandemia

P44: Entonces lo que sí es que por ejemplo mi matrona, la que me asistió, que por lo general te asisten desde los tres meses antes de tu parto, desde los siete meses te acompaña una matrona, por lo menos acá en la clínica te acompaña una matrona con información y esas cosas, y mi matrona en realidad no se portó muy bien, yo tengo una amiga que es matrona y ella me ayudó mucho más. Por ejemplo, algunos dolores en la zona pélvica, de ejercicio, información, por ejemplo, a mí me pasó, yo tengo un problema en la espalda, entonces a mí me pasó que los últimos tres meses yo lo sufrí harto con dolores de espalda, y mi amiga que es matrona, ella me asesoró con muchas cosas, así como mira duerme con este cojín, duerme con esta cosa, hace esto, tómate ducha, evita comer hasta tal hora, así como muchas cosas. Para poder dormir mejor, que mi matrona, la de la clínica, no me informó, y yo le decía mis inquietudes y ella lo que te decía yo, lo mismo que el psicólogo, no es que es parte del embarazo, no es que es parte del embarazo, no es que esto lo tienes que vivir, cosas así.

Falta de apoyo de matrona en el proceso de embarazo

Normalización e invalidación de inquietudes en embarazo por parte de profesionales de salud

Recomendaciones de matrona amiga

P45: Entonces, yo igual quedé, después de mi embarazo, después de haber tenido mi bebé, yo quedé con una sensación de que como a nivel de salud, yo cuestiono un poquito la preparación de los profesionales del área de la salud en cuanto a todo lo que es prenatal, al acompañamiento de las mamás sobre todo, y a la entrega de información, porque a mí me entregaron buena información y todo, pero aun así yo siento que fue súper deficiente, sobre todo considerando que yo opté por pagar para tener mejor información, y me pasa que yo trabajo con el Chile Crece Contigo, entonces yo tenía más información del Chile Crece Contigo. Entonces, de hecho, hasta ahora todavía no encuentro una buena pediatra para mi bebé, pero en el programa del Chile Crece Contigo, hay pediatra y especialista, todo, y he recibido mucha más información de parte de ellos, del equipo con el que yo trabajo en realidad del Chile Crece, por buena onda igual.

Cuestionamiento a la preparación de los profesionales del área de la salud.

Acceso a información y comunicación efectiva en salud prenatal.

Importancia de la información sobre maternidad y el acompañamiento.

Programa Chile Crece Contigo facilita más información y trabaja con equipo especialista.

J: ¿HAS SENTIDO EN ALGÚN MOMENTO DE TU EMBARAZO ALGUNA VULNERACIÓN O DE VIOLENCIA? ¿ESA VULNERACIÓN LA SENTISTE POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN O DE TU ENTORNO?

P46: De los pediatras que he tenido, que también me han dejado bastante que desear, y desde ahí la crítica, o sea, siento que hay poca preparación, incluso también hay mucha manipulación y violencia, violencia de género respecto a la maternidad y al embarazo, porque por ejemplo a mí me pasó, que en el mismo parto, no sé si te lo conté, pero a mí me adelantaron el parto, porque mi bebé era muy pequeña, supuestamente, y como era, no confié y pequé, pequé de confiar, porque después ya averiguando todo, me di cuenta de que sí fue parte de violencia, porque mi ginecólogo me sometió de cierta forma a una cesárea, porque mi bebé nació antes de lo que tenía que nacer, porque la indujeron, y obviamente como era pequeña trataron de inducir el parto, la fuerza de mi bebé no estaba. Entonces era como uno más uno, o sea, lo lógico era que iba a suceder una cesárea, y yo nunca quise una cesárea, entonces también me pasó, en el momento del parto, en el trabajo de parto, que yo hice una carta de intenciones, que es lo que se hace cuando, por lo menos en las clínicas, bueno, yo sé que también podía hacerlo en hospitales públicos, tú puedes entregar una carta de intención, que se la entregas a tu médico, de cómo quieres que nazca tu bebé, entonces yo hice mi carta de intención, y no respetaron en absoluto la carta de intención, o sea, yo lo que quería, en esa clínica hay una sala integral que es una sala donde tienen cuerdas, pelotas de yoga y distintos implementos físicos para hacer el trabajo de parto, y en el momento del trabajo de parto yo lo pedí y no me lo dieran.

Violencia de género respecto a la maternidad y al embarazo por parte de profesionales de la salud.

Conciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud.

Sometimiento de cesárea.

Falta de respeto a las decisiones de las mujeres en el sistema de salud, especialmente en relación con el parto respetado.

P47: Yo quería un parto natural, sin anestesia, yo le tengo pánico a la anestesia, y yo llegué a los 7 de dilatación, para iniciar, pero como la bebé bajó los latidos cardíacos, me tuvieron que poner igual anestesia porque me iban a hacer cesárea. Yo desde que llegué, de partida yo nunca estuve muy de acuerdo con el tema de que me indujeran el parto, pero como no tenía mucha información tampoco respecto de que mi bebé era muy pequeña, confié en la palabra de mi doctor. Entonces, lo conversamos con mi pareja y todo, y dijimos ya, ok, que induzcan el parto, a pesar de que yo no estaba de acuerdo, pero al final era la decisión por la salud de mi bebé, y en ese momento dije ya, ok, no importa, que induzcan el parto.

Preferencia por parto natural.

Decisión de inducción de parto por la salud de su hija.

P48: Cuando llegué a la inducción de parto, la matrona no me puso el total de oxitocina, porque me tenía que poner, no sé, por ejemplo, 100 de oxitocina, y en vez de 100 me puso 70, porque me pensó que me podía hacer daño. Ella me dijo, en ese momento me dijo que me iba a poner solamente, no sé, por ejemplo, 70 de oxitocina porque 100 me podía hacer mal, y yo le dije que no, que, si 100 era lo que correspondía, que me pusiera todo, porque si no, podía perjudicar en el trabajo de parto, y la tipa me dijo que no, porque me podía perjudicar a mí mi salud, y no me lo puso, no me puso el total de la oxitocina.

Falta de comunicación efectiva con matrona en el trabajo de parto.

P49: Bueno, yo reclamé, pero no, tampoco se me escuchó, porque era como, no, es que es la decisión de la profesional y no sé qué. Y evidentemente lo que sucedió fue que no tuve toda, mi dilatación no fue tan rápida, y después yo averiguando ya con el tiempo, cuando se hace una inducción de parto, es súper importante que el nivel de, porque cuando tú tenías un trabajo de parto normal, así sin que te lo induzcan, tú generas tu propia oxitocina y eso va generando las contracciones. Entonces, como a mí me puso menos oxitocina, mi trabajo de parto fue mucho más lento. Entonces, no sé, pues yo me pude, en vez de demorarme 8 horas en el trabajo de parto, me demoré 12 horas. Me inyectaron a las 12 del día la oxitocina, y yo a las 2 de la mañana recién tenía 7 de dilatación. Entonces, yo reclamé, pero tampoco me pescaron. También me pasó con el tema de la sala integral, la misma matrona, en donde yo le dije que, porque antes de ir a la clínica, yo dije que yo tenía mi pelota, que yo tenía mis cuerdas, que yo tenía todo para el trabajo de parto, y me dijeron, no, no es necesario porque acá hay de todo, está la sala integral, te podemos entregar todos los implementos, y como el último trabajo de parto empezó a la 1 de la mañana, cuando ya los pujes eran más fuertes, las contracciones, yo pedí la pelota y las cuerdas, las cuerdas es para que te cuelgues, son unas cuerdas que tú te colgáis, cuando te viene la contracción te cuelgas, entonces la espalda descansa, que es lo mismo que si tu pareja te toma, que un ejercicio que se hace muchas veces es que tu pareja te tome y te cuelgue.

Delegación de decisiones al profesional de salud por autoridad.

Experiencia prolongada en el trabajo de parto

Falta de respeto a las decisiones de las mujeres en el sistema de salud, especialmente en relación con el parto respetado

Realización de reclamo por experiencia de parto en clínica sin respuesta

P50: En este caso yo soy del mismo nivel de mi pareja, entonces era difícil que él me colgara, y yo tenía cuerda, y en la sala también había cuerda, pero me lo negaron, y la matrona la explicación era que era muy tarde y que iba a ensuciar esas cosas, pero ¿cómo las va a ensuciar con sangre? me dijo. No me lo dijo ni por COVID ni por nada, me dijo, no, pero es que mira la hora que es, vaya a ensuciar esas cosas porque ya estás sangrando, me dijo, entonces yo le dije, pero pucha, entonces ¿por qué no me dejaron traer mis cosas? Y me dijo, pero no, mira, si ya estás casi lista, espera nomás, tranquila. Y me dijo todavía, me dijo, baila, eso te va a ayudar. Y yo ahora, en ese momento, como estaba tan nerviosa, no pesqué, pero sabes, nosotros grabamos todo, y después viendo la grabación, me daba tanta impotencia de no haberle dicho, oye, ¿sabes que yo estoy exigiendo esta cuestión? Pasa, ¿verdad? Pero bueno, en el momento uno reacciona como puede y en realidad yo estaba más preocupada de que el doctor me decía cada rato que la niña estaba sin fuerza y estaba sin fuerza, entonces de ahí, cuando ya después el doctor nos dijo que a la niña le estaban bajando los latidos cardíacos por las contracciones y que era muy riesgoso seguir en el trabajo de parto y que mejor no, nos hacía cesárea, bueno, y ahí volvimos a hablar con mi pareja en ese mismo momento y tomamos la decisión de que obviamente era mejor salvar la vida de la bebé, a defender la postura de querer tener un parto normal.

Falta de comunicación efectiva con matrona en el trabajo de parto.

Experiencia de grabación en proceso de parto en clínica

Sensación de impotencia por no exigir parto respetado en el momento de parto.

Decisión de inducción de parto por la salud de su hija.

P51: Entonces, obviamente yo ahora desde la calma y desde como ya las cosas más frías y todo, me doy cuenta de que sí, hubo, además de manipulación de la información, hubo violencia. Para mí eso es violencia, porque a lo mejor, no sé, pues no me dijeron un garabato, no me gritaron ni me trataron mal de esa forma, pero sí me privaron información y sí me negaron cosas y sí también como que me obligaron a tomar ciertas decisiones.

Manipulación de la información por parte de profesionales en el parto.

Experiencia violenta durante el parto en clínica.

Toma de decisiones obligada durante el parto.

P52: Entonces yo por lo menos quedé súper frustrada con ese tema, porque además de no poder realizar lo que yo quería, de no poder parir como yo quería, vi muchas consecuencias a raíz de eso, pues entre ellas fue que a mi bebé le subió la bilirrubina y tuvieron que hospitalizarla, a raíz de eso también a mí me costó mucho que bajara la leche y lo que me explicaba una matrona después de estas redes sociales, que ella me asesoró con la lactancia, lo que me explicaba ella, no sé si estará bien tampoco mal, pero yo me confié en su palabra, es de que el cuerpo se prepara solito en el fondo para cuando nace el bebé, y que cuando inducen el parto el cuerpo no necesariamente está listo. Entonces lo que me decía era que era muy probable que mi problema con la lactancia se haya debido a que me indujeron el parto. Entonces eso, más frustraciones me dejó a mí por lo menos.

Frustración por no realizar parto deseado.

Consecuencias por experiencia de parto violento: salud hija, problemas de lactancia.

Asesoramiento en lactancia por matrona de redes sociales.

J: ¿CÓMO TE HAS RELACIONADO CON TU GINECÓLOGO/A O MATRÓN/A?

P53: En el momento al ginecólogo por lo menos no le dije nada a la matrona, pero después del parto y todo yo le dije mi descontento y después dejé un reclamo en la clínica. Dejé un reclamo en la clínica y tuve la fortuna de que el director del área de neonatología de la clínica fue el doctor que asistió a mi parto, pero no mi ginecólogo, porque el ginecólogo asiste al parto, pero me asiste a mí. El director de neonatología era el médico que asistía al parto, pero al bebé. Porque hay un staff, hay médicos que te atienden, entonces están los médicos para el bebé, están los médicos para ti, aparte el anestesiólogo y todos los demás especialistas y los TENS y todo eso.

Realización de reclamo por experiencia de parto en clínica sin repuesta.

Médicos para las madres y el bebé como especialistas de la clínica.

P54: El doctor que recibió a mi bebé resultó ser el director del área de neonatología de la clínica y también fue el pediatra de la niña durante los primeros meses. Y yo con él dejé el reclamo. Con él dejé el reclamo porque con él igual se podía mover un poquito más y me cambié obviamente de ginecólogo y la matrona también, o sea, nunca más con ella. De hecho, amigas que tengo que están embarazadas y que quieren tener a su bebé en esa clínica, es buena clínica, pero yo les digo, ni ella ni él, por favor no. Claro, con otro profesional. Sí, yo la pasé mal.

Realización de reclamo por experiencia de parto en clínica sin repuesta.

Advertencia a amigas embarazadas sobre profesionales de la salud en clínica

J: ¿CÓMO CREES QUE DEBERÍA SER LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD?

P55: De partida yo pienso que las mujeres deberíamos tener Doulas, o una persona que nos asista en todo este proceso de embarazo y más información. Porque, por ejemplo, a mí lo que te dije, o sea, yo busqué información, yo me hice de esta red de datos y todo, pero si yo hubiera sido más de edad y todo, yo creo que hubiera tenido muy poca información.

Las mujeres deberían tener asistencia de doulas en todo el proceso de embarazo.

Importancia de la información sobre maternidad y el acompañamiento.

P56: Entonces, siento que a nivel de salud igual hay un poquito de deuda con la maternidad, con el proceso de embarazo. Además de que yo pienso que debería tener una asistencia, así como de doula, pienso que debería tener también una asistencia psicológica. Porque el proceso, los cambios emocionales que te genera un embarazo son súper radicales y te marcan y creo que, si hubiera acompañamiento como desde lo psicológico enfocado netamente al embarazo, habría menos depresión postparto. Porque cuando uno se embaraza, te viene, puedes ser la mina más pro, la mina más aperrada, más, así como no, yo voy a todas, pero igual te llenan de miedo, igual hay miles de cosas que una no entiende, por mucho que las leas no las entendía.

Deuda con la maternidad y el proceso de embarazo en el sistema de salud.

Las mujeres deberían tener asistencia de doulas en todo el proceso de embarazo.

Importancia de herramientas psicológicas para acompañamiento terapéutico en embarazo.

A nadie le enseñan a enfrentar el embarazo.

P57: Con el embarazo me pasó mucho que tuve que privarme de todas esas cosas y por lo mismo tomé la decisión de tomar una nutricionista especialista en embarazo, especialista en gestación. Yo no sé cómo será en el sistema público, pero por lo menos en el sistema privado lo único que te entregan es el ginecólogo o la matrona, y los talleres, que son como taller de ejercicio y cosas así, o talleres, por ejemplo, de aprender a mudar a tu guagua y cosas así. Siento que debería haber un apoyo integral totalmente, desde la nutrición, el apoyo psicológico, también debería haber un apoyo de tipo médico. Una por desconocimiento y por el poco apoyo también en esas áreas va a ir perjudicándote sin saberlo.

Atención integral en maternidad

Comprender la experiencia propia en salud y alimentación durante el embarazo

Asesoramiento de alimentación nutricional durante el embarazo y gestación

P59: Entonces pienso que debería haber un apoyo integral para el papá también porque yo no critico tanto al hombre como por ese desligamiento, o sea sí lo critico por su desligamiento y todo, pero también entiendo que es como producto de la cultura en la que estamos inmersas y la falta de apoyo y de conocimiento también. O sea, yo me pongo un poquito en el lugar de los locos y digo, pucha, si mi pareja está embarazada yo trato de hacer lo mejor posible, pero veo que día a día hay cambios, no hay apoyo, no está este equipo integral que te va entregando herramientas y te las va arreglando sola. También entiendo que hay frustraciones de parte de la pareja como del hombre al ver estos cambios y en su vida también existen cambios que le van generando frustraciones propias también. Entonces yo soy de las personas que piensan que con un apoyo integral habría incluso menos dificultades como a nivel de pareja en cuanto a lo que es la maternidad, el traer un hijo al mundo y criar.

Necesidad de apoyo integral para el padre.

Entendimiento del desligamiento de los padres producto de la cultura y falta de apoyo y conocimiento

Frustraciones en la pareja durante el proceso de crianza y embarazo

Crítica a la falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida

P60: Por lo menos a mí me pasó que yo ya mucho más fría con las cosas, me hago a culpa y también entiendo que gran parte del fracaso en este proceso y en la relación en general es debido a esto, como a este golpe de emoción, a las cosas que pasaron, a la falta de apoyo, a la falta de redes y eso influye en el ánimo, en la tolerancia, en todo, en las frustraciones, en tu pena y al final te va afectando en el día a día también con tu pareja y a él también le va afectando. Yo también me daba cuenta de las frustraciones de él en cuanto al proceso de la crianza e incluso también el proceso del embarazo.

Frustraciones en la pareja durante el proceso de crianza y embarazo

P61: Nos vimos como envueltos en una serie de problemáticas que no hubieran existido si no hubiera pandemia, por ejemplo, dónde comprarle la ropa a la guagua, recibimos harto apoyo de personas externas, por ejemplo, que nos regalaron ropa, mamitas que habían tenido guagua hace poco que también nos regalaron ropa porque como no había dónde comprar. Porque al principio de la pandemia creo que había de hecho hasta como cosas que decían como peligro, no pasar, como todo lo que era ropa de guagua no se podía comprar creo. No hubo nada de eso, de hecho, en los supermercados hubo creo que fue el jumbo que solamente lo que se podía comprar era lo urgente que era la alimentación y el aseo y todo lo que era ropa, vestimenta, aunque fuera de guagua, estaba todo cerrado y clausurado.

Problemática por restricciones de la pandemia para comprar ropa de guagua.

Apoyo de personas externas para acceder a ropa de guagua durante la pandemia.

P62: De hecho, yo me acuerdo de que yo así muy rebeldemente saqué ropa igual de guagua del supermercado y no me la quisieron vender, porque no se podía, en la cajera me dijo, pucha es que no te la puedo vender porque me va a aparecer en mi registro y bla bla bla y toda la cuestión. Entonces sí, pues al principio fue súper complicada la situación, por lo mismo que yo tomé la decisión de hacerle yo misma la ropa a mi guagua y la ropa de cama y todas esas cuestiones porque de verdad, o sea yo ahora lo digo con calma y todo, pero en ese momento era una pesadilla.

Problemática por restricciones de la pandemia para comprar ropa de guagua.

J: ¿TE HAS SENTIDO CÓMODA DURANTE TUS CONTROLES Y ECOGRAFÍAS?

P53: No, nada, mira, con mi ginecólogo por lo menos nunca tuve problema. De hecho, yo cuando llegué a ese ginecólogo, le planteé mi deseo, o le dije, y le pregunté si él estaba de acuerdo con eso, porque yo sé que influye mucho la visión del ginecólogo en cómo va a ser tu parto. Entonces yo le dije a él que yo quería un parto natural, sin anestesia, toda la cuestión. Y que sí, él estaba de acuerdo con eso. Y él me dijo que sí, que él estaba de acuerdo, que él había asistido a partos sin anestesia y todo, pero me dijo que obviamente hay un factor, riesgo, salud y todo, que, si las cosas se daban de otra forma, él iba a tomar la decisión mejor para el bebé y para mí. Pero que él sí respetaba y estaba de acuerdo, y todos los controles fueron así, nunca hubo como problemas, y el problema fue desde el momento del trabajo de parto.

Influencia de ginecólogo en cómo va a ser el parto.

Preferencia por parto natural.

Acuerdo con ginecólogo para realizar parto natural.

Factor riesgo de salud

Entrevista Francia (E5)

J: ¿A TRAVÉS DE QUÉ MÉTODO DE COMPROBACIÓN TE ENTERAS DE TU EMBARAZO?

P1: Me hice un test de embarazo porque tenía atraso, no sé cómo a los 5 días y al tiro me salió positivo, yo era super regular y supe al tiro porque aparte no estaba tomando pastillas, ni nada.

Ciclos menstruales regulares.
Confirmar embarazo.

J: ANTES DE SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA ¿QUE PENSABAS Y SABÍAS DEL EMBARAZO?

P2: Yo siempre quise ser mamá, dentro de mis planes estaba en algún momento serlo, no tan pronto, pero si quería, entonces ahí sabía algo de mi mamá con mis hermanos que fue lo más cercano que vi porque no tuve amigas tan cercanas que estuvieran embarazadas. Mi mamá fue como lo más cercano y yo igual era chica yo tenía como 10 años cuando mi mamá estaba embarazada, entonces eso fue lo que veía del embarazo y en verdad uno lo ve y ahora es super diferente.

No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento.

Compartir experiencias distintas y cercanas sobre embarazo.

Cambio de perspectiva personal en la maternidad.

J: ¿QUÉ PERCEPCIÓN DE LO QUE TU SABÍAS, TIENES O TUVISTE DE TU EMBARAZO?

P3: Tuve muchos cambios físicos y al principio eso es incómodo, creces mucho y ya no es lo mismo. Emocionalmente igual hay muchos cambios, además que estás con las hormonas super revolucionadas y andas super sensible física y emocionalmente.

Cambios hormonales y emocionales durante el embarazo.

J: ¿ES PRIMERA VEZ QUE ESTÁS EMBARAZADA? - SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA ANTERIOR?

P4: Si, es la primera vez que tuve una gestación.

Primera vez que está embarazada.

J: ¿QUÉ FUE LO PRIMERO QUE SE TE VINO A LA MENTE AL SABER DE TU EMBARAZO? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P5: Emoción entre positivas y negativas, en verdad no sabía qué hacer y estaba como super confundida cuando supe la noticia, tenía emociones encontradas porque por un lado si quería ser mamá, pero por otro sentía que no podía por varias cosas como los estudios, mi mamá y otras cosas también.

Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad.

J: ¿DE QUÉ MANERA TE EMPEZASTE A INFORMAR SOBRE EMBARAZO?

P6: Por redes sociales y en los controles, yo iba a todos los controles del CESFAM

J: ¿HAS SENTIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN SOLO POR EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA?

P7: Por estar embarazada yo creo que me daban varias facilidades como no hacer filas y pasar primero, que te den el asiento y esas cosas por estar embarazada

Conciencia de los cambios y las necesidades de atención hacia las madres a nivel social.

J: EN TU COTIDIANIDAD ¿QUÉ HÁBITOS Y RUTINAS TUVISTE QUE CAMBIAR?

P8: Evitar exponerme a cosas, por ejemplo, evitaba salir o salir hasta tarde, porque después ya no puedes con guata o te dan muchas ganas de hacer pipi todo el tiempo y no puedes andar tanto rato afuera, como antes, que yo iba al río y podía estar todo el día ahí, pero embarazada ya no.

Adaptación a cambios debido al embarazo.

P9: A medida que iban pasando los meses era peor, por ejemplo, ir al centro de Santiago tampoco porque mientras más avanzaba mi embarazo, tenía más guata y era como más peligroso, no sé un golpe o algo así, me cuidaba más físicamente. En la alimentación también, te dicen que debes tener una alimentación más completa, varias proteínas porque estás alimentando también a tu bebé.

Adaptación a cambios debido al embarazo.

Comprender la experiencia propia en salud y alimentación durante el embarazo.

J: ¿CÓMO ENFRENTASTE O HAS ENFRENTADO ESTE PROCESO?

P10: Como fue en pandemia no lo sentí tan chocante, si hubiese sido un embarazo en tiempos normales hubiese sido más brusco el cambio. Entonces, como fue en pandemia tampoco era mucho lo que se podía salir o hacer, yo me enteré en julio del 2020 y ya estábamos encerrados entonces con el embarazo solo me encerré más.

Adaptación a cambios debido al embarazo.

Menos impacto en dinámicas de encierro al enterarse del embarazo en pandemia.

J: ¿CREES QUE LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA?

P11: Claro que debe ser deseada, porque si no es muy difícil llevar la maternidad, es muy fácil que te de una depresión maternando si no lo quieres y realmente es difícil. Nunca nadie te dice que va a ser difícil, todos te dicen que es algo bonito y ahí una se va dando cuenta.

La maternidad debe ser deseada.

Depresión en la maternidad.

Romantización de la maternidad, se habla de lo

J: ¿QUÉ POSTURA TIENES SOBRE LA MATERNIDAD?

P12: Es importante tener hartoo apoyo, yo creo que eso es super importante.

Acompañamiento y apoyo.

J: ¿CREES QUE EL MOVIMIENTO DE MUJERES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO LA FORMA DE VER LA MATERNIDAD? ¿EN QUÉ ASPECTOS Y CÓMO LO HAS VISTO REFLEJADO EN TU EXPERIENCIA EN LA TOMA DE DECISIÓN?

P13: Si, más ahora por lo menos como mamás se cuidan más mentalmente las mujeres y como que se dejó de esclavizar un poco por los hijos y por la casa y los quehaceres y ahora se ha normalizado más que la maternidad no es todo totalmente bacán, hay cosas negativas también y eso como que se ha normalizado más que antes.

Cuidado mental de las mujeres en la maternidad.
Los movimientos feministas le dan un valor distinto a la maternidad.

P14: También lo vi reflejado en mi experiencia personal, yo tengo otra visión ahora de la maternidad y de todo el movimiento feminista también. Antiguamente no se veía mucho eso, hablando con mi mamá, por ejemplo, para ella no existía casi el feminismo al momento en que ella me tuvo y tuvo a mis hermanos. Mi mamá por ejemplo en sus tiempos dejó de trabajar, solo se dedicaba a la casa, el aseo, esperar al marido y yo, por ejemplo, dejé la casa muy de lado para cuidar a mi bebé y la pongo en prioridad a ella más que otra cosa.

Cambio de perspectiva en los últimos años, hay más madres feministas.
Cambio de perspectiva personal en la maternidad.

P15: Yo creo que antiguamente tener que hacer las cosas de la casa era como súper importante, entonces, era más prioridad mantener una limpieza y un orden más que cuidar a los hijos. También el hecho de darte tiempos para ti, yo igual trato de darme más tiempos para mí sin culpas.

Prácticas beneficiosas durante el embarazo.
Autocuidado sin culpas.

J: ¿CREES QUE LA SOCIEDAD Y EL ENTORNO INFLUYE EN LA DECISIÓN DE QUERER SER MAMÁ?

P16: Depende del entorno que tengas igual, pero en este momento yo creo que no, ya no te dicen “tienes que ser mamá”, quizás antes cuando chicas en el colegio si nos decían que hay que tener una familia y que ese era el fin de nosotras, pero ahora más adultas no.

Influencia de la percepción sobre la experiencia propia del embarazo.
La sociedad impone un programa de vida.

J: ¿TUVISTE APOYO EN TU DECISIÓN?

Acompañamiento y apoyo.

P17: Si, tuve apoyo

J: ¿ANTES DE ESTAR EMBARAZADA TOMABAS ALGÚN ANTICONCEPTIVO?

P18: No tomaba anticonceptivos

Ausencia de uso de anticonceptivos previos al embarazo.

J: ¿DURANTE LA PANDEMIA TUVISTE ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR COMPRÁNDOLO?

P19: Ahora me estoy cuidando, entonces antes no tuve ese problema, me dejé de cuidar antes que empezara la pandemia y después del parto en el CESFAM te ofrecen anticonceptivos o lo que te acomode más, como pastillas, inyección o estos que te duran por más años, creo que es el diafragma.

Autonomía de decidir cambio de anticonceptivo.
Uso de método anticonceptivo en pandemia: Sin problemas de acceso.

P20: Yo elegí la inyección y no tuve problemas, de hecho, dejé de ir al CESFAM y perdí como eso de tenerlo gratis porque igual es caro el anticonceptivo, pero ahí me lo venden en farmacia y ahora lo tengo que comprar en farmacia no más porque no he podido ir al CESFAM. Yo las encontré super caras, pero me las rebusqué fui a la cruz verde y estaban super caras y cuando fui a otra estaba como 20 lucas menos, pero no tuve más problemas.

Autonomía de decidir cambio de anticonceptivo.
Búsqueda de anticonceptivos económicos.
Uso de método anticonceptivo en pandemia: Sin problemas de acceso.

J: DURANTE EL EMBARAZO ¿TUVISTE O HAS TENIDO ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN? ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENÍAS ANTES?

P21: Si, en el mismo CESFAM me explicaban todo lo de las cuarentenas y los cuidados, lo de la episiotomía que te pueden hacer durante el parto y te lo explican bien. Además, como que se dice que en los hospitales públicos a todas les hacen lo mismo para que el parto sea más fácil y rápido, pero ahí te explican que no te lo hagan si no es necesario durante el parto.

Información de embarazo por controles de salud.
Acceso a información y comunicación efectiva en salud prenatal.
Explicación sobre la episiotomía en CESFAM.

P22: Talleres no pude hacer porque creo que hacían antes y por la pandemia del COVID no hicieron más, pero si te tratan de explicar y te dan links de páginas donde puedes ver videos y cosas así en el mismo CESFAM.

Acceso a información y comunicación efectiva en salud prenatal.

J: ¿HAS SENTIDO EN ALGÚN MOMENTO DE TU EMBARAZO ALGUNA VULNERACIÓN O DE VIOLENCIA? ¿ESA VULNERACIÓN LA SENTISTE POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN O DE TU ENTORNO?

P23: No sentí violencia, no me pasó lo de la violencia obstétrica

No sufre violencia obstétrica.

J: ¿CÓMO TE HAS RELACIONADO CON TU GINECÓLOGO/A O MATRÓN/A?

J: ¿CÓMO TE GUSTARÍA VIVIR TU PARTO O CÓMO TE HUBIESE GUSTADO VIVIRLO?

P24: Me hubiese gustado vivirlo acompañada, porque igual fue fome esa parte de estar sola, igual estuve una parte con mi pareja, pero después lo echaron. No hubiese cambiado la experiencia en verdad, me gustó la atención que tuve en el hospital.

Parto en soledad.
Necesidad de estar acompañada por la pareja en el proceso de parto.
Experiencia positiva en el parto durante la pandemia.

J: ¿HAS SENTIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN SOLO POR EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA?

P25: A nivel social sí, porque cuando estás embarazada es difícil compartir cuando no estás embarazada sobre todo si tienes amigos que son carteros, ahí ya no es lo mismo. No sé si es discriminación, pero tu vida social cambia mucho. Las embarazadas igual pueden compartir y pasarlo bien, pero no, se ve como si estuvieran enfermas.

Transformación en las relaciones de amistad durante la maternidad.
Espacios diferenciados de socialización para las madres.
Las embarazadas pueden compartir y pasarlo bien.

J: ¿CÓMO CREES QUE DEBERÍA SER LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD?

J: ¿TE HAS SENTIDO CÓMODA DURANTE TUS CONTROLES Y ECOGRAFÍAS?

P26: Fue todo bien en ese sentido, pero mi primera ecografía fue distinta, fue en integramédica, las primeras fueron super chocantes. Ahora que me acuerdo, yo cuando todavía no asimilaba bien lo del embarazo los primeros meses, en una ecografía me dijeron... como que me hizo llorar, no me acuerdo bien de que pasó, pero se metió más de lo que debía, en el sentido de que me hablaba, así como “uy tu guagüita y la cuestión” y yo todavía estaba, así como en shock, no debió dar por hecho que es un embarazo deseado. Los primeros controles y ecografías yo iba sola, pero me estaban esperando afuera del lugar y ahí me contuvieron, pero fue incomodo.

Consciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud.

Proceso complejo de asimilación.

Acompañamiento y apoyo.

J: ¿SIENTES QUE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD SE RESPETAN LAS DECISIONES DE LAS MUJERES RESPECTO A SU EMBARAZO?

P27: Yo creo que ahora sí, como si quieres programar y respetar tus decisiones, pero también se habla de muchos lugares donde no se respeta nada y se hace lo que el médico del momento diga. Ese era mi peor miedo en el parto, porque yo decía me va a tocar cualquier persona y no quería. En un momento pensé en pagar para poder planear mi parto con el Bono Pad tú planeas tu parto con una persona en específico, con un doctor, pero después dije no, si no tengo plata, igual no es tan caro. Lo malo del Bono Pad es que si tú tienes un problema o tu bebé tiene un problema durante el parto te mandan igual a un hospital público de urgencia porque son ellos los que tienen la neonatología, entonces igual vuelves al sistema público si algo pasara, no cubre las emergencias, aparte no todos los profesionales lo aceptan, por eso depende del profesional.

Importancia de profesionales de la salud actualizados y respetuosos en la toma de decisiones de la madre.

Falta de respeto a las decisiones de las mujeres en el sistema de salud, especialmente en relación con el parto respetado.

Planificación del parto.

J: ¿QUÉ CUIDADOS Y PRECAUCIONES TUVISTE QUE TOMAR AL ESTAR EMBARAZADA EN PANDEMIA?

P28: El hecho de exponerse a la gente yo creo que es más lo de la pandemia como para no contagiarte y con el embarazo yo creo que es el doble porque estás con tu bebé pequeño.

Medidas preventivas por contexto pandemia.

Medida de aislamiento como cuidado ante el COVID.

J: ¿DURANTE TU EMBARAZO ESTUVISTE CONTAGIADA O CON ALGÚN SÍNTOMA DE COVID-19? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P29: Si tuve COVID para mi trabajo de parto, a mí me entraron al pabellón y me inyectaron para empezar mi trabajo de parto y mi caso fue así porque justo tenía COVID entonces lo trataron de hacer lo más corto posible.

Experiencia de parto con COVID.

P30: Estaba en mi casa, en cuarentena cuando me vinieron las contracciones, yo no tuve tantos síntomas COVID, dolor de cabeza, pérdida del olfato y el gusto, pero no tuve fiebre ni me sentí a morir ningún día. Igual sentí miedo, porque no había muchos estudios y nadie hablaba del tema, como que no se dice mucho.

Experiencia de parto con COVID.

Miedo asociado a la falta de información sobre covid y embarazo

J: ¿TE SENTISTE SOBREPASADA DURANTE TU PROCESO DE EMBARAZO POR EL CONTEXTO DEL COVID-19?

P31: Fue fome y súper solitario no más, alejarte de la gente por el COVID y además porque estás embarazada y hay cosas que no puedes hacer embarazada o que ya no puedes hacer, es un poco triste, pero en mi embarazo me sentí muy bien, no tuve mayores complicaciones. Igual sí porque se suman cosas de la universidad y con esa presión en un momento estuve como sobrepasada, no quise congelar y como era online podía seguir, además creía y sentía que era lo mejor. No tenía miedo, ni psicosis del COVID.

Embarazo en soledad.

Penas y soledad como primeras sensaciones.

Bienestar emocional por el embarazo.

Sobrepasada por presión universitaria y embarazo.

Entrevista Nicole (E6)

J: ¿A TRAVÉS DE QUÉ MÉTODO DE COMPROBACIÓN TE ENTERAS DE TU EMBARAZO?

P1: Supe que estaba embarazada porque mi método anticonceptivo era conocer mi ciclo menstrual a través de mis flujos, no es el térmico, pero sí reconocer muy bien mi flujo y también cómo iba cambiando el proceso a través de lo que yo iba viviendo dentro de mis ciclos.

Cuidados ciclos menstruales

J: ANTES DE SABER QUE ESTABAS EMBARAZADA ¿QUE PENSABAS Y SABÍAS DEL EMBARAZO?

P2: Pensaba que era algo hermoso igual dentro de todo, porque si bien es una etapa súper difícil, dentro de todo te entrega un amor muy sagrado y fuerte. También que te empodera como mujer en el sentido que a muchas de mis amigas yo las veía con sus hijas, hijos y decía “¡Guau! como que agarró más fuerza”.

Confianza en las experiencias de embarazo de las amistades

Bienestar emocional por el embarazo

P3: Sabía mucho de embarazo porque estudio sobre mi carrera de obstetricia y puericultura, hasta parto en el agua sabía, (sabía y sé) mucho sobre el embarazo y veía lo difícil, lo bonito y lo doloroso que puede llegar a ser, entonces pensaba demasiadas cosas respecto a eso, pero a la vez decía que tenga que llegar, cuando tenga que llegar si es que se da.

Recibimiento del embarazo con entusiasmo y desafíos

J: ¿QUÉ PERCEPCIÓN DE LO QUE TU SABÍAS, TIENES O TUVISTE DE TU EMBARAZO?

P4: Para mí ha sido complicado igual a nivel emocional, ha sido muy estresante, con muchos problemas, con muchas angustias, preocupaciones. Al principio, por ejemplo, limitarte a hacer lo que siempre haces es como medio chocante, poder abrazar la idea y no rechazarla y ahí estaba en un dilema también entre abortar y no abortar, pero no quería abortar, no quería pasar por ese proceso, también entiendo ese proceso y lo difícil que puede llegar a ser y no quería pasar por ahí.

Reconocimiento del impacto de saber que el embarazo es real

Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad

No quería abortar

P5: Con el tiempo igual, eso se fue reflejando dentro de mi hijo todos estos problemas, por ejemplo, su peso no era el adecuado, mis preocupaciones aumentaban, pero sabía que era por desnutrición mía y no un síndrome o algo más patológico, sino que, por desequilibrios de mi alimentación, aparte como soy vegetariana tengo que alimentarme bien y acostumbrarme bien a las legumbres, a la B12 y a comer más durante el embarazo.

Preocupaciones y problemas alimenticios durante el embarazo que afectan en la salud del hijo

Comprender la experiencia propia en salud y alimentación durante el embarazo

Alimentación vegetariana responsable en el embarazo

P6: Me fui acostumbrando de a poco, al principio fue más difícil, más encima arrendaba una pieza y de esa pieza yo decía “pucha no le tengo espacio a mi hijo”, entonces, ahora hace poco ya me quite ese peso del hogar, ya tengo donde estar con mi bebé, junto a su papá encontramos algo bacán que nos acomoda a todos.

Adaptación a los cambios debido al embarazo

Acompañamiento de la pareja en el embarazo

P7: Igual ha sido difícil, además que estoy en proceso de título, pero ha sido bien difícil el periodo de gestación, recién ahora lo estoy disfrutando más, ahora lo siento, como que se mueve, salta, baila, juega a la pelota, no sé qué será este niño, un basquetbolista quizá, porque además a mí me gusta andar ahí trepando, sus dos progenitores somos inquietos, así que no creo que sea muy tranquilo en ese sentido, pero ya creando todo lo que es su espacio, de energía, material, ya ahora está todo mejor, todo está fluyendo.

P8: Al principio fue más introspectivo igual, de a poco me fui soltando, a veces siento que escondo mi guatita por temas más personales, pero igual me gusta mostrar mi guatita y ser más extrovertida en ese sentido, pero igual a veces me voy en una introspección y yo creo que igual eso a veces se nota hacia afuera, pero en general tuvo una buena aceptación, todos felices, menos yo al principio.

Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad

J: ¿ES PRIMERA VEZ QUE ESTÁS EMBARAZADA? - SI NO ES ASÍ, ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA ANTERIOR?

P9: Esta es la tercera vez que estoy embarazada, pero es la primera gestación que realmente cumplo, porque tuve un embarazo ectópico y un embarazo anembrionado que se volvió aborto espontaneo después el anembrionado. Entonces es mi tercera gestación, pero la primera que realmente va a culminar porque ha avanzado mucho y las otras han sido súper pequeñas, de dos semanas o un mes, más que eso no.

Tercera vez que está embarazada.
Experiencias previas de embarazos: Embarazo ectópico y embarazo anembrionario
Experiencia de aborto espontaneo

P10: Entonces en mis experiencias anteriores entendí que las cosas tenían que pasar de cierta manera, porque con los hombres que pasó eso no iban en armonía con lo que yo quería, entonces lo entendí así por lo menos. Avancé no más en mi vida, agradecí y que los bendiga, esos seres que intentaron estar ahí, esa energía que nunca fluyó en realidad, pero lo viví así tranquila en realidad.

Experiencia de aborto espontaneo entendidas con tranquilidad emocional

P11: Al principio me dolió un poco, aunque en el embarazo ectópico no tenía idea en realidad y me dolía el cuerpo más que nada, emocionalmente estaba bien, pero me dolía el cuerpo, retorcionones por todos lados y fui al hospital, me operaron de emergencia y después de eso quedé hasta con anemia, llegué a la UCI y todo. Fue difícil la experiencia, pasarlo por el tema biológico, pero en lo emocionalmente yo sentía que era algo que tenía que pasar y estaba muy tranquila de que era lo mejor que me podría haber pasado, me marcó igual en ese sentido.

Dolores físicos en embarazo ectópico
Experiencia de aborto espontaneo entendidas con tranquilidad emocional

P12: El anembrionado, aborto espontaneo, ese igual fue cuatico porque me duró una semana el proceso de saber, de tratar de aceptarlo y después abortar, pero tampoco le tenía mucho apego, ni nada, entonces me costó poco salir de ese estado emocional y de estar, así como “pucha la cuestión...no sé qué” porque también sabía que era algo que tenía que pasar.

Proceso de asimilación en aborto espontaneo

J: ¿QUÉ FUE LO PRIMERO QUE SE TE VIÑO A LA MENTE AL SABER DE TU EMBARAZO? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P13: Lo primero que se me vino a la mente al saber de mi embarazo dije “uuuy aquí vienen cambios muchos cambios”, me sentí no estaba bien en ese tiempo así que no me sentí como tan bien al saber pero empecé a hacer el protocolo de matrona a empezar a parte del test de embarazo, por mi ciclo que se me atrasó 10 días no era normal no es normal de que se me atrase ni un día entonces lo encontré raro y ahí me hice el test y luego de eso la eco pasé por sustos porque al tiro empezó como con preocupaciones porque como yo ya tenía estas dos experiencias anteriores en la eco no se veía si era un embarazo o un mioma o un aborto retenido entonces ya con otro aborto ya no quería nada más cachai y el embarazo puta me daba lata pero era como la opción más bonita dentro de no sé pues prefería eso que un mioma quizás, entonces como que ahí estaba ahí y al final salió todo positivo para este entonces eso.

Adaptación a los cambios debido al embarazo
Preocupación por incertidumbre sobre confirmación de embarazo

P14: Me sentí igual media complicada con las cosas encima con mucha responsabilidad se me venía a la mente toda la responsabilidad que se me viene de hecho todavía ni siquiera me llega toda pero todo lo que se viene ahora eso me aterra igual un poco a veces que yo como puta la weá pero siento que igual ahora al estar acá en este nuevo hogar junto igual con el papá de mi hijo siento que puede ser un aporte bacán porque siento que él a pesar de todas las cosas que podríamos haber pasado igual lo intenta y trata de hacer las cosas de darse cuenta de ser más comprensivo quizás cosa es tiempo de repente a veces invadir es y bueno lo único que yo quiero es que estar bien en realidad estaré bien, me siento tranquila acá con una preocupación menos sabiendo que yo más adelante igual puedo ir avanzando como matrona y que igual tengo a alguien que me está apoyando ahora acá entonces como que se pegó el alcachofazo como dicen por ahí pero ahí vamos a ver cómo va fluyendo todo solamente quedó ahí a lo que tenga que pasar y expectante a mi bebé nomás a responderle a él y hacerle el espacio a él.

Conciencia del peso de la decisión de criar y embarazo
Proceso complejo de asimilación
Recibimiento del embarazo con entusiasmo y desafíos
Apoyo de la pareja en el embarazo

J: ¿HAS SENTIDO ALGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN SOLO POR EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA?

P15: No me he sentido discriminada por estar embarazada lo que he sentido es como que me han apañado igual como que darme el asiento, he sentido como un poco empatía, nunca he tenido un episodio de discriminación por embarazo, no, menos mal, pero no la atención de embarazadas.

No siente discriminación por embarazo

J: EN TU COTIDIANIDAD ¿QUÉ HÁBITOS Y RUTINAS TUVISTE QUE CAMBIAR POR EL EMBARAZO?

P16: Mi hábito de no sé poder de andar en bicicleta así full más full, el fumarme un cañito, bailar, yo creo que esas son las cosas que me marcaron ahí al principio por lo menos porque no podía hacer ningún ejercicio primer trimestre no se recomienda menos con toda la historia que tengo yo, entonces como que me frené y me sentía estancada, me sentía que no podía hacer nada, después ya el segundo trimestre como que empecé a hacer todo eso entonces ahí fue bacán en ese sentido me relajé un poco y bueno el hábito también de la comida tuve que arreglarlo y ahí tenía que cambiar ciertas cosas, por algunas buenas otras malas, pero eso, tuve que hacerme cargo de alguien más, de saber que hay alguien que me va a necesitar así brígido.

Cambios de rutina en el uso de medios de transporte
Sensación de estancamiento por proceso delicado de gestación
Adaptación a los cambios debido al embarazo

J: ¿CÓMO ENFRENTASTE O HAS ENFRENTADO ESTE PROCESO?

P17: Lo enfrenté como pude enfrentarlo porque a nadie le enseñan y es real esa weá, yo por mucho que he estudiado de eso, no sé parece esto a la teoría, igual algunas cosas sí, pero hay que enfrentarlo y aceptarlo, queriendo, amando y tratando de pensar no solo en una sino que en alguien más y darle no más, así lo enfrente yo, de darle no más con lo que venga pero de una manera amorosa, de una manera comprensiva aunque a veces el carácter, la rabia más que el carácter sea peor o no sé la frustración sea muy fuerte, pero tratando de hacer todo con amor, todo con amor... respondiendo de esa manera.

A nadie le enseñan a enfrentar el embarazo
Aceptar el embarazo de manera amorosa
Disposición y aceptación en el proceso de maternidad

J: ¿CREES QUE LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA? ¿QUÉ POSTURA TIENES SOBRE LA MATERNIDAD?

P18: Si debiera ser deseada todo el rato, porque, por ejemplo, yo a pesar de que deseaba tener un hijo y todo, no lo deseaba ahora, lo deseaba más adelante y al adelantarse igual fue chocante para mí y de muchas maneras que yo como es sorpresivo con una situación difícil entonces igual fue cuático, pero se va aceptando igual de a poco, por lo menos siento que mi situación es un proceso deseado, debería ser deseada.

La maternidad debe ser deseada
No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento
Proceso complejo de asimilación

P19: Mi postura con la maternidad, bueno yo cuando supe que era niño dije: “wow me va a tocar ir contra obviamente el patriarcado que existe y el machismo existe alrededor mío” y sin que mi niño lo aprenda, decirle que hay cosas que deconstruir dentro de una sociedad y que se dé cuenta de ciertas conductas y que él no es que la juzgue pero que vea que hay algunas que son más dañinas que otras y que dentro de eso el machismo es dañino para la sociedad, muy violento, odioso, apático.

Postura con la maternidad, ir en contra del patriarcado y del machismo al saber que es hijo.

P20: Entonces tratar de enseñarle todas esas cositas de amor, de respeto de comprensión de empatía a mi niño y con un carácter fuerte como su mamá y me pateó entonces darle lo mejor que tengo no más de mis conocimientos igual porque igual me gustan mucho hartas cosas entonces quiero entregarle lo mejor de lo mejor a mi bebé de manera valórica y para mí eso tiene que ver con una maternidad feminista en el sentido de pensar pero no radical sino que un feminismo más amoroso donde se entiendan se incluyen las personas y también se sepa hacer la división entre cosas que se pueden mal entender pero que se puedan estropear por ejemplo exceso de sororidad o que se romantice más que nada la sororidad o cosas así entonces es como mi postura sobre la maternidad por enseñarle lo más equilibrado.

Enseñar amor, respeto, comprensión, empatía a hijo
Cambio de perspectiva en los últimos años, hay más madres feministas

J: ¿CREES QUE EL MOVIMIENTO DE MUJERES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA IDO CAMBIANDO LA FORMA DE VER LA MATERNIDAD? ¿EN QUÉ ASPECTOS Y CÓMO LO HAS VISTO REFLEJADO EN TU EXPERIENCIA EN LA TOMA DE DECISIÓN?

P21: Creo que, si cambió demasiado el movimiento feminista la maternidad, la cambió para hacer tribu, para hacer círculos de mujeres, para apañarnos entre mujeres con la sororidad empatizando esos momentos difíciles que se viven durante la gestación, durante el puerperio durante todo este proceso en realidad, qué significa ser mamá, que es toda la vida de aquí siempre uno aprende.

Los movimientos feministas le dan un valor distinto a la maternidad
Maternidad defendida desde el feminismo

P22: Entonces el movimiento hizo lo suyo de manera muy positiva y haciendo inclusión también y haciendo ver esas paredes, que son esas realidades que a veces la gente no quiere ver y bueno el aspecto en cómo se vio reflejado en mí, mi decisión fue yo decidir por mi cuerpo, en cómo quería vivir una maternidad quizá una crianza el cómo quiero ver todas estas cosas y vivirla sabiendo que por ejemplo no todo puede ser perfecto, pero teniendo una postura dentro de la sociedad.

Aporte del movimiento feminista para visibilizar distintas realidades

Decisión sobre el propio cuerpo

Tener postura en la sociedad sobre la maternidad y la crianza

J: ¿CREES QUE LA SOCIEDAD Y EL ENTORNO INFLUYE EN LA DECISIÓN DE QUERER SER MAMÁ?

P23: El entorno se influyen en la decisión de querer ser madre, pero depende cómo te dejas de que es influenciar por el entorno igual, depende también como tú se lo muestres al entorno como tú lo vivas dentro de ti es cómo puede influir el entorno en ti porque, tú siempre lo quisiste va a ser algo que quizás vas a reflejar de manera muy bonita y quizás te convenza, entonces obviamente es como tú lo veas por dentro, si lo quieres no lo quieres, por ejemplo, a mí igual me dijeron que abortara y yo tuve la idea, pero en realidad no quise, entonces por ahí esa parte del entorno no dejé que me influenciara en cambio igual iba diciendo que estaba embarazada y que lo iba a tener pero que siempre me nació eso en realidad a pesar de todo.

Influencia en la percepción sobre la experiencia propia del embarazo

Toma de decisión consciente en tener un embarazo

P24: Tuve en algún momento el pensamiento de abortar así que podría decirse que sí, no, que influyen y no influyen, porque más que el del ser mamá o si igual puede ser que yo de repente veo memes de maternidad y que para la cagada, como que me da miedo la wea como viene más adelante, entonces en ese sentido pudo haber influenciado mi personalidad, por ejemplo el entorno, en mi decisión o como yo quiero vivir las cosas de la crianza como yo las quiero ver, aunque igual me rodeo de gente que más o menos vibra en la misma que yo entonces tampoco es que vea tanto disparate para mí, por ejemplo, tanto desorden con respecto a decisiones maternas así que puede que sí, puede que no, si, igual si, pero también es lo que uno quiera, uno al final va a actuar a lo que uno quiere nomás entonces puede decirte mucho tu entorno y al final uno actúa como quiere y nos pasa a todos.

Tuve el pensamiento de abortar

Influencia del entorno en la toma de decisiones sobre maternidad y crianza

Influencia entre entorno y preferencias propias en la maternidad y la crianza

J: ¿TUVISTE APOYO EN TU DECISIÓN?

P25: Tuve apoyo en mi decisión en realidad con amigas, con mi mamá con mi pareja igual, aunque de repente había muchos problemas y ahí las decisiones caían mucho en mí o la responsabilidad caía mucho en mí, pero dentro de todo igual tuve apoyo con lo que decidí hacer que es tenerlo.

Apoio familiar en el embarazo

J: ¿ANTES DE ESTAR EMBARAZADA TOMABAS ALGÚN ANTICONCEPTIVO? ¿DURANTE LA PANDEMIA TUVISTE ALGUNA DIFICULTAD PARA SEGUIR COMPRÁNDOLO?

P26: No, no tomaba ningún método anticonceptivo, hace más o menos unos 5 años y hace 2 estoy con el papá de mi hijo aproximadamente, un poquito menos de 2 y solamente me cuidaba con eyaculación externa, sexual también y la ablación de flujo, condón, después ya no estaba ocupando mucho condón y eso en realidad como te mencioné no hice 100% bien el método natural, pero funcionó bastante tiempo.

No usa métodos anticonceptivos durante la pandemia

P27: La verdad durante la pandemia no tuve dificultad para seguir comprando bueno sí en realidad los condones, los condones ya se hicieron más difíciles de comprar en pandemia entonces aparte que igual después como que dijimos ya he echado condón entonces pongámosles ojo a ciertas cosas pues, así que en ese tema podría haber sido por los condones, después ya no estaba ocupando mucho condón.

Dificultad para acceder a condones durante pandemia

J: DURANTE EL EMBARAZO ¿TUVISTE O HAS TENIDO ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN? ¿QUÉ CONOCIMIENTOS TENÍAS ANTES?

P28: Si, siempre tuve el acceso a la información por lo mismo por el tema de que estudió obstetricia y puericultura y siempre caché todo en muchos sentidos y claro pues conmigo misma iba aprendiendo más y sobre todo ahora también en la gestación voy aprendiendo aún más, interiorizando aún más, entonces si tengo, siempre he tenido acceso a la información en ese sentido.

Siempre tuvo acceso a información sobre sexualidad y reproducción por estudios de obstetricia y puericultura

P29: El conocimiento que tenía antes, bueno antes de estudiar obstetricia era nulo porque como venía del liceo no tenía una buena base sexual ni por parte de familiar tampoco, entonces fui descubriendo más poco e igual tenía buena información o un buen conocimiento dentro de todo a medida que iba estudiando la carrera así que esa fue mi base para para aprender un poco.

Antes de estudiar obstetricia no tenía buena base sexual ni del liceo, ni de la familia.

J: ¿HAS SENTIDO EN ALGÚN MOMENTO DE TU EMBARAZO ALGUNA VULNERACIÓN O DE VIOLENCIA? ¿ESA VULNERACIÓN LA SENTISTE POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN O DE TU ENTORNO?

P30: Si igual me sentí de repente vulnerada, he tenido episodios violentos con respecto a problemas de pareja cosas que se supone que van mejorando, pero si he tenido episodios así y bueno de parte de instituciones he sentido igual vulneración más prejuiciosa con algunos temas pero, por otro lado, igual han sido medio amables, entonces como que hay de todo un poco pero trato de quedarme con esas profesionales que son para mí, entender más empáticos porque me han tocado como he estado en objeto de alto riesgo en crecimiento me han tocado ver a varias doctoras y doctores en el hospital.

Experiencia de vulneración y prejuicios por parte de instituciones v/s experiencia de trato amable y empático de profesionales

P31: He hecho mis evaluaciones como son unos como son otros, entonces en algunos me he sentido bien y en otros me he sentido super incómoda y juzgada de cierta manera, pero no los pesco y aparte que igual como cacho del tema como que me quedo tranquila lo que también sé y trato de no escuchar a algunos profesionales porque realmente como que es puro juzgar.

Experiencia de vulneración y prejuicios por parte de instituciones v/s experiencia de trato amable y empático de profesionales

J: ¿CÓMO TE HAS RELACIONADO CON TU GINECÓLOGO/A O MATRÓN/A?

P32: Bueno yo me controlo en el hospital y en el consultorio y por particular en el hospital hay algunas matronas que fueron simpáticas más empáticas otras que fueron más pesadas, pero en realidad igual en general como bien, aparte que igual como algunas se enojaban porque les decía que era matrona igual, y me ponía a preguntar mucho o me ponía a hablar mucho.

Experiencia de vulneración y prejuicios por parte de instituciones v/s experiencia de trato amable y empático de profesionales

P33: A algunas les molestaba eso, pero después como que cambiaron la conducta, siento yo, y bueno la particular un apoyo así incondicional así sin juzgar, muy bacán por la matrona particular ginecólogo, la ginecóloga es la única que me ha atendido bien y que me ha gustado así una del hospital, pero una las demás los demás no y un doctor que otro que me atendió en una eco, también me agradó la atención de ese doctor de ese ginecólogo, ginecólogos, etc

Apoyo incondicional de matrona particular

J: ¿CÓMO TE GUSTARÍA VIVIR TU PARTO O CÓMO TE HUBIESE GUSTADO VIVIRLO?

P34: Mi parto me encantaría vivirlo en la casa y en agua, todo depende de cómo vamos creciendo y avanzando es como pueda culminar.

Deseo y preferencia de vivir parto en casa y en el agua

J: ¿CÓMO CREES QUE DEBERÍA SER LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL SISTEMA DE SALUD?

P35: En el sistema de salud debería ser más holístico, debería ser menos convencional, menos tradicional y más energético, más natural con otra información no tan medicamentosa normal quizás o puede ser apañado de eso, pero porque a veces igual es necesario, pero les falta involucrarse en el área natural al sistema de salud para la atención de mujeres en toda área no solamente en el embarazo.

El sistema de salud debería ser holístico/ Falta de área natural en el sistema de salud para la atención de mujeres

J: ¿TE HAS SENTIDO O TE SENTISTE CÓMODA DURANTE TUS CONTROLES Y ECOGRAFÍAS?

P36: En algunos sí y en otros no me he sentido cómoda en las ecografías y controles, en algunos me he sentido cómoda y todo depende del profesional, todo va a depender de eso realmente, depende mucho de eso porque encima cuando cachan que yo voy preguntando mucho toda la cuestión como que realmente algunos se enojan, no les gusta ver cosas, son adultocéntricos, pero aquí en un sistema de jerarquía de conocimiento profesional, paciente, no sé cómo explicarlo, pero depende del profesional, me he sentido cómoda y otras veces no, bueno no sé de repente, bueno lo que te he mencionado más las situaciones que he vivido como el ir y el preguntar y que te atienden mal, o no te responden, o que no sé porque digas que exageras.

Depende del profesional de salud sentirse cómoda durante controles y ecografías/ adultocentrismo y sistema de jerarquía de conocimientos profesional-paciente

P37: No sé, cositas así donde te preguntan una y otra vez situaciones que tú realmente como que no quieres quizá entrar en todo detalle, pero tienes que contarlo y bueno, no sé cositas así que me he sentido medio incómoda en situaciones así y eso bueno yo me controlo en el hospital y en el consultorio y por particular en el hospital hay algunas madronas que fueron simpáticas más empáticas otras que fueron más pesadas, pero en realidad igual en general como bien.

Incomodidad al tener que revelar demasiados detalles de vida privada a profesional
Depende del profesional de salud sentirse cómoda durante controles y ecografías/

J: ¿SIENTES QUE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD SE RESPETAN LAS DECISIONES DE LAS MUJERES RESPECTO A SU EMBARAZO?

P38: Lo están tratando de respetar yo creo en el sistema de salud el tema de las decisiones que se toman en el embarazo, pero les cuesta porque por ejemplo nos faltó la matrona que me dijo voy a tener que comer carne, bueno no tan así imponiendo tanto, pero como que la tiró dijo pucha si lo necesita tu bebé, quizás igual vas a necesitar comer carne, como que tiraron el comentario.

Importancia de profesionales de la salud actualizados y respetuosos en la toma de decisiones de la madre

P39: También de por qué yo no me quiero vacunar como que te miran ahí raro, como que de cierta manera te discriminan, pero más que eso con algunos prejuicios o el de no haberlo dicho al principio y decirlo ahora que después te mencionan la adopción. Más encima, después te dicen no yo no soy prejuicios en eso, pero como que respuesta hay culpa, respuesta de si de repente daban así en algunos ginecólogos, algunas ginecólogas en hospital entonces se respeta o lo intentan respetar yo creo como que tratan de hacerlo mejor ahí pero como que hay un pensamiento bruto ahí que no te deja entender el otro lado, pero bueno y va cambiando yo espero a como era antes la verdad como lo vivió por ejemplo mi mamá como me cuenta que lo vivió siento que va cambiando.

Enjuiciamiento inmediato por no vacunarse contra el COVID
Importancia de profesionales de la salud actualizados y respetuosos en la toma de decisiones de la madre

J: ¿QUÉ CUIDADOS Y PRECAUCIONES TUVISTE QUE TOMAR AL ESTAR EMBARAZADA EN PANDEMIA?

P40: Bueno el tema de más que por la pandemia fue por el primer trimestre que el ejercicio y bueno por el tema pandemia el no poder no sé porque me gustaba subir cerro me gustaba hacer entonces caminando en bici entonces esas cosas tanto por pandemia como por embarazo las tuve que dejar de hacer entonces igual fue como chocante.

No poder realizar ejercicios durante la pandemia y embarazo
Cambio de rutina en el uso de medios de transporte

J: ¿DURANTE TU EMBARAZO ESTUVISTE CONTAGIADA O CON ALGÚN SINTOMAS DE COVID-19? ¿CÓMO TE SENTISTE?

P41: No he estado contagiada de COVID ni con síntomas bueno me he resfriado ahora mismo estoy resfriado, pero no me siento como sintomatológica de COVID y tampoco me ha dado para atrás, pero igual ahí tratando de estar con cuidado no más en algunos sentidos, tampoco soy tan buena como va a estar así saliendo, pero igual ahí te priva de cierta manera.

Experiencia de no contagio de COVID durante el embarazo

J: SI NO ESTUVISTE CONTAGIADA CON COVID ¿CÓMO FUE TU EXPERIENCIA DURANTE EL CONTEXTO DE PANDEMIA? ¿CÓMO VIVISTE LA SOCIALIZACIÓN DEL EMBARAZO?

Sin respuesta

J: ¿TE SENTISTE SOBREPASADA DURANTE TU PROCESO DE EMBARAZO POR EL CONTEXTO DEL COVID-19?

P42: Si, me sentí sobrepasada por algún momento en mi proceso de embarazo, pero no por contexto COVID, sino que por otras cosas si me vi sobrepasada embarazada de no poder estar ahí haciendo todo lo que yo quiero quizá o de cuidarme mal y no poder a veces no sé por ahí frustraciones entre medio que me empecé a sentir más sobrepasado, pero no tanto por el COVID o pudo haber sido en realidad al principio en el encierro porque el primer trimestre fue más encierro en el segundo en adelante ya se liberó como más todo entonces en ese sentido si me vi sobrepasada de no poder ni siquiera ir por ejemplo a un parque por último embarazada así tocar ahí no sé.

Impacto y postergación en todos los planes personales
Frustración y sobrepaso durante el embarazo
Restricciones para salir por toque de queda y cuarentena

P43: Esto del COVID con algunas cosas y claro uno se siente como más reprimida entonces ahí tratando de aceptar y darle el lado positivo también y disfrutar el embarazo y no tuve, así como problema con rituales porque como el baby shower todavía no lo hago, pero ahora lo quiero hacer y por lo menos hasta el momento no es que me lo prohíba hacerlo y bueno también otros tipos de rituales más meditativos cosas así que la verdad que la pandemia no la afecta en nada lo que sí podría haber sido más círculos como de mujeres gestantes juntas y eso podría haberme lo privado un poco pero emocionalmente no estaba apta para eso entonces bueno no se dio no más.

Sentirse más reprimida por COVID

Disposición y aceptación en el proceso de maternidad

Lista de Códigos

1. CUIDADOS FERTILIDAD Y REPRODUCTIVIDAD (E1 P1; E2 P37)
2. CUIDADOS CICLOS MENSTRUALES (E1 P1; E6 P1)
3. CICLOS MENSTRUALES REGULARES (E1 P1; E3 P1; E5 P1)
4. EMBARAZO Y GESTACIÓN PLANIFICADA (E1 P2; E1 P15; E4 P37)
5. TOMA DE DECISIÓN CONSCIENTE EN TENER UN EMBARAZO (E1 P2; E3 P1; E6 P23)
6. REGULAR, CONTEO EXACTO (E1 P3)
7. REALIZACIÓN VARIOS TEST DE EMBARAZO (E1 P3; E2 P1)
8. CONFIRMAR EMBARAZO (E1 P3; E3 P1; E4 P1; E5 P1)
9. DETECCIÓN TEMPRANA DEL EMBARAZO POR FALTA DE LA REGLA (E1 P4; E3 P1)
10. COMPARTIR EXPERIENCIAS DISTINTAS Y CERCANAS SOBRE EMBARAZO (E1 P5; E2 P3; E3 P2; E4 P2; E5 P2)
11. TRANSFORMACIÓN FÍSICA Y NECESIDADES ASOCIADAS CON EL EMBARAZO (E1 P6; E3 P7)
12. ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO (E1 P6; E2 P36; E3 P15; E3 P17; E3 P35; E4 P6; E4 P14; E5 P12; E5 P17; E5 P26)
13. VIVENCIA Y POSIBILIDAD DE INFORMACIÓN EN EL MOMENTO DEL EMBARAZO (E1 P6)
14. BIENESTAR EMOCIONAL POR EL EMBARAZO (E1 P7; E3 P3; E3 P8; E4 P5; E5 P31; E6 P2)
15. CONCIENCIA DEL PESO DE LA DECISIÓN DE CRIAR Y EMBARAZO (E1 P7; E3 P14; E4 P34; E4 P35; E6 P14)
16. PROCESO COMPLEJO DE ASIMILACIÓN (E1 P7; E2 P17; E3 P6; E5 P26; E6 P14; E6 P18)
17. SORPRESA POR LA CAPACIDAD DE TRANSFORMACIÓN DEL CUERPO DURANTE EL EMBARAZO (E1 P8; E4 P15)
18. MALESTAR INICIAL Y SENSACIÓN DE DEBILIDAD FÍSICA (E1 P8)
19. RECUPERACIÓN DE ENERGÍA Y ADAPTACIÓN AL RITMO DE LOS CAMBIOS EN EL EMBARAZO (E1 P8)

20. INFLUENCIA EN LA PERCEPCIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA PROPIA DEL EMBARAZO (E1 P9; E5 P16; E6 P23)
21. SINTOMAS DEL EMBARAZO COMPARTIDOS CON LA MAMÁ (E1 P9)
22. AYUDA NO EFECTIVA EN EL EMBARAZO DE LA MAMÁ (E1 P10; E4 P18)
23. AVANCE DE LA MEDICINA EN EL ÚLTIMO TIEMPO (E1 P10)
24. MEDICINA AYURVEDA (E1 P10)
25. TIPS DE DOULA DURANTE SU EMBARAZO (E1 P10; E2 P56; E4 P14)
26. COMPRENDER LA EXPERIENCIA PROPIA EN SALUD Y ALIMENTACIÓN DURANTE EMBARAZO (E1 P11; E4 P6; E4 P58; E5 P9; E6 P5)
27. MUJER O PERSONA GESTANTE CON MENOS HERRAMIENTAS NO ALCANZA A ENTENDER TODO LO QUE SIENTE (E1 P11)
28. TRANSFORMACIONES A NIVEL DE CREENCIAS SOBRE LA MATERNIDAD (E1 P12; E4 P28)
29. VISIÓN PATRIARCALIZADA DE MATERNAR Y CRIAR (E1 P12; E4 P29)
30. VISIÓN DE LA MATERNIDAD LIMITANTE POR ENTORNO PATRIARCAL (E1 P12; E3 P11; E4 P29)
31. ENJUICIAMIENTO CONSTANTE HACIA LAS MADRES (E1 P12; E2 P 33; E2 P34)
32. NORMALIZAR VISIONES PEYORATIVAS HACIA LAS MADRES (E1 P13)
33. EMPATÍA CON LAS MADRES (E1 P13; E2 P30; E2 P36)
34. PROBLEMA DEL EMBARAZO Y LA CRIANZA EN LA ACTUALIDAD (E1 P13)
35. CONCIENCIA DE LOS CAMBIOS Y LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN HACIA LAS MADRES A NIVEL SOCIAL (E1 P13; E2 P8; E2 P19; E4 P21; E5 P7)
36. PRIMERA VEZ QUE ESTÁ EMBARAZADA (E1 P 14; E2 P6; E3 P4; E5 P4)
37. RECONOCIMIENTO DEL IMPACTO DE SABER QUE EL EMBARAZO ES REAL (E1 P15; E6 P4)
38. EMOCIONES AMBIVALENTES DURANTE EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD (E1 P15; E2 P32; E3 P32; E3 P42; E4 P4; E4 P21; E5 P5; E6 P4; E6 P7; E6 P8)
39. RECIBIMIENTO DEL EMBARAZO CON ENTUSIASMO Y DESAFÍOS (E1 P15; E6 P3; E6 P14)
40. REDES FEMINISTAS RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO (E1 P16)
41. ROMANTIZACIÓN DE LA MATERNIDAD, SE HABLA DE LO HERMOSO DE LA MATERNIDAD (E1 P16; E4 P21; E5 P11)
42. CONFIANZA EN LAS EXPERIENCIAS DE EMBARAZO DE LAS AMISTADES (E1 P16; E6 P2)
43. RED CERCANA DE CONFIANZA PARA CONVERSAR SOBRE PARTO Y SISTEMA DE SALUD (E1 P17)
44. COMPLEMENTACIÓN DE EXPERIENCIAS DE LA MAMÁ, AMISTADES, MÁS INFORMACIÓN DE INTERNET (E1 P17)
45. COMPROBAR DESDE LA PROPIA EXPERIENCIA MANEJO Y TOLERANCIA DEL DOLOR (E1 P18; E3 P31)
46. DOLOR CONSTANTE EN EL EMBARAZO Y EL PARTO (E1 P 18)
47. IDENTIFICACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR POR MEDIO DE EJERCICIOS (E1 P 18)

48. ALIMENTACIÓN VEGETARIANA RESPONSABLE EN EL EMBARAZO (E1 P19; E6 P5)
49. NEGLIGENCIA PREVIA EN LA SALUD PROPIA (E1 P19)
50. ORIENTACIÓN PROFESIONAL EN SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINAS DURANTE EL EMBARAZO (E1 P19)
51. ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS DEBIDO AL EMBARAZO (E1 P20; E3 P7; E4 P26; E5 P8; E5 P9; E5 P10; E6 P6; E6 P13; E6 P16)
52. CANSANCIO CORPORAL DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO (E1 P20)
53. AUTOAYUDA Y ACEPTACIÓN EN LAS INCOMODIDADES EN LO COTIDIANO (E1 P21)
54. PRÁCTICAS BENEFICIOSAS DURANTE EL EMBARAZO (E1 P21, E2 P16; E4 P13; E4 P16; E5 P15)
55. LA MATERNIDAD DEBE SER DESEADA (E1 P22; E2 P22; E3 P10; E4 P21; E4 P26; E4 P27; E4 P28; E4 P30; E4 P35; E4 P36; E5 P11; E6 P18)
56. QUEDAR EMBARAZADA NO ES SINÓNIMO DE PARIR OBLIGATORIAMENTE (E1 P22)
57. RESPONSABILIDAD EN LA DECISIÓN DE TENER UN HIJO (E1 P22; E4 P27)
58. RESPONSABILIDAD ETERNA EN LA MATERNIDAD DE DAR SUSTENTO EMOCIONAL, SOCIAL, EDUCATIVO, CULTURAL, ECONÓMICO (E1 P23)
59. ESTIGMA Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA MATERNIDAD (E1 P24; E2 P22; E2 P23)
60. RESPONSABLES DEL PROBLEMA DE LA FALTA DE APOYO Y REDES DE CRIANZA (E1 P 24)
61. PERCEPCIÓN INICIAL DEL FEMINISMO COMO ANTINATALISTA, NEGACIÓN DE TENER HIJOS (E1 P25)
62. CAMBIO DE PERSPECTIVA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, HAY MÁS MADRES FEMINISTAS (E1 P25; E2 P26; E2 P27; E5 P14;)
63. CAMBIO DE PERSPECTIVA PERSONAL EN LA MATERNIDAD (E1 P26; E3 P14; E4 P28; E5 P2;)
64. EL ENTORNO ES EL QUE DEBE ADECUARSE A LA MATERNIDAD (E1 P26; E4 P5; E6 P24)
65. CRIANZA COMO OBLIGACIÓN SOLO PARA LA MADRE, ES UNA RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS (E1 P27)
66. LIMITACIÓN DEL PERMISO PARENTAL: LOS PADRES LEGALMENTE TIENEN CINCO DÍAS DE POSTNATAL (E1 P27; E2 P31; E2 P32; E3 P44)
67. PADRE RESPONSABLE: INVOLUCRARSE MÁS ALLÁ DE LO ECONÓMICO (E1 P27)
68. ASEGURAR MÁS TIEMPO A LOS PADRES EN SU POSNATAL (E1 P28; E2 P31)
69. TIEMPO PARA CRIAR (E1 P28)
70. CRÍTICA A LA FALTA DE APOYO A LA MATERNIDAD Y CRIANZA COMPARTIDA (E1 P28; E2 P24; E2 P26; E4 P60)
71. SOLEDAD EN EL PROCESO DE MATERNIDAD, EL SISTEMA LO MANTIENE (E1 P28)
72. PRESENCIA Y APOYO DE LA PAREJA EN EL PUERPERIO (E1 P29; E2 P32)
73. NECESIDAD DE LICENCIA PARA PROLONGAR APOYO (E1 P 29)

74. DESAFÍOS DE UNA MATERNIDAD SOLITARIA Y DEPENDENCIA DEL BEBÉ (E1 P 29; E2 P20; E2 P21; E2 P24; E2 P26; E2 P32; E4 P22; E4 P23)
75. FEMINISMO EN UNA ETAPA INMADURA: PERMEADO POR LÓGICAS NEOLIBERALES (E1 P30)
76. ENFOQUE DE DIMENSIONES ESPIRITUALES Y COGNITIVAS PARA PODER SITUAR AL SER HUMANO (E1 P30) (ponerlo en el análisis como reflexión: biopsicosocial)
77. FALTA DE PERSPECTIVA ESPIRITUAL AL TRABAJO DE PARTO EN LA MEDICINA TRADICIONAL (E1 P31)
78. CUIDADO Y RESPETO DE LOS TIEMPOS DE PARTO (E1 P31)
79. MATRONA NO OCUPA LAS HERRAMIENTAS DISPONIBLES EN EL PARTO (E1 P31 E4 P50) BUSCAR PÁRRAFO EN ENTREVISTA 4
80. ROMANTIZACIÓN DEL PARTO EN CASA (E1 P32)
81. UN PARTO CON DOLOR INTRANSITABLE NO ES FEMINISTA (E1 P32)
82. LA AUTONOMIA ES FEMINISTA, PERO NO EL ABANDONO DE UN PROCESO QUE TIENES QUE CONducIR A LA PERSONA (E1 P33)
83. INTERVENCIÓN DE MATRONA EN SITUACIONES DE RIESGO, COMPROMETEDOR A LA SALUD PROPIA Y DE LA GUAGUA (E1 P33)
84. EXPERIENCIA DE PARTO EN CASA: RIESGO DE INFECCIÓN AL PASAR 24 HORAS DE ROMPER MEMBRANA (E1 P34)
85. FEMINISMO EN UNA ETAPA INMADURA: EN EL DISCURSO Y CÓMO SE ACCIONA EN EL CONTEXTO DE PARTO (E1 P34)
86. CONDICIONES HOSTILES PARA LA MATERNIDAD (E1 P35;)
87. PROBLEMATIZACIÓN DEL QUERER SER MADRE (E1 P35)
88. COMPLEJIDAD EN TENER INDEPENDENCIA ECONÓMICA Y SER MADRE (E1 P36)
89. CAMBIOS GENERACIONALES PARA TENER FAMILIA EN CONTEXTO DE POBREZA (E1 P 37)
90. CAMBIO EN EL ROL DE CUIDADOS: LAS MUJERES YA NO ESTÁN EN CONDICIONES DE QUEDARSE EN LA CASA A CRIAR Y MATERNAR (E1 P 38)
91. PARTICIPACIÓN DE LAS MADRES EN EL MUNDO LABORAL (E1 P38)
92. EDUCACIÓN SEXUAL Y REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD (E1 P38; E3 P18)
93. FALTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (E1 P39)
94. ROL DE CUIDADO: LA MADRE ASUME COMO PRIMERA PERSONA (E1 P39; E2 P31; E4 P24; E4 P25)
95. APOYO FAMILIAR EN EL EMBARAZO (E1 P 40; E1 P41; E2 P36; E3 P9; E4 P33; E6 P25)
96. EMBARAZO SORPRESIVO (E1 P40)
97. SIN NECESIDAD DE APROBACIÓN, DECISIÓN PERSONAL (E1 P40; E2 P4; E2 P38; E2 P39; E3 P16)
98. IMPACTO DEL EMBARAZO EN LAS RELACIONES FAMILIARES (E1 P41)
99. PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LA MADRE POR AUTONOMÍA Y DERECHO A EDUCACIÓN (E1 P41)
100. USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN PANDEMIA: SIN PROBLEMAS DE ACCESO (E1 P 42; E3 P18; E5 P19; E5 P20)

101. PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO CON PERSPECTIVA DE GESTACIÓN Y CRIANZA (E1 P 43)
102. ATENCIÓN CON MATRONA EN PÚBLICA Y PRIVADA (E1 P 44)
103. DECISIÓN DE LA MADRE: PREFERENCIA POR PARTO EN CASA (E1 P45; E1 P58)
104. CONCIENCIA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS SISTEMAS DE SALUD (E1 P45; E1 P53; E2 P45; E2 P49; E3 P37; E3 P40; E4 P46; E5 P26)
105. FRUSTRACIÓN Y DESAFÍOS EN EL PARTO EN CASA: FASE EXPULSIVA (E1 P46)
106. CAMBIO DE PARTO EN CASA A PARTO EN HOSPITAL POR URGENCIA Y DEBILIDAD FÍSICA (E1 P47; E1 P49)
107. SENSACIÓN DE ABANDONO DURANTE EL PARTO (E1 P48; E1 P59)
108. FALTA DE APOYO DE MATRONA EN EL PROCESO DE EMBARAZO (E1 P48; E1 P49; E2 P29; E3 P40; E4 P44)
109. EXPERIENCIA DE PARTO EN CASA: DESCOMPENSACIÓN POR FALTA DE SUEÑO Y ALIMENTACIÓN (E1 P48)
110. EXPERIENCIA DE PARTO EN CASA: NECESIDAD DE CORRECCIÓN DE LA POSICIÓN DE LA GUAGUA (E1 P49)
111. ELECCIÓN DE PARTO EN CASA POR RESTRICCIONES COVID (E1 P50)
112. NECESIDAD DE ESTAR ACOMPAÑADA POR LA PAREJA EN EL PROCESO DE PARTO (E1 P50; E2 P49; E3 P26; E5 P24)
113. RESTRICCIONES HOSPITALARIAS POSTPARTO POR COVID (E1 P51; E1 P53)
114. PREJUICIO DESDE PROFESIONALES DE LA SALUD POR OPCIÓN DE PARTO EN CASA (E1 P52)
115. NEGACIÓN PARA ACCEDER A BONO PAD POR ELEGIR PARTO EN CASA COMO PRIMERA OPCIÓN (E1 P52)
116. EXPERIENCIA DE PARTO RESPETADO: CAMBIO DE ATENCIÓN EN HOSPITAL POR MATRONA RESPETUOSA CON NO QUERER PARIR ACOSTADA Y COSAS IMPORTANTES QUE PIDIÓ LA PAREJA (E1 P54)
117. PERCEPCIÓN EMOCIONAL DEL TÉRMINO DE PARTO SISTEMA PÚBLICO: LA HUBIESE PASADO MUY MAL (E1 P54)
118. FALTA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA CON MATRONA EN EL TRABAJO DE PARTO (E1 P55; E4 P48; E4 P50)
119. FORMAS DE APOYO DE MATRONA EN EL PROCESO DE PARTO EN CASA: FORMA BONITA DE DECIR “TU PUEDES”, NO ES LA MEJOR FORMA PARA APOYAR EN UN PROCESO DIFÍCIL (E1 P56)
120. NECESIDAD DE MÁS CITAS DE LAS QUE SE RECOMIENDAN CON LA MATRONA DURANTE EL EMBARAZO (E1 P57)
121. VISIÓN PROFESIONAL DE PARTO RESPETADO: LA LIBERTAD DE ACCIÓN DE LA MADRE (E1 P59; E3 P37)
122. RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE SALUD PARA UN PLAN DE ACCIÓN DE PARTO EN CASA (E1 P59)
123. EXCLUSIÓN SOCIAL EN LOS PROCESOS DE EMBARAZO, GESTACIÓN Y MATERNIDAD (E1 P60; E1 P63)
124. RETICENCIA PARA ADAPTARSE A LOS RITMOS DE LA MATERNIDAD (E1 P61; E1 P63)

125. ESPACIOS DIFERENCIADOS DE SOCIALIZACIÓN PARA LAS MADRES (E1 P61; E5 P25)
126. TRANSFORMACIÓN EN LAS RELACIONES DE AMISTAD DURANTE LA MATERNIDAD (E1 P61; E1 P62; E1 P63; E4 P18; E5 P25)
127. PÉRDIDA DE ESPACIOS PARA HACER AMISTAD (E1 P62)
128. DISPOSICIÓN DE HACER AMISTAD DURANTE LA MATERNIDAD (E1 P62; E2 P66)
129. SESGO PATRIARCAL DEL ROL DE LA MUJER Y DE LA MATERNIDAD A NIVEL SOCIAL Y CULTURAL (E1 P64; E3 P11; E4 P24; E4 P25; E4 P29; E4 P34)
130. PRIVATIZACIÓN DE LA MATERNIDAD Y CRIANZA (E1 P64)
131. DESHUMANIZACIÓN Y MECANIZACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN PROCESO DE EMBARAZO (E1 P65)
132. FORMACIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEDICADOS A PARTO, GESTACIÓN Y NACIMIENTO EN EL ÁREA PSICOLÓGICA PARA UN MEJOR MANEJO DE SITUACIONES DE PARTO (E1 P66; E3 P30)
133. IMPORTANCIA DE HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS PARA ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN EMBARAZO (E1 P67; E3 P30; E4 P57; E4 P59)
134. PREOCUPACIÓN POR LA ENTREGA DE HERRAMIENTAS SEGÚN LO QUE SE PAGA POR TENER UN PARTO EN CASA CON UN PROFESIONAL DE LA SALUD (E1 P68)
135. ACCESO Y COSTO DE UN PARTO EN CASA CON MATRONAS (E1 P69)
136. RECOMENDACIONES Y ELECCIÓN DE MATRONAS PARA PARTO EN CASA (E1 P70)
137. EXPERIENCIA DIFERENCIADA ENTRE PARTERA Y MATRONA EN EL MANEJO DEL PARTO EN CASA (E1 P70)
138. PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO CON PERSPECTIVA EDUCATIVA DEFICIENTE PARA SECTORES VULNERABLES (E1 P71)
139. USO DE TECNICISMOS EN LA ENTREGA DE INFORMACIÓN DE MATRONAS Y GINECOLOGAS (E1 P71; E2 P51)
140. DELEGACIÓN DE DECISIONES AL PROFESIONAL DE SALUD POR VISIÓN DE AUTORIDAD (E1 P71; E2 P29; E4 P49)
141. FALTA DE TIEMPO EN LA ATENCIÓN DE SALUD PARA RESPONDER A DUDAS Y EXPLICAR CONSULTAS (E1 P72; E2 P50)
142. ATENCIÓN INTEGRAL EN MATERNIDAD (E1 P72; E2 P55; E2 P56; E4 P58; E4 P59)
143. CUIDADO HACIA LA INTEGRIDAD DE LA MADRE EN DEPRESIÓN POSTPARTO (E1 P72; E4 P59)
144. FALTA DE EDUCACIÓN INTEGRAL DURANTE CONTEXTO COVID EN INSTANCIAS FAMILIARES RESPECTO A LA GESTACIÓN, EL PARTO Y POSTPARTO (E1 P73; E2 P56)
145. BRINDAR SEGURIDAD EN EL PROCESO DE EMBARAZO DESDE EL SISTEMA DE SALUD (E1 P73)
146. LIMITACIÓN EN LA PRESENCIALIDAD DE LOS CONTROLES DURANTE EL COVID (E1 P74)

147. PROCESOS BUROCRÁTICOS PARA REALIZAR CONTROLES, ECOGRAFÍAS Y PARTOS EN CENTROS DE SALUD POR COVID (E1 P74; E4 P10)
148. TELEMEDICINA EN CONTROLES PRENATALES (E1 P75)
149. DESCARTAR RIESGOS Y PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO POR TELEMEDICINA (E1 P75)
150. NO SE RESPETA LA DECISIÓN DE LA MADRE SI NO ESTÁ EN SINTONÍA CON EL PLAN DE SALUD (E1 P76)
151. EXPERIENCIA DE EMBARAZO DE LA HERMANA CON MATRONAS CON ENFOQUE FEMINISTA EN LA CLINICA INDISA (E1 P77)
152. PERSPECTIVA PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN MATERNA (E1 P77; E2 P55; E3 P30)
153. IMPORTANCIA EN LA VACUNACIÓN COVID DURANTE EL EMBARAZO (E1 P78)
154. ENJUICIAMIENTO INMEDIATO POR NO VACUNARSE CONTRA EL COVID (E1 P78; E6 P39)
155. ÉNFASIS EN HACER CUARENTENA DURANTE EL EMBARAZO (E1 P78; E2 P60)
156. MEDIDA DE AISLAMIENTO COMO CUIDADO ANTE EL COVID (E1 P79; E2 P60; E4 P20; E5 P28)
157. EXPERIENCIA DE NO CONTAGIO COVID DURANTE EL EMBARAZO (E1 P80; E2 P61; E3 P43; E6 P41)
158. SENSACIÓN DE MIEDO POR POSIBLE CONTAGIO EN PANDEMIA (E1 P80; E3 P43)
159. CUARENTENA PROLONGADA POR AUMENTO DE CASOS COVID (E1 P81)
160. SENTIMIENTO DE SOLEDAD POR EL CONFINAMIENTO AL SER POBLACIÓN DE RIESGO (E1 P81; E1 P84; E2 P66)
161. SENSACIÓN DE INSEGURIDAD POR EL PROCESO DE VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO (E1 P81; E4 P9)
162. DECISIÓN DE VACUNARSE POR EXPERIENCIA DE VACUNACIÓN DE OTRAS MADRES (E1 P82)
163. EXPERIENCIA DE EMBARAZO GOZOSO DE NO HABER ESTADO EL COVID (E1 P83)
164. HABITAR LA SOLEDAD CON TRANQUILIDAD MÁS ALLÁ DEL COVID (E1 P84)
165. NO QUERÍA ACEPTAR, DEBE SER ATRASO (EMBARAZO) (E2 P1)
166. SABER POCO SOBRE EMBARAZO Y MATERNIDAD (E2 P2)
167. HAY DISTINTOS TIPOS DE CRIANZA (E2 P2; E3 P16)
168. NO ESTABA PLANIFICADO GESTAR, QUERÍA SER MAMÁ, PERO NO ERA EL MOMENTO (E2 P3; E2 P7; E3 P5; E4 P1; E4 P2; E4 P37; E5 P2; E6 P18)
169. CUESTIONAMIENTO SOBRE PRÁCTICAS DENTRO DEL EMBARAZO (E2 P4)
170. FÁCIL ACCESO GENERACIONAL A MAYOR INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO (E2 P5)
171. MITOS SOBRE EMBARAZO QUE VIENEN DE GENERACIONES ANTERIORES (E2 P5)
172. IMPACTO Y POSTERGACIÓN EN TODOS LOS PLANES PERSONALES (E2 P7; E4 P26; E4 P39; E6 P42)
173. PENA Y SOLEDAD COMO PRIMERAS SENSACIONES (E2 P8; E5 P31)
174. APOYO SOCIAL Y CAMBIO DE PERCEPCIÓN EN EL EMBARAZO. (E2 P8; E4 P33)

175. APOYO POR MIEDO A DESPIDO CON RECOMENDACIONES LEGALES EN EL TRABAJO POR PARTE DE COMPAÑERA SOBRE FUERO (E2 P9)
176. ALIVIO EN EL TRABAJO FÍSICO Y CUIDADOS POR PARTE DE COMPAÑERA. (E2 P9)
177. UTILIZACIÓN DE REDES SOCIALES PARA INFORMARSE. (E1 P17; E2 P11; E4 P13; E5 P6; E4 P13)
178. IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE MATERNIDAD Y EL ACOMPAÑAMIENTO (E2 P11; E4 P3; E4 P45; E4 P56)
179. REDES DE INFORMACIÓN LEGAL, CONSEJERA DE LACTANCIA Y PARTO. (E2 P12)
180. COMUNIDAD DE MATERNIDAD Y TRIBU VIRTUAL. (E2 P12)
181. ENFOQUE EN MATERNAR EN TRIBU Y ACOMPAÑAMIENTO ENTRE MUJERES. (E2 P12; E2 P27; E6 P21)
182. ADAPTACIÓN DE GRUPOS DE APOYO EN PANDEMIA Y BÚSQUEDA DE CONEXIONES PRESENCIALES. (E2 P13; E3 P41; E3 P45; E4 P17; E4 P19)
183. FORMACIÓN COMO CONSEJERA DE LACTANCIA Y COMO ASESORA DE PORTEO (E2 P13)
184. INICIATIVA DE FORMAR GRUPOS DE APOYO EN LA LACTANCIA (E2 P13)
185. MITOS SOBRE EL DOLOR EN POSPARTO Y LACTANCIA. (E2 P14)
186. DAR PECHO COMO UN PROCESO NATURAL DE LA RELACIÓN MADRE E HIJO (E2 P14)
187. LA PREPARACIÓN DEL PEZÓN Y LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE NO SON PARTE DEL PROCESO DE LACTANCIA. (E2 P14)
188. CAMBIOS DE RUTINA EN EL USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE (E2 P15; E4 P1; E4 P14; E6 P16; E6 P40)
189. RUTINAS MÁS TRANQUILAS DURANTE EL EMBARAZO . (E2 P16; E4 P6)
190. CONCEPTO DE MATRESENCIA Y ACEPTACIÓN DE CAMBIOS (E2 P17; E2 P18)
191. IMPORTANCIA DE TENER MAYOR DURACIÓN DEL PUERPERIO (E2 P19)
192. SENTIRSE PUÉRPERA. (E2 P19)
193. DESAFÍOS DE ADECUAR RUTINAS A LAS NECESIDADES DEL BEBÉ. (E2 P20)
194. MITOS SOBRE RUTINA DEL SUEÑO DEL BEBÉ Y LA MAMÁ.(E2 P20)
195. IMPACTO EMOCIONAL EN LA CALIDAD DEL SUEÑO. (E2 P21)
196. TENER ABORTO LIBRE (E2 P22; E3 P10; E4 P26)
197. PREGUNTAS VIOLENTAS SOBRE LA MATERNIDAD (E2 P23; E4 P33)
198. COMUNICACIÓN DEL BEBÉ A TRAVÉS DEL LLANTO (E2 P23)
199. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE ALIMENTACIÓN BABY LEAD WEANING EN SU CRIANZA(E2 P24; E2 P25)
200. MATERNIDAD DEFENDIDA DESDE EL FEMINISMO (E2 P26; E2 P27; E2 P30; E4 P28; E6 P21)
201. LOS MOVIMIENTOS FEMINISTAS LE DAN UN VALOR DISTINTO A LA MATERNIDAD (E2 P27; E3 P11; E4 P28; E5 P13; E6 P21)
202. VISIBILIZACIÓN DEL PARTO RESPETADO A TRAVÉS DEL MOVIMIENTO FEMINISTA (E2 P28)
203. VALIDACIÓN EN EL DESEO DE PARIR Y MATERNAR (E2 P29)

204. NECESIDAD DE UNA SALA DE LACTANCIA EN ESPACIO LABORAL (E2 P30)
205. CREACIÓN DE NUEVAS LEYES SOBRE MATERNIDAD GRACIAS A GRUPOS FEMINISTAS (E2 P30)
206. IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA PATERNA EN EL VÍNCULO CON EL RECIÉN NACIDO (E2 P31)
207. PROCESO DE VINCULACIÓN MADRE E HIJO (E2 P32)
208. NECESIDAD DE ESTAR ACOMPAÑADA POR LA PAREJA EN EL POSTNATAL (E2 P32; E3 P44)
209. SOCIEDAD ADULTOCENTRISTA Y CAPITALISTA (E2 P33)
210. DEBER DE CUMPLIR A LA SOCIEDAD COMO MADRE (E2 P33; E4 P21; E4 P24; E4 P25)
211. LA SOCIEDAD NO PERMITE DECIDIR, IMPONE UN PROGRAMA DE VIDA (E2 P34; E4 P31; E5 P16)
212. ENJUICIAMIENTO SOCIAL POR LA DECISIÓN DE ABORTAR (E2 P34)
213. APOYO DE LA PAREJA EN EL EMBARAZO (E2 P35; E3 P15; E3 P17; E6 P6; E6 P14; E6 P25)
214. MIEDO A TENER UN ABORTO (E2 P35; E4 P 36)
215. NECESIDAD DE CONOCER SUS CICLOS MENSTRUALES (E2 P38; E2 P41)
216. AUTONOMÍA EN DECIDIR CAMBIO DE ANTICONCEPTIVO (E2 P37; E2 P39; E4 P39; E4 P40; E4 P41; E5 P19; E5 P20)
217. FALLA EN EL USO DEL MÉTODO CALENDARIO (E2 P40)
218. IRREGULARIDADES EN EL CICLO MENSTRUAL PRODUCTO DEL ESTRÉS EN PANDEMIA (E2 P40)
219. TABÚ SOCIAL EN PREGUNTAS SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN (E2 P41; E2 P44)
220. APOYO MATERNO Y ENSEÑANZA EN EL USO DE CONDÓN. (E2 P42)
221. CAMBIO GENERACIONAL DE LOS PROFESORES EN TEMAS DE SEXUALIDAD (E2 P43)
222. EXISTEN MÉTODOS DE CUIDADOS PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO (E2 P43)
223. NECESIDAD DE HABLAR SOBRE AUTOCONOCIMIENTO Y CICLOS MENSTRUALES (E2 P43)
224. MINIMIZACIÓN AL MIEDO POR LA EPISIOTOMÍA (E2 P45)
225. NORMALIZACIÓN DEL PARTO EN CAMILLA (E2 P46)
226. EXPERIENCIA DE PARTO: PRESIÓN PARA TENER UN PARTO RÁPIDO (E2 P46; E2 P48; E4P)
227. EXPERIENCIA DE PARTO VIOLENTO POR CAMBIO EN GINECÓLOGA DESEADA (E2 P46)
228. COMIENZO DE TRABAJO DE PARTO CON CONTRACCIONES (E2 P47)
229. DÍAS EN TRABAJO DE PARTO (E2 P47)
230. AMENAZA DE REALIZAR CESÁREA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO (E2 P48)
231. BUSQUEDA DE GINECÓLOGA QUE ATIENDA PARTOS RESPETADOS (E2 P50; E2 P51)
232. ARREPENTIMIENTO SOBRE DECISIÓN DE PARTO EN CLÍNICA (E2 P51)

233. DESEO Y PREFERENCIA DE VIVIR PARTO EN CASA Y EN EL AGUA (E2 P51; E2 P51; E6 P34)
234. PARTO EN EL AGUA ES MENOS VIOLENTO PARA LA MADRE Y PARA EL BEBÉ (E2 P52; E3 P36; E3 P37)
235. CONOCIMIENTO SOBRE TIPOS DE PARTOS Y PROCESOS (E2 P52)
236. IDEAS SOBRE RITUALES Y MEDICINA PLACENTARIA (E2 P52)
237. ENSEÑANZA SOBRE EL PROPÓSITO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO (E2 P52)
238. DISCRIMINACIÓN EN ESPACIO DE TRABAJO POR ESTAR EMBARAZADA (E2 P53; E2 P54; E3 P21)
239. DESCONOCIMIENTO DE DERECHOS Y LEYES DURANTE DISCRIMINACIÓN LABORAL POR EMBARAZO (E2 P53)
240. INCAPACIDAD DE RESPONDER ANTE DISCRIMINACIÓN EN EL ESPACIO LABORAL (E2 P53; E3 P21)
241. IMPORTANCIA DE INFORMACIÓN Y SOPORTE EN LACTANCIA MATERNA DESDE LA GESTACIÓN (E2 P55)
242. NECESIDAD DE CONSEJERAS DE LACTANCIA EN SISTEMA DE SALUD (E2 P55)
243. IMPORTANCIA DE PROFESIONALES DE LA SALUD ACTUALIZADOS Y RESPETUOSOS EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA MADRE (E2 P57; E2 P58; E5 P27; E6 P38)
244. FALTA DE RESPETO A LAS DECISIONES DE LAS MUJERES EN EL SISTEMA DE SALUD, ESPECIALMENTE EN RELACIÓN CON EL PARTO RESPETADO (E2 P59; E4 P46; E4 P49; E5 P27)
245. NECESIDAD DE DESCANSO Y ESPACIO PERSONAL DESPUÉS DEL PARTO (E2 P62)
246. ALIVIO POR LA LIMITACIÓN DE ENCUENTROS MASIVOS DURANTE LA PANDEMIA (E2 P63)
247. EVITAR LA CELEBRACIÓN DE BABY SHOWER EN CONTEXTO COVID (E2 P63; E6 P43)
248. ADAPTACIÓN A TELETRABAJO CONTEXTO COVID (E2 P64; E3 P45; E4 P9)
249. RESTRICCIONES PARA SALIR POR TOQUE DE QUEDA Y CUARENTENA (E2 P65; E6 P42)
250. AFECTACIÓN POR EL ENCIERRO Y NECESIDAD DE SALIR (E2 P65)
251. DESAFÍOS LABORALES Y DERECHOS EN EL EMBARAZO (E3 P7)
252. RELEVANCIA DEL MOVIMIENTO FEMINISTA PARA CUESTIONAR LA NORMALIZACIÓN DE ABUSOS (E3 P12)
253. SENTIMIENTO DE CULPA AL SER ABUSADA (E3 P13)
254. REIVINDICACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FEMINISTAS EN SITUACIONES DE ABUSO (E3 P13)
255. UTILIZACIÓN DE CALENDARIO CHINO (E3 P18)
256. EXPERIENCIA POSITIVA EN EL PARTO DURANTE LA PANDEMIA (E3 P20; E3 P44; E5 P24)
257. HOSPITALIZACIÓN PREVENTIVA POR PLACENTA PREVIA (E3 P20)
258. EQUIPO MÉDICO CONTENEDOR (E3 P20)
259. REALIZACIÓN DE CESAREA (E3 P20)
260. NO SUFRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA (E3 P20; E5 P23)

261. ACCESO Y COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL EQUIPO MÉDICO DURANTE EL EMBARAZO EN PANDEMIA (E3 P22)
262. LAMENTO POR LA NO-REALIZACIÓN DE CURSOS Y ACTIVIDADES PRESENCIALES DE CHILE CRECE (E3 P23)
263. IGUALDAD EN EL ACCESO A LA SALUD MATERNA.(E3 P23)
264. PARTO NO PLANIFICADO EN CONTEXTO DE PANDEMIA (E3 P24)
265. PARTO EN SOLEDAD (E3 P24; E3 P41; E3 P42; E5 P24)
266. NO QUERÍA PARTO NATURAL POR INCOMODIDAD DEBIDO A VISITAS POST PARTO (E3 P25)
267. AFECTACIÓN POR AUSENCIA DE PADRE EN EL PARTO (E3 P26)
268. AUSENCIA DE APEGO INMEDIATO CON BEBÉ (E3 P27)
269. EXPERIENCIA DE DISCRIMINACIÓN Y FALTA DE EMPATÍA CON LAS MADRES POR PARTE DE MUJERES EN LA SOCIEDAD (E3 P28)
270. DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN COMUNAL EN CONSULTORIOS (E3 P29)
271. INEFICIENTE DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EN SALUD MATERNA (E3 P29)
272. IMPACTO DE LA CONDUCTA PROFESIONAL EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA (E3 P29)
273. NECESIDAD DE IGUALDAD EN LA ATENCIÓN PRENATAL Y OBSTÉTRICA (E3 P30)
274. DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA DURANTE LA PANDEMIA (E3 P30)
275. IMPACTO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA DIFERENTE MUJERES EMBARAZADAS (E3 P30)
276. EFECTO BABY BOOM (E3 P30)
277. DISCRIMINACION ECONÓMICA EN EL TRATO EN EL PARTO/EMBARAZO (E3 P31; E3 P33)
278. ACCESO A EQUIPO INTEGRAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL EMBARAZO (E3 P32)
279. ACCESO Y DECISIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA (E3 P34)
280. ACCESO A INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA EN SALUD PRENATAL (E3 P 34; E3 P35; E4 P45; E5 P21; E5 P22)
281. ALTERNATIVA DE PARTO NATURAL (E3 P36)
282. MEDIDAS PREVENTIVAS POR CONTEXTO PANDEMIA (E3 P43; E4 P9; E4 P10; E4 P11; E5 P28)
283. TEMOR ANTE LA TRANSICIÓN A SALA CUNA DEL BEBE (E3 P45)
284. EVITAR INFORMACIÓN EXCESIVA SOBRE COVID (E3 P47; E4 P20)
285. ESTRATEGIA DE DESCANSO FÍSICO PARA LIDIAR CON LA PANDEMIA (E3 P47)
286. CAMBIOS HORMONALES Y EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO (E4 P3; E4 P4; E4 P21; E5 P3)
287. MANEJO DE POCA INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN EL EMBARAZO (E4 P3)
288. DEPRESIÓN POR ESTRÉS LABORAL (E4 P7; E4 P8)
289. PERSPECTIVA MACHISTA EN ATENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO (E4 P7)

290. INSATISFACCIÓN CON ABORDAJE TERAPÉUTICO DURANTE EL EMBARAZO (E4 P7; E4 P8)
291. CONOCIMIENTO PREVIO DE ASPECTOS BIOLÓGICOS Y PSICOMOTORES DEL EMBARAZO (E4 P12)
292. UTILIZACIÓN DE APLICACIONES PARA ACOMPAÑAR EL PROCESO DE EMBARAZO (E4 P13)
293. MALESTAR EMOCIONAL POR CAMBIOS FÍSICOS (E4 P15)
294. HOBBIES EN PANDEMIA (E4 P16)
295. TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO FAMILIAR EN BORDAR Y COSER (E4 P16)
296. IMPACTO EN LA DINÁMICA FAMILIAR POR ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (E4 P17; E4 P18)
297. EMBARAZO EN SOLEDAD (E4 P18; E4 P22; E5 P31)
298. EXPERIENCIA EN GRUPO DE YOGA PRENATAL (E4 P19)
299. IMPACTO EMOCIONAL POR LA IDENTIFICACIÓN DE EXPERIENCIAS COMPARTIDAS CON OTRAS MADRES. (E4 P19)
300. CASTIGO SOCIAL POR EXPRESAR DIFICULTADES EN LA MATERNIDAD (E4 P21; E4 P25)
301. DISPOSICIÓN Y ACEPTACIÓN EN EL PROCESO DE MATERNIDAD (E4 P27; E4 P34; E4 P36; E6 P17; E6 P43)
302. TABU SOCIAL POR EL DERECHO A DECIDIR SER MADRE (E4 P29)
303. APORTE DEL MOVIMIENTO FEMINISTA POR EL DERECHO A PODER HABLAR SOBRE EMBARAZOS DESEADOS. (E4 P29; E4 P30)
304. TENER HIJOS Y FAMILIA DESDE UNA VISIÓN RELIGIOSA (E4 P31)
305. SER MADRE COMO PROYECTO DE VIDA (E4 P32)
306. CUESTIONAMIENTO DE LA OBLIGACIÓN SOCIAL DE TENER HIJOS (E4 P31; E4 P33; E4 P35)
307. PERCEPCIONES DIFERENTES DE FAMILIA (E4 P31; E4 P32; E4 P34)
308. TENER UN HIJO COMO PROYECTO DE VIDA CON LA PAREJA (E4 P34; E4 P37)
309. PRESIÓN DE PAREJAS HOMBRE POR TENER HIJOS (E4 P34)
310. VIOLENCIA Y ABANDONO INFANTIL (E4 P35)
311. FALLO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS (E4 P38)
312. SHOCK EMOCIONAL POR QUEDAR EMBARAZADA USANDO PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS (E4 P38; E4 P39)
313. USO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS (E4 P37; E4 P38; E4 P39)
314. MIEDO POR PÉRDIDA DE GESTACIÓN PREVIA (E4 P39)
315. MÉTODO BILLING COMO UNA MEJOR ALTERNATIVA DE CUIDADO DE FERTILIDAD (E4 P40; E4 P41)
316. EN CONTRA DE HORMONAS Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ARTIFICIALES (E4 P40)
317. ANTICONCEPTIVOS ARTIFICIALES AFECTAN AL CUERPO (E4 P40; E4 P41)
318. ACCESO A PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE MANERA PRIVADA (E4 P42)
319. DESCONFIANZA EN SALUD PÚBLICA (E4 P42)
320. ANTECEDENTE DE MALA EXPERIENCIA EN SALUD PÚBLICA EN DICTADURA (E4 P42)

321. FALTA DE ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN POR CONTEXTO PANDEMIA (E4 P43)
322. NORMALIZACIÓN E INVALIDACIÓN DE INQUIETUDES EN EMBARAZO POR PARTE DE PROFESIONALES DE SALUD (E4 P44)
323. RECOMENDACIONES DE MATRONA AMIGA (E4 P44)
324. PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO FACILITA MÁS INFORMACIÓN Y TRABAJA CON EQUIPO ESPECIALISTA (E4 P45)
325. VIOLENCIA DE GÉNERO RESPECTO A LA MATERNIDAD Y AL EMBARAZO POR PARTE DE PROFESIONALES DE LA SALUD (E4 P46)
326. SOMETIMIENTO DE CESÁREA (E4 P46)
327. PREFERENCIA POR PARTO NATURAL (E4 P47; E4 P55)
328. DECISIÓN DE INDUCCIÓN DE PARTO POR LA SALUD DE LA HIJA (E4 P47, E4 P50)
329. EXPERIENCIA PROLONGADA EN EL TRABAJO DE PARTO (E4 P49)
330. REALIZACIÓN DE RECLAMO POR EXPERIENCIA DE PARTO EN CLÍNICA SIN RESPUESTA (E4 P49; E4 P53; E4 P54)
331. EXPERIENCIA DE GRABACIÓN EN PROCESO DE PARTO EN CLÍNICA (E4 P50)
332. SENSACIÓN DE IMPOTENCIA POR NO EXIGIR PARTO RESPETADO EN EL MOMENTO DE PARTO (E4 P50)
333. MANIPULACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DE PROFESIONALES EN EL PARTO (E4 P51)
334. EXPERIENCIA DE VIOLENCIA DURANTE EL PARTO EN CLINICA (E4 P51)
335. TOMA DE DECISIONES OBLIGADA DURANTE EL PARTO (E4 P51)
336. FRUSTRACIÓN POR NO REALIZAR PARTO DESEADO (E4 P52)
337. CONSECUENCIAS POR EXPERIENCIA DE PARTO VIOLENTO: SALUD HIJA, PROBLEMAS DE LACTANCIA (E4 P52)
338. ASESORAMIENTO EN LACTANCIA POR MATRONA DE REDES SOCIALES (E4 P52)
339. MÉDICOS PARA LA MADRE Y EL BEBÉ COMO ESPECIALISTAS DE LA CLÍNICA (E4 P53)
340. ADVERTENCIA A AMIGAS EMBARAZADAS SOBRE PROFESIONALES DE LA SALUD EN CLÍNICA (E4 P54)
341. INFLUENCIA DE GINECÓLOGO EN CÓMO VA A SER EL PARTO (E4 P55)
342. ACUERDO CON GINECÓLOGO PARA REALIZAR PARTO NATURAL (E4 P55)
343. LAS MUJERES DEBERÍAN TENER ASISTENCIA DE DOULAS EN TODO EL PROCESO EMBARAZO (E4 P56; E4 P57)
344. DEUDA CON LA MATERNIDAD Y EL PROCESO DE EMBARAZO EN EL SISTEMA DE SALUD (E4 P57)
345. ASESORAMIENTO DE ALIMENTACIÓN NUTRICIONAL DURANTE EMBARAZO Y GESTACIÓN (E4 P58; E4 P59)
346. CREACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA QUE POR DERECHO CADA MUJER EMBARAZADA TENGA UNA ASISTENCIA INTEGRAL (E4 P59)
347. LEYES QUE PROTEJAN A LA MATERNIDAD (E4 P59)
348. NECESIDAD DE APOYO INTEGRAL PARA EL PADRE (E4 P60)
349. ENTENDIMIENTO DEL DESLIGAMIENTO DE LOS PADRES PRODUCTO DE LA CULTURA Y FALTA DE APOYO Y CONOCIMIENTO (E4 P60)

350. FRUSTRACIONES EN LA PAREJA POR FALTA DE APOYO DURANTE EL PROCESO DE CRIANZA Y EMBARAZO(E4 P60; E4 P61)
351. PROBLEMÁTICA POR RESTRICCIONES DE LA PANDEMIA PARA COMPRAR ROPA DE GUAGUA (E4 P62; E4 P63)
352. APOYO DE PERSONAS EXTERNAS PARA ACCEDER A ROPA DE GUAGUA DURANTE LA PANDEMIA (E4 P63)
353. INFORMACIÓN DE EMBARAZO POR CONTROLES DE SALUD (E5 P6; E5 P21)
354. MENOS IMPACTO EN DINÁMICAS DE ENCIERRO AL ENTERARSE DEL EMBARAZO EN PANDEMIA (E5 P10)
355. DEPRESIÓN EN LA MATERNIDAD (E4 P35; E5 P11)
356. CUIDADO MENTAL DE LAS MUJERES EN LA MATERNIDAD (E5 P13)
357. AUTOCUIDADO SIN CULPAS (E5 P15)
358. AUSENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS PREVIOS AL EMBARAZO (E5 P18)
359. BUSQUEDA DE ANTICONCEPTIVOS ECONÓMICOS (E5 P20)
360. EXPLICACIÓN SOBRE LA EPISIOTOMÍA EN CESFAM (E5 P21)
361. LAS EMBARAZADAS PUEDEN COMPARTIR Y PASARLO BIEN (E1 P63;E5 P25)
362. PLANIFICACIÓN DEL PARTO (E5 P27)
363. EXPERIENCIA DE PARTO CON COVID (E5 P29; E5 P30)
364. MIEDO ASOCIADO A LA FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE COVID Y EMBARAZO (E5 P30) REVISAR TODAS LAS ENTREVISTAS
365. SOBREPASADA POR PRESIÓN UNIVERSITARIA Y EMBARAZO (E5 P31)
366. NO QUERÍA ABORTAR (E6 P4)
367. PREOCUPACIONES Y PROBLEMAS ALIMENTICIOS DURANTE EL EMBARAZO QUE AFECTAN EN LA SALUD DEL HIJO (E6 P5)
368. TERCERA VEZ QUE ESTÁ EMBARAZADA (E6 P9)
369. EXPERIENCIAS PREVIAS DE EMBARAZOS: EMBARAZO ECTÓPICO Y EMBARAZO ANEMBRIONARIO (E6 P9)
370. EXPERIENCIA DE ABORTO ESPONTÁNEO (E6 P9)
371. EXPERIENCIA DE ABORTO ESPONTÁNEO ENTENDIDAS CON TRANQUILIDAD EMOCIONAL (E6 P10; E6 P11)
372. DOLORS FISICOS EN EMBARAZO ECTOPICO (E6 P11)
373. PROCESO DE ASIMILACIÓN EN ABORTO ESPONTÁNEO (E6 P12)
374. PREOCUPACIÓN POR INCERTIDUMBRE SOBRE CONFIRMACIÓN DE EMBARAZO (E6 P)
375. NO SIENTE DISCRIMINACIÓN POR EMBARAZO (E6 P15)
376. SENSACIÓN DE ESTANCAMIENTO POR PROCESO DELICADO DE GESTACIÓN (E6 P16)
377. ACEPTAR EL EMBARAZO DE MANERA AMOROSA (E6 P17)
378. A NADIE LE ENSEÑAN A ENFRENTAR EL EMBARAZO (E4 P57; E6 P17)
379. POSTURA CON LA MATERNIDAD, IR EN CONTRA DEL PATRIARCADO Y DEL MACHISMO AL SABER QUE ES HIJO (E6 P19)
380. ENSEÑAR AMOR, RESPETO, COMPRENSIÓN, EMPATÍA A HIJO (E6 P20)
381. DECISIÓN SOBRE EL PROPIO CUERPO (E3 P10; E6 P22)
382. APORTE DEL MOVIMIENTO FEMINISTA PARA VISIBILIZAR DISTINTAS REALIDADES (E6 P22)

383. TENER POSTURA EN LA SOCIEDAD SOBRE LA MATERNIDAD Y CRIANZA (E6 P22)
384. TUVE EL PENSAMIENTO DE ABORTAR (E6 P24)
385. INFLUENCIA ENTRE ENTORNO Y PREFERENCIAS PROPIAS EN LA MATERNIDAD Y LA CRIANZA (E6 P24)
386. NO USA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA PANDEMIA (E6 P26)
387. EXPERIENCIA DE VULNERACIÓN Y PREJUICIOS POR PARTE DE INSTITUCIONES V/S EXPERIENCIA DE TRATO AMABLE Y EMPÁTICO DE PROFESIONALES (E6 P30; E6 P31; E6P32)
388. APOYO INCONDICIONAL DE MATRONA PARTICULAR (E6 P33)
389. DESEO Y PREFERENCIA DE VIVIR PARTO EN CASA Y EN EL AGUA (E6 P34)
390. EL SISTEMA DE SALUD DEBERÍA SER HOLÍSTICO / FALTA DE ÁREA NATURAL EN EL SISTEMA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES (E6 P35)
391. DEPENDE DEL PROFESIONAL DE SALUD SENTIRSE CÓMODA DURANTE CONTROLES Y ECOGRAFÍAS / ADULTOCENTRISMO Y SISTEMA DE JERARQUÍA DE CONOCIMIENTOS PROFESIONAL-PACIENTE (E6 P36; E6 P37)
392. INCOMODIDAD AL TENER QUE REVELAR DEMASIADOS DETALLES DE VIDA PRIVADA A PROFESIONAL (E6 P37)
393. NO PODER REALIZAR EJERCICIOS DURANTE PANDEMIA Y EMBARAZO (E6 P40)
394. FRUSTRACIÓN Y SOBREPASO DURANTE EL EMBARAZO (E6 P42)
395. SENTIRSE MÁS REPRIMIDA POR COVID (E6 P43)

Tabla de Categorías

EMBARAZO SORPRESIVO, EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS

Embarazo y gestación planificada
Realización varios test de embarazo
Confirmar embarazo
Transformación física y necesidades asociadas con el embarazo
Bienestar emocional por el embarazo
Proceso complejo de asimilación
Sorpresa por la capacidad de transformación del cuerpo durante el embarazo
Malestar inicial y sensación de debilidad
Recuperación de energía y adaptación al ritmo de los cambios en el embarazo
Síntomas del embarazo compartidos con la mamá
Ayuda no efectiva en el embarazo de la mamá
Tips de doula durante su embarazo
Comprender la experiencia propia en salud y alimentación durante el embarazo
Mujer o persona gestante con menos herramientas no alcanza a entender todo lo que siente
Primera vez que está embarazada
Emociones ambivalentes durante el embarazo y la maternidad
Reconocimiento del impacto de saber que el embarazo es real
Recibimiento del embarazo con entusiasmo y desafíos
Confianza en las experiencias de embarazo de las amistades
Comprobar desde la propia experiencia manejo y tolerancia del dolor
Dolor constante en el embarazo y el parto
Identificación de la disminución del dolor por medio de ejercicios
Alimentación vegetariana responsable en el embarazo
Adaptación a los cambios debido al embarazo
Cansancio corporal durante el último trimestre del embarazo
Autoayuda y aceptación en las incomodidades en lo cotidiano
Prácticas beneficiosas durante el embarazo
Desafíos de una maternidad solitaria y dependencia del bebé
Embarazo sorpresivo
Sin necesidad de aprobación, decisión personal
Decisión de la madre: preferencia por parto en casa
Exclusión social en los procesos de embarazo, gestación y maternidad
Experiencia de embarazo de la hermana con matronas con enfoque feminista en la clínica INDISA
Habitar la soledad con tranquilidad más allá del COVID
No quería aceptar, debe ser atraso (embarazo)
No estaba planificado gestar, quería ser mamá, pero no era el momento
Impacto y postergación en todos los planes personales
Pena y soledad como primeras sensaciones
Formación como consejera de lactancia y como asesora de porteo
Iniciativa de formar grupos de apoyo en la lactancia
Cambios de rutina en el uso de medios de transporte
Rutinas más tranquilas durante el embarazo
Sentirse Puérpera
Desafíos de adecuar rutinas a las necesidades del bebé
Impacto emocional en la calidad del sueño
Preguntas violentas sobre la maternidad
Comunicación del bebé a través del llanto
Proceso de vinculación madre e hijo
Búsqueda de ginecóloga que atienda partos respetados

Arrepentimiento sobre decisión de parto en clínica
Discriminación en espacio de trabajo por estar embarazada
Desconocimiento de derechos y leyes durante discriminación laboral por embarazo
Incapacidad de responder ante discriminación en el espacio laboral
Necesidad de descanso y espacio personal después del parto
Desafíos laborales y derechos en el embarazo
No quería parto natural por incomodidad debido a visitas post parto
Afectación por ausencia de padre en el parto
Ausencia de apego inmediato con bebé
Experiencia de discriminación y falta de empatía con las madres por parte de mujeres en la sociedad
Temor ante la transición a sala cuna del bebé
Cambios hormonales y emocionales durante el embarazo
Depresión por estrés laboral
Malestar emocional por cambios físicos
Hobbies en pandemia
Embarazo en soledad
Experiencia en grupo de yoga prenatal
Impacto emocional por la identificación de experiencias compartidas con otras madres
Shock emocional por quedar embarazada usando pastillas anticonceptivas
Miedo por pérdida de gestación previa
Depresión en la maternidad
Autocuidado sin culpas
Las embarazadas pueden compartir y pasarlo bien
Planificación del parto
Sobrepasada por presión universitaria y embarazo
No quería abortar
Preocupaciones y problemas alimenticios durante el embarazo que afectan en la salud del hijo
Tercera vez que está embarazada
Experiencias previas de embarazos: embarazo ectópico y embarazo anembrionario
Experiencia de aborto espontáneo
Experiencia de aborto espontáneo entendidas con tranquilidad emocional
Dolores físicos en embarazo ectópico
Proceso de asimilación en aborto espontáneo
Preocupación por incertidumbre sobre confirmación de embarazo
No siente discriminación por embarazo
Sensación de estancamiento por proceso delicado de gestación
Aceptar el embarazo de manera amorosa
Tuve el pensamiento de abortar
No poder realizar ejercicios durante pandemia y embarazo
Frustración y sobrepaso durante el embarazo

EMBARAZO Y ADAPTACIÓN AL CONTEXTO COVID

Uso de método anticonceptivo en pandemia: sin problemas de acceso
Elección de parto en casa por restricciones COVID
Restricciones hospitalarias postparto por COVID
Importancia en la vacunación covid durante el embarazo
Enjuiciamiento inmediato por no vacunarse contra el COVID
Énfasis en hacer cuarentena durante el embarazo
Medida de aislamiento como cuidado ante el COVID
Experiencia de no contagio COVID durante el embarazo
Sensación de miedo por posible contagio en pandemia
Cuarentena prolongada por aumento de casos COVID

Sentimiento de soledad por el confinamiento al ser población de riesgo
Sensación de inseguridad por el proceso de vacunación durante el embarazo
Decisión de vacunarse por experiencia de vacunación de otras madres
Experiencia de embarazo gozoso de no haber estado el COVID
Adaptación de grupos de apoyo en pandemia y búsqueda de conexiones presenciales
Irregularidades en el ciclo menstrual producto del estrés en pandemia
Alivio por la limitación de encuentros masivos durante la pandemia
Evitar la celebración de baby shower en contexto COVID
Adaptación a teletrabajo en contexto COVID
Restricciones para salir por toque de queda y cuarentena
Afectación por el encierro y necesidad de salir
Lamento por la no-realización de cursos y actividades presenciales de Chile Crece
Parto no planificado en contexto de pandemia
Efecto baby boom
Medidas preventivas por contexto pandemia
Evitar información excesiva sobre COVID
Estrategia de descanso físico para lidiar con la pandemia
Problemática por restricciones de la pandemia para comprar ropa de guagua
Apoyo de personas externas para acceder a ropa de guagua durante la pandemia
Menos impacto en dinámicas de encierro al enterarse del embarazo en pandemia
Experiencia de parto con COVID
No usa métodos anticonceptivos durante la pandemia
Sentirse más reprimida por COVID
Miedo asociado a la falta de información sobre COVID y embarazo

VISIONES SOBRE EL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y LA CRIANZA

Toma de decisión consciente en tener un embarazo
Compartir experiencias distintas y cercanas sobre embarazo
Conciencia del peso de la decisión de criar y embarazo
Influencia en la percepción sobre la experiencia propia del embarazo
Transformaciones a nivel de creencias sobre la maternidad
Visión patriarcalizada de maternar y criar
Visión de la maternidad limitante por entorno patriarcal
Enjuiciamiento constante hacia las madres
Empatía con las madres
Problema del embarazo y la crianza en la actualidad
Conciencia de los cambios y las necesidades de atención hacia las madres a nivel social
Romantización de la maternidad, se habla de lo hermoso de la maternidad
La maternidad debe ser deseada
Quedar embarazada no es sinónimo de parir obligatoriamente
Responsabilidad en la decisión de tener un hijo
Responsabilidad eterna en la maternidad de dar sustento emocional, social, educativo, cultural, económico
Estigma y estereotipos sobre la maternidad
Cambio de perspectiva personal en la maternidad
El entorno es el que debe adecuarse a la maternidad
Crianza como obligación solo para la madre; es una responsabilidad de las personas
Tiempo para criar
Crítica a la falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida
Soledad en el proceso de maternidad, el sistema lo mantiene
Condiciones hostiles para la maternidad
Problematización del querer ser madre
Complejidad en tener independencia económica y ser madre

Cambios generacionales para tener familia en contexto de pobreza
Falta de planificación familiar
Cambio en el rol de los cuidados: las mujeres ya no están en condiciones de quedarse en la casa a criar y maternar
Participación de las madres en el mundo laboral
Rol de cuidado: la madre asume como primera persona
Sesgo patriarcal del rol de la mujer y de la maternidad a nivel social y cultural
Privatización de la maternidad y crianza
Hay distintos tipos de crianza
Cuestionamiento sobre prácticas dentro del embarazo
Mitos sobre embarazo que vienen de generaciones anteriores
Mitos sobre el dolor en posparto y lactancia.
Dar pecho como un proceso natural de la relación madre e hijo
La preparación del pezón y la participación del padre no son parte del proceso de lactancia
Concepto de matresencia y aceptación de cambios
Importancia de tener mayor duración del puerperio
Mitos sobre rutina del sueño del bebé y la mamá
Utilización de métodos de alimentación Baby Lead Weaning en su crianza
Sociedad adultocentrista y capitalista
Deber de cumplir a la sociedad como madre
La sociedad no permite decidir, impone un programa de vida
Enjuiciamiento social por la decisión de abortar
Miedo a tener un aborto
Tabú social en preguntas sobre sexualidad y reproducción
Cambio generacional de los profesores en temas de sexualidad
Deseo y preferencia de vivir parto en casa y en el agua
Castigo social por expresar dificultades en la maternidad
Disposición y aceptación en el proceso de maternidad
Tabú social por el derecho a decidir ser madre
Tener hijos y familia desde una visión religiosa
Ser madre como proyecto de vida
Cuestionamiento de la obligación social de tener hijos
Percepciones diferentes de familia
Tener un hijo como proyecto de vida con la pareja
Presión de parejas hombre por tener hijos
Violencia y abandono infantil
Preferencia por parto natural
A nadie le enseñan a enfrentar el embarazo
Postura con la maternidad, ir en contra del patriarcado y del machismo al saber que es hijo
Enseñar amor, respeto, comprensión, empatía a hijo
Decisión sobre el propio cuerpo
Tener postura en la sociedad sobre la maternidad y crianza
Influencia entre entorno y preferencias propias en la maternidad y la crianza
Deseo y preferencia de vivir parto en casa y en el agua

CUIDADO DE LA FERTILIDAD Y LA REPRODUCTIVIDAD

Cuidados fertilidad y reproductividad
Cuidados ciclos menstruales
Ciclos menstruales regulares
Regular, conteo exacto
Detección temprana del embarazo por falta de la regla
Medicina Ayurveda
Educación sexual y regulación de la fertilidad

Utilización de calendario chino
Necesidad de conocer sus ciclos menstruales
Autonomía en decidir cambio de anticonceptivo
Falla en el uso del método calendario
Necesidad de hablar sobre autoconocimiento y ciclos menstruales
Utilización de calendario chino
Fallo de pastillas anticonceptivas
Uso de pastillas anticonceptivas
Método Billings como una mejor alternativa de cuidado de fertilidad
En contra de hormonas y métodos anticonceptivos artificiales
Anticonceptivos artificiales afectan al cuerpo
Acceso a pastillas anticonceptivas de manera privada
Ausencia de uso de anticonceptivos previos al embarazo
Búsqueda de anticonceptivos económicos
Tabú social en preguntas sobre sexualidad y reproducción
Cambio generacional de los profesores en temas de sexualidad

VÍNCULOS SOCIALES Y REDES DE APOYO EN LA MATERNIDAD

Acompañamiento y apoyo
Red cercana de confianza para conversar sobre parto y sistema de salud
Responsables del problema de la falta de apoyo y redes de crianza
Crítica a la falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida
Presencia y apoyo de la pareja en el puerperio
Necesidad de licencia para prolongar apoyo
Apoyo familiar en el embarazo
Impacto del embarazo en las relaciones familiares
Preocupación de los padres de la madre por autonomía y derecho a educación
Necesidad de estar acompañada por la pareja en el proceso de parto
Reticencia para adaptarse a los ritmos de la maternidad
Espacios diferenciados de socialización para las madres
Transformación en las relaciones de amistad durante la maternidad
Pérdida de espacios para hacer amistad
Disposición de hacer amistad durante la maternidad
Apoyo social y cambio de percepción en el embarazo
Apoyo por miedo a despido con recomendaciones legales en el trabajo por parte de compañera sobre fuero
Alivio en el trabajo físico y cuidados por parte de compañera
Comunidad de maternidad y tribu virtual
Enfoque en maternar en tribu y acompañamiento entre mujeres
Necesidad de estar acompañada por la pareja en el postnatal
Apoyo de la pareja en el embarazo
Apoyo materno y enseñanza en el uso de condón
Transmisión de conocimiento familiar en bordar y coser
Impacto en la dinámica familiar por enfermedad de Alzheimer

EL ROL DE LA PATERNIDAD EN LA CRIANZA

Limitación del permiso parental: los padres legalmente tienen cinco días de postnatal
Padre responsable: Involucrarse más allá de lo económico
Asegurar más tiempo a los padres en su postnatal
Crítica a la falta de apoyo a la maternidad y crianza compartida
Importancia de la presencia paterna en el vínculo con el recién nacido
Entendimiento del desligamiento de los padres producto de la cultura y falta de apoyo y conocimiento
Frustraciones en la pareja por falta de apoyo durante el proceso de crianza y embarazo

ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE REPRODUCCIÓN Y EMBARAZO

Vivencia y posibilidad de información en el momento del embarazo
Redes feministas respecto a la información sobre embarazo
Complementación de experiencias de la mamá, amistades, más información de internet
Saber poco sobre embarazo y maternidad
Fácil acceso generacional a mayor información sobre embarazo
Utilización de redes sociales para informarse
Importancia de la información sobre maternidad y el acompañamiento
Redes de información legal, consejera de lactancia y parto
Existen métodos de cuidados para enfermedades de transmisión sexual y embarazo
Importancia de información y soporte en lactancia materna desde la gestación
Acceso a información y comunicación efectiva en salud prenatal
Manejo de poca información sobre cambios en el embarazo
Conocimiento previo de aspectos biológicos y psicomotores del embarazo
Utilización de aplicaciones para acompañar el proceso de embarazo
Falta de acceso a información sobre sexualidad y reproducción por contexto pandemia
Información de embarazo por controles de salud
Explicación sobre la episiotomía en CESFAM

ATENCIÓN DE SALUD DURANTE GESTACIÓN, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN PANDEMIA

Orientación profesional en suplementación de vitaminas durante el embarazo
Cuidado y respeto de los tiempos de parto
Matrona no ocupa las herramientas disponibles en el parto
Romantización del parto en casa
Un parto con dolor intransitable no es feminista
La autonomía es feminista, pero no el abandono de un proceso que tienes que conducir a la persona
Intervención de matrona en situaciones de riesgo, comprometedor a la salud propia y de la guagua
Experiencia de parto en casa: riesgo de infección al pasar 24 horas de romper membrana
Feminismo en una etapa inmadura: en el discurso y cómo se acciona en el contexto de parto
Programa Chile Crece Contigo con perspectiva de gestación y crianza
Atención con matrona en salud pública y privada
Frustración y desafíos en el parto en casa: fase expulsiva
Cambio de parto en casa a parto en hospital por urgencia y debilidad física
Sensación de abandono durante el parto
Falta de apoyo de matrona en el proceso de embarazo
Experiencia de parto en casa: descompensación por falta de sueño y alimentación
Experiencia de parto en casa: necesidad de corrección de la postura de la guagua
Elección de parto en casa por restricciones COVID

Prejuicio desde profesionales de la salud por opción de parto en casa
Negación para acceder a bono pad por elegir parto en casa como primera opción
Experiencia de parto respetado: Cambio de atención en hospital por otra matrona respetuosa con no parir acostada y cosas importantes que pidió la pareja.
Percepción emocional del término de parto en sistema público: la hubiese pasado muy mal
Formas de apoyo de matrona en el proceso de parto en casa: Forma bonita de decir “tú puedes”, no es la mejor forma para apoyar en un proceso difícil
Necesidad de más citas de las que se recomiendan con la matrona durante el embarazo
Visión profesional de parto respetado: la libertad de acción de la madre
Responsabilidad del profesional de salud para un plan de acción de parto en casa.
Deshumanización y mecanización de la medicina tradicional en proceso de embarazo
Formación de las y los profesionales de la salud dedicados a parto, gestación y nacimiento en el área psicológica para un mejor manejo de situaciones de parto
Importancia de herramientas psicológicas para acompañamientos terapéutico en el embarazo
Preocupación por la entrega de herramientas según lo que se paga por tener un parto en casa con un profesional de la salud
Acceso y costo de un parto en casa con matronas
Recomendaciones y elección de matronas para parto en casa
Experiencia diferenciada entre partera y matrona en el manejo del parto en casa
Programa Chile Crece Contigo con perspectiva educativa deficiente para sectores vulnerables
Uso de tecnicismos en la entrega de información de matronas y ginecólogas
Delegación de decisiones al profesional de salud por visión de autoridad
Falta de tiempo en la atención de salud para responder a dudas y explicar consultas atención integral en maternidad
Cuidado hacia la integridad de la madre en depresión postparto
Falta de educación integral durante contexto COVID en instancias familiares respecto a la gestación, el parto y postparto
Brindar seguridad en el proceso de embarazo desde el sistema de salud
Limitación en la presencialidad de los controles durante el COVID
Procesos burocráticos para realizar controles, ecografías y partos en centros de salud por COVID
Telemedicina en controles prenatales
Descartar riesgos y patologías durante el embarazo por telemedicina
No se respeta la decisión de la madre si no está en sintonía con el plan de salud
Necesidad de consejeras de lactancia en sistema de salud
Importancia de profesionales de la salud actualizados y respetuosos en la toma de decisiones de la madre
Falta de respeto a las decisiones de las mujeres en el sistema de salud, especialmente con el parto respetado
Experiencia positiva en el parto durante la pandemia
Hospitalización preventiva por placenta previa
Equipo médico contenedor
Realización de cesárea
No sufre violencia obstétrica
Acceso y comunicación efectiva con el equipo médico durante el embarazo en pandemia
Igualdad en el acceso a la salud materna
Parto en soledad
Desigualdad en la atención comunal en consultorios
Ineficiente distribución de recursos económicos en salud materna
Impacto de la conducta profesional en la calidad de la atención sanitaria
Necesidad de igualdad en la atención prenatal y obstétrica
Desafíos en la atención de emergencia durante la pandemia
Impacto psicológico y emocional de la atención médica diferente mujeres embarazadas
Discriminación económica en el trato en el parto/embarazo
Acceso a equipo integral de profesionales de la salud en el embarazo
Acceso y decisión sobre salud reproductiva

Perspectiva machista en atención psicológica durante el embarazo
 Insatisfacción con abordaje terapéutico durante el embarazo
 Desconfianza en salud pública
 Antecedente de mala experiencia en salud pública en dictadura
 Normalización e invalidación de inquietudes en embarazo por parte de profesionales de salud
 Recomendaciones de matrona amiga
 Programa Chile Crece Contigo facilita más información y trabaja con equipo especialista
 Violencia de género respecto a la maternidad y al embarazo por parte de profesionales de la salud
 Sometimiento de cesárea
 Decisión de inducción de parto por la salud de la hija
 Experiencia prolongada en el trabajo de parto
 Realización de reclamo por experiencia de parto en clínica sin respuesta
 Experiencia de grabación en proceso de parto en clínica
 Sensación de impotencia por no exigir parto respetado en el momento de parto
 Manipulación de la información por parte de profesionales en el parto
 Experiencia de violencia durante el parto en clínica
 Toma de decisiones obligada durante el parto
 Frustración por no realizar parto deseado
 Consecuencias por experiencia de parto violento: salud hija, problemas de lactancia
 Asesoramiento en lactancia por matrona de redes sociales
 Médicos para la madre y el bebé como especialistas de la clínica
 Advertencia a amigas embarazadas sobre profesionales de la salud en clínica
 Influencia de ginecólogo en cómo va a ser el parto
 Acuerdo con ginecólogo para realizar parto natural
 Deuda con la maternidad y el proceso de embarazo en el sistema de salud
 Asesoramiento de alimentación nutricional durante embarazo y gestación
 Cuidado mental de las mujeres en la maternidad
 Experiencia de vulneración y prejuicios por parte de instituciones v/s experiencia de trato amable y empático de profesionales
 Apoyo incondicional de matrona particular
 El sistema de salud debería ser holístico / falta de área natural en el sistema de salud para la atención de mujeres
 Depende del profesional de salud sentirse cómoda durante controles y ecografías / adultocentrismo y sistema de jerarquía de conocimientos profesional-paciente
 Incomodidad al tener que revelar demasiados detalles de vida privada a profesional

ALTERNATIVAS PARA UNA SALUD INTEGRAL EN LA MATERNIDAD

Avance de la medicina en el último tiempo
 Medicina ayurveda
 Negligencia previa en la salud propia
 Enfoque de dimensiones espirituales y cognitivas para poder situar al ser humano
 Falta de perspectiva espiritual al trabajo de parto en la medicina tradicional
 Parto en el agua es menos violento para la madre y para el bebé
 Conocimiento sobre tipos de partos y procesos
 Ideas sobre rituales y medicina placentaria
 Enseñanza sobre el propósito del dolor durante el parto
 Alternativa de parto natural
 Método Billing como una mejor alternativa de cuidado de fertilidad
 Las mujeres deberían tener asistencia de doulas en todo el proceso embarazo
 Creación de una política pública que por derecho cada mujer embarazada tenga una asistencia integral
 Leyes que protejan a la maternidad
 Necesidad de apoyo integral para el padre

El sistema de salud debería ser holístico / falta de área natural en el sistema de salud para la atención de mujeres

MOVIMIENTO FEMINISTA Y MATERNIDAD

La maternidad debe ser deseada
Percepción inicial del feminismo como antinatalista, negación de tener hijos
Cambio de perspectiva en los últimos años, hay más madres feministas
Feminismo en una etapa inmadura: permeado por lógicas neoliberales
Un parto con dolor intransitable no es feminista
La autonomía es feminista, pero no el abandono de un proceso que tienes que conducir a la persona
Feminismo en una etapa inmadura: en el discurso y cómo se acciona en el contexto de parto
Conciencia de la violencia obstétrica en los sistemas de salud
Tener aborto libre
Maternidad defendida desde el feminismo
Los movimientos feministas dan un valor distinto a la maternidad
Visibilización del parto respetado a través del movimiento feminista
Creación de nuevas leyes sobre maternidad gracias al feminismo
Relevancia del movimiento feminista para cuestionar la normalización de abusos
Sentimiento de culpa al ser abusada
Reivindicación de los movimientos feministas en situaciones de abuso
Aporte del movimiento feminista por el derecho a poder hablar sobre embarazos deseados
Aporte del movimiento feminista para visibilizar distintas realidades