

Maternidades contemporáneas: tribus digitales e interacciones con las instituciones de salud

Contemporary motherhoods: digital tribes and interactions with health institutions (abstract: p. 17)

Maternidades contemporâneas: tribos digitais e interações com as instituições de saúde (resumo: p. 17)

Doris Elena Muñoz-Zapata^(a)

<doris.munoz@upb.edu.co> 

Beatriz Elena Marín-Ochoa^(b)

<beatrize.marin@upb.edu.co> 

Gladys Rocío Ariza-Sosa^(c)

<gladys.ariza@udea.edu.co> 

^(a) Posgraduada del Programa de Postgrado en Ciencias Sociales (doctorado), Escuela de Ciencias Sociales, Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín (UPB), Circular 1 # 70- 01, bloque 7, Laureles. Medellín, Colombia.

^(b) Facultad de Comunicación Social- Periodismo, Escuela de Ciencias Sociales, UPB. Medellín, Colombia.

^(c) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

En la contemporaneidad, las madres encuentran en las redes sociales virtuales posibilidades para contrastar y cuestionar las prácticas institucionalizadas de los profesionales de salud. Este artículo tiene como propósito entender las percepciones de madres colombianas participantes de una red virtual sobre maternidad, respecto a sus relaciones con los programas de salud enfocados en el embarazo, parto, maternidad y crianza. El análisis se realizó a través de la teoría fundamentada, a partir de un (1) grupo focal y 17 entrevistas en profundidad a mujeres integrantes del grupo y profesionales de la salud. Se encontraron grandes frustraciones frente a los programas y profesionales, falta de apoyo y conocimientos para afrontar la llegada del nuevo bebé. Se concluye la urgencia de que los programas incorporen las necesidades percibidas por las mujeres para un mayor apoyo frente a la salud física y mental.

Palabras clave: Maternidad. Embarazo. Redes sociales. Promoción de la salud y comunicación.

Introducción

En sociedades occidentalizadas, las mujeres durante las etapas de gestación, parto, puerperio y los primeros años de vida de sus hijos, tienen interacciones permanentes con los profesionales de la salud, en las que afrontan las secuelas de prácticas instauradas en la falta de autonomía y la dominación del cuerpo femenino, propias de la cultura patriarcal¹⁻⁴ y del proyecto epistémico colonial⁵.

Lo anterior se refuerza por la pertenencia a clases sociales menos favorecidas⁶, además de etnia, el estado civil y la edad de las mujeres, asociados a una jerarquía reproductiva⁷. De esta forma, se instituyen mandatos y censuras sociales respecto a las condiciones ideales para el ejercicio de la maternidad.

Las dificultades respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, llegan a extremos como la violencia obstétrica que refiere una forma de poder disciplinario con acciones que degradan e intimidan a las mujeres en este ámbito de su salud⁸. Dichas acciones son impuestas en distintos países del mundo⁹⁻¹², de manera más notoria durante el proceso de parto, al desconocer derechos humanos relacionados con la salud, la protección a la maternidad⁷, la sexualidad y la reproducción⁵.

En el caso colombiano, interviene, además la profunda crisis estructural¹³ del sector de la salud, acelerada por la Ley 100 de 1993, que mercantilizó la prestación de servicios de salud, lo cual distorsionó la garantía de los derechos a la salud, al privilegiar las ganancias económicas de las empresas de ese sector, en detrimento de la calidad. Este modelo de salud también limitó la autonomía de los profesionales y de los usuarios para la toma de decisiones al introducir mayores controles para las autorizaciones en la atención a las personas y restringir el acceso a los procedimientos.

Pese a que las mujeres llegan a los programas de salud en busca del apoyo social¹⁴ necesario para afrontar los desafíos propios de sus maternidades¹⁵, encuentran en su mayoría prácticas institucionalizadas¹⁶ que desconocen sus necesidades y contextos de vida³, dejándolas sin el apoyo requerido en esas etapas de la maternidad⁷.

En consecuencia, muchas madres buscan suplir esas carencias informativas y de apoyo social¹⁷ a través de las redes sociales virtuales, en las que encuentran también, tribus afectuales¹⁸ mediante la sociabilidad electiva con personas afines. Éstas se convierten en soporte para sus maternidades, además, de permitirles la confrontación de prácticas e indicaciones médicas, así como el respaldo frente a elecciones contrahegemónicas respecto a la crianza¹⁹.

En ese contexto, la presente investigación indagó por las percepciones de madres colombianas integrantes de redes sociales virtuales sobre maternidades, respecto a sus interacciones con profesionales de la salud en torno al embarazo, parto y los primeros años de vida de sus hijos.

Este trabajo tuvo como propósito aportar a la problematización frente a las necesidades en salud de las madres y sus familias, para fortalecer los programas existentes y las políticas públicas emergentes en el país como las Rutas de Atención Integral en Salud Materno Perinatal²⁰.

La investigación se fundamentó en la comprensión de la maternidad como construcción social e histórica^{21,22}, necesaria de cuestionamientos frente a la medicalización excesiva y las relaciones de género en escenarios de salud², además, de lecturas centradas en las experiencias de las madres, de acuerdo con el feminismo matricéntrico²³.

Métodos

Este artículo describe los resultados parciales de una tesis doctoral, que se realizó a partir de la teoría fundada²⁴, desde la cual se utilizó la codificación abierta, axial y selectiva para el análisis de los datos y la generación de categorías. El proceso analítico se apoyó en el programa NVIVO versión 12.

La población incluida estuvo constituida por integrantes de un grupo de *Facebook* creado en 2014, con 6.228 seguidores, ubicados principalmente en el departamento de Antioquia (Colombia), así como otras ciudades del país e incluso, otros países Iberoamericanos.

Este grupo se enfoca en temas de embarazo, parto, maternidad y crianza. Se caracteriza también por su independencia respecto a instituciones y marcas, pues no tiene patrocinios. Entre sus principios se declara promotor de la lactancia materna y prohíbe la recomendación de medicamentos.

Se realizó un muestreo intencional, entre los criterios de inclusión se consideró que participaran mujeres madres, mayores de edad, integrantes del grupo y que a partir de éste hubiesen generado relaciones presenciales con otras integrantes. También se eligieron profesionales que participan del grupo a través del apoyo a las madres en temas de salud mental, crianza, asesoría de lactancia y doulas^(d). La saturación de categorías fue el criterio para el análisis de la información y determinar el número de entrevistas. En total, se hicieron 17 entrevistas, 15 de ellas con mujeres (madres y profesionales de la salud).

Para la realización de las entrevistas semiestructuradas se elaboró una guía con preguntas en la cual se indagó por los siguientes ejes analíticos: redes sociales virtuales sobre maternidad, interacciones con profesionales de salud durante el embarazo, parto, puerperio y primeros años de vida de los hijos. Las invitadas fueron contactadas por medios digitales (*Facebook* y *WhatsApp*) y convocadas a participar en entrevistas presenciales.

El grupo focal se realizó con cinco madres que pertenecen a una tribu^(e) creada a partir del grupo, con ellas se utilizaron preguntas motivadoras para una conversación abierta sobre los temas y se buscó cercanía con el tipo de interacciones que tienen en sus relaciones cotidianas²⁵. El trabajo de campo se ejecutó entre septiembre y noviembre de 2019.

^(d) Las doulas son personas que se forman para acompañar a las mujeres y sus familias en los procesos de: preparación para el parto, el trabajo de parto (en el cual acompañan a la madre si la clínica así lo permite) y el puerperio. También apoyan en las dudas y dificultades de las familias respecto a la adaptación a la llegada del nuevo bebé.

^(e) Así es como las madres del grupo de *Facebook* denominan a los grupos que se han generado a partir de las interacciones en *Facebook* con los que comparten en la cotidianidad a través de otros grupos de *WhatsApp* creados por ellas, así como en encuentros presenciales.

**Tabla 1.** Participantes de las entrevistas

| Participante (Nombre ficticio) | Edad (años) | Estudios | Número de hijos y edades | Ocupación | Condición |
|---|-------------|----------------------------|------------------------------|---|----------------------|
| Angela | 37 | Posgrado | 2 hijos 3 años y 11 meses | Clases dos horas a la semana | Integrante grupo |
| Cristina | 30 | Pregrado en ingeniería | 2 hijos 4 años y 5 meses | Emprendedora en ventas | Integrante grupo |
| Daniela | 32 | Pregrado en ingeniería | 2 hijos 2 años y 2 meses | Ama de casa | Integrante grupo |
| Lina | 28 | Estudios técnicos | 2 hijos 9 años y 4 meses | Empleada medio tiempo | Integrante grupo |
| Mónica | 36 | Pregrado en salud | 1 hijo 3 años | Empleada sector salud | Integrante grupo |
| Creadora grupo de Facebook | 31 | Estudios de gastronomía | 2 hijos 5 y 3 años | Asesoría a familias | Moderadora |
| Antonia | 26 | Estudios técnicos | 1 hijo 2 años | Doula | Moderadora |
| Trabajadora social | 51 | Pregrado | Dos hijas mayores de 20 años | Voluntariado | Moderadora |
| Lisa | 38 | Pregrado en ingeniería | 2 hijos de 7 y 4 años | Empleada sector público | Moderadora |
| Psicóloga con enfoque de género | 32 | Pregrado | 2 hijos 6 y 3 años | Atención psicológica | Profesional grupo |
| Psicóloga experta en crianza respetuosa | 37 | Posgrado | 1 hijo 2 años | Talleres a familias | Profesional grupo |
| Médico ginecobstetra | 55 | Posgrado | Dos hijas Mayores de 20 años | Docente universitario y práctica clínica | Profesional de apoyo |
| Médico especialista 1 | 50 | Doctorado en salud | 1 hijo Mayor de 20 años | Asesor proyectos y docente universitario | Profesional de apoyo |
| Enfermera especialista 1 | 30 | Maestría en educación | 0 | Encargada programa de educación para madres | Profesional de apoyo |
| Enfermera especialista 2 | 40 | Pregrado | 1 hijo 3 años | Encargada programa atención bebés | Profesional de apoyo |
| Profesional Liga de la leche Antioquia | 40 | Pregrado ciencias sociales | 1 hijo 18 años | Empleada sector educación Voluntariado | Profesional de apoyo |
| Médica especialista 2 | 60 | Pregrado salud | Dos hijos Mayores de 20 años | Encargada programa atención infancia | Profesional de apoyo |

**Tabla 2.** Participantes del Grupo Focal

| Participante (Nombre ficticio) | Edad (años) | Estudios | Número de hijos y edades | Ocupación | Condición |
|-----------------------------------|----------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------|
| Lucia | 40 | Pregrado en ingeniería | 1 hijo 3 años | Empleada | Integrante grupo |
| Marcela | 34 | Pregrado en comercio | 1 hijo 3 años | Empleada | Integrante grupo |
| Liliana | 39 | Pregrado en educación | 1 hijo 4 años | Ama de casa | Integrante grupo |
| Bibiana | 26 | Pregrado en ingeniería | 1 hijo 2 años | Medio tiempo en cosmetología | Integrante grupo |
| Mari | 28 | Pregrado en ingeniería | 1 hijo 3 años | Empleada | Integrante grupo |

Las categorías resultantes del análisis investigativo fueron: expectativas con el sector salud, dificultades con las interacciones en salud y el parto como un hito en las interacciones.

El proyecto fue avalado por el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín (Colombia), lo cual consta en acta del 16 de agosto de 2019. Con todas las participantes de la investigación se diligenció un consentimiento informado en el que se certifica que conocieron los detalles de la investigación, así como el carácter voluntario de sus colaboraciones.

Para garantizar la confidencialidad a las participantes de la investigación, los nombres propios fueron cambiados por otros ficticios, al igual que los nombres de las clínicas e instituciones de salud mencionadas en las entrevistas y el grupo focal.

Resultados

A continuación, se describen los principales resultados de la investigación, para fundamentar la teoría de las participantes sobre sus interacciones con los profesionales de la salud en sus maternidades y crianzas.



Figura 1. Teoría frente a las interacciones con instituciones de salud durante el embarazo, parto y maternidades.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

Las mujeres comenzaron a percibir dificultades para comunicarse con los profesionales que las atendían desde los controles prenatales, ya que no se sintieron escuchadas, ni comprendidas en sus necesidades físicas y mentales. Experimentaron desinterés y hasta desprecio por sus propios saberes, como los relacionados con la búsqueda de un parto respetado, por lo cual optaron por ocultar esas inquietudes en las consultas médicas posteriores.

Las participantes relataron descontento en sus interacciones con los profesionales de la salud, debido a sus imposiciones respecto a diversos ámbitos de la salud y crianza, como algo estandarizado, que desconoce sus contextos y expectativas de vida. Tal sentir, fue más notorio con relación a los programas de crecimiento y desarrollo, creados en Colombia para acompañar en términos de salud los diez primeros años de vida.

Respecto a los programas de preparación para el parto y la maternidad, las mujeres percibieron que no les brindaron la preparación necesaria para asumir el parto, ni menos para lo que tendrían que afrontar tras el nacimiento de sus hijos, con los cambios en términos personales y familiares:

Respecto al sistema médico yo me enfoco un poquito más es en el embarazo y el parto, me parece supremamente importante porque, o sea, usted entra al mundo de la maternidad y cae como en un globo, o sea, usted no sabe nada. (Liliana)

Las madres enfatizaron la exclusión de la salud mental en los programas de control prenatal, pese a lo prioritario de este aspecto debido a los cambios hormonales y de vida en general, que viven desde el embarazo y continúan durante los primeros años de vida de sus hijos:

Cuando vas a los controles de la gestación no te preguntan cómo te has sentido, cómo estás, emocionalmente qué has sentido estos días. (Marcela)

El parto como hito en las interacciones

Para las madres el parto constituyó un hito frente a sus interacciones con los profesionales de la salud en sus prácticas asistenciales, al convertirse en un momento inolvidable. Ellas recuerdan con detalles lo positivo y negativo de los distintos actores que participaron en su parto, como personal médico, de enfermería e incluso camilleros, porteros y personal administrativo de la institución de salud.

En su mayoría, las participantes percibieron deshumanización en el trato profesional brindado durante el parto. También problemas de comunicación relacionados con el tono agresivo hacia ellas, así como la falta de escucha de las necesidades sentidas en ese proceso. Al respecto, las madres tampoco recibieron información satisfactoria, ni explicaciones sobre las decisiones tomadas por el personal de la salud.

Lo anterior, incidió en la definición de violencia obstétrica referida por las madres frente a sus partos, en la cual se vinculó también, la ausencia de su consentimiento para las acciones del personal de la salud, así como la falta de empatía y los malos tratos recibidos. Las mujeres describen incluso, palabras sarcásticas como las siguientes:

Y ella me seguía diciendo que como sí yo lo había hecho, que yo tan joven, que como se me había ocurrido y que, así como lo hice, asimismo me tenía que aguantar para tenerlo. (Lina)

La falta de compañía en el parto por parte de un ser querido o cercano también es uno de los aspectos que se quedan grabados. De otro lado, recordaron el frío experimentado en el quirófano o en la sala de partos, lo que dificultó aún más ese proceso.

Las vivencias de las mujeres durante sus procesos de parto fueron cruciales, porque dejaron huellas que tomaron tiempo en sanar e incluso consideran esa experiencia negativa como un detonante de la depresión posparto.

Las mujeres consideran la etapa del puerperio y la transición a la maternidad como un periodo sin suficiente acompañamiento por parte de las instituciones respecto a su propia salud y la acomodación a la nueva vida, pues los programas existentes sólo se concentran en la atención a sus bebés:

Uno durante toda la gestación viene con controles con el obstetra, con el nutricionista, con el médico de no sé qué y uno tiene el bebé y ya se olvidan de uno... y ya, solamente bebé. (Lina)

Dificultades con las interacciones en salud

Las participantes experimentaron frustraciones producto de las interacciones con los profesionales de la salud que atienden los programas y consultas durante los primeros años de vida, en factores como: las contradicciones que perciben entre los distintos profesionales que les atienden, juicios por las decisiones que toman frente a la crianza, desvalorización de sus saberes, además de las críticas frente a asuntos de la intimidad de pareja como dormir con sus hijos en el mismo cuarto.

Pero la mayor dificultad para mí fue siempre crecimiento y desarrollo. Terrible, terrible. Una vez me llamaron dizque a regañarme que, porque no lo había llevado, decían: ¡El niño tiene su derecho! Y pues esos crecimientos y desarrollos grupales son de lo peor que hay en esta vida. Yo siendo profesional de la salud, voy allá y me descuartiza lo que yo escucho allá. (Mónica)

Las mujeres explican sus diferencias con las prácticas del personal de la salud, a partir de aspectos estructurales como la incidencia de la clase social en el tipo de atención que reciben, la falta de autonomía que tienen para tomar decisiones frente a su cuerpo y la salud de sus hijos. Además, temen expresar sus inconformidades por miedo a las consecuencias posteriores en la prestación de los servicios recibida y, sobre todo, en la que tendrán sus hijos.

Las dificultades con los profesionales de la salud, también se sustentan en aspectos como los lenguajes impositivos en los que se exalta su poder sobre las mujeres atendidas. Ellas perciben un gran ego de los profesionales, el cual dificulta desde un principio la comunicación.

Las mujeres ubican parte de sus frustraciones en la denominada falta de actualización del personal de la salud, la cual se refiere principalmente a los comentarios críticos respecto a las lactancias prolongadas (después del primer año de vida de sus hijos e incluso en algunos casos, luego de los seis primeros meses), mientras que otros actores institucionales, de gran relevancia para ellas como la Liga de la Leche^(f), les indican que eso es una decisión personal.

Tal falta de actualización, también incluye el desconocimiento de los profesionales de tendencias contemporáneas frente a la crianza y el cuidado infantil como: el colecho, el porteo^(g), la alimentación complementaria dirigida por el bebé después de los seis meses de vida (*Baby Led Weaning*), y el movimiento libre que consiste en respetar los ritmos de desarrollo frente al manejo del cuerpo y la experimentación sin constreñimiento de las posibilidades de movimiento, desde sus primeros meses de vida^{26,27}.

La convicción de que los profesionales están desactualizados en varios temas de la salud infantil hace que las madres asuman una actitud defensiva y de confrontación, frente a las indicaciones recibidas en las consultas médicas y en los controles de crecimiento y desarrollo:

Son peleas con las que peleamos, yo he tenido amigas que se llevan documentos impresos de la OMS para que lean los desactualizados. (Psicóloga)

^(f) Organización no Gubernamental Internacional que trabaja en pro de la lactancia en varios países del mundo y que realiza grupos de apoyo con madres y sus familias para mantener la lactancia materna. Es una fuente amplia de consulta para esta población a través de la página Web: e-Lactancia.org

^(g) El porteo es una práctica que consiste en llevar a los bebés pegados al cuerpo de sus cuidadores a través del fular o cargadores ergonómicos, en coherencia con una forma de crianza que busca el apego desde el nacimiento. Esta tendencia es una adaptación de prácticas milenarias llevadas a cabo por comunidades indígenas.



Estas dificultades generan incluso la deserción de las madres y sus familias de los programas de salud:

Para mí el programa de crecimiento y desarrollo no me gusta, me parece que es lo más invasivo, lo más poco respetuoso que pueda existir, al menos las dos veces que yo fui y tuve que ir casi de obligación porque del jardín me pedían el carné de crecimiento y desarrollo. (Marcela)

La desconfianza que genera la percepción de desactualización y las contradicciones de los profesionales de la salud, hacen que las mujeres busquen espacios alternativos para contrastar e incluso cuestionar esta información y tomar sus propias decisiones al respecto:

La primera información que recibo por ejemplo con el tema de lactancia es: que le tengo que dar 20 minutos de un seno, 20 minutos de otro seno, cada tres horas, y lo que me encuentro el grupo de Facebook: lactancia libre de demanda, cada que pida, por el tiempo que pida, todo lo que pida. Entonces claro, como yo ya había tomado la decisión de crianza respetuosa y ya tenía pues, como otro acervo de apoyo a esa decisión, pues me fui por lo que encontré en el grupo. (Angela)

Otro elemento que configura desazón entre las madres es el siguiente:

A mi bebé lo han visto tres pediatras en cuatro meses y el uno me dice una cosa, el otro me dice otra y el otro me dice otra, entonces yo voy a mi casa, me siento, analizo y tomo lo mejor que pueda. (Lina)

En tal sentido, las mujeres refieren incluso diagnósticos que cuando miran atrás, consideran errados:

Cuando mi hijo recién nacido se enfermó, mi hijo estuvo en la UCI una tarde y yo lloraba como una Magdalena, yo me salía y volvía. Pero a mí se me olvidó toda la fonoaudiología, yo solamente era mamá. Pasé por las cosas más difíciles, me dijeron que por mi culpa mi hijo estaba enfermo, porque le daba solo lactancia materna: ¿cómo se le ocurre darle solo lactancia materna a este niño? (Mónica)

Respecto a la atención recibida, las mujeres perciben que juega un papel importante la clase social, tangible a través del tipo de afiliación a la seguridad social (pública o privada, con o sin servicios complementarios como pólizas y medicina prepagada):

Tristemente, pero eso varía mucho dependiendo si tú tienes EPS, medicina prepagada o estás bajo régimen subsidiado; varía muchísimo, tanto la atención como la información que te dan, que no debería ser así, porque de una u otra manera estamos hablando de salud, estamos hablando de seres humanos, y todos merecemos el mismo trato, pero cambia muchísimo. (Lina)

Para acceder a una atención cercana a los requerimientos percibidos por ellas como necesarios, encuentran la realización de pagos adicionales en el régimen de salud. También buscan pediatras y ginecobstetras particulares, recomendados entre ellas mismas, juzgados como respetuosos de las mujeres y sus estilos de crianza.

Sin embargo, algunas mujeres que cuentan con estos servicios de salud privados se quejaron de la atención recibida:

Como yo tengo prepagada, pero es como una receta, lo que decía Marcela ahorita del Crecimiento y Desarrollo que es como una receta: tienes ocho meses, debes estar haciendo esto, igual es como para el parto, estás en seis entonces tienes que hacer esto, no sé cómo cosas así y, la prepagada pues no me seguía el cuento del parto humanizado. (Lucia)

Expectativas frente al sector salud

Pese a las dificultades expuestas respecto a la interacción de las madres con los profesionales de la salud, ellas esperan apoyo por parte de programas y profesionales durante estos procesos de sus vidas, en escenarios de comprensión y buenos tratos. Las expectativas también se refieren a la inclusión de aspectos psicológicos para el acompañamiento durante estas etapas, y la valoración de otros saberes como el de las doulas en el momento del parto.

Las mujeres consideraron que los actores de la salud podrían aportarles mucho en las dificultades que viven en sus maternidades. Ello requiere en primera instancia de información y conocimientos, pero más acordes y respetuosos de sus necesidades y contextos de vida.

Ellas demandan un trato más cercano y humano, que reconozca sus propios conocimientos de sí mismas e incluso el denominado instinto frente a sus hijos, refiriéndose al saber que tienen de ellos. Su mayor expectativa en ese sentido es empoderarse y tomar sus propias decisiones a partir de la información y los conocimientos adquiridos.

Los participantes del sector de la salud mencionaron la humanización del parto en Colombia como desafío pendiente, que afrontan en sus prácticas individuales y en la formación de estudiantes de medicina desde 2014.

Discusión

En las búsquedas de las mujeres contemporáneas entrevistadas por asumir sus maternidades de manera autónoma, hay un sustento para los requerimientos de información sobre la maternidad en Internet y las redes sociales. También, en los vacíos que perciben frente a la atención de los programas institucionales de salud, los cuales se concentran en la falta de orientación frente a los aspectos que para ellas eran relevantes respecto al cuidado de sí mismas, y las implicaciones que la nueva maternidad genera en sus vidas y su salud mental.

Para algunas mujeres participantes las redes sociales digitales se convierten incluso, en la única oportunidad de acceder a la información y el apoyo que necesitan para las etapas del embarazo, parto, puerperio, maternidad y crianza.

Las participantes cuestionan la comunicación con los profesionales de la salud, en coherencia con el marco en el que deberían plantearse en la contemporaneidad las relaciones médico-paciente. Según Petracci²⁸, estas tendrían que fundamentarse en el derecho a la comunicación, la perspectiva de género y la autonomía de ellas en su rol de pacientes, en la medida en que requieren ser activas en la toma de decisiones frente a sus cuerpos y ser escuchadas en sus contextos y necesidades. El derecho a la comunicación hace necesaria una relación médico-paciente más horizontal, más simétrica, es decir en la que haya un balance de poder en beneficio del bienestar y la satisfacción de ambos actores, así como la calidad de la atención.

Las dificultades en la relación entre las madres participantes y el personal de la salud, también se derivan de la falta de comprensión del lenguaje empleado por los profesionales, lo cual es relevante, al considerar que las mujeres que participaron en calidad de madres cuentan en su mayoría con niveles educativos altos (estudios de pregrado) y dejan el cuestionamiento frente a lo que entienden aquellas mujeres sin estudios superiores.

Lo anterior concuerda con las críticas que se hacen al personal e instituciones de salud como dispositivos de control disciplinarios que refuerzan el lugar subordinado de las mujeres en la sociedad patriarcal²⁹.

La percepción de que los programas de preparación para el parto y la maternidad se quedan en aspectos biomédicos y desconocen el componente identitario que sería fundamental para prepararse para la crianza, coincide con otros estudios³⁰, en los que se ha evidenciado el desconocimiento que se tiene en el país por parte de este tipo de programas educativos³¹ sobre la complejidad que afrontan las madres en la crianza.

Las mujeres gestionan otras alternativas como la compra de pólizas de salud y los pagos de consultas particulares para acceder a un trato humanizado y acorde a sus necesidades, lo cual conlleva a la relación de la clase social⁶ con la atención en salud, que en el caso de las participantes, se diferenció de manera principal, en que aquellas que no contaban al momento del parto con una cobertura privada de salud consideran que su atención fue inadecuada, pero suponen que si hubieran tenido la ventaja de contar un plan de salud complementario, podrían disfrutar de una atención de mayor calidad y tomar decisiones.

Sin embargo, aquellas mujeres que contaban con cobertura privada en salud relataron que no pudieron decidir realmente lo que querían, pese a elegir aspectos como la clínica en la que tendrían a sus hijos, los profesionales de apoyo y la compañía de sus parejas durante el parto.

Entonces, más allá de las problemáticas asociadas a la relación entre clase social y la atención en salud, las dificultades y frustraciones que experimentan las mujeres en sus interacciones con las prácticas de los profesionales de la salud durante estas etapas se originan en el modelo biomédico, sus características patriarcales² epistémicas y coloniales⁵.

La desvalorización de los conocimientos de las mujeres participantes trasciende a los que se relacionan con sus propios cuerpos, en coincidencia con los cimientos en los que se implementa la medicina en el mundo Occidental². Ello evidencia que en esta

población emerge una consciencia frente a la asimetría en las relaciones y al control impuesto sobre ellas y sus cuerpos en ese contexto de las prácticas institucionalizadas.

El temor al castigo, por exigir lo que se considera un derecho en el contexto hospitalario frente a la atención en los procesos de embarazo y parto, coincide con el análisis comparativo del concepto de cárcel de Foucault³². Al respecto, Arguedas⁸ relaciona el castigo ejemplarizante de la cárcel, frente al trato que reciben las mujeres que se quejan o protestan para que otras consideren las consecuencias de hacer algo similar.

La perspectiva feminista²² que se vincula con las dificultades descritas por las mujeres en sus interacciones con las prácticas de salud, denota aspectos relacionados con la dominación del cuerpo femenino que de acuerdo con Bourdieu¹ se instituyen dentro del patriarcado y, a la vez que se encargan de mantenerlo vigente.

En tal sentido, comienza a emerger una visión contrahegemónica por parte de algunas mujeres que participan en el grupo estudiado respecto a la dominación impuesta sobre sus cuerpos en el embarazo y el parto. Dicha visión es acorde con discusiones dadas al respecto en otros países del continente³³⁻³⁵.

Este cuestionamiento conlleva al reclamo por la autonomía³⁶ frente a sus cuerpos y a la relación con sus hijos, en la que se considere además una ética de la salud³ y una bioética feminista que fomente el respeto a la vulnerabilidad propia de estos procesos vitales, desde una perspectiva crítica descolonial que revalorice los saberes subalternos de las mujeres⁵.

Finalmente, urge desnaturalizar los discursos y prácticas que legitiman la violencia obstétrica en Colombia^{37,38}, para avanzar en la humanización de la atención durante el embarazo, el parto y el posparto, como un derecho accesible para todas las mujeres, en convergencia con movilizaciones emergentes en otros países latinoamericanos, como Costa Rica³⁹, Argentina⁴⁰ y Brasil³⁵, en los cuales se ha iniciado la apropiación de políticas públicas al respecto.

Conclusiones

Las madres colombianas entrevistadas están construyendo nuevas formas de asumir sus maternidades, así como el embarazo, el parto y la crianza. Ellas están resignificando sus maternidades para hacerlas contrahegemónicas, es decir más conscientes, críticas, menos sujetadas a las normas sanitarias y sociales predominantes. Para esto encuentran un soporte muy valioso en las redes sociales virtuales.

El estudio realizado encuentra que, en el caso de las mujeres participantes, los desencuentros con los profesionales en las prácticas institucionalizadas de salud constituyen una causa para asignar un gran valor a la red digital frente a los temas relacionados con embarazo, parto, maternidades y crianza.

Pese a las tensiones existentes entre las mujeres participantes y los profesionales de la salud, ellas consideran que dichos actores tendrían mucho potencial (si así lo eligieran) para apoyarlas en los múltiples vacíos que experimentan frente a las vivencias de las maternidades y sus consecuencias en términos de salud mental.

En tal sentido, urge que las nuevas políticas públicas, los programas existentes que se realizan para aportar a las mujeres y sus familias en relación con maternidades, crianza y cuidados de la salud, escuchen más e involucren la participación social de las organizaciones de mujeres, para incluir de forma efectiva las necesidades percibidas por las poblaciones que esperan beneficiar.

Las instituciones formadoras de talento humano en salud, en Colombia empiezan a introducir reflexiones sobre la violencia obstétrica y el parto respetado, aspectos que merecen mayor difusión e implementación.

Además, es necesaria la garantía plena del derecho a la comunicación en términos simétricos, con enfoque de género y empática con los cambios e incertidumbres que afrontan las mujeres desde el embarazo y en las vivencias de sus maternidades, en la que también se valoren sus propios saberes, percepciones y emociones, de igual forma que sus contextos sociales y familiares.

El derecho de las mujeres a vidas libres de violencias en términos de salud sexual y reproductiva incluye su relación con los profesionales en los servicios de salud, la atención humanizada en el control prenatal, el parto respetado, el control del puerperio y los programas de crecimiento y desarrollo. Asimismo, no se deben dejar de lado las propias mujeres, que sean o no madres, reclaman una atención cálida, satisfactoria, no jerarquizada, intercultural, que incluya de forma integral tanto su salud sexual, como su salud mental.

Contribuciones de las autoras

Todas las autoras participaron activamente en todas las etapas de la preparación del manuscrito.

Conflicto de interes

Las autoras no tienen ningún conflicto de interés que declarar.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora

Rosamaria Giatti Carneiro

Editora asociada

Maria Alice Garcia

Presentado el

03/02/20

Aprobado el

27/10/20

Referencias

1. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Editorial Anagrama; 2000.
2. Ehrenreich B, English D. Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres. Madrid: Taurus; 1990. v. 1a.
3. Goberna Tricas J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE Rev Enferm.* 2012; 6(6):71-8.
4. Sadler M. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. In: Quattrocchi P, Magnone N, editores. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medicación y estrategias.* Buenos Aires: EdunLa Cooperativa; 2020. p. vii–xxi.
5. Pimentel C, Rodrigues L, Müller E, Portella M. Autonomia, risco e sexualidades a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *Realis.* 2014; 4(1):166-85.
6. Bedoya Ruiz LA, Agudelo Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2019; 18(36):1-28. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.rmep>.
7. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reproductivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu).* 2012; 16(40):107-19. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>.
8. Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuad Intercamb Centroam Caribe.* 2014; 11(1):145-69. Doi: <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>.
9. McGarry J, Hinsliff-Smith K, Watts K, McCloskey P, Evans C. Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: a systematic review protocol. *JBIDatabase System Rev Implement Rep.* 2017; 15(3):620-7.
10. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters.* 2016; 24(47):56-64. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>.
11. Valdéz R, Arenas L, Rojas A, Sánchez M. “If we’re here, it’s only because we have no money.” Discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):244. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>.
12. Sens MM, Stamm AMNF. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface (Botucatu).* 2019; 23:e180487. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.180487>.
13. Patiño J. El sistema de salud de Colombia: crisis sin precedentes. *Rev Colomb Cir.* 2013; 28(4):259-61.
14. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Ment.* 2002; 25(2):32-7.
15. Berlanga S, Pérez R, Vizcaya M, Berlanga F. Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad. *Enferm Glob.* 2014; (33):18-32. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.171441>.
16. Fernández Moreno S. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2007; 6(12):52-76.
17. Martín Gutierrez de Cabiedes M. Las nuevas tecnologías como fuente de apoyo social en la transición a la maternidad [tesis]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2018.



18. Maffesoli M. El tiempo de las tribus: el ocaso del individualismo en las sociedades posmodernas. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2004. v. 39.
19. Pulhez M. Mulheres mamíferas: práticas da maternidade ativa [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2015.
20. Ramirez A. Ruta de atención integral en salud materno perinatal. Bogota: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017. p. 1-38.
21. Badinter E. ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal, siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós; 1991.
22. Lerner G. The creation of feminist consciousness: from the middle ages to eighteenth-century. Oxford: Oxford University; 1993.
23. O'Reilly A. Feminist mothering. New York: State University of New York Press; 2008.
24. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Zimmerman E, traductor. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004.
25. Kamberelis G, Dimitriadis G. Grupos focales. In: Denzin NK, Lincoln Y, editor. Métodos de recolección y análisis de datos. Barcelona: Gedisa; 2015. p. 494-532.
26. Rapley G, Murkett T. Baby-led weaning: helping your baby to love good food. London: Random House; 2008.
27. Pikler E. Moverse en libertad : desarrollo de la motricidad global. Madrid: Narcea Ediciones; 1984.
28. Petracci M, Sánchez V, Schwarz P, Mendez AM. La relación médico-paciente en la indagación académica contemporánea. In: Petracci M, Schwarz P, Rodriguez P, editores. Comunicación y salud: las relaciones entre médicos y pacientes en la modernidad tardía. Buenos Aires: Teseo; 2017. p. 105-81.
29. Bellón Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata. 2015; 7(18):93-111.
30. Castro Franco BE, Peñaranda Correa F. La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. Salud Colect. 2011; 7(3):333-45.
31. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N, Arango A. Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico. Medellín: La Carreta Editores; 2010.
32. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1985.
33. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):253-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.
34. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reprod Health Matters. 2016; 24(47):47-55. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
35. Moreiras Sena L, Dalcanale Tesser C. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):209-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.



36. Lagarde M. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres. Managua: Editorial Puntos de Encuentro; 1998.
37. Rocha-Acero ML, Socarrás-Ronderos F, Rubio-León DC. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2019; 37(1):53-65. Doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a10>.
38. Vallana Sala VV. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá [maestría]. Bogotá: Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana; 2016.
39. Chinchilla Alvarado L. El parto humanizado en Costa Rica como práctica y discurso contrahegemónico: primeros acercamientos teórico-conceptuales. In: 7a Jornadas de Investigación, Acción Social y Docencia; 2017; San José. San José: Universidad de Costa Rica; 2017. p. 18-22.
40. Herrera Vacaflor C. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2016; 24(47):65-73. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>.



In contemporary times, mothers find in virtual social networks possibilities to contrast and question the institutionalized practices of health professionals. This study presents partial results on understanding the perceptions of Colombian mothers who participate in a digital network on motherhood, regarding their relationships with health programs focused on pregnancy, childbirth, motherhood, and parenting. Using a grounded theory method, one focus group and 17 interviews were conducted with women members of the group and health professionals. Mothers reported frustration perceptions in their relationships with the health professionals regarding inexistent support and insufficient knowledge before and after giving birth. As a conclusion, it is crucial that the programs may incorporate the needs for increased support over physical and mental health, as perceived by women.

Keywords: Motherhood. Pregnancy. Social networks. Health promotion and communication.

Na contemporaneidade, as mães encontram nas redes sociais virtuais possibilidades de contrastar e questionar as práticas institucionalizadas dos profissionais da saúde. O objetivo de este artigo foi compreender as percepções de mães colombianas participantes de uma rede digital de maternidade, sobre suas relações com programas de saúde focados na gravidez, parto, maternidade e criação dos filhos. A análise foi realizada usando a Teoria Fundamentada em Dados obtidos de um grupo focal e 17 entrevistas em profundidade com mulheres integrantes do grupo e profissionais da saúde. Grandes frustrações foram encontradas frente aos programas e profissionais, falta de apoio e conhecimentos para enfrentar a chegada do novo bebê. Conclui-se na urgência que os programas incorporem as necessidades percebidas pelas mulheres, para dar um maior apoio frente à saúde física e mental.

Palavras-chave: Maternidade. Gravidez. Redes sociais. Promoção da saúde e comunicação em saúde.