

RETOS DURANTE LA ATENCIÓN CLÍNICA A LAS SUPERVIVIENTES DE ABUSOS SEXUALES



POSIBLE ABORDAJE

(ADAPTADO DE PENNY SIMKIN. NAZA OLIVERA)

RETO O POSIBLE COMPLICACIÓN	POSIBLES CAUSAS	POSIBLES SOLUCIONES
1. Pródromos prolongados sin progresión con contracciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de que el cuerpo se le escapa de control 2. Profecía auto cumplida: su cuerpo no lo hará bien porque está roto y/o es defectuoso. 3. Descartar malposición del bebé. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hablarlo. ¿Por qué crees que los pródromos están siendo largos? 2. Ayudar con estrategias para manejar las contracciones y su respuesta a las mismas. 3. Asegurarle que muchas veces la fase latente del parto es larga. Paciencia, nutrición, cuidados, apoyo al sueño y el descanso (baños, masaje, o mediación si la necesita). 4. Trabajar la posición del bebé y trabajo corporal.
2. Dolor, intolerancia a tactos vaginales, análisis de sangre, vía, lucha física, tensión, pánico, desmayo...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asociación con la violación y dolor genital, en especial si la persona que lo realiza es del mismo género que su abusador. 2. Fobia a la sangre 3. La invasión a sus límites corporales puede percibirse como una metamorfosis de los abusos sufridos, indefensión. 4. Miedo a exponer sus genitales y visibles para personas extrañas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar los procedimientos mínimos indispensables y explicárselo. 2. Lo ideal es haberlo detectado antes del parto para tenerlo MUY en cuenta durante la atención al mismo. 3. Siempre obtener consentimiento para TODO. 4. Proceder despacio, paso a paso, guiado por la mujer. 5. Que está acompañada de una persona familiar, que le resulte de confianza y con quien esté cómoda. 6. No realizar la intervención salvo indispensable previo consentimiento y tiempo necesario.
3. Preferencia por una de las personas que le prestan cuidados, cuestión de género. Ya sea médicos, matronas, enfermeras, pediatras, anestesistas...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconfianza en figuras autoritarias, especialmente del mismo género que su abusador. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validar su necesidad y hacer honor a la misma. Hacerle saber que intentarás minimizar procedimientos. 2. Es importante saberlo antes del parto. 3. Si es posible, que sea asistida por el género que ella prefiera, en especial para procedimientos invasivos. 4. Hacer uso de escucha activa: no tomarlo personal.
4. El trabajo de parto se detiene en fase activa.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El dolor del parto llega a un punto en el que ya no siente que puede controlarlo. Miedo profundo a comportamientos que derivan del dolor (gritar, entrar en pánico) asociados a indefensión y falta de control. Por eso el parto se detiene en el umbral donde aún puede controlarlo. 2. Miedo profundo al parto vaginal. Preferencia por una cesárea. 3. El miedo conduce al aumento de catecolaminas que ralentizan el proceso de parto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hablar: ¿por qué crees que se ha detenido el progreso? 2. Tratar el dolor con epidural o medicación puede disminuir la producción de catecolaminas y mejorar la vivencia de la mujer.

RETOS DURANTE LA ATENCIÓN CLÍNICA A LAS SUPERVIVIENTES DE ABUSOS SEXUALES

POSIBLE ABORDAJE

(ADAPTADO DE PENNY SIMKIN. NAZA OLIVERA)



<p>5. Petición de epidural y luego lucha para su administración</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La anestesia se administra desde detrás y la mujer no puede ver lo que le hacen, como cuando son abusadas desde detrás. 2. Se utilizan frases como “estate muy quietecita y acabaremos pronto” que recuerdan a frases que ya ha oído antes. 3. Si se pida a la pareja que salga durante el procedimiento, puede sentirse más desamparada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hablar con ella cara a cara antes de comenzar la técnica. 2. Describir cada paso. 3. Pedirle retroalimentación: “¿cómo vas?”. 4. Que su pareja esté con ella cara a cara. Ofrecer apoyo positivo y alabar lo bien que lo está consiguiendo. 5. Si es necesario hablar con firmeza y confianza. No tratarla de “cariño” o con engatusamiento.
<p>6. Sensación de desconexión de la realidad, en trance. Dificultad o imposibilidad para hablar. Disociación, quedarse en blanco. La “vuelta” puede producir tristeza o simplemente como un lento despertar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esto puede ser un mecanismo de defensa, utilizado durante el abuso para escapar del dolor y el terror. 2. La disociación bloquea la experiencia y su memoria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si es posible, saber antes si alguna vez ha sufrido episodios de disociación y como lo percibe de cara al parto. 2. Si no quiere que le suceda, alguno de los acompañantes debe mantener contacto visual con ella, hablarle y pedirle que vaya respondiendo con palabras o acciones. Mantenerla en el momento presente.
<p>7. Retraso o no progresión de descenso del bebé en la etapa de pujos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miedo al parto vaginal: dolor, estiramiento, posibles desgarros o episiotomía. 2. Percepción del bebé como un elemento que “perpetúa” el dolor y le hace daño. 3. Miedo a convertirse en madre. 4. Retraer hacia dentro la tensión en el periné. 5. Miedo a la exposición o la salida de heces. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tranquilizar. 2. Dar feedback positivo. 3. Asociar el parto con procesos digestivos fisiológicos. A veces sentarse en el váter unas cuantas contracciones ayuda a relajar el periné. 4. Recordarle que el dolor terminara al nacer el bebé y el bebé la ayuda a que termine. 5. Cubre el periné y la vagina con una compresa caliente. Puede ayudar a relajar. Estar tapada la hace sentirse más segura. Cubre si salen heces y a quitarlas en un gesto cuidadoso sutil. 6. Preguntar por qué cree que el bebé no desciende. Si contesta que no quiere que salga o que el bebé no quiere salir, puede saber que mantener al bebé dentro no arregla nada. Que le ayude a salir. 7. A veces conlleva el uso de intervenciones mayores como ventosa, fórceps y/o episiotomía...
<p>8. Falta de interés en el recién nacido. Prefiere que otros sostengan al bebé.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción del bebé como perpetuador de ese dolor. 2. La disociación durante el parto puede dificultar el vínculo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permitir expresiones de enfado, falta de confianza o recelo hacia el bebé. Asegurar que otro familiar o la pareja estarán al cuidado del bebé. 2. No apresurar el contacto madre-bebé. Darle tiempo a la madre a reconocer y sentir que el parto ya ha terminado y volver. La mayoría de supervivientes si aceptan a su bebé.

RETOS DURANTE LA ATENCIÓN CLÍNICA A LAS SUPERVIVIENTES DE ABUSOS SEXUALES

POSIBLE ABORDAJE

(ADAPTADO DE PENNY SIMKIN. NAZA OLIVERA)



	<ol style="list-style-type: none">3. Un parto traumático atendido con violencia puede incidir en la percepción del bebé como el causante.4. El abuso en la infancia puede dejar a la mujer sin instinto de maternaje.	<ol style="list-style-type: none">3. Aportar ejemplo para sujetar al bebé, alabar lo bien que lo hace, señalar cómo la mira su bebé y responde a ella, enseñarle las señales y comunicación de los bebés.4. Asegurar que la madre tiene apoyo y hacer un seguimiento tras el nacimiento.
<ol style="list-style-type: none">9. Incapacidad o rechazo al amamantamiento: dolor extremo, asco, baja producción de leche.	<ol style="list-style-type: none">1. Flashbacks al abuso por el proceso de amamantamiento.2. Percepción del bebé como manipulador, que le hace daño y egoísta.3. Miedo a la exposición de sus pechos.	<ol style="list-style-type: none">1. Algunas supervivientes no podrán amamantar. Respetar su decisión y necesidad.2. Si una mujer desea amamantar pero no es capaz de dar el pecho, la lactancia diferida suele irles bien.3. Ayuda a entender que los bebés no manipulan o hacen daño deliberadamente. Ayudarla a contextualizar sus percepciones.4. No tocar el pecho de la mujer, dar intimidad. Ayudarla con el engancho sin que tenga que exponer su cuerpo. Que pruebe a hacerlo en privado.