



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TESIS

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA: VIVENCIAS DURANTE
EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL NACIMIENTO EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Bach. Ayesta Olivos Carla Beatriz

Bach. Vásquez Delgado Ana Lucia

Pimentel, Junio del 2017

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA: VIVENCIAS DURANTE EL PROCESO DE
ATENCIÓN DEL NACIMIENTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – 2016.**

APROBACIÓN DE TESIS

Mg. Chávarry Ysla Patricia Del Rocío

ASESOR METODOLÓGICA

Lic. Montenegro Mendoza Rosa Georgina

ASESOR ESPECIALISTA

Mg. Lora Vargas Susana María Del Pilar

PRESIDENTA

Lic. Pérez López Haydee

SECRETARIA

Lic. Montenegro Mendoza Rosa Georgina

VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Cecilia Olivos Díaz y Cesar Augusto Ayesta Gonzales, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, por su amor, paciencia y por enseñarme que el éxito sólo se alcanza con esfuerzo y dedicación.

(Carla Beatriz Ayesta Olivos)

Dedico este trabajo a Dios, por haberme dado la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Gregoria Delgado Montalvo y José Vasquez Soberón, por su sacrificio. Por su ejemplo de superación inalcanzable por su comprensión y confianza. Por su amor y amistad incondicional, por estar ahí cuando más los necesité, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.

A mi abuelo Octavio Delgado Sánchez (QEPD), por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a usted.

(Ana Lucia Vasquez Delgado)

AGRADECIMIENTO

Agradéceme en primer lugar a nuestra alma mater Universidad Señor de Sipán, por brindarnos docentes de excelencia que nos reforzaron de comienzo a fin, haciéndonos profesionales de éxito.

A la Mg. Chávarry Ysla patricia del Rocío, de la misma forma a la Lic. Montenegro Mendoza Rosa Georgina nuestras asesoras, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona e investigador; por ser nuestras guías y mentora en la evaluación de nuestros conocimientos.

A los participantes de esta investigación, por la disposición voluntaria y desinteresada.

(Las Autoras)

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRAC.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1. Problematización.....	12
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Justificación e importancia.....	15
1.4. Objeto de estudio.....	16
1.5. Limitaciones de la investigación.....	16
1.6. Objetivos.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes de estudio.....	19
2.3. Sistema teórico conceptual.....	
2.4. CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1. Tipo de investigación.....	46
3.2. Abordaje metodológico.....	46
3.3. Sujetos de investigación.....	47
3.4. Escenarios.....	47
3.5. Técnicas de recolección de datos.....	47
3.6. Instrumentos de recolección de datos.....	48
3.7. Procedimiento para la recolección de datos.....	48
3.8. Principios éticos.....	49
3.9. Criterios de rigor científico.....	49
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	54
4.1. Análisis y discusión de resultados.....	
55 CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES....	63

5.1. Consideraciones finales.....	63	5.2.
Recomendaciones.....	63	
Referencias.....	66	
		V5
Anexos	74	

RESUMEN

Esta investigación surgió de las observaciones realizadas durante la práctica clínica en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” en el cual es evidente el maltrato psicológico que sufren las gestantes durante el proceso del nacimiento, a las que se les humilla verbalmente. Es así como al observar que la mayoría de mujeres que ingresan al Hospital sufren tanto por las contracciones como por la forma deshumanizada de cuidado, es que surge la pregunta ¿Cómo se sintió usted durante el nacimiento de su hijo frente a la atención que le brindó el personal de salud? La relevancia de esta investigación radica en que es un tema poco estudiado en el Perú, y que al profundizar en él y socializarlo, se puede generar mayor conocimiento. Esta investigación se llevó a cabo con mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, en el servicio de puerperio del departamento de Gineco-Obstetricia. Tuvo como objetivo general describir, analizar y comprender las vivencias de las mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento. El diseño de la investigación es cualitativo, se utilizó la entrevista a profundidad como instrumento de recolección de datos. Una vez ya realizado el análisis e interpretación de las entrevistas surgieron categorías y sub categorías.

Palabras clave: Violencia obstétrica, nacimiento, vivencias, parto humanizado.

ABSTRACT

This research emerged from the observations made during clinical practice at the "Las Mercedes" Regional Teaching Hospital, in which the psychological abuse suffered by pregnant women during the birth process is evident, and they are verbally humiliated. Thus, in observing that the majority of women who enter the Hospital are suffering from both the contractions and the dehumanized form of care, the question arises: How did you feel during the birth of your child in front of the care that I give you the health staff? The relevance of this research is that it is a little studied in Peru, and that deepening it and socializing it, can generate more knowledge. This research was carried out with puerperal women attended at the Las Mercedes Regional Teaching Hospital, in the puerperium service of the Department of Gynecology-Obstetrics. Its main objective was to describe, analyze and understand the experiences of women who have suffered practices considered as obstetric violence during the birth care process. The design of the research is qualitative, the in-depth interview was used as an instrument of data collection. Once the analysis and interpretation of the interviews were made, categories and sub categories emerged.

Key words: Obstetric violence, birth, experiences, humanized childbirth.

INTRODUCCIÓN

El proceso del nacimiento constituye un evento trascendental y de gran vulnerabilidad para la mujer, pleno de emociones intensas tanto para la madre como para la familia¹. Se observó que las embarazadas, al acudir a un recinto hospitalario para el nacimiento de su hijo, entraban a un ambiente completamente hostil, con salas incómodas, personal desconocido, solas, sin apoyo, generando en ellas gran ansiedad y estrés, todo ello agravado por la actitud hostil, soberbia del personal de salud, disminuía su capacidad de afrontamiento el momento del nacimiento el que finalmente puede fracasar y terminar de manera distócica, afectando no solamente a las mismas sino también al recién nacido. Por ello, en Madrid - España, Michel Odent dice que los seres humanos al igual que todos los mamíferos tienen ciertas conductas durante el parto, como el buscar un lugar seguro, cálido, íntimo, lo cual favorecerá que todas las fuerzas y procesos bioquímicos naturales puedan contribuir a un parto natural, sin complicaciones y sin estrés que pueda afectar a la diada madre-hijo². Es así como al observar que la mayoría de mujeres que ingresan al Hospital para la atención del proceso del nacimiento de su hijo sufren tanto por las contracciones como por la forma deshumanizada de cuidado, es que surge la interrogante ¿Qué vivencias tuvieron las mujeres que han sufrido de violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento en el Hospital Regional Docente Las Mercedes? Con esta investigación describimos, analizamos y comprendemos las vivencias de las mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes -2016.

Esta investigación es relevante ya que es un tema poco estudiado en el Perú, y que al profundizar en él y socializarlo, se puede generar mayor conocimiento y así mismo crear conciencia en los profesionales de salud involucrados en el área sobre esta forma de violencia a la cual no se le considera como tal. Para a partir de ello, mejorar el cuidado materno perinatal, donde Enfermería tiene un rol importante. Esta investigación es importante porque la salud materna es una de las prioridades de las políticas de salud y está incluida en el tercer “Promover la

igualdad de género y la autonomía de la mujer”⁵⁴. y el quinto objetivo sostenible del milenio, “mejorar la salud materna”⁵⁴.

Por ello, al haber evidenciado prácticas consideradas como Violencia Obstétrica las cuales son contrarias a los objetivos 3 y 5 de desarrollo sostenible del milenio, y al haber tomado conciencia de que no contribuyen; por el contrario atrasan el cumplimiento de dichos objetivos, por lo cual se quiso investigar, que vivencias experimentan aquellas mujeres que han sufrido dicha violencia, con el fin de comprender sus sentimientos y consecuencias para su vida y la de su hijo. Esta investigación aportará información a todo el personal de la salud y madres atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes, generando así conocimiento en cuanto a prácticas violentas y cumplimiento de los objetivos del milenio, desde una perspectiva de género a fin de concientizar y analizar futuros cambios o propuestas sobre un tema tan importante y poco tratado en el Perú. Esta investigación contribuyó al Hospital Regional Docente Las Mercedes, permitiendo la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones de atención, y así generen confianza a las madres de familia al momento de atención del nacimiento de un nuevo ser. Sirvió como referencia para otras investigaciones, tanto de enfermería como de otras especialidades.

CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Problematicación

El parto constituye un evento trascendental y de gran vulnerabilidad para la mujer, pleno de emociones intensas tanto para la madre como para la familia. Es un momento en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico, preparado para la impronta y el inicio del vínculo con su hijo al nacer. Estas condiciones hacen que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar grabados en la memoria consciente, tanto si son positivos como si son traumáticos¹.

Por ello, en Madrid - España, Michel Odent dice que los seres humanos al igual que todos los mamíferos tienen ciertas conductas durante el parto, como el buscar un lugar seguro, cálido, íntimo, lo cual favorecerá que todas las fuerzas y procesos bioquímicos naturales puedan contribuir a un parto natural, sin complicaciones y sin estrés que pueda afectar a la diada madre-hijo².

Así mismo la historia sobre la forma como acontecían los partos, nos muestra muchas manifestaciones culturales al respecto, algunas sorprendentes y hasta se podría decir dramáticas, pero la mayoría de ellas era motivo de alegría y un momento especial que era celebrado por la familia. En muchas culturas quienes atendían los partos, tenían ciertas características que inspiraban seguridad y confianza en la parturienta como por ejemplo, debían ser discretas, amables, alegres y de buenas costumbres, de entre 45 y 50 años, mejor si era viuda, que ya hubiesen sido madres, y que fuesen además buenas cristianas. Tenían además, que estar preparadas para posibles complicaciones que pudiesen surgir³. En el Perú, El Inca Garcilaso de la Vega dice en sus Comentarios Reales que las Indias "parían sin partera, no las hubo entre ellas; y si alguna hacía el oficio de partera, más era hechicera que partera"⁴.

Por otra parte, a partir del siglo XIX, al institucionalizarse el parto, cambió para siempre la forma de pensar la gestación, el parto y postparto. Ello significa que los obstetras no pasaron simplemente a realizar el trabajo de las parteras, sino que pasaron a hacerlo desde su propio *modus operandi* que pretendía, de hecho, alejarse de los viejos métodos utilizados por éstas. Los conocimientos tradicionales de las comadronas fueron drásticamente descartados⁵.

Si bien es cierto que al institucionalizarse el parto disminuyó considerablemente la morbilidad materno perinatal por complicaciones que no pudieran haberse atendido en el domicilio de la parturienta, por otro lado el personal de salud abolió la autonomía de ésta, tratándola como un objeto sobre el cual se puede tomar decisiones sin considerar sus opiniones, deseos, etc. Sintiendo dueños absolutos de la verdad respecto a las necesidades de la mujer en ese momento dramático en su vida. Este tipo de cuidado hospitalario, lejos de suscitar bienestar y confianza en sus usuarias, empezó a verse como un proceso angustiante e intrusivo y, sobre todo, poco saludable física y psicológicamente⁵.

En ese sentido, las embarazadas, al acudir a un recinto hospitalario para el nacimiento de su hijo, entraban a un ambiente completamente hostil, con salas incómodas, personal desconocido, solas, sin apoyo, generando en ellas gran ansiedad y estrés, todo ello agravado por la actitud hostil, soberbia del personal de salud, disminuía su capacidad de afrontamiento el momento del parto el que finalmente puede fracasar y terminar de manera distócica, afectando no solamente a las mismas sino también al recién nacido.

Frente a ello, surgieron a fines del siglo XX hace aproximadamente 35 años, muchas iniciativas, políticas de organizaciones internacionales como la OMS, UNICEF, con el fin de contribuir a terminar con esa forma iatrogénica de cuidado hospitalario del parto, así surge la Iniciativa Hospitales amigos de la madre y el niño (1989), Maternidad segura y centrada en la familia, que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido definiendo la seguridad de la

atención como una de sus prioridades; estimulando el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promoviendo la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad⁶.

Sin embargo, en el presente contexto, a pesar de la existencia de iniciativas, normas y políticas de salud que promueven el respeto a la dignidad de la mujer durante el proceso de la gestación y el parto, se puede evidenciar que se desconoce por completo o simplemente no se cumplen y se continúa vulnerando los derechos de las mujeres en esta etapa tan sublime de traer vidas al mundo. De ese modo muchas veces les queda huellas imborrables que las marca de por vida, pudiendo llegar hasta el síndrome de estrés post traumático que daña seriamente la salud mental de la mujer.

Al mismo tiempo es lamentable que todos los maltratos sufridos por la mujer durante este proceso, que la convierten en una víctima de violencia, no sean percibidos o tomados como tal, ni por ellas mismas que lo sufren en silencio, ni tampoco por el personal que lo ejerce, ni por la institución ni por la misma sociedad, quedando impune; considerándolo solamente como una mala calidad de atención.

Sin embargo en la actualidad, este tipo de “cuidado” o “atención” que son brindados en las entidades de la salud, han llamado la atención de la OMS, que la considera como un tipo de violencia de género a la que ha denominado como “Violencia Obstétrica” y que actualmente se está tomando medidas para ser tratada como tal. Ya en muchos países como España, Argentina, Chile, México, este tipo de trato durante el proceso de embarazo va más allá de falta de calidad y calidez, sus leyes reconocen este tipo de violencia la cual está siendo regulada.

En relación a lo mencionado en el párrafo anterior, Adriana Vergara, en su artículo “Violencia Obstétrica - Víctimas Sin Voz”, refiere; que es impensable que en un evento de tanta trascendencia como el embarazo y parto, se pueda vulnerar los derechos de la mujer, ocasionándole un trauma que la puede marcar de por

vida, pero que sin embargo, “es allí donde se encuentran las víctimas más aisladas, ignoradas y silenciadas de la sociedad” 7.

Frente a todo lo mencionado párrafos arriba, esta investigación surge de las observaciones realizadas durante la práctica clínica en el hospital regional docente “Las Mercedes” en el cual es evidente el maltrato físico y psicológico que sufren las gestantes durante el trabajo de parto, a las que se les agrede y humilla verbalmente, se utiliza a la madre sin su consentimiento como instrumento de exposición constante de los genitales femeninos durante las exploraciones vaginales, para facilitar el aprendizaje de internos de medicina y obstetricia ya que comúnmente se llevan a cabo sin la autorización de ellas. Se le realiza episiotomías innecesarias, inducción de parto y otras intervenciones sin consentimiento y sin informar riesgos, ser humillada por parte del personal médico en el posparto cuando se exige información sobre el parto.

Es así como al observar que la mayoría de mujeres que ingresan al Hospital en trabajo de parto sufren tanto por las contracciones como por la forma deshumanizada de cuidado, es que surge la interrogante ¿Cuáles son las vivencias de las mujeres durante el trabajo de parto en el Hospital docente “Las Mercedes” Chiclayo 2016?

1.2. Formulación del problema

¿Qué vivencias tienen las mujeres que han sufrido de violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento en el Hospital Regional Docente Las Mercedes?

1.3. Justificación e importancia

La relevancia de esta investigación radicó en que es un tema poco estudiado en el Perú, y que al profundizar en él y socializarlo, se podría generar mayor conocimiento y así mismo crear conciencia en los profesionales de salud involucrados en el área sobre esta forma de violencia a la cual no se le considera como tal. Para a partir de ello, mejorar el cuidado materno perinatal, donde Enfermería tiene un rol importante.

Esta investigación es importante porque la salud materna es una de las prioridades de las políticas de salud y está incluida en tercero “promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer” y el quinto objetivo sostenible del milenio, “mejorar la salud materna”⁵⁴.

Por ello, al haber evidenciado prácticas consideradas como Violencia Obstétrica las cuales son contrarias a los objetivos 3 y 5 de desarrollo sostenible del milenio, y al haber tomado conciencia de que no contribuyen; por el contrario atrasan el cumplimiento de dichos objetivos, por lo cual se quiso investigar, que vivencias experimentan aquellas mujeres que han sufrido dicha violencia, con el fin de comprender sus sentimientos y consecuencias para su vida y la de su hijo.

Esta investigación aportó información a todo el personal de la salud y madres de familia del Hospital Regional Docente las Mercedes, generando conocimiento en cuanto a experiencias violentas y respeto de las leyes para contribuir al cumplimiento de los objetivos del milenio, desde una vista de género se concientizó y analizo cambios futuros o propuestas sobre un tema tan importante y poco estudiado en el Perú.

Esta investigación contribuyó al Hospital Regional Docente Las Mercedes, permitiendo la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones de atención, y así generen confianza a las madres de familia al momento de atención del nacimiento de un nuevo ser.

También sirvió como referencia para otras investigaciones, tanto de enfermería como de otras especialidades.

1.4. Objeto de estudio

Vivencias de las mujeres durante el proceso de atención del nacimiento.

1.5. Limitaciones de la Investigación

Durante el desarrollo de nuestra investigación surgieron inconvenientes; como es el factor financiero, y la falta de tiempo.

El tiempo de espera para la autorización en el hospital y poder iniciar con la recolección de datos. Y la poca colaboración que tuvieron las madres para expresar sus vivencias.

1.6. Objetivo General

Se describió, analizó y comprendió las vivencias de las mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes -2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes internacionales

Gabriela AR. en Costa Rica del año 2014, realizó un estudio titulado: La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, en este artículo contiene algunos resultados preliminares de un proyecto de investigación cuyo objetivo es teorizar acerca de la violencia obstétrica a partir del caso de Costa Rica. Para ello, propone un concepto teórico novedoso: el poder obstétrico. A partir de dicho estudio, este trabajo retoma fuentes teóricas relevantes y evidencia empírica relacionadas con el tema. Se considera que, entre las teorías disponibles, la desarrollada por Michel Foucault es referencia clave para el análisis del problema. De ahí que sea posible identificar una particular forma de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas¹⁰.

Ibone O. en España del año 2013, en su artículo titulado: Las Secuelas De La Violencia Obstétrica, nos habla acerca de diferentes estudios realizados en población general en Australia y Reino Unido se observa que entre el 1 y el 6% de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés posttraumático (TEPT) completo tras el parto (Ayers & Pickering, 2001; Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). En Estados Unidos, una encuesta nacional encontró que el 18% de las mujeres presentaban síntomas altos de TEPT posparto (Beck, Gable, Sakala, & Declercq, 2011). En general se estima que aproximadamente el 35% de las madre presenta algún grado de TEPT (Allen, 1998; Creedy et al., 2000; Soet et al., 2003)¹¹.

Laura FB, en Buenos Aires – Argentina en el año 2013, realizó un estudio titulado: La Violencia Obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos, en esta investigación se utilizó la metodología cualitativa de tipo descriptivo. Desde los inicios de la medicina moderna, la idea de que la fecundidad y la maternidad

constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico, fue tomando cada vez más fuerza. Estas maternidades intervenidas se desarrollan en su gran mayoría en torno de saberes científicos diseñados para su regulación y control. El presente artículo explora la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos muchas veces ignorada. Se trata de un trabajo de revisión bibliográfica sobre un tema de actualidad que, a pesar de su pertinencia para la bioética, ha sido desestimado. Se intentará sistematizar las cuestiones asociadas con este fenómeno y ofrecer un análisis del mismo dentro del marco de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos¹².

Maria RP. En Brasil del año 2016, realizó un estudio titulado: La Ginecoobstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica, el artículo se propone describir las diferentes posturas que los actores han tomado en torno de la introducción de prácticas de "parto humanizado" - clasificadas como "abiertas", "intermedias" y de "resistencia", en tanto y en cuanto éstas buscan disminuir la violencia obstétrica. En especial, se subrayan las explicaciones y reacciones de las mujeres Gineco-obstetras ante la violencia obstétrica. El análisis busca mostrar cómo el género como construcción y la antropología como método y enfoque contribuyen a entender el fenómeno y hacer inteligible esta aparente paradoja. Como conclusión, se plantea que establecer relaciones entre la feminización de la Gineco_Obstetricia y la problematización de la violencia obstétrica nos permiten una entrada a la comprensión de los alcances y limitaciones del proceso de feminización de la profesión médica¹³.

Roberto C, Joaquina, en México del año 2014, realizaron un estudio titulado: 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, se presenta un compendio de la investigación social sobre violencia obstétrica que los autores y otros han realizado en México desde hace varias décadas. El principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización que suele hacerse de la misma, desde el campo médico, como un problema básicamente de "calidad de la atención". Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un problema de calidad pero el tema no se agota ahí. El

predominio de esta errónea construcción del problema explica la falla sistemática que han enfrentado las campañas por la “calidad” de la atención y el reiterado fracaso de los esfuerzos de “sensibilización” de los médicos, fracaso que a su vez se demuestra por las estadísticas de la propia CONAMED. Los esfuerzos de prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de “calidad” y “calidez” de la atención desconocen la verdadera naturaleza del problema. La propuesta es que el objeto de estudio debe construirse con un enfoque de género, bajo una perspectiva de derechos, y con el auxilio de los conceptos sociológicos de habitus profesional y campo médico. Tras argumentar la pertinencia de esta perspectiva, se muestra que la violación de derechos reproductivos de las mujeres es un epifenómeno de la estructura de poder del campo médico y también una consecuencia del papel que juegan sus principales actores en el mantenimiento del orden social de género vigente. El artículo concluye ilustrando con publicaciones de los autores lo fructífera que resulta esta perspectiva para comprender mejor este problema y erradicarlo más eficazmente¹⁴.

Pintado SC, Penagos CJC, Casas AMA, en México en el año 2015, desarrollaron una investigación titulada “Síndrome del quemado en la percepción médica y obstétrica de la violencia”, la violencia obstétrica implica una violación de los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. Se ha asociado con la falta de empatía y el malestar emocional de los médicos. Que tiene como objetivo, identificar las percepciones de violencia obstétrica y para determinar la posible relación con el síndrome de burnout. Se evaluaron 29 médicos cuyo ámbito de trabajo se relaciona con la obstetricia y ginecología. Los instrumentos de evaluación fueron los siguientes: a) Cuestionario sobre la percepción del profesional que recoge la información demográfica, las situaciones de obstétrica percibe la violencia , las principales preocupaciones de los médicos en su trabajo profesional, e incluye una escala sobre el nivel de satisfacción en el trabajo, b) el Maslach Burnout Inventory, y c) Escala de Empatía Médica Jefferson. Las situaciones percibidas más frecuentes sobre violencia obstétrica fueron: mala práctica médica y las prácticas nocivas (10/29), discriminación (10/29), el tratamiento grosero y ataques verbales (11/29). Diecisiete participantes informaron

de la falta de información sobre violencia obstétrica y no tener las herramientas para hacer frente a este problema. En cuanto al síndrome de desgaste, que se asoció con varios ítems de la escala de empatía y con la escala de satisfacción en el trabajo. Este estudio muestra la importancia de proporcionar conocimientos y herramientas para hacer frente a la violencia obstétrica y el manejo del estrés para evitar este tipo de situaciones en las prácticas médicas¹⁵.

Faneite, Josmery, Feo, Alejandra; Toro M, Judith, en Venezuela del año 2012, publicaron un artículo titulado: Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud, cuyo objetivo es determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales por el personal de salud. Estudio descriptivo y transversal realizado mediante la aplicación de una encuesta a 500 personas pertenecientes al equipo de salud que labora en el área obstétrica de diferentes centros hospitalarios de junio a octubre 2010. El 87 por ciento de los encuestados conoce la existencia de una Ley que protege a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia; 45,7 por ciento de ellos identificó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Un 89,2 por ciento conoce el término violencia obstétrica, señalando al ejecutor como cualquier personal de salud 82,4 por ciento. El 63,6 por ciento ha presenciado maltrato a una embarazada; y de estos, 42,8 por ciento resultó ser por parte del médico y 42,5 por ciento por enfermería. En 94,6 por ciento no existen los medios para la atención del parto vertical, y se emplea 54,4 por ciento consentimientos informados. Respecto a mecanismos de denuncia 72,6 por ciento desconoce los mismos y 71,8 por ciento desconoce los organismos encargados de prestar ayuda. Un 5,4 por ciento ha realizado denuncias por violencia de las cuales 7,4 por ciento han sido de violencia obstétrica. El término violencia obstétrica resultó ser conocido por los encuestados, no así la existencia de la Ley específica que la define. Los actos constitutivos de violencia obstétrica no están claros. El consentimiento informado es aplicado. Los mecanismos de denuncia y los organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica son desconocidos¹⁷.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Reneé, M y Álvaro, T, en Lima-Perú del año 2015, desarrollaron una investigación titulada “¿Qué sabemos sobre la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú?”, cuyo objetivo es reconocer el maltrato que sufre la mujer durante el parto es reconocido como un problema de gran importancia. El término que se suele usar para estos casos es "Falta de respeto y maltrato durante la atención del parto". Aunque recientemente se ha introducido como sinónimo el término "violencia obstétrica" en el ámbito legal de Venezuela. Estas malas prácticas afectan física y psicológicamente a la mujer, quien llega a temer la atención obstétrica que se brinda en los establecimientos de salud. Esto disminuye las probabilidades de buscar un parto institucionalizado en su siguiente embarazo, aumentando así el riesgo de mortalidad materna, en especial en países de bajos y medianos ingresos, en los que este temor se suma a otras barreras de acceso como el costo, la distancia y la falta de información. La prevalencia de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto varía entre países, posiblemente debido a reales diferencias en la atención o a diferencias en los instrumentos y metodologías utilizadas para recolectar la información¹⁹.

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 señaló que si bien la mortalidad materna se redujo en un 64,9% entre los años 1990-2010 al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, estos resultados aún se encuentran distantes de la meta de menos de 66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos establecida para el 2015. Además, el 89,2% de partos fueron atendidos en un establecimiento por personal de salud calificado, cifra que es menor en la población rural (72%). No se ha estudiado a profundidad la contribución de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú en estas cifras. Sin embargo, esta problemática existe, y tanto estudiantes como profesionales de la salud la viven el día a día, a veces denunciándola, a veces ignorándola e incluso cometiéndola. Para combatir estas prácticas es necesario generar evidencias sobre su magnitud, sus factores de riesgo, sus consecuencias, la opinión de prestadores y pacientes, y los resultados de diversas estrategias, en base a las cuales se puedan establecer políticas que afiancen el respeto como componente esencial de la atención del parto, y empoderen a las mujeres en la exigencia de sus derechos.

En conclusión, la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto es un problema latente en los establecimientos de salud del Perú. Sin embargo, la falta de estudios al respecto hace difícil el diseño de políticas públicas para prevenirla¹⁹.

2.1.3. Antecedentes Locales

Se considera que no existen antecedentes a nivel local, por lo que se hace más relevantes a esta investigación.

2.2. Sistemas teórico conceptuales

Violencia obstétrica:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres²¹.

Como sucede a menudo cuando un concepto se encuentra en fase de construcción, la violencia obstétrica no cuenta todavía con una definición estándar y consensuada. De forma simplificada, empero, podemos señalar que se entiende por violencia obstétrica cualquier tipo de maltrato procesado a la mujer embarazada por parte del personal sanitario durante la gestación, el alumbramiento o el periodo del postparto²².

Tipos De Violencia Obstétrica: Tomando a Graciela Medina en su artículo sobre "Violencia obstétrica" y a la información recogida por El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos (de un proceso de investigación que comenzó en Junio de 2001) se clasifica a este tipo de violencia en: ²³.

Violencia obstétrica física: Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el

estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico²³.

Violencia obstétrica psíquica: Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Asimismo comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general²³.

De este mismo estudio del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos también surgió que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de:²³.

Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos.²³

Violación del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones. A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva²³.

Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, al personal de salud²³.

Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.

La Oficina Regional de la OMS para Europa desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea)²⁴.

Se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea). Los diez principios del Cuidado Perinatal que la OMS señaló en la reunión fueron: El cuidado del embarazo y parto normales debe: ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible; ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico²⁴.

Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios; ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y cuentistas sociales; ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico; estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja; ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos; tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres y respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres²⁴.

Decálogo CLAP OPS/OMS 2003: Metas a lograr en la atención materna perinatal en América Latina y el Caribe.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) dependiente de la OPS/OMS, publica en el año 2003 el siguiente Decálogo que apoya los conceptos vertidos precedentemente y también incorpora otros aspectos que los completan, haciendo un llamado para que se transformen en Metas para la región de América y el Caribe:²⁵.

Conocer la epidemiología de nuestra realidad para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios; que toda mujer de la región pueda alcanzar su salud reproductiva; que las prácticas utilizadas en la atención sean basadas en la mejor evidencia disponible; el trato brindado debe ser humanitario y centrado en la familia receptora; que la mujer esté involucrada en sus cuidados y en el proceso de la atención; exigir que los profesionales de la salud cuenten con un sistema de certificación periódica por organismos de pares y que todas las mujeres deben recibir calidad de la atención igualitaria²⁵.

Los Derechos de la Embarazada según el Dr. Carlos Burgo

La técnica y la tecnología han sido y son utilizadas en muchas oportunidades como argumentos de intervención profesional, provocando una alteración en la trama vincular. Se transforma así, la instancia de embarazo y parto, en episodios en los que la pérdida de individualidad, intimidad, sostén, escucha, dan lugar a una sucesión de rutinas e intervenciones médicas innecesarias y escasas veces decididas desde la reflexión y el respeto por el mundo afectivo de la embarazada. Pensando en la violencia que comporta para la mujer algunas prácticas asistenciales, desde el sentimiento de indiferencia que se instala en los encuentros con los profesionales hasta la percepción del abuso de algunas prácticas; y considerando los ideales sociales sobre lo que "debe y no debe hacerse", es que el Dr. Burgo elabora un decálogo de derechos de la embarazada. Este malestar ha generado en nuestro país y en otros lugares del mundo, alternativas y procedimientos que han sido definidos de múltiples maneras y que posibilitan eludir los condicionamientos que impiden a cada mujer asumir el rol protagónico y

favorecen la reflexión acerca de cómo quieren parir y recibir al hijo. Para Carlos Burgo el cuidado no está solamente vinculado a la atención tecnológica, sino que lo esencial pasa por ese "cuerpo a cuerpo" de la relación entre la futura madre, el padre, y el equipo profesional que les brinda asistencia. Su decálogo de derechos intenta restablecer los conceptos de dignidad, respeto, continencia, placer, permisos y tolerancia²⁶.

Decálogo de los derechos de la embarazada:

Derecho a que no la consideren una enferma: No solo sus familiares y amigos imaginan y crean una situación de riesgo, sino que un gran porcentaje de médicos comparte este sentimiento: prohibiciones, estudios excesivos, medicamentos innecesarios.²⁶

En realidad, no solo no está enferma, sino que ésta es la etapa más plena de su vida, y no tiene por qué variar su ritmo de todos los días.²⁶

¿De dónde proviene esta idea de tomar el embarazo como una enfermedad?

Desde el comienzo de la gestación empiezan a cambiar cosas. Se siente distinta. Dentro de sí, algo ocurre en su cuerpo y en sus emociones. Y afuera, también, algo se modifica en la relación con los demás.²⁶

Y es que estos cambios suyos provocan en la gente la sensación de "no habitualidad", y se tiende a considerar lo no habitual como "no normal", o "no sano", por lo tanto el embarazo resulta ser una situación de "enfermedad". Por otra parte, las mujeres de su alrededor proyectan sobre ella sus propias historias. El recuerdo de cómo fueron tratadas, sus experiencias personales, sus sensaciones, sufrimientos, etc., son depositados en la embarazada como si el suyo fuera un "mal estado". Y aparecen las advertencias que presuponen un cuidado. Muchos de estos cuidados están enfocados a limitar fundamentalmente su actividad física: ejercicios, desplazamientos cotidianos, actividad sexual, etc, un organismo enfermo se supone que debe estar en reposo²⁶.

Lo cierto es que es simplemente una etapa importantísima en la vida de una mujer, que no le impedirá casi nada y que debe ser vivida con placer y permisos.

26.

Seguir con todo lo que venía haciendo: trabajo, estudio, deportes (exceptuando situaciones muy violentas). Pasear y bailar, ir a la peluquería y comer como siempre.²⁶

Es importante que pueda defender el derecho de estar sana y sentirse bien. Y para ello, reconocer los mensajes de su propio cuerpo, que le impondrá la libertad y los límites naturales²⁶.

Derecho a pedir la participación de su pareja: Estos dos seres humanos, varón y mujer, que un día se encontraron y decidieron compartir la vida, también decidieron juntos incluir al hijo y transformarse en una familia. Y si bien el embarazo está instalado en el cuerpo de la mujer, en realidad les pertenece a los dos²⁶.

El desconcierto que despierta un planteo tan simple y elemental como el de incluir al varón se expresa con advertencias llenas de temor. El hombre está bastante propenso a participar, pero frecuentemente no es acompañado por quienes debieran hacerlo: familiares y amigos que lo desalientan, el médico que lo deja fuera de la consulta, la partera que lo saca cuando va a examinar a su mujer, la enfermera a cada momento, y las instituciones que lo excluyen desde rígidas normas. Esto sucede así porque la participación del varón es transgresora porque es un cambio en algo establecido. El embarazo y el parto fueron históricamente cosa de mujeres. Pero esta situación está cambiando porque también se transformó la relación de pareja. En efecto, la cultura de centurias que impuso los roles fijos y estereotipados del varón fuera de la casa y la mujer dentro, excluyó a la mujer del desarrollo personal y al varón del vínculo con los hijos.²⁶

Actualmente; los nuevos paradigmas sociales y económicos provocan cambios frente a la situación de embarazo, situaciones como la desocupación y la necesidad de contar con más de un ingreso para sostener el hogar, y el diálogo más abierto hace que lo referido a las cuestiones domésticas ya no sea "cosa de mujeres", sino "cosa de la pareja". No solo el varón sino la mujer pueden exigir un compromiso de quienes los asisten, para otorgarles el derecho de poder estar juntos en todas las instancias que lo deseen²⁶.

Si los dos quieren compartir las vivencias del parto, la pareja debe defender este derecho a que él participe, porque el nivel de emoción de ambos durante esta milagrosa experiencia será más intenso y perdurable.²⁶

Él está preparado, si lo desea. Nada lo obliga, solo el deseo de ambos. Puede estar para ver, para tomar al niño en el nacimiento, para cortar el cordón, o solo para estar. Su presencia, sus caricias, su aliento, son un soporte magnífico para sostener a su mujer en el momento de parir a su hijo²⁶.

Derecho a tener miedo: El miedo al movimiento, a las malformaciones fetales, al dolor, al sufrimiento, y a la muerte de la madre o del bebé, son emociones que con mayor o menor intensidad, y mayor o menor negación, acompañan siempre a la embarazada. Frente a la aparición de estas emociones y la tentativa de apaciguarlas es necesario tomar conciencia de que no se pueden detener.²⁶

Si se analizan los orígenes, los momentos y motivos en que estos temores aparecen, la embarazada podrá aceptarlos y buscar contención afectiva y respuestas adecuadas.²⁶

Las fantasías de muerte, son la base de todos los temores. En otras épocas había muchos casos de muerte en embarazos y partos, cuando no existía control de la natalidad ni medios técnicos para controlar adecuadamente el embarazo, y para atender las urgencias o accidentes que pudieran surgir. Esto fue así desde siempre hasta el siglo XX, y entonces; ¿¡Cómo no tener miedo!?²⁶

Los miedos son irracionales y muy profundos, tienen que ver con lo ancestral y más primitivo de nosotros. Desde tiempos remotos el ser humano creó rituales para conjurar lo temido y hoy de distintas maneras seguimos haciéndolo. Cuando una embarazada pide un "curso de parto sin temor y sin dolor" está solicitando un ritual mágico para resolver su miedo. En verdad prepararse para el parto implica asumir el temor y el dolor como una realidad que ella va a transitar pero con la que puede operar y no paralizarse. - Otra cuestión que asusta es la posibilidad del sufrimiento. Debemos diferenciarlo del dolor, que es una sensación física displacentera pero que no está asociado a las emociones. Cuando hay mucho temor, el dolor puede transformarse en sufrimiento que supone sentimientos de pérdida y de abandono. El temor más conscientemente reconocido es el de la

malformación del bebé. Tal vez por ser el más simple de descartar (antecedentes, estudios, etc.) los médicos pueden tranquilizar mejor a la mujer. Es decir que puede haber un mayor diálogo sobre este temor en particular, porque de alguna manera estamos hablando de otro que es el bebé. Pero si en el vínculo entre el equipo y la pareja se pueden compartir otros temores y hablar de ellos, seguramente dejarán de tener un efecto adverso. La cuestión no reside en no tener miedo, sino en reconocerlo y aceptarlo para poder actuar y no cerrarse. Cuando el equipo de asistencia acepta los temores y ayuda a la pareja a no paralizarse, está admitiendo el derecho a tener miedo²⁶.

Derecho a elegir

¿Y por qué es tan importante la elección del médico, del equipo, del lugar del parto? Porque esta situación que se da muy pocas veces en la vida ¿dos, tres, cinco?, tiene tal intensidad emocional que vale la pena vivirla de la mejor manera posible. Los modelos de asistencia rutinarios, toman muy poco en cuenta las modificaciones intensas que suceden en las emociones de la embarazada. ²⁶.

Prácticamente se ocupan exclusivamente de los cuidados físicos de la madre y el hijo, para lo cual se han elaborado extraordinarias técnicas al servicio de la seguridad biológica, pero nada o casi nada al cuidado de la salud afectiva. Pero en el modelo propio, que cada mujer puede construirse para sí misma, tiene que estar implícita -además- la certeza de no ser mentida ni engañada. Sentirse libre y contenida al mismo tiempo. Dudar, preguntar, obtener respuestas. Ser contradictoria e incoherente y comprendida en esos cambios. A partir del esfuerzo de reflexión, es cuando se afirma el derecho a elegir estar mejor²⁶.

Derecho a sentirse dueña de su cuerpo: A medida que se desarrolla el embarazo, el esquema corporal (que es una imagen constituida por la imagen reflejada en el espejo, más la que los otros nos devuelven, más el propio registro) se altera cotidianamente. También va cambiando el eje de equilibrio, el peso y el

metabolismo. Esto crea cierta dificultad para reconocerse, porque se trata de una transformación que no cesa y lo que sucede en el cuerpo tiene un exacto correlato emocional, es decir que a este movimiento en el cuerpo se corresponde un movimiento en las emociones -están más sensibles, más irritables, reaccionan rápidamente ante cualquier estímulo. Este "poder sobre sí mismo" implica adueñarse de uno quitándole al otro el poder. Después del parto las mujeres suelen decir refiriéndose al médico o a la partera: "lo hizo nacer", así entrega su poder a los otros. En realidad es ella la que desde "su" cuerpo hace nacer. De igual modo durante el trabajo de parto, a veces la parturienta recibe consignas muy rígidas que le impiden actuar libremente, se la obliga a la obediencia y a la inmovilidad. Aquí los otros se adueñan del cuerpo de ella, ignorando sus necesidades y deseos. Esta situación suele estar ya planteada en los "cursos" en los cuales se "instruye" a la futura mamá para "portarse bien en el parto". Sería deseable que todos los sistemas de preparación prenatales estimularan el descubrimiento propio, la creatividad, la posibilidad del placer para que la embarazada se reafirme en su derecho a sentirse dueña de su cuerpo; antes que preparar la ejercitación mecánica muscular que responde a consignas y necesidades de otros (médicos y/o parteras) y no a tener en cuenta las necesidades de las mujeres²⁶.

Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias: Durante el embarazo existen una serie de procedimientos que se realizan sistemáticamente, pero muchos de ellos responden a pautas necesarias de establecer y que no resultan cruentas ni injustificadas (por ejemplo: análisis biológicos, control de tensión arterial, etc.). Pero es en el momento del parto en donde surge con toda claridad la violencia de las rutinas innecesarias. Podríamos hacer una descripción de todas estas rutinas, pero solo para aclarar que cada una puede llegar a tener una indicación precisa en determinado momento. ¿Por qué hacer enemas si durante el trabajo de parto las contracciones uterinas despiertan el peristaltismo intestinal de modo que casi siempre se llega a la sala de partos después de una o varias deposiciones? Solo se puede justificar si es que hay una severa constipación lo que sucede muy pocas veces. ¿Por qué poner goteos para apurar un trabajo de parto que tiene su propio tiempo, su propio ritmo, su propio modo? Será necesario

cuando de verdad se produzca una alteración tal de la dinámica que así lo exija. ¿Para qué romper la "bolsa de las aguas" a fin de acelerar el proceso de dilatación si esta elástica membrana protege la cabecita del bebé de serios esfuerzos al apoyar sobre el cuello del útero? Será necesario solo en casos excepcionales.²⁶.

¿Por qué impedir que la parturienta se levante, se mueva, pueda ir al baño, camine, tome líquidos si tiene sed? Seguramente en ciertos momentos hay una explicación médica para cada prohibición, pero estas son situaciones muy poco frecuentes. ¿Y la obligación de ir en camilla a la sala de partos? ¿En cuántos sanatorios está prohibido que la parturienta camine acompañada por su equipo? ¿Por qué someter verbalmente con órdenes y exigencias, y a veces con amenazas veladas (por ejemplo: "Si no haces fuerza, te voy a hacer un Fórceps"), a la mujer que expresa con llantos o con gritos su ansiedad y su miedo? ¿Y la prematura realización de anestesia en la zona vulvar (que edematiza los tejidos e impide su distensión), con la consiguiente episiotomía, sin esperar exactamente el instante en que una adecuada valoración permita saber si es necesario? Cada uno de estos procedimientos se realiza como un hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin reflexión, transformándolos en un ejercicio de poder en el que la mujer es sometida. Nada de esto debe funcionar como "rutina", y debe ser usado como consecuencia y alternativa individual frente a problemas concretos. Partiendo de la base de que la mayoría de los partos evolucionan espontáneamente, cada mujer debiera intentar ejercer su derecho a que no se intervenga innecesariamente para que así sea²⁶.

Derecho a sentir placer y a sentir dolor: En el parto hay estímulos que se originan en el cuello del útero durante la dilatación, otros que se producen por el pasaje del bebé a través de la vagina y la compresión de los tejidos vecinos, y por fin los que se producen en el nacimiento por la salida a través de la vulva. Estos estímulos forman parte del proceso común en cualquier mujer e integran el mecanismo del dolor. La que sepa de estos mecanismos y posea un entorno dispuesto a acompañarla en esta aventura de sensaciones, también podrá disfrutarla. La continencia afectiva del equipo asistencial es la infraestructura necesaria para que esto se logre. Los vínculos solidarios en actitud de sostener el dolor del otro, le permiten al otro sostenerse a sí mismo. Esto conducirá a aceptar

la existencia del placer también en el período expulsivo, donde el estallido emocional puede constituirse en la máxima vivencia de un ser humano. Pero debemos reconocer que muchos sectores de la sociedad contemporánea penalizan el solo hecho de pensar en el placer del parto. Por eso solo se habla de dolor. Desde la obstetricia, es habitual que aquellos más preocupados por el dolor, sean los que instrumenten más cosas para evitar el placer²⁶.

Derecho a expresarse según su necesidad

En la situación de embarazo, los intensos cambios que se suceden se expresan en los pensamientos y en las emociones como actitudes contradictorias, que asustan no solo a la embarazada, sino y especialmente a su entorno: familiares, amigos y también profesionales. Estos contrastes se resuelven en sus gestos y en sus palabras, generando a veces incoherencia y contradicción, a tal punto que remiten al fantasma de la locura. Fantasma que surge con el miedo al descontrol o al ridículo, y hace aparecer la obligación a la coherencia, al punto que impide o censura hasta la más simple de las expresiones. Tan es así, que desde el principio del vínculo con su médico, este suele plantear los límites - hasta donde está dispuesto a tolerar las expresiones de ella. Cuando la mujer comunica sus miedos o inquietudes durante el embarazo: no ser escuchada o atendida se constituye en la más precoz limitación a su posibilidad de expresión. Nadie puede reconocer la propia necesidad mejor que uno mismo ¿Cómo entonces establecer cuando el otro necesita llorar, cantar, gritar o reír? ²⁶.

"Dejarse fluir" es fundamental también para el placentero desarrollo del parto: movimientos, voces, sonidos, palabras, miradas; se convierten además en la posibilidad de comunicar lo que se siente. Frente a la aparición libre de cualquiera de estos episodios en el parto, habrá distintas actitudes del equipo o del personal auxiliar. Estarán quienes la penalicen o agredan, quienes la ignoren, y otros escucharán atentamente para contenerla y acompañarla; y en esas intensas horas le propondrán, por el contrario, que exprese a su modo todas sus sensaciones sin inhibiciones. Es importante que la embarazada sepa que los transitorios momentos de confusión o de angustia, o de "descontrol" o la sensación de "no poder", presentes en el parto, son naturales y frecuentes. La mejor manera de ejercer el

derecho a la expresión, es demandando esto anticipadamente y buscando vínculos permisivos que lo posibiliten²⁶.

Derecho al vínculo inmediato con su hijo

Esta escena describe la interrupción brusca de una relación que empezó dentro de la panza y debía continuarse fuera para ir separándose de a poquito. Del cuerpo de la embarazada, a partir del nacimiento, surge otro cuerpo: el de su hijo; y estos dos seres tienen iguales derechos y necesidades que se corresponden. Cuando quienes los asisten intervienen separándolos rápidamente, provocan en ambos una sensación terrible de vacío: en la madre desde el contenido y en el bebé desde el continente. Cuando se favorece el reencuentro mamá-bebé, la reacomodación es inmediata y calma a ambos. El bebé sólo se tranquilizará al abrigo de su madre, y ella, a su vez, necesita de inmediato: 1) verlo (quién es), 2) que está bien (cómo es) y 3) cuidarlo (confirmar que puede). La impronta de los primeros minutos de contacto, llamada "apego", es fundamental para este vínculo. Quienes demoran esta relación inmediata, quizá no saben que las rutinas que utilizan sirven básicamente para calmar la ansiedad profesional sin pensar demasiado si lo que están haciendo, es realmente a favor del otro.²⁶

Por cierto, cada procedimiento tendrá su justificación. Lo que el recién nacido necesita de inmediato es preservar su temperatura y poder respirar libremente. Pero, ¿hay mejor fuente de calor que el contacto inmediato con la piel materna a la misma temperatura? Desde este calmo lugar ¿no es más tranquilizador animarse a respirar con lentitud sin ser exigido? -como la exigencia al llanto inmediato, buscada a veces con violencia, como sinónimo de vida- y que sólo manifiesta la posibilidad de protesta del bebé. En definitiva, el encuentro inmediato con el hijo es un derecho que debe ser reclamado no sólo desde el lugar de la mujer, sino desde este niño²⁶.

Derecho al buen trato: La agresión franca que se puede jugar en la sala de partos sería extensa de describir. Pero el buen o el mal trato suele comenzar desde el embarazo. Desde las primeras consultas se pone en evidencia el respeto, o todo lo contrario. Un médico que dedica sólo diez minutos, que ni siquiera recuerda su nombre, que no da espacio para preguntas, ni da respuestas, son los primeros

ejemplos de la modalidad que se construye en este vínculo. El buen trato se manifiesta en el respeto a los tiempos propios de este suceso de parir, a la actitud comprensiva, tolerante y contenedora de los que la acompañan, alentando el sentimiento de poder de la embarazada más allá de aquellos miedos que la paralizan, como el miedo a agredir, a romper o a ensuciar. El equipo debe entender estas contradicciones. Porque la sensación de falta de afecto, o de desinterés, o las actitudes agresivas llevan a la mujer a un desconcierto que transforma en poco tolerable la situación del parto. La mejor alternativa es considerar a la mujer en su integridad de cuerpo, emociones y pensamientos. Y este es su principal derecho. Por lo tanto, el no cumplimiento de éstos derechos implica directamente Violencia Obstétrica²⁶.

Violencia contra la mujer y sexualidad: Casilda Rodrigañez Bustos en una ponencia en Barcelona titulada “La violencia interiorizada en la mujer (2003 2006)” menciona que la negación del cuerpo materno es la negación de nuestra sexualidad, una construcción artificial y violenta de nuestro desarrollo corporal, una violencia interiorizada de por vida. Es también una destrucción de una energía sexual imprescindible para la humanidad: la libido femenina-materna, la sustancia que debería impregnar todo el tejido social²³.

El parto como un acto sexual: En relación al mandato bíblico, Casilda considera que no es casualidad que la maldición divina de parir con dolor está asociada a la dominación del hombre sobre la mujer. ²³.

Frederick Leboyer, nos habla de nacimientos sin violencia, de bebés que nacen sonriendo, de mujeres que abren su útero con tiernos latidos (en lugar con contracciones espasmódicas), tierna y plazeramente, avanzando hacia el éxtasis. Ellos explican el dolor y el sufrimiento de la mujer en el parto con causas culturales de patriarcado y Casilda lo ejemplifica con el siguiente relato: “Las mujeres de la India visualizan los pétalos de la flor de loto abriéndose para abrir el canal del nacimiento, un abrir suave, sin violencia alguna; claro que no se les ocurre ponerse a parir en decúbito supino, en medio de focos, entregadas a las órdenes de las autoridades médicas. Porque el parto, como todo acto sexual, requiere intimidad para que el cuerpo pueda abandonarse a la emoción y a la relajación. El

desconocimiento de nuestro cuerpo y la pérdida de la confianza en él, junto con el miedo inculcado, nos hace hacer todo lo contrario de lo que el parto requiere; contraídas, llenas de miedo, entregamos nuestra confianza a las autoridades de la Medicina, que -cesáreas aparte- no pueden saber ni hacer lo que sólo el cuerpo sabe cómo y cuándo hacer”²³.

Medicalización rutinaria del parto: La Organización Mundial de la Salud lo define como aquel que aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es manejado para acortar su duración con Oxitocina sintética y con la práctica de rotura artificial de membranas ²⁷.

Importantes avances y descubrimientos en el terreno de la ginecología y la obstetricia, cuya propósito era la de solucionar problemas concretos se han vuelto en contra de las mujeres y sus hijos al utilizarse de manera inoportuna, infundada y por rutina para cumplir con determinados protocolos hospitalarios. Es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de “Cascada de intervenciones” que medicalizan innecesariamente el transcurso del parto normal²⁷.

Este tipo de atención produce un aumento absurdo del número de cesáreas y partos traumáticos (inducciones, extracciones instrumentales, episiotomías) y el ingreso de bebés en unidades neonatales sin mejorar la mortalidad y aumentando la morbilidad materno-infantil. Es decir que hace correr graves riesgos a las mujeres y a sus bebés, además de suponer el despilfarro de una gran cantidad de dinero, pues se invierten en partos normales y sin riesgo unos recursos totalmente innecesarios y en la mayoría de los casos desacertados. Se estima que sólo el 10% de las intervenciones obstétricas que se realizan regularmente en España están basadas en la evidencia científica. El 90% restante, por tanto, tiene el potencial de causar daño sin beneficios justificados²⁷.

Consecuencias negativas de la excesiva medicalización del parto: Tanto las cesáreas como los partos instrumentales dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y SEPT (Síndrome de Estrés Posttraumático) posparto que pueden afectar las relaciones

sexuales de la mujer e incluso a sus relaciones familiares, además de reducir su fertilidad²⁷.

Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños.

Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo²⁷.

El Parto: Entendemos por parto la expulsión del feto y sus anejos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos. Resulta, pues, que solamente podemos decir que un parto ha sido normal o eutócico cuando ha terminado por completo. Si durante él se presentan complicaciones se llama distócico²⁸.

El parto puede ser espontáneo, esto es, comenzar y transcurrir sin intervención alguna, o por el contrario puede ser inducido o provocado en su inicio, y/o ser dirigido con medicamentos durante su evolución. Por último puede precisar de maniobras especiales, para terminar denominándose quirúrgico o tucúrgico.²⁸

El parto marca el fin de la gestación, y dependiendo de la duración de esta hablaremos de parto a término si se inicia entre la 37 y las 42 semanas cumplidas, esto es cuando ha transcurrido de 259 a 293 días desde que empezó su última menstruación²⁸.

El Nacimiento En El Siglo XXI

No tenemos casi ninguna duda de que en el futuro los factores económicos primarán sobre los demás. Con esto expresamos de otro modo que la historia del nacimiento está en una encrucijada. En los próximos decenios, podemos imaginar dos guiones que la empujarán en dos posibles direcciones contrapuestas²⁹.

Intentar reducir el coste de los partos haciéndolos lo más fáciles posible va a implicar también dar renovada importancia a los estados emocionales de las embarazadas. Es difícil evaluar el coste indirecto de las alteraciones del estado emocional provocadas por el estilo predominante de las consultas prenatales. El

precio es probablemente enorme, puesto que la ansiedad iatrogénica (causada por el médico) es, sin duda, un factor que influye en el crecimiento y desarrollo del feto, y porque contribuye, además, a explicar las dificultades de los partos modernos, tanto si son en el hospital como en casa. Aunque parezca paradójico, crear situaciones que permitan a la mayoría de mujeres pasar sus embarazos con grados de inquietud y ansiedad lo más bajos posible sería un objetivo inusual de la obstetricia. Habría que pasar por una etapa de transición en la que nos dedicáramos a analizar detenidamente y con sentido común los estudios publicados en la literatura médica para poder reducir los gastos derivados de los cuidados del embarazo. El Dr. Michel Odent defiende apasionadamente que el modo en que nacemos y somos acogidos repercute en nuestra vida adulta y nuestra capacidad de amar²⁹.

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, celebrada en Nueva York, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon presentó la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030* (Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015.) . La Estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar²⁹.

Intervenciones Innecesarias: Según viene diciendo la Organización Mundial de la Salud desde hace años, hay que cambiar muchas cosas en los partos en el mundo. En general, hay una sobre medicalización de los partos, a menudo hablamos de ello en el blog. Pero, ¿cuáles son las intervenciones médicas innecesarias más frecuentes en los partos? ³⁰.

El parto es un acontecimiento que se presta a la sobre medicalización, desde el momento en que los médicos empezaron a ocuparse de los nacimientos y las mujeres y sus familias se muestran dispuestas a seguir sus consejos cuando les recomiendan intervenciones presentadas como importantes para la vida de la madre y el niño³⁰.

Es indudable que muchos procedimientos médicos salvan vidas y son precisos, pero las intervenciones innecesarias pueden provocar gratuitamente daños y gastos, y pueden tener graves consecuencias. En particular, en los partos se abusa de cuatro intervenciones: la cesárea, la episiotomía, la rotura artificial de membranas y la aplicación de oxitócica³⁰.

Rasurado Perineal: El rasurado pubiano o perineal (afeitar el área alrededor de la vagina) se hace antes del parto con la creencia de que puede disminuir el riesgo de infección y facilitar la sutura, en caso de ser necesaria. Sin embargo, los rasguños del rasurado pueden causar infección y el rasurado puede generar incomodidad y malestar posteriormente, cuando vuelve a crecer el vello³¹.

Maniobra de Kristeller: Entre las maniobras usadas en la segunda etapa del parto, la maniobra de Kristeller es una de las más controvertidas. La prevalencia de su uso es desconocida. Es preciso conocer si existe alguna justificación actual para su utilización. La maniobra de Kristeller, realizada mediante el cinturón inflable, no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental. La maniobra de Kristeller es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo³².

Cesáreas Innecesarias: La tasa de partos por cesárea está en aumento en todo el mundo, una intervención que conlleva peligros y que se justifica en determinados casos, cuando salva vidas, como en caso de parto obstruido u otras indicaciones. Pero conlleva riesgos y puede ser causa de morbilidad de por sí, aparte de generar gastos³¹.

La tasa elevada de partos por cesárea parece haberse extendido al mundo entero. Con excepción de la Región de África, dicha tasa en las zonas urbanas de la mayoría de los países supera con creces el 10%, y en las zonas rurales también está en aumento. Eso significa que en muchos países la mayoría de esas intervenciones se llevan a cabo por motivos que no son médicos y sin claros beneficios para la salud³¹.

En muchos países ricos esas intervenciones innecesarias conllevan pocos riesgos, pero en otros lugares las posibilidades de provocar consecuencias

negativas para el lactante y la madre son muy reales. Además, recurrir a la cesárea cuando no es necesario puede suponer una desviación de los escasos recursos disponibles en los lugares en que muchas mujeres no tienen opción a una cesárea cuando su vida está en peligro³¹.

Episiotomías Innecesarias: La episiotomía es el corte o incisión quirúrgica realizada en la zona del perineo de la mujer con el que se consigue ampliar el canal del parto en la zona más externa para lograr que el bebé salga antes. Esta intervención se practica de forma sistemática sin que existan pruebas sólidas de que proteja el perineo, y se asocia a un riesgo mayor de transmisión del VIH, traumatismos y desgarros perineales y dispareunia³¹.

La OMS recomienda unas tasas de episiotomía de entre el 10% y el 20%, sin embargo observamos que, por ejemplo en Europa, dichas tasas son ampliamente superadas en la mayoría de países, incluso llegando a un 80% en España³¹.

Rotura Artificial De Membranas: Tampoco hay pruebas científicas de que la rotura artificial de membranas o amniotomía precoz de rutina sea útil en las mujeres en que el trabajo de parto evoluciona con normalidad; en cambio, aumenta el riesgo de sufrimiento fetal y transmisión del VIH³¹.

Hay estudios que desaconsejan una política de práctica sistemática de la amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto en primigrávidas o multíparas. Al contrario, sugieren que la amniotomía puede aumentar la necesidad de otras intervenciones como la cesárea³¹.

Oxitocina Artificial: También se hace un uso excesivo de la Oxitocina artificial en los partos. La Oxitocina hace que las contracciones sean más frecuentes y más intensas. Se utiliza para inducir un parto y para acelerar la dilatación³¹.

Según la OMS la Oxitocina tiene efectos beneficiosos en indicaciones bien precisas, determinadas mediante la vigilancia del trabajo de parto con el partograma. Resulta útil en la tercera fase del trabajo de parto para reducir la hemorragia posparto. Pero su uso rutinario no está justificado³¹.

El uso de la Oxitocina es cada vez más común en lugares en que la supervisión médica durante el parto es mínima y los partogramas no se usan o incluso se desconocen. En algunas partes de la India, Malí, Nepal y el Senegal, una tercera parte de las mujeres reciben Oxitocina durante el alumbramiento. El uso indebido de la Oxitocina, sobre todo cuando no hay supervisión médica, puede provocar sufrimiento fetal, mortinatalidad, ruptura uterina y muerte de la madre³¹.

En definitiva, observo que entre los nacimientos de mis dos hijas se han sumado estas cuatro intervenciones innecesarias más frecuentes en los partos, lo cual da mucho que pensar, sobre todo al comprobar que no soy un caso aislado. El hecho de que la sobre medicalización de los partos esté llegando a países menos favorecidos es también preocupante³¹.

Primeros Momentos Después Del Parto: Importancia Del Primer Contacto entre la Madre y su Bebe.

En muchas culturas los bebés son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento. Históricamente este comportamiento era necesario para la supervivencia del RN. Actualmente, la mayoría de los niños nacen en un hospital y son separados de la madre o vestidos antes de entregárselo. Se ha sugerido que estas rutinas hospitalarias pueden perturbar la interacción precoz entre la madre y su hijo y tener efectos nocivos sobre ambos³⁴.

En numerosos estudios se ha demostrado que el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado del recién nacido piel-piel con su madre tras el parto promueve, en gran medida, la adaptación: el metabolismo y la termorregulación mejoran, se favorece el inicio de la succión del pecho materno, permitiendo la colonización del cuerpo del bebé (estéril) por microorganismos maternos contra los que ella misma le va a proteger a través de su leche. Además, y no menos importante, se estrechan los lazos entre madre y bebé, iniciándose los procesos de apego y vinculación afectiva; aunque este contacto no sea, por supuesto, el único factor ni el más determinante para una vinculación óptima posterior. El contacto

piel-piel se estableció de forma sistemática en 1979, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, como una modalidad de cuidados de los bebés prematuros. Se basó en el «Método de la Madre Canguro», que consistía en colocar al recién nacido piel con piel con su madre casi las 24 horas del día. Esto ofreció múltiples ventajas respecto a la modalidad tradicional de la incubadora, y los resultados fueron espectaculares en cuanto al aumento de la supervivencia y la disminución de la morbilidad y de los costes hospitalarios³⁴.

Entorno favorable para el parto: Para muchas de las mujeres que ingresan en el hospital cuando están de parto éste supone su primer contacto con este entorno, y lo consideran como un medio relacionado con la enfermedad. El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influye en su evolución. El ambiente físico en el que tiene lugar la dilatación, la presencia de profesionales que no conoce previamente, el exceso de personal sanitario o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo y ansiedad que la mujer experimenta. Existen evidencias de los beneficios que conlleva un área de baja intervención dirigida por matronas, separada de las tradicionales salas de partos. La mujer que desea un parto de baja intervención necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse de forma libre, sin las miradas de profesionales que discrepen de su decisión. La mujer debe sentirse segura en el lugar donde se desarrolla su parto, desde el inicio hasta el final. Es importante asegurar la privacidad, sobre todo en las exploraciones vaginales. Una mujer necesita su propia habitación y un ambiente de intimidad, y el número de profesionales sanitarios presentes en el proceso del parto debe ajustarse, evitando la presencia de personas innecesarias en la sala de partos. La excelencia consiste en tener un área de baja intervención, con un ambiente parecido a la habitación de un hogar, dirigida por matronas, separada de las salas de partos tradicionales, cerca del área de obstetricia y del equipo de guardia habitual. La habitación o sala polivalente para el proceso de parto normal debe tener las siguientes características básicas: ³⁴.

Sala única habilitada para la atención de la dilatación y el expulsivo; habitación con un ambiente agradable y parecido al hogar; los muebles y el utillaje tendrían

que ser de colores cálidos; de uso individual e insonorizada; tenerlo todo en un único ambiente sin necesidad de cambiar de lugar³⁴.

Los factores favorecedores del entorno para la mujer son: conocer previamente el área y a los profesionales; tener confianza en el equipo que la atenderá; estar acompañada por las personas de su elección, ya sea la pareja, un familiar o una amiga³⁴.

Teoría Basada en Nuestra Investigación

En nuestro trabajo de investigación utilizaremos el modelo de adaptación de Sor Callista Roy el cual dice que conocer a nuestro paciente en todos sus ámbitos hace que su valoración tenga mejor desarrollo, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el manejo estricto de conocimientos teóricos. Además permite la relación, el establecimiento de vínculos con el paciente y participación por parte de él, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad³⁵.

El modelo de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales: Paciente que lo define como la persona que recibe los cuidados, Meta que el paciente se adapte al cambio, Salud que es el proceso de llegar a ser una persona integrada y total, Entorno son aquellas Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona, Dirección de las actividades es la facilitación a la adaptación³⁵.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo: Estímulo Focal es en el paciente el proceso de embarazo y parto, estímulo Contextual que son los que ayudan u obstaculizan el proceso en este caso entra el personal de salud con el trato que contribuyen al efecto del estímulo focal, estímulo Residual que corresponde a todas las creencias, actitudes y elementos que proceden de experiencias vividas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indefinidos³⁵.

Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos: Regulador que controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas y Cognitivo que regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia³⁵.

También considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Las necesidades fisiológicas básicas esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación; la autoimagen que el yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno; el dominio de un rol o papel, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado, este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene; interdependencia, la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno³⁵.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación fue de tipo cualitativa, el cual es un método que intenta abordar la experiencia de un grupo de personas de la forma como ésta es percibida y vivida, por lo habitual a través de la recolección y el análisis cuidadoso de materiales descriptivos, individuales.

La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las persona⁴⁷.

3.2. Abordaje metodológico

El tipo de abordaje en el que nos basamos en esta investigación fue el estudio de Caso. Es un método empleado para estudiar un individuo o una institución en un entorno o situación único y de una forma lo más intensa y detallada posible, es una investigación que se le define como descriptiva, es decir, describe la situación prevalente en el momento de realizarse el estudio. El objetivo de los estudios de

caso mejor conocido como el método del caso, es estudiar a profundidad o en detalle una unidad de análisis específica, tomada de un universo poblacional como es el caso de las secuelas que ocasionan la violencia obstétrica⁴⁸.

La principal ventaja de los Estudios de Caso, parte del supuesto de que existen múltiples realidades y que entre estas hay interacción, se propicia la flexibilidad en la interacción con las personas y permite acercamientos más comprensivos y globales de la realidad. Los Estudios de Caso son aquellos que brindan al investigador la oportunidad de llegar a estar al tanto íntimamente las condiciones, los sentimientos, los pensamientos, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona.⁴⁸.

La mayor desventaja que tienen los Estudios de Caso radica en que no pueden generalizarse, pues si el investigador descubre relaciones importantes, normalmente le será difícil comprobar si estas se presentarán en otros sujetos o instituciones⁴⁸.

3.3. Sujetos de investigación

En esta investigación el sujeto de estudios fueron las mujeres puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes en el servicio de puerperio, del departamento de Gineco- obstetricia. La investigación se realizó con 4 mujeres. A las madres de familia se les asignó el seudónimo de nombres griegos: Atenea Afrodita, Artemisa Y Hera, identificándose cada uno de ellas en el análisis de los datos.

La muestra se delimitó por la técnica de saturación. Saturación quiere decir que a partir de cierto momento de un discurso los nuevos relatos no otorgan ya ni correcciones ni complementos al estudio, por tanto se declara saturado³⁸. La participación de las madres de familia será de forma voluntaria donde contestaran una entrevista realizada por las investigadoras.

3.4. Escenario

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, en el servicio de puerperio que cuenta con 11 camas, del departamento de Gineco- obstetricia, al mes se atienden 450 partos aproximadamente, el personal que labora en dicha área son Licenciadas en Obstetricias, Médicos, Internos de

Medicina, Técnicos en Enfermería y Lic. En enfermería que se encargan de la atención inmediata al recién nacido, se encuentra ubicado en la ciudad de Chiclayo-2016 cuya misión es de brindar servicios integrales accesibles de salud individual y colectiva, en el proceso de salud – enfermedad de la población de la macro Región Norte Oriente del Perú, con calidad, equidad y eficiencia, contando con un equipo multidisciplinario calificado, competente y en proceso de capacitación permanente, desarrollando investigación y docencia.

3.5. Técnicas de recolección de datos

En el presente proyecto de investigación la técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista a profundidad, teniendo en ella una pregunta Norteadora. Las entrevistas en profundidad son técnicas cualitativas de investigación que se estructuran a partir de objetivos concretos, en este sentido, resulta complicado determinar un número mínimo o máximo de entrevistados, pues la finalidad no obedece a una representación estadística, sino que consiste en el estudio minucioso de la información que se obtenga de las conversaciones con los entrevistados, por tanto, podemos comenzar realizando un par de entrevistas por cada uno de los perfiles ya delineados al principio de la investigación, conforme se cubran los tópicos del guion, se verá qué tanta información hace falta y, a partir de ahí, determinar cuántas entrevistas más será necesario hacer⁵³.

3.6. Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos correspondientes se utilizó como instrumento la entrevista a profundidad, la cual es una técnica en la que el entrevistador solicita información de una persona o grupo, para obtener datos sobre un problema determinado. En ella una pregunta Norteadora relacionada sobre proceso de atención del nacimiento en mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes - 2016. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistador aclaración

cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación⁴⁹.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de la información se consiguió la autorización del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente las Mercedes y posteriormente se realizó la captación de las participantes del estudio, se les manifestaba el objetivo general del estudio, se les dejaba claro en ese momento que la investigación de la cual iban a ser partícipes era solo con fines académicos ya que no tenía relación alguna con el hospital. Se les mostraba el consentimiento informado, y nos asegurábamos de que la información que allí estaba plasmada fuera entendida en su totalidad para así evitar algún tipo de inconformidad por ambas partes. Luego se procedió con la obtención de la información a través de la entrevista abierta a profundidad, posteriormente se transcribió y se ordenó la información, en el caso de las entrevistas lo hicimos a través de un registro electrónico (grabación en formato digital).

Se codificó la información, proceso mediante el cual se agrupó la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por las investigadoras. Y por último se integra la información relacionando las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación.

3.8. Principios éticos

Durante el desarrollo de la presente investigación se hizo uso de los principios de la ética personalista, presentado en el ensayo de José Miguel Serrano Ruiz y Joaquín Fernández – Crehuet Navajas, quienes consideran 4 principios éticos³⁶, pero en esta investigación solo tomamos 3 de estos principios.

Principio del valor fundamental de la vida humana

Implica que todas las dimensiones del ser que participan, integran o expresan la dignidad personal, son objeto de respeto. Tales dimensiones tienen sentido en el todo de la persona y no pueden ser consideradas como un medio disponible para

la maximización de lo útil o placentero. Es así que para efectos de la presente investigación, se tuvo pleno respeto, en cuanto a la dignidad de todos los participantes, sin cuestionarse los discursos que hayan podido ser vertidos durante el desarrollo de la misma³⁶.

Principio de Libertad y responsabilidad

Una persona tiene la libertad para conceder o no la intervención sobre sí, éste es un punto importante, tiene a la vez la responsabilidad de que su elección esté en consonancia con su propia dignidad y con lo que él es; mientras que una persona consigo misma tiene un compromiso de respeto, puesto que ni él se ha hecho a sí mismo ni él se da la dignidad y el valor que tiene. Todas las personas que han participado de este estudio, lo hicieron, haciendo uso pleno de su libertad, asumiendo la responsabilidad de su elección con la firma del consentimiento informado. El investigador, asumió con responsabilidad, velar porque la información obtenida de las entrevistas, sea utilizada sólo con fines de investigación y de mantener confidencialidad y privacidad respecto a lo que nos ha podido brindar el participante de la entrevista³⁶.

Principio de Totalidad

Se fundamenta en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y personal. La aplicabilidad del principio está condicionada por la naturaleza del todo, de las partes y de su relación mutua y la necesidad o conveniencia de procurar una mejor condición, existencia o actuación del todo³⁶.

Otro principio importante que consideran las autoras es el principio de justicia:

Principio de justicia

Se refiere a menudo como ecuanimidad. Las enfermeras se enfrentan a menudo a decisiones en las que debe prevalecer el sentido de justicia³⁷.

La beneficencia

El principio de beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia son obligatorios, pero un principio de beneficencia, tal y como nosotros lo entendemos, impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses⁵⁰.

Se tomó en cuenta, debido que las madres no sufrieron ningún daño con la investigación.

3.9. Criterios de rigor científico

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos.

Frente al debate de los aspectos de rigor, algunos autores sugieren que la búsqueda de la calidad en sí misma podría llevar a una obsesión por demostrarla, haciendo demasiado estricto el proceso de evaluación de la investigación cualitativa o, en algunos casos, a impregnar los diseños de los estudios cualitativos de poca flexibilidad y dureza amenazando el ingenio, la versatilidad y la sensibilidad de dar significado y contextualizar los fenómenos, como si se sucumbiera a la ilusión de la técnica con el propósito de dar validez, en vez de proporcionar retratos significativos, fieles a la vida, evocadores de historias y paisajes de experiencia humana⁵¹.

Durante todo el proceso de la investigación cualitativa, se pretendió realizar un trabajo de calidad intentando establecer un paralelo con la credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad y relevancia para lo cual se hará referencia a los siguientes términos⁵¹:

La Credibilidad o valor de verdad:

El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los

fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada⁵⁵.

Además, está determinado por la relevancia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados generen en la consecución o comprobación de nuevas teorías. En definitiva, es importante que exista una relación entre los datos obtenidos por el investigador y la realidad que cuentan los relatos de los participantes⁵⁵.

Transferibilidad o aplicabilidad

La transferibilidad o aplicabilidad consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación⁵⁵. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes; dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios. De ahí se deriva la importancia de la aplicación del muestreo teórico o intencional que permite maximizar los objetos conceptuales que emergen del estudio e identificar factores comparables con otros contextos. Podríamos decir que los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles de acuerdo con el contexto en que se apliquen⁵⁵.

La aplicabilidad en los estudios cualitativos puede verse amenazada por el sobredimensionamiento de los relatos o por no ponerlos en la perspectiva que les corresponde⁵⁵.

La Confirmabilidad o reflexividad

Denominado también neutralidad u objetividad, bajo este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. El investigador cualitativo tiene el compromiso ético de informar a los responsables de los sitios donde realizará su trabajo de campo y dentro del protocolo presentado al comité de investigación, qué actuaciones profesionales mantendrá durante la investigación. Así deja claro el papel que desempeñará durante las observaciones y en las interacciones con los participantes del estudio⁵⁵.

Para lograr la objetividad se requiere que el instrumento de recolección de datos refleje los objetivos del estudio, que el investigador realice transcripciones textuales de las entrevistas, y que la escritura de los resultados se contraste con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las fuentes, asimismo se recomienda que se tenga en cuenta la revisión de los hallazgos por parte de otros investigadores⁵⁵.

Vigilar la veracidad de los datos y cuidar bien los asuntos de rigor en una investigación cualitativa debe ir de la mano de la reflexividad del investigador que posibilita que este sea consciente de la influencia de sus planteamientos y de la perspectiva con la que aborda el fenómeno de estudio⁵⁵.

Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. En la presente investigación se examinarán datos e información de investigaciones anteriores con una temática similar en cuanto al objeto de investigación⁵⁵.

Relevancia

La relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando.

Este criterio también se refiere a la contribución con nuevos hallazgos y a la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales, se podría afirmar que la relevancia ayuda a verificar si dentro de la investigación hubo correspondencia entre la justificación y los resultados que fueron obtenidos en el proceso investigativo⁵⁵.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis y discusión de los resultados

La presente investigación se centra en el poder reconocer las vivencias que pasan las madres durante el proceso de nacimiento de su hijo; por la cual lo enfocamos en el modelo de adaptación de Callista Roy por sus estímulos focales, residuales y contextuales.

A partir de la transcripción fiel de las cintas grabadas durante la entrevista, se realizó el análisis de contenido para identificar los sentimientos vivenciados de las madres, durante su proceso de atención del nacimiento de su hijo. En este estudio serán presentados los resultados relacionados a las vivencias de las mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento.

Una vez realizado el análisis e interpretación de las entrevistas emergen categorías y sub categorías que se presenta a continuación:

CATEGORIA I. ESTIMULO CONTEXTUAL – OBSTACULIZACION DEL PROCESO DEL PARTO

- Experiencias vividas
- Trato deshumanizado
- Lo sacaron porque era una área restringida

CATEGORIA II. MODOS DE ADAPTACION EN EL PROCESO DEL PARTO

- Emociones experimentadas
- Modo de Adaptación
- Modo de adaptación de interdependencia: Apoyo Familiar y Buenas relaciones sociales

CATEGORIA I. ESTIMULO CONTEXTUAL – OBSTACULIZACIÓN DEL PROCESO DEL PARTO

El Estímulo contextual son todos los otros estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, los estímulos contextuales son todos los factores del entorno que surgen en el interior o en el exterior de la persona sin convertirse en el centro de su atención, de su energía o de ambas. Contribuye a incrementar el estrés, se consideró: estímulos del entorno institucional y familiar.

Para las investigadoras el estímulo contextual se refiere a todo lo que ayuda u obstaculiza el proceso en este caso entre el personal de salud con el trato que contribuyen al efecto del estímulo focal³⁹.

Existen una serie de posibles problemas adicionales que impiden el desarrollo normal del parto: la pelvis estrecha, las contracciones del útero demasiado débiles o la placenta puede bloquear la apertura del útero⁴⁰.

Pero los factores biológicos no son los únicos que determinan nuestra experiencia, los informes de los que han participado en sesiones y talleres de terapia experimental profunda indican que también es posible revivir el miedo y la confusión de una madre inexperta, de una madre negativa o de una madre ambivalente con respecto al niño⁴⁰.

Pareciera así como si las emociones contradictorias de la madre pudieran obstaculizar la interacción fisiológica normal entre las contracciones del

útero y la apertura del cuello de la matriz, lo cual, a su vez, puede perturbar, prolongar o complicar la dinámica natural del proceso del nacimiento⁴⁰. Desde un punto de vista subjetivo, el hecho de revivir el comienzo del parto va acompañado de una gran ansiedad y de una sensación de inminente peligro de muerte. Pareciera como si todo el universo se hallara amenazado por un peligro misterioso que aludiera todos nuestros esfuerzos por identificarlo⁴⁰.

Experiencias vividas

Experiencia es aquella forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación, de la vivencia de un evento o bien de cualquier otra cosa que nos suceda en la vida y que es plausible de dejarnos una marca, por su importancia o por su trascendencia⁴¹.

“...ni bien ingrese me trataron muy mal, me gritaban, la atención es mala, no me gusto la forma en como el personal de salud se dirigía a mí, eran déspotas, las obstetras, médicos entraban y salían me preguntaban cómo estaba y se iban quería llorar hablar con ellas y ni caso me hacían, eso me hizo recordar el parto que tuve en este mismo hospital hace dos años...” (Atenea)

“...me siento mal porque, en el hospital hay estudiantes y te manosean... (Afrodita)

“...lo que recuerdo es que los estudiantes de medicina entraban hacer tacto y yo me quejaba de dolor era horrible... (Hera)

“...llegué al hospital y me tenían parada en el pasadizo hasta que encontraron una silla de ruedas y me sentaron vino una obstetra a pasarme a una camilla solo para hacerme tacto ella y sus estudiantes...” (Artemisa)

Trato deshumanizado

Momentos tan importantes que está viviendo la mujer, que evidentemente conllevan un dolor que no es medible o interpretable, además del temor para muchas ante lo desconocido, y para todas el ver el bienestar de su bebé, son ignorados por el personal de salud. Es aquí cuando el personal de salud debería de ejercer una medicina comprensiva, compasiva y respetuosa de la dignidad humana, no siendo un ser despersonalizado⁴².

“...la atención es mala, no me gusto la atención, las obstetras, médicos salían me preguntaban cómo estaba y se iban quería llorar hablar con ellas y ni caso me hacían...” (Atenea)

“...no me escuchaban solo querían tocarme e irse era horrible...” (Afrodita)

“...todas eran malas me gritaban y me decían que para que salgo embarazada y solo me tocaban y se iban...” (Hera)

“...me decían para que te abres de piernas para eso tienes hijos, solo me revisaban y se ponían a conversar entre ellas...” (Artemisa)

Lo sacaron porque era un área restringida

El padre juega un papel importante en el proceso del nacimiento involucrándose en el proceso del nacimiento de su hijo, apoyando a la madre y siendo partícipe de uno de los momentos más especiales de su vida.

“...yo quería que mi esposo entrara a verme pero no lo dejaron, dicen que es un lugar restringido y yo me ponía a llorar ...” (atenea)

“...no dejaron entrar a nadie solo cuando pedían cosas dejaron entrar...” (Afrodita)

“.... No quisieron que vea a mis familiares, los pude ver después de un día y solo en horarios de visitas...” (Hera) “....solo dejaron entrar a un solo familiar después que nació mi bebe y solo 15 minutos luego lo sacaron...” (Artemisa)

CATEGORIA II. MODOS DE ADAPTACION EN EL PROCESO DEL PARTO

Adaptación es un concepto que está entendido como la acción y el efecto de adaptar o adaptarse, un verbo que hace referencia a la acomodación o ajuste de algo respecto a otra cosa⁴³.

Emociones experimentadas

Las emociones son experiencias muy complejas y para expresarlas utilizamos una gran variedad de términos, además de gestos y actitudes.

La complejidad con la que podemos expresar nuestras emociones nos hace pensar que la emoción es un proceso multifactorial o multidimensional. Uno siempre tiene la impresión de que le faltan palabras para describir con precisión sus emociones⁴⁴.

Pero debajo de esta complejidad subyace un factor común a todas las emociones: cada emoción expresa una cantidad o magnitud en una escala positivo/negativo. Así, experimentamos emociones positivas y negativas en grados variables y de intensidad diversa. Podemos experimentar cambios de intensidad emocional bruscos o graduales, bien hacia lo positivo o bien hacia lo negativo. Es decir, toda emoción representa una magnitud o medida a lo largo de un continuo, que puede tomar valores positivos o negativos⁴⁴.

“... Siento miedo, tristeza, cólera porque nadie me hace caso y mis familiares no podían estar conmigo...”
(Atenea)

“...era temor que mi bebe salga mal o no puedo dar a luz porque desde que entre al hospital me sentí mal por el maltrato que me dieron...” (Afrodita)

“...me sentía nerviosa porque todos en la sala de partos me decían lo que tenía que hacer, que puje, que no grite, que colabore, que no me mueva, mi parto duro un poco más de la cuenta y termine con un corte vaginal...”
(Hera)

“...sentía vergüenza que a cada rato un interno diferente me hiciera un tacto vaginal, solo me quedaba aguantar, porque lo único que quería era ver a mi bebe en mis brazos...” (Artemisa)

Modo de Adaptación

Un punto en proceso de cambio permanente constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representa el valor del intervalo de estímulos que puede afrontar con respuestas adaptativas⁴⁵.

“...yo trate de relajarme porque afectaba a mi bebe...”

(Atenea)

“...a veces es en vano tener cólera o sentir emociones negativas si sabemos que el sistema de salud es feo en el Perú y no mejorara y si yo siento cólera voy hacer daño a mi bebe...” (Afrodita)

“...yo al ver a mi familia, a mi esposo me tranquilicé ver a mi bebe que nació todo bien estuve más tranquila...”

(Hera)

“...trataba de pensar en otras cosas, en cómo sería mi bebe, en que ya lo iba a tener entre mis brazos...”

(Artemisa)

Modo de adaptación de interdependencia: Apoyo Familiar y Buenas relaciones sociales

La Interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es la de dar y recibir amor, respeto y valores. Las componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social⁵².

La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones, donde dos relaciones forman el núcleo del modo de la interdependencia⁴⁶.

“...siento que mi familia era mi fuerza y mi hijo más aun, aunque cuando ya me iba a retirar del hospital les dije a todos que nos dan un mal servicio, que nosotros pasamos por un mal rato...” (Atenea)

“...mis amigas siempre estuvieron dándome apoyo y palabras de aliento, pero a veces eran interrumpidas por el personal de salud, y eso era incomodo...” (Afrodita)

“...mi esposo siempre estuvo a mi lado, aunque en dos oportunidades lo sacaron y yo me quede sola con ganas de llorar por que ya no aguantaba el dolor...” (Hera)
“...gracias a Dios todo paso muy rápido y solo quedara como un mal recuerdo del que se supone sería el más bello momento de mi vida...” (Artemisa)

CAPÍTULO V CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

6.1. Consideraciones finales

De acuerdo al objetivo general planteado, describir, analizar y comprender las vivencias de las mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes - 2016, se identifica que las mujeres

sufren violencia del tipo psicológica de acuerdo a lo narrado ellas sin estar conscientes que se ejerce violencia obstétrica hacia ellas.

Surgen durante el proceso de nacimiento manifestaciones de una grieta entre lo esperado y deseado por las mujeres y sus familias y lo normado y que sucede rutinariamente en los servicios de atención.

Emergen de la atención del proceso de nacimiento diferentes manifestaciones de violencia psicológica hacia las mujeres y través de prácticas y normas de la institución médica y la forma en que es atendido el proceso de nacimiento y el comportamiento del personal de salud colocan a las mujeres en una situación de sumisión que provoca su objetivación.

6.2. Recomendaciones

Basado en lo anteriormente expuesto de esta investigación, se plantea las siguientes recomendaciones.

- ▶ Personal de salud busque estrategias para mejorar las condiciones de atención, y así generen confianza a las madres de familia al momento de atención del nacimiento de un nuevo ser.
- ▶ Trabajar de manera holística con el personal de salud, para fomentar el trato humanizado en mujeres que son atendidas en el momento del nacimiento de su niño, para así poder brindarles una atención oportuna, adecuada y si es posible accesible a sus necesidades presentadas.
- ▶ Educar en salud, relacionada con violencia obstétrica para favorecer a la disminución de los factores de riesgo o prevenir complicaciones en esta etapa importante de la vida de la mujer.
- ▶ Ofrecer una atención de calidad viendo al otro como ser humano y tratarlo como tal.
- ▶ Realizar estudios relacionados con el trato humanizado durante el proceso de atención del nacimiento.

REFERENCIAS

1. El parto es nuestro, ¿Qué es el trastorno de Estrés Postraumático?
Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en:

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/que-es-el-trastornode-estres-postraumatico>

2. Odent, M. El nacimiento de los mamíferos humanos. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/el_nacimiento_de_los_mamiferos_humanos.asp

3. Sixto, M. El embarazo y la maternidad en la época medieval. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.detectivesdelahistoria.es/embarazo-y-maternidad-en-la-epocamedieval/>

4. Bazul, V. Recuerdos históricos: La atención de la puérpera en siglos pasados. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41n3/recuerdos.htm

5. Lundsteen, M; Martínez, U; Palomera, J. Reproducción Social Y Conflicto En Las Periferias Urbanas Del Estado Español, Fronteras Y Diálogos – actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. España. 2014. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=HZBuCAAQBAJ&pg=PA4317&dq=VIOLENCIA+OBST%C3%89TRICA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiLfb979XMAhUKLSYKHaqTDXIQ6AEIGjAA#v=onepage&q=VIOLENCIA%20OBST%C3%89TRICA&f=false>

6. UNICEF. Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Marzo de 2011. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

7. Vergara, A. Artículo Violencia Obstétrica - Víctimas Sin Voz. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://nexusdevida.blogspot.pe/2014/04/articulo-violencia-obstetricavictimas.html>

8. Galimberti, D. "Violencia Obstétrica". 2015. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf
9. Terán, P; Castellanos, C; González, M; Ramos, D. "Violencia obstétrica: percepción de las usuarias". Caracas-Venezuela. 2013. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: HTTP://WWW.SCIELO.ORG.VE/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0048-77322013000300004
10. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/biblioteca/Centro_Dudas/Lists/Formule%20su%20pregunta/Attachments/2091/Arguedas%20Violencia%20obst%C3%A9trica.pdf
11. Olza, I. Las secuelas de la violencia obstétrica. España. 2013. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <https://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-laviolenciaobstetrica/>
12. Belli, L. La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. Buenos Aires – Argentina. 2013. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/redbioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
13. Pozzio, R. La Gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. Buenos Aires – Argentina. 2016. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104026X2016000100101&script=sci_arttext
14. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet25AnosDeInvestigacionSobreViolenciaObstetricaEnMex-4730781.pdf

15. Pintado, S; Penagos, J; Casas, M. Síndrome del quemado en la percepción médica y obstétrica de la violencia. México. 2015. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26058170>
16. Pereira, C; Domínguez, A; Toro, J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Venezuela. 2015. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=780192&indexSearch=ID>
17. Faneite, J; Feo, A; Toro, J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Venezuela. 2012. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=664589&indexSearch=ID>
18. Campiglia, M. Violentar el Nacimiento. México. 2015 Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.elcotidianoenlinea.com.mx/pdf/19109.pdf>
19. Montesinos, R; Taype, A. ¿Qué sabemos sobre la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú?. Lima-Perú. 2015. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: publicaron un artículo titulado: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342015000300032&script=sci_arttext
20. Carpio, L. "Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012". Lima- Perú. 2013. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300015&script=sci_arttext&tlng=en

- 21.** Iranzo, C; Huggins, M. Temas de Formación Sociopolítica. Caracas – Venezuela. 2007. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=xasd3boihmgc&pg=pa61&dq=violencia+obst%20c3%89trica&hl=es&sa=x&ved=0ahukewilfb979xmahuklsykhaqtdxiq6aeijtac#v=onepage&q=violencia%20obst%20c3%89trica&f=false>
- 22.** Lundsteen, M; Ubaldo, V; Palomera, J. Reproducción Social Y Conflicto En Las Periferias Urbanas Del Estado Español, Fronteras Y Diálogos – actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. España. 2014. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=HZBuCAAQBAJ&pg=PA4317&dq=VIOLENCIA+OBST%20C3%89TRICA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiLfb979XMAhUKLSYKHaqTDXIQ6AEIGjAA#v=onepage&q=VIOLENCIA%20OBST%20C3%89TRICA&f=false>
- 23.** Quevedo, P. “Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género. Universidad Nacional de Cuyo. 2012. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf
- 24.** Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. 2002. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: (<http://www.redalyc.org/pdf/912/91221311.pdf>)
- 25.** Decálogo Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Metas a lograr en la atención materna perinatal en Latinoamérica y el Caribe. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: (<http://www.redalyc.org/pdf/912/91222402.pdf>)
- 26.** Burgo, C. Los Derechos de las Embarazadas. 2005. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: www.partohumanizado.com.ar

- 27.** Asociación el parto es nuestro. Medicalización rutinaria del parto. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinariadel-parto>
- 28.** Botella, J; Núñez, J. Tratado de Ginecología. 1995. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=CYdfAhqjG1IC&pg=PA201&dq=El+parto&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjmyP_jmd3MAhXEWCYKHSGIDtwQ6AEIMDAE#v=onepage&q=El%20parto&f=false
- 29.** Nacer en el siglo XXI. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/revistaubebe/Tu_Bebe_221_Nacer_Siglo_Xxi.pdf
- 30.** Paris, E. Intervenciones innecesarias más frecuentes durante el parto. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/parto/intervenciones-innecesarias-masfrecuentes-en-los-partos>
- 31.** Basevi, V; Lavender, T. 2009. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD001236/rasurado-perinealsistematico-en-el-ingreso-la-sala-de-partos>
- 32.** Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- 33.** Sánchez, A; Martínez, M; Hernández, M. El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. 2014. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/vol5n15pag12-18.pdf>

- 34.** Entorno físico del parto. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/97/d112d6ad-54ec-438b-93584483f9e98868/cdf/rklang/es-ES/filename/entorno.pdf>
- 35.** Díaz, L; Durán, M; Gallego, P. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
- 36.** Torres Malca, D. Sentido de vida/muerte de los docentes de la escuela de enfermería, que elaboran en unidades críticas. Usat. Chiclayo, 2014. Tesis Pre-grado. Perú – Chiclayo. Universidad Santo de Mogrovejo. 2014. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/298/1/TL_Malca_Danny.pdf
- 37.** Berman, A; Snyder, S; Kosier; B; Erb, G. Fundamentos de enfermería. 8ed. España. Editorial PEARSON Prentice Hall. 2012
- 38.** Percepción de la Enfermera sobre el desempeño del interno. Usat. Chiclayo, 2013. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/155/1/TL_Calderon_Chavez_Cecilia_Jeanet.pdf
- 39.** Monografias.com [sitio web]. Tipos de estímulos y niveles de estrés del paciente en tratamiento de hemodiálisis. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/modeloadaptativo-nivel-estres-hemodialisis/modelo-adaptativo-nivel-estreshemodialisis2.shtml#ixzz4RXf8k1Yv>
- 40.** Stanislav; G, La mente Holotrópica. 6ed. España. Editorial Kairós. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016. Disponible en:

https://books.google.com.pe/books?id=te1aftcf5vkC&pg=PA78&lpg=PA78&dq=que+obstaculiza+el+proceso+del+nacimiento&source=bl&ots=SroBYAK_Jt&sig=IEplovaQo-8pfvhiGJZ8RoPaKJY&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi2rtP94dHQAhXILSYKHbwGBGUQ6AEITAC#v=onepage&q=que%20obstaculiza%20el%20proceso%20del%20nacimiento&f=false

41. DefiniciónABC [sitio web]. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016.
Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/experiencia.php>
42. López Bárcena, J. El Parto Deshumanizado. México. Revista Etbio Año 4- Núm. 6- 2014 .Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016. Disponible en: <http://www.comexbio.org.mx/Etbio/Year4Num6/L%C3%93PEZ%20B%C3%81RCENA.pdf>
43. Definición.DE [sitio web]. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016.
Disponible en: <http://definicion.de/adaptacion/>
44. Monografias.com [sitio web]. La Emoción. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos33/laemocion/la-emocion.shtml>
45. Fundamentos UNS. El Cuidado.2012. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Modelosdeatencion/modelo-deroy>
46. Slideshare. Callista Roy Teoría Adaptación. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016. Disponible en: <http://es.slideshare.net/reynerroberto/teoraadaptacin>
47. García Jiménez E, Rodríguez Gómez G, Gil Flores J. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe; 1996.
<http://media.utp.edu.co/centro-gestion-ambiental/archivos/metodologia-dela-investigacion-cualitativa/investigacioncualitativa.doc>.
48. Polit D. Investigación científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos. México: Mc Graw Hill; 2001. Fecha de acceso: 26 de octubre del 2016. Disponible en: <http://sapp.uv.mx/univirtual/especialidadesmedicas/mi2/modulo1/docs/InvestCientSalud.pdf>

49. Entrevista cualitativa – Fecha de acceso: 29 de octubre del 2016. Disponible en: <http://pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/entrevista.pdf>
50. Busquets Alibés, E. Principio de autonomía y beneficencia. Dos principios en tensión. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/autonomasa-ybeneficiencia-dos-principios-en-tensiasn/>
51. Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan (Col.) 2012; Vol 12 (3): 263-274. Fecha de acceso: 29 de octubre del 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>
52. Gutiérrez Agudelo M. Adaptación y cuidado en el ser humano: Una Visión de Enfermería. Manual Moderno: Colombia. 2007.
53. Robles, B. Cuiculco. México-2011 vol. 18, núm. 52. Fecha de acceso: 29 de octubre del 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
54. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Fecha de acceso: 27 de febrero del 2017. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report2015_spanish.pdf
55. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Fecha de acceso: 27 de febrero del 2017. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/html>

ANEXOS

Anexo N° 01

Entrevista



Fecha: _____

I. Datos de la madre:

Nombre: _____

Fecha de parto: _____

Número de hijos: _____

II. Problema actual

Motivo de la entrevista: describir, analizar y comprender las vivencias de las mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes -2016..

Pregunta Norteadora

1.- ¿Cómo se sintió usted durante el nacimiento de su hijo frente a la atención que le brindó el personal de salud?



Anexo N° 02

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN – FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Institución: Universidad Señor de Sipán.

Investigadoras: Ayesta Olivos Carla Beatriz y Vásquez Delgado Ana Lucia.

Título: Violencia Obstétrica: Vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – 2016.

Señora, la invitamos a participar en una investigación que se está realizando con la finalidad de describir, analizar y comprender las vivencias de las mujeres que han sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante la atención del parto en el Hospital Regional Docente las Mercedes -2016.

Violencia obstétrica es cualquier tipo de maltrato procesado a la mujer embarazada por parte del personal sanitario durante la gestación, el alumbramiento o el periodo del postparto .Si usted ha sufrido prácticas consideradas como violencia obstétrica durante la atención del parto puede participar en este estudio.

Procedimientos: responder a la pregunta formulada por las investigadoras.

Beneficios: conocer las vivencias permitiendo así contribuir a que busquen estrategias para mejorar las condiciones de atención, y así generen confianza a las madres de familia al momento de su parto, post-parto, puerperio.

Costos e incentivos: esta entrevista no tendrá costo será autofinanciado por las investigadoras.

Riesgos e incomodidades: no presenta

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto los investigadoras Ayesta Olivos Carla Beatriz y Vásquez Delgado Ana Lucia, quienes manejan la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación y la atención en la consulta o en otros servicios será siempre la misma y con la calidad a la que usted está acostumbrada.

Derechos de la persona:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con las investigadoras: Ayesta Olivos Carla Beatriz y Vásquez Delgado Ana Lucia a los teléfonos 972684363_074-470597. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Fecha:

Nombre:

DNI:

DECLARACION JURADA

DATOS DEL AUTOR:

AUTOR

AUTORES

Yo, Carla Beatriz Ayesta Olivos, con DNI N° 77332012, con código N° 2121818772; y Ana Lucia Vasquez Delgado, con DNI N° 48064651, con código N° 2121816303; estudiantes de la modalidad de estudio Presencial, del Décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Enfermería y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán.

DATOS DE LA INVESTIGACION:

PROYECTO INVESTIGACION

INFORME DE INVESTIGACION

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. Soy autor o autores del informe de investigación titulado:

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: VIVENCIAS DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL NACIMIENTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – 2016. LA MISMA QUE SE PRESENTÓ PARA OPTAR POR LIC. EN ENFERMERÍA.

La misma que presento para optar el grado de:

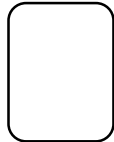
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

2. Que el informe de investigación citado, ha cumplido con rigurosidad científica que la universidad exige y que por lo tanto no atentan contra los derechos de autor normados por ley.

3. Que no he cometido plagio, total o parcial, tampoco otras formas de fraude, piratería o falsificación en la elaboración del proyecto y /o informe de tesis.
4. Que el título de la investigación y los datos presentados en los resultados son auténticos y originales, no han sido publicados ni presentados anteriormente para optar algún grado académico previo al título profesional.

Me someto a la aplicación de normatividad y procedimientos vigentes por parte de la UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN y ante terceros, en caso se determinara la comisión de algún delito en contra de los derechos de autor.

AYESTA OLIVOS
CARLA BEATRIZ
DNI N° 77332012



VASQUEZ DELGADO
ANA LUCIA
DNI N°48064651

