

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PERCEPCIÓN DE LAS
GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO. HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

ROSA DEL CARMEN PAUCAR BRIONES

ASESORA:

DRA. OBSTA. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA

CAJAMARCA, Perú

2018

Copyright © 2018 by
Rosa del Carmen Paucar Briones
Derechos reservados

La mujer es la que da la vida, si le haces daño, haces daño al mundo.

SE DEDICA A:

Mi hijo Nicolás quien es mi motor y motivo para salir adelante y esforzarme para obtener más logros.

Mi madre, familia y a todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en este arduo camino.

A todas las mujeres que sufrieron violencia obstétrica y que con su valiente testimonio colaboraron para la elaboración de este proyecto.

Carmen

SE AGRADECE A:

Dios por haberme guiado y bendecido a lo largo de este tiempo de estudio y preparación de mi carrera.

Mi querida Escuela de Obstetricia por alojarme en sus aulas y darme los conocimientos para ser una buena profesional.

Mi docente y asesora Elena Ugaz ya que ha sido mi guía en el desarrollo de la tesis, demostrando ser una gran persona y una excelente profesional.

Carmen

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. Violencia obstétrica	11
2.2.2. Percepción sensorial	25
2.3. Hipótesis	29
2.4. Variables	18
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	30
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1. Tipo y diseño de estudio	32
3.2. Área de estudio y población	32
3.3. Muestra	32
3.4. Unidad de análisis	33
3.5. Criterios de inclusión	33
3.6. Consideraciones éticas	34
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	35
3.9. Control de calidad de datos	35

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	59

RESUMEN

La OMS señala que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, parto y puerperio, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de las gestantes en trabajo de parto, sobre algunas formas de violencia obstétrica en la atención por parte de los profesionales de la salud, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, realizado en 114 gestantes en trabajo de parto. Se identificó que el mayor porcentaje de gestantes pertenecieron al grupo etáreo de 20-24 años en 33,3%; en su mayoría tuvieron secundaria completa en 22,8%; mayormente convivientes en 82,5%; y procedentes de la zona urbana en 55,3%. Las mujeres identificaron algunas formas de violencia obstétrica durante el trabajo de parto como el hecho de no ser llamadas por su nombre (6,1%); criticadas por llorar o gritar de dolor (3,5%); se les impidió el acompañamiento (92,5%); percibieron la presencia de estudiantes (49,1%); aceleraron su trabajo de parto con oxitocina (26,3%); sometidas a tactos vaginales reiterados (5,3%); compresión de abdomen en el momento de los pujos (13,2%); práctica de episiotomía sin comunicarles (47,4%); no eligieron la posición para el parto (27,2%); fueron culpadas por resultados negativos del parto (3,5%); la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, inseguras y culpables (3,5%). Se llegó a la conclusión que las gestantes percibieron diferentes formas de violencia obstétrica.

Palabras clave: violencia obstétrica, percepción, gestante, trabajo de parto.

ABSTRACT

The WHO points out that all women have the right to receive the highest level of health care, which includes the right to dignified and respectful care for pregnancy, childbirth and puerperium, as well as the right not to suffer violence or discrimination. The objective of the study was to evaluate the perception of pregnant women in labor, about some forms of obstetric violence in the attention by health professionals, in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 2017. The study was descriptive , performed in 114 pregnant women in labor It was identified that the highest percentage of pregnant women belonged to the age group of 20-24 years in 33.3%; in the majority they had complete high school in 22.8%; mostly cohabitants in 82.5%; and from the urban area in 55.3%. The women identified some forms of obstetric violence during labor, such as not being called by name (6.1%); criticized for crying or screaming in pain (3.5%); the accompaniment was prevented (92.5%); perceived the presence of students (49.1%); they accelerated their labor with oxytocin (26.3%); submitted to repeated vaginal exams (5.3%); abdominal compression at the time of pushing (13.2%); practice of episiotomy without communicating (47.4%); they did not choose the position for childbirth (27.2%); were blamed for negative outcomes of childbirth (3.5%); the experience of childbirth care made them feel vulnerable, insecure and guilty (3.5%). It was concluded that the pregnant women perceived different forms of obstetric violence.

Keywords: obstetric violence, perception, pregnant woman, labor.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (1).

La Violencia Obstétrica implica también, la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Sin embargo, en las prácticas rutinarias de los profesionales de obstetricia no se evidencian datos de la real existencia o no de violencia obstétrica. Esto generó la idea de llevar a cabo la presente investigación con el objetivo de evaluar la percepción de las gestantes en trabajo de parto, sobre alguna forma de violencia obstétrica en la atención por parte de los profesionales de salud en torno a la atención del trabajo de parto, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

Se determinó que las gestantes identificaron algunas formas de violencia obstetricia como el hecho de no ser llamadas por su nombre; ser criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción o alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto; se les impidió estar acompañadas por alguien de confianza durante su labor de parto; percibieron la presencia de estudiantes durante el parto; aceleraron su trabajo de parto con oxitocina; sometidas a tactos vaginales reiterados y compresión de abdomen en el momento de los pujos; practica de episiotomía sin comunicarles; no eligieron la posición para el parto; fueron culpadas por resultados negativos del parto; la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, inseguras y culpables.

La presente tesis está estructura de la siguiente manera:

CAPÍTULO I. Correspondiente al problema, en él se incluyen el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II. Comprende el marco teórico, corresponden a este capítulo, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III. Pertenece a este capítulo el diseño metodológico que incluye el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión, consideraciones éticas, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV. Correspondiente a los resultados, análisis y discusión de los mismos; las conclusiones, sugerencias y referencias bibliográficas.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de un tercio de las mujeres, en todo el mundo, sufren violencia física y/o sexual. La violencia de género es una realidad que afecta a millones de mujeres y supone una forma de vulneración de sus derechos humanos (2).

Un tipo de violencia de género, lo constituye la violencia obstétrica, que implica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, 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 mujeres (3). Es una violencia que no se percibe desde el actuar de los profesionales de salud, en la medida que es ejercida y considerada normal; las gestantes en trabajo parto, muchas veces ni siquiera saben que sus derechos han sido vulnerados, razón por la cual la restitución de los mismos y la reparación es prácticamente imposible (4).

La violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que es la trasgresión más frecuente de los derechos humanos, y se constituye un problema de salud pública que genera altos costes tanto económicos como sociales, a pesar de que, los entes rectores en salud afirman que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (5).

La violencia obstétrica no es poco frecuente. Una de cada cuatro mujeres expresan el abandono, la discriminación, la violencia física y verbal, mal uso de la tecnología o las intervenciones innecesarias. Así, el parto puede ser altamente traumático para algunas mujeres, donde 2% a 6% desarrollan un trastorno de estrés posparto. Con frecuencia este trauma es el resultado de las acciones u omisiones de los/las profesionales que las asisten (6).

Un estudio en Caracas determinó que el 66,8% de mujeres, manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante, solo 20,5% percibió trato no violento. Entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz (23,8%) y fue percibido con más frecuencia por las gestantes tardías y las adolescentes. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%) (7).

En España, una de cada cuatro mujeres, es decir, el 25,3% traen a sus bebés al mundo mediante una cesárea. En México, el número de cesáreas ha aumentado notablemente en los últimos años, alcanzando el valor del 46%, quedando prácticamente igualado al número de partos vaginales (2). El Perú supera el 26 %, ubicándose sobre España y a la par de países industrializados (8).

Una situación similar ocurre con las episiotomías. En España, en el año 2012, el número de episiotomías fue de 58% en la sanidad pública, mientras que en la sanidad privada, este porcentaje alcanzaba el 72%. En los países de América Latina, la tasa de episiotomías es muy alta, siendo el caso de Argentina uno de los más altos, específicamente en el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica generalizada, alcanzando una incidencia de 92,3% (9).

En cuanto a los partos inducidos, tal y como recoge la estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y la OMS consideran que no se debe superar un porcentaje del 10%. Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad del año 2012, en España la tasa se sitúa en torno al 19,4% y en la sanidad privada, con base a los datos del Observatorio de Salud Infantil perinatal, esta tasa llega a duplicarse e incluso a triplicarse, pudiendo alcanzar en torno al 32%.

Respecto a los posibles efectos del uso de la oxitocina sintética, la evidencia científica demuestra que además de aumentar el dolor, puede causar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo. Debido a ello, las recomendaciones consideran que el porcentaje de su uso no debe superar el 5-10%. Sin embargo, según datos del Ministerio de Sanidad, llega a ser utilizada en un 53,3% de los partos (2).

La maniobra de Kristeller se realiza en un 26,1% de los partos vaginales. Sin embargo, las recomendaciones consideran que el estándar de calidad sea del 0%, ya que se ha demostrado que conlleva importantes riesgos de morbilidad materna y fetal (2).

En lo relacionado con la postura adoptada por la mujer en el momento del parto, en 87,4% de los partos vaginales, las mujeres adoptan la posición de litotomía durante todo periodo expulsivo. Sin embargo esta cifra no debería superar el 30% (2).

A nivel nacional y regional no se cuenta con datos estadísticos que reflejen la realidad de la violencia obstétrica; sin embargo, esta problemática existe, y tanto estudiantes como profesionales de la salud experimentan situaciones de esta naturaleza en su quehacer diario durante la atención del embarazo y el parto, en la que se niegan derechos fundamentales a la gestante. No existe la propuesta de alternativas, la adecuada información o la toma de decisiones conjuntas en lo relacionado con las técnicas diagnósticas realizadas, los fármacos utilizados durante el proceso de parto o los posibles efectos adversos derivados de las actuaciones médicas. En varias ocasiones, no se les proporciona toda la información que se debería, hecho que permite actuar con total potestad a los profesionales de la salud sin tener en cuenta que lo que realmente importa es alcanzar el máximo bienestar de la gestante, en todas sus dimensiones.

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, la situación no es diferente, por el contrario las gestantes muchas veces se niegan a tener un parto institucional manifestando que la razón es el maltrato por el personal de salud, la posición del parto, el corte del periné, estar solas en la sala de dilatación, el no permitirles consumir los productos de la zona, entre otros, hechos que evidencian una clara violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer; sin embargo no existen investigaciones de esta naturaleza, en la región, motivo por el cual surgió la idea de realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de evaluar la violencia obstétrica desde la percepción de las gestantes en trabajo de parto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

1.2. Formulación del problema

¿Las gestantes en trabajo de parto, perciben alguna forma de violencia obstétrica en la atención por parte de los profesionales de salud, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017?

1.3. Objetivo general

Evaluar las formas de violencia obstétrica según la percepción de las gestantes en trabajo de parto, por parte de los profesionales de salud, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

1.3.1. Objetivos específicos

- Identificar algunas características sociodemográficas de las gestantes en trabajo de parto.
- Establecer algunos antecedentes obstétricos de las gestantes en trabajo de parto.
- Identificar la forma de violencia obstétrica desde la percepción de la gestante en trabajo de parto.

1.4. Justificación de la investigación

La violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que es una de las transgresiones más frecuentes de los derechos humanos, y se constituye también en un problema de salud pública que genera altos costos tanto económicos como sociales (7).

La violencia obstétrica se desprende de ciertas prácticas que se realizan a las mujeres desde su embarazo, durante su parto y en su posparto que implican la vulneración de sus derechos más fundamentales como son el derecho a la intimidad, el derecho al libre ejercicio de su sexualidad (siendo el embarazo y parto una parte fundamental de la sexualidad femenina), el derecho a ser tratada dignamente, el derecho a decidir sobre su cuerpo, entre otros (4).

En la práctica cotidiana aún, a pesar de los avances en los temas de derechos de la mujer, niños y niñas, se mantienen discursos en donde el conocimiento y participación activa de la mujer en un proceso íntimo como el parto, es negado, desvalorado e ignorado y ha sido sustituido por discursos médicos cuyas prácticas ni siquiera se revisan para autenticar su verdadera necesidad y/o efectos que puedan tener. La mujer deja de ser sujeto activo en uno de los eventos más importantes y significativos de su vida. Su cuerpo es tocado, violentado, manejado sin su consentimiento y sin permitirle si quiera acceder a toda la información de lo que se le está haciendo, esto tiene un nombre: violación. Se replica el discurso de los

expertos, por y sobre la dignidad y la voz de quien realmente debe participar activamente: la dueña del cuerpo, es decir la mujer.

De otra parte, el concepto de violencia obstétrica es muy reciente y, por ende, se ha teorizado poco sobre él. Este hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto. Por esta razón, tanto la investigación teórica como empírica en torno a este tema constituyen una tarea impostergable (4).

Desde esta perspectiva, y ante la ausencia de trabajos de investigación de esta naturaleza, en la región, es que se pretendió la realización del presente estudio con el objetivo de evaluar la percepción de las gestantes en trabajo de parto, sobre alguna forma de violencia obstétrica en la atención por parte de los profesionales de salud, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

Los resultados constituirán un aporte teórico al tema de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, asimismo permitirá realizar una propuesta conceptual y algunas recomendaciones para dispensar un trato humanizado a la mujer en su trabajo de parto, permitirle la capacidad de decidir, brindarle un ambiente de intimidad, que reciba frases amables del personal encargado de su proceso, respetar la capacidad de la mujer para dar a luz por sí misma, etc. con mucha seguridad, los beneficiarios serán las mujeres quienes al tener la experiencia de un parto feliz, regresarán a los establecimientos de salud y recomendarán también a otras mujeres para que lo hagan, si ello ocurre cualquier complicación obstétrica se tratará oportunamente y se logrará disminuir la morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ciarniello, M. (Argentina, 2013) recogió testimonios de mujeres que narraban experiencias traumáticas de malos tratos, degradantes y humillantes, de diversa índole, en el servicio de salud sexual y reproductiva.

Aguanten, aguanten, si les gusta coger, se tienen que aguantar esto porque es menos doloroso” (t2). “Te gustó lo dulce, ahora aguantate lo amargo” (t12). “Si te gusto aguantátela” (t13)”, eran algunas de las frases comúnmente escuchadas al momento de asistir a un parto o preparto.

“Cuando estaba en pre parto me dejaron sola y no me atendían, decían que eran ñañas de primeriza, y yo estaba que no daba más... se reían y decían que era primeriza que ellos no podían hacer nada” (10).

Terán, P y cols. (Venezuela, 2013) en su estudio formuló como objetivo, evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica. Encontrando como resultados que el 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante, solo 20,5% percibió trato no violento. Entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz (23,8%). El trato deshumanizante fue percibido con más frecuencia por las gestantes tardías y las adolescentes ($P < 0,0001$). Los principales perpetradores señalados son las enfermeras y los médicos. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%). Este tipo de violencia fue percibido con más frecuencia por las adolescentes ($P < 0,0002$). A más alto nivel de educación se observó menor percepción de violencia ($P < 0,0059$). Una de cada 4 usuarias conoce el término violencia obstétrica, y 1 de cada 5 sabe dónde

denunciarla. Solo 12% recibió información sobre el consentimiento informado y 17% firmó un formulario (7).

Arguedas, G. (Costa Rica, 2014) en su trabajo de investigación de naturaleza cualitativa describió algunos actos de violencia obstétrica según casos: en el caso N° 1, evidenció varias conductas hostiles hacia la mujer joven que se encontraba en labor de parto. Al negarle la compañía de una persona de confianza (en este caso, la madre de la joven en labor), se la obligó a depender del personal de salud que, a su vez, le negó un trato respetuoso que le permitiera pasar por las diversas etapas del parto de la mejor manera posible. Además, también se observó la expresión de comportamientos adultocéntricos.

En el caso N° 2, evidenció que la mujer embarazada fue confinada al lugar de espectadora de los acontecimientos que toman lugar en su propio cuerpo. Se le informó a medias y no se la incluyó en la toma de decisiones. Es decir, se le anuló su condición de sujeto moral, su voluntad fue negada porque de ella se demanda solo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda. De igual forma, el compañero de la mujer, al que se le asigna la tarea de esperar en silencio, fue considerado un estorbo en este escenario.

Claramente, evidenció que la enfermera amenazó a una mujer con una forma de punición que radica en ser sometida al escarnio público. Una amenaza como esta, muy probablemente, sea suficiente para tornar dócil ese cuerpo y para enviar una advertencia a todas las demás mujeres en labor de parto que comparten ese espacio (11).

Serrano N. (Colombia, 2014) relata la investigación realizada en una mujer después de su parto, evidenciando que ella estuvo con ansias de poder acariciar y abrazar a su pequeña hija, pero no sabía que su parto natural sería un evento que le traería traumas futuros y el deseo de no tener más hijos.

Con su rostro nostálgico y agobiado por los recuerdos narró que durante su trabajo de parto recibió críticas, insultos y comentarios negativos por parte del personal médico. *“Me decían gritándome que si fui capaz de abrir las piernas para tener relaciones sexuales que ahora no me quejara”.*

A pesar de que el médico que atendió su caso le reiteró durante toda su etapa de embarazo que se debía practicar una cesárea, esta mujer fue reacia a la

prescripción del profesional, porque su bebé siempre estuvo en una óptima posición y su embarazo fue normal y no de alto riesgo. *“No quise realizarme la cesárea y me dijeron que la vida de mi hijo corría bajo mi responsabilidad”*.

Según ella, como era de escasos recursos y no tenía seguro médico que cubriera los gastos de hospitalización, su esposo tenía que pagar la cesárea que era más costosa que la atención médica por un parto normal.

Cuando llegó a la clínica tenía contracciones muy fuertes, pero las enfermeras la obligaron a rasurar sus genitales, a ducharse con agua fría a pesar de los dolores y le practicaron un lavado de colon. Luego fue separada de su esposo y conducida a la sala de parto donde daría a luz a su bebé.

Durante su trabajo de parto le practicaron sin consentimiento una episiotomía o cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina y le practicaron un raspaje de útero sin anestesia, además estuvo sola por más de una hora sin poder ver a sus familiares ni a su hija. *“Mi esposo compró la anestesia y la llevó al hospital, pero ellos nunca me la aplicaron”*, dijo la mujer.

“Sufrí mucho en mi parto, luego de eso tuve estrés postraumático”, afirmó la mujer. Para ella el sufrimiento en su parto no es simplemente una mala práctica del equipo médico sino un tipo de violencia contra las mujeres que en el país aún está oculta.

Silenciosas e invisibles durante muchas décadas, las mujeres han empezado a contar los hechos que suceden dentro de las salas de parto (12).

Rangel, Y. y col. (México, 2017) en su estudio realizado de tipo cualitativo formuló como objetivo conocer las percepciones de la población indígena de la región centro norte de México que ha desarrollado para la visibilización de actos de violencia obstétrica cometidos en la atención de sus partos y encontró como resultados que, las mujeres sólo identifican como violencia el maltrato verbal, en tanto, los procesos de medicalización excesiva son contemplados como necesarios e inevitables, con excepción del tacto vaginal. Se narraron experiencias de abuso de poder, omisión y negligencia que las mujeres toleran porque las naturalizan propias de la relación médico-paciente (13).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Violencia obstétrica

2.2.1.1. Definición de categorías especiales

La Organización Mundial de la Salud, ha definido la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental, y social...” y no solamente como la ausencia de la enfermedad. Existe hoy un concepto más dinámico que plantea que la Salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. Este tema conlleva a mencionar necesariamente al Derecho de Salud (14).

En este sentido amplio, este Derecho no puede concebirse como el mantenimiento irrestricto del estado referido, resultando tal afirmación estática, subjetiva y hasta utópica, en el entendimiento que no hay norma jurídica que puede torcer el rumbo inexorable del acontecer natural (14).

Según la OMS: “El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden las disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.” La Constitución Nacional garantiza el derecho a la Salud, en especial a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), incorporado en el art. 75, inc. 22. El PIDESC define el Derecho a la Salud en el artículo 12 como “el derecho que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” Por lo tanto, los sistemas jurídicos de Latinoamérica reconocen el derecho a la salud, otorgándole estatus constitucional (14).

Es responsabilidad del Estado Nación garantizar este derecho, es por eso que toma relevancia, en este aspecto, la Salud Pública. La cual es la disciplina encargada de la protección de la Salud a nivel poblacional. Por lo tanto la Violencia Obstétrica debe ser agenda de la Salud Pública (14).

Por otro lado este tipo de Violencia tiene una característica inherente que la condiciona y la invisibiliza como tal, y es la cuestión de Género. Por ello a continuación se definirá este término y la desigualdad de género como categorías fundamentales para entender esta temática. Sin duda cualquier tipo de desigualdad

implica violencia es por eso que se desarrollará también este concepto de la siguiente manera:

Género, es un concepto contemporáneo que busca eliminar ciertas discriminaciones que nacen cuando se habla de sexo biológico como única condición. Este concepto tiene que ver con ciertos roles, por lo tanto son los comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros estén condicionados para percibir como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y las jerarquizan y valorizan de manera diferenciada. Es por ello que se habla de Desigualdad de Género y no de Sexo (14).

Marta Lamas, en “El género es cultura”, referido por Quevedo (2012), define el término como “el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base. Esta construcción social funciona como una especie de “filtro” cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre. Todas las sociedades clasifican qué es “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas. El género es cultura, y la cultura se transforma con la intervención humana” (14).

La desigualdad de género se da cuando los individuos a los que se les atribuye un género determinado no tienen acceso a posibilidades sociales de igual nivel que los individuos de otro género. Este tipo de desigualdad implica violencia (14).

La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o una colectividad (14).

En este sentido, la Violencia de Género es definida en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, como: “(...) todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (Asamblea General de la ONU. Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993). Esta definición sitúa la violencia contra las mujeres en el

contexto de la desigualdad relacionada con el género como actos que las mujeres sufren a causa de su posición social subordinada con respecto a los hombres (14).

En la Declaración de las Naciones Unidas (1993), se define como violencia hacia la mujer, “cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada.”

Arguedas (2014), activista por los derechos humanos, referido por Cobo (2016), define a la violencia obstétrica como: “un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, parto y post parto” (2).

Magnone según las palabras de Medina, también referidos por Cobo (2016), plantea que la violencia obstétrica es. “Toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y de los procesos naturales” (2).

Según estas definiciones, la violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en género que incluye diferentes formas de expresión del control y opresión ejercidos sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto. Este concepto no incluye solamente al personal médico, sino a cualquier miembro del equipo multidisciplinar que interviene durante el embarazo o proceso de parto (2).

Bajo este término se incluyen diferentes formas de violencia, físicas y psíquicas. Se trata de una forma de violencia de género que pone de manifiesto la asimetría existente entre ambos sexos en las relaciones de saber y poder. El hecho de ser mujer, incrementa su vulnerabilidad a sufrir este tipo de violencia (2).

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres”. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual,

embarazo, parto y post parto». La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (15).

La violencia obstétrica, en este sentido, es un concepto que lleva consigo una visión de mundo que concibe y violenta a la mujer no solo en su rol/identidad como mujer sino también en su identidad como madre, pues en sus supuestos, la despoja de toda decisión y control en lo relativo a su cuerpo durante el periodo de embarazo y labor de parto, convirtiéndola y tratándola como una herramienta capaz de traer nuevas vidas al mundo, incapaz de tomar decisiones válidas al respecto. Es entonces, un proceso de deshumanización de la mujer en tanto madre, lo que se traduce en violaciones constantes de sus derechos, así como una lucha de poderes, en donde la autoridad del equipo médico, que se respalda en sus conocimientos expertos y carreras profesionales, se sobrepone a la -nula- autoridad que posee la mujer sobre el tema en cuestión (16).

Es importante entender que la violencia basada en el género es un problema complejo que no puede ser atribuido a una sola causa.

2.2.1.1. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

1. Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
2. Debe fomentarse la capacitación de matronas (obstetras) profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como el puerperio.
3. Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc.).
4. No existe justificación en ninguna región geográfica para más de un 10 al 15% sean cesárea.
5. No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.

6. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
7. No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de parto.
8. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
9. No se justifica el uso rutinario de episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).
10. No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región Geográfica deba tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
11. Debe evitarse durante el trabajo de parto la administración por rutina de fármacos analgésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
12. No se justifica científicamente la ruptura artificial de las membranas por rutina.
13. El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
14. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos (14).

2.2.1.2. Violencia obstétrica en la práctica sanitaria actual

Los siguientes son actos llevados a cabo por el personal de salud que constituyen violencia obstétrica:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a las mujeres a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (2).

2.2.1.3. Violencia obstétrica desde un marco legal

Los instrumentos jurídicos que más destacan en lo relacionado con la violencia hacia la mujer son:

- La Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado (1974).
- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979): Referida a las discriminaciones voluntarias y aquellas no intencionales que afectan a las mujeres en todos los ámbitos de interacción social y en todas las etapas de su ciclo vital. Dicha Convención fue aprobada por la ONU en 1979 y ratificada en la Argentina en 1985 a través de la ley 23.179. Fue consagrada a la constitución del 94, a través del artículo 75 inciso 22. Estableció que los estados deben garantizar a las mujeres "servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto".
- Según Matute Albo, la OMS, desde 1985, expone que el parto normal es un proceso saludable y fisiológico en la mujer que sólo hay que intervenir si así lo requiere. Sin embargo, el exceso de medicalización e intervenciones médicas que acontecen hoy en día en la atención obstétrica, lleva consigo que se puedan vulnerar ciertos derechos fundamentales.
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ratificó, en su artículo 24, que los estados deben "asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada para las madres" y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo "orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar".
- La Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer de 1993.
- La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres de 1994.
- En la IV Conferencia Mundial sobre las mujeres, celebrada en Pekin, en 1995, se reconoce la violencia contra la mujer como "*un impedimento para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque es una violación y un menoscabo al goce y el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres*". La Conferencia Internacional de las Mujeres en Beijing- China: se

impulsa una agenda humanista, integral y acumulativa en beneficio de la vida, la salud y los derechos de las mujeres.

- El Protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1999).
- La Cumbre del Milenio en el 2000 dio origen a los objetivos de desarrollo del milenio que destacan: promover la igualdad de género y la participación de la mujer en las decisiones, disminuir la mortalidad Infantil y mejorar la salud de las mujeres. Los tratados y pactos anteriormente detallados, conforman la base y respaldo del encuadre legal respecto a la Violencia Obstétrica (17).

Los derechos que pueden ser vulnerados mediante la violencia obstétrica son:

1. Derecho a la vida
2. Protección a la dignidad e integridad física, psicológica, sexual, patrimonial y jurídica de las mujeres víctimas de violencia en los ámbitos público y privado.
3. Igualdad de derechos entre el hombre y la mujer.
4. Protección de las mujeres particularmente vulnerables a la violencia basada en género.
5. El derecho de las mujeres víctimas de violencia a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal (2).

2.2.1.4. Ley de promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante y del recién nacido.

Artículo 1. Objeto de la ley

La presente ley tiene como objeto la promoción y protección del derecho de toda mujer gestante y del recién nacido al parto humanizado y a la protección de su salud, a través de una atención pre y post natal integral adecuada y a que la mujer gestante sea reconocida como sujeto de trato especial, fundamentado en la valoración de su opinión y necesidades como protagonista de su propio parto (18).

Artículo 3. Derechos en relación con el embarazo

Toda mujer, durante el desarrollo del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, tiene los siguientes derechos:

1. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén debidamente justificados por el estado de su salud o de su hijo o hija.
2. A ser informada sobre las intervenciones médicas que le pudieran ser practicadas durante el trabajo de parto, parto y post parto, de manera que pueda optar libremente sobre las diferentes alternativas, cuando estas existan.
3. A ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, que se le garantice su derecho a la intimidad durante todo el proceso asistencial, tomando en consideración su identidad cultural.
4. A ser considerada, en el proceso de nacimiento, como sujeto de trato especial y persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
5. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las actuaciones de los profesionales, bajo responsabilidad.
6. A no ser sometida a ningún examen o intervención de investigación, sin previo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por la Autoridad Nacional de Salud.
7. A ser acompañada por una persona de su elección y confianza durante el trabajo de parto, parto y post parto, garantizándose este derecho a través de las recomendaciones y cumplimiento de los protocolos que hubiesen.
8. A tener a su lado a su hijo o hija dentro de la primera hora de ocurrido el parto, y durante la permanencia en el establecimiento, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. De requerir cuidados especiales, tiene derecho a ser informada de ello.
9. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna, y a recibir apoyo para amamantar. La prescripción de sucedáneos de leche materna u otro tipo de alimento debe ser escrito y bajo responsabilidad del profesional tratante
10. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del recién nacido, así como sobre los cuidados para su crecimiento, desarrollo y plan de vacunación y control.

11. A ser informada sobre el consumo de productos saludables y respecto de los efectos adversos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y sustancias que puedan afectar el desarrollo y crecimiento de su hijo o hija.

12. A conocer el nombre de los profesionales y el personal responsable de su atención o de los procedimientos a que va a ser sometida.

13. A recibir información veraz, completa y oportuna de las características del servicio, los costos y condiciones que le fueran aplicables.

14. A recibir, en caso del deceso de su hijo o hija antes o después del parto, información veraz, completa y detallada sobre las causas de muerte (18).

2.2.1.5. La salud sexual y salud reproductiva en el marco del derecho internacional.

Algunos de los principales derechos en conexión con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos son:

1. Derecho a la vida

Incluye la prevención y reducción de las causas de mortalidad materna, debido a la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Incluye el acceso a la atención durante el embarazo, el parto y la lactancia. Este derecho incluye también la eliminación de toda forma de violencia y a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo (18).

2. Derecho a la privacidad

Abarca el derecho a adoptar decisiones autónomas y sin interferencias arbitrarias, con respecto a la sexualidad y reproducción y al carácter confidencial de la información personal comunicada a los encargados de prestar los servicios. La privacidad incluye el derecho a discutir las necesidades o preocupaciones sobre la sexualidad en un ambiente en que las personas se sientan cómodas y respetadas (18).

3. Derecho a la libertad y a la seguridad personal

Este derecho se relaciona con la libertad de decidir de manera responsable sobre la sexualidad y reproducción, así como con la calidad de los servicios de salud que se ofertan. El derecho a estar libre de violencia por cuestiones de género, a no ser sometidas a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradante, a no ser

sometidas a prácticas como la esterilización forzada, el aborto u otras prácticas médicas no consentidas. Puesto que un embarazo no deseado puede implicar riesgos para la salud, el derecho de las mujeres a la seguridad, incluye también el derecho a anticonceptivos seguros y eficaces (18).

4. Derecho al nivel más alto posible de salud

Entraña el derecho a tener acceso a servicios de salud de calidad más alta posible, incluida la atención relativa a la salud sexual y reproductiva. Ello incluye reconocimiento de las necesidades diferenciadas en razón de sexo, edad, etnia, región, idioma u otras características específicas de grupos determinados (18).

5. Derecho a decidir el número e intervalo de hijos

Incluye el derecho a la autonomía reproductiva y el derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo (18).

6. Derecho al matrimonio y a fundar una familia

Se relaciona con el derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación. El derecho a contraer o no matrimonio. El derecho a disolver el matrimonio. Y el derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia (18).

7. Derecho a la igualdad y a la No discriminación

Protege los derechos de las personas sean cuales fueren su raza, etnia, sexo, opción sexual, estado civil, posición en la familia, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen social, a tener acceso en igualdad de condiciones a la información, educación y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva (18).

8. Derecho a la información

Incluye el acceso a la información completa, oportuna, adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción incluidos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos y sobre las implicancias de un embarazo para cada caso particular. El consentimiento informado es uno de los derechos que subyace en el derecho a la información y se refiere a que los servicios médicos faciliten información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos y respeten la elección de las usuaria/os (18).

9. Derecho a la educación

Incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva. El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho. La Educación como un proceso sostenido orientado a generar cambios en las percepciones y actitudes respecto de la sexualidad y reproducción y en las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres. Este derecho protege el derecho de los/las jóvenes a ser informados/as; la educación sexual libre de estereotipos (18).

10. Derecho a los beneficios del adelanto científico

Incluye el derecho a tener acceso a las tecnologías disponibles en materia de reproducción, particularmente, de métodos anticonceptivos de buena calidad, seguros y aceptables, para mujeres y hombres. El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana (18).

11. Derecho al empleo y a la seguridad social

Entraña el derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral, derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual, derecho a no ser discriminada por embarazo, derecho a no ser despedida por causa de embarazo, derecho a la protección de la maternidad en materia laboral y el derecho a no sufrir discriminaciones laborales por embarazo o maternidad (18).

12. Derecho a una vida sin violencia

El ejercicio de la sexualidad y reproducción sin coacción de ningún tipo que atente contra la dignidad y, la libertad. El uso de la fuerza física, psicológica, moral, con el fin de lograr una respuesta sexual contra la voluntad de una persona es violencia sexual, y se expresa en acoso, violación, explotación, tráfico de menores y mujeres, abuso sexual a niños y niñas (18).

La legislación internacional y nacional pretende hacer efectivos los derechos de las mujeres que son generalmente vulnerados en el parto y/o post parto:

- A la intimidad, por la intromisión no consentida en la privacidad de las mujeres, mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. Un ejemplo son los tactos vaginales repetidos y realizados por distinto personal de salud.
- A la integridad corporal que se relaciona con los principios básicos de privacidad, autonomía y dignidad.

- A no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes. Con la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y malos tratos (sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con síntomas que generan sospechas de abortos provocados).
- Al más alto nivel de salud posible, cuando no se aplican los conocimientos más actualizados y se causa daño e iatrogenia (18).

2.2.1.6. Formas de violencia obstétrica

A continuación se encuentra una lista de algunas de las formas de violencia obstétrica más comunes:

1. *No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas (19).*
2. *Obligar a la mujer a parir en postura supina y/o decúbito dorsal (acostada sobre la espalda y/o con estribos levantado las piernas), existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical (19,20).*

Esta es una práctica antinatural que genera la mayoría de las dificultades y hace necesarios casi todos los demás procedimientos. Ningún mamífero da a luz acostado en su espalda. Esta es una costumbre que se puso en práctica por razones muy diferentes a ayudar a la mujer, y facilita más que toda la visibilidad del profesional, impidiendo y generando dificultades en la mujer. Además implica mayor probabilidad de desgarros graves, lo cual ha llevado a imponer la episiotomía (corte del periné) en casi todos los partos, labor de parto de más duración (en promedio 2-3 horas más), lo cual implica mayor agotamiento y aumento de probabilidad de una cesárea de emergencia, aumenta probabilidad de cesárea o uso de fórceps y otros instrumentos altamente riesgosos para el bebé y madre (19,20).

La capacidad de pujar en esta posición es más difícil, lo cual aumenta la necesidad de episiotomías. Éstas implican a veces secuelas en la vida sexual de la mujer para toda su vida (20).

Aumenta el riesgo de necesitar maniobras de Kristeller o Presión en fondo de útero (una persona sube al vientre de la madre a empujar con violencia para obligar al feto a descender). Esta es una maniobra que implica grandes riesgos.

Se oprimen venas y arterias importantes y puede presentarse hipotensión, por ende estrés fetal, esto implica a su vez el riesgo de cesáreas de emergencia.

Esta postura no favorece el encaje del bebé, lo cual demora el parto y aumenta el dolor y el riesgo de cesáreas de emergencia y aumenta la probabilidad de

hemorragia intracraneal en el bebé. También puede provocar lesiones en vejiga y uretra de la madre, además, mayor probabilidad de hemorragia interna en la mujer, razón por la cual es necesario realizar maniobras invasivas y artificiales de extracción de la placenta, que acarrearán dificultades (20).

3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer (19)

4. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (19).

La cesárea debe ser un procedimiento que se realice únicamente en situaciones de emergencia. Aproximadamente más de la mitad de los nacimientos en Latinoamérica se dan por cesárea y en la mayoría de los casos estas son innecesarias.

Las cesáreas innecesarias tienen además un efecto psicológico devastador en las mujeres quienes deseaban tener un parto vaginal. Muchas sienten que han fracasado en su parto, sienten que les han robado su parto o que la experiencia ha sido ajena a ellas. En estos casos se presentan dificultades en la vinculación con el bebé y volvemos de nuevo a la generación de nuevas formas de violencia (negligencia o maltrato), que se desprenden de la interferencia en el proceso natural entre una madre y su bebé. La depresión posparto y el PTSD también son comunes (21).

En las cesáreas además, la mujer debe permanecer en quirófano más tiempo, a veces horas, y es separada de su bebé. Las primeras horas de vida del recién nacido son vitales para desplegar una serie de conductas innatas que necesitan de la interacción mamá bebé, para garantizar el vínculo, la aceptación de la madre a este bebé, el éxito de la lactancia, etc. (21).

5. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (19).

Los partos se aceleran mediante la aplicación de oxitocina de manera artificial interfiriendo en todos los procesos naturales que esta desencadenaría (19).

6. Inducción innecesaria al parto mediante Oxitocina artificial.

La oxitocina es una hormona vital en el proceso de parto y además es la base de una serie de respuestas innatas para desencadenar apego, empatía, lactancia entre

otros: nacimiento inmaduro aunque sea a término (semana 38), contracciones excesivamente dolorosas, agotamiento de la madre, por ende mayor estrés fetal, alta probabilidad de cesárea por agotamiento y/o estrés fetal (21).

La oxitocina química inhibe una serie de mecanismos fisiológicos naturales (neurológicos y endocrinos) del bebé y la madre alterando el proceso de vínculo y lactancia (19,21).

7. Múltiples intervenciones innecesarias y contraproducentes como lo son:

- Múltiples tactos vaginales, ejercidos a veces por diferentes personas y sin informar a la mujer, aislamiento, no permitirle estar acompañada en el proceso, excesiva medicación, ruptura artificial precoz de membranas, monitoreo fetal excesivo, excesivas ecografías durante el embarazo.
- Episiotomía (corte en el periné para agilizar el parto), suele implicar además de posibles infecciones y problemas de incontinencia, cicatrices dolorosas que pueden afectar la sexualidad de la mujer a veces hasta de por vida.
- Ignorar las súplicas de mujeres sometidas a cesáreas, cuando la anestesia no ha funcionado o deja de hacerlo (21).

8. Humillaciones y maltratos efectuados por el personal de salud que se reflejan en frases de sometimiento y humillación, así como la exposición constante de los genitales femeninos durante las exploraciones vaginales (19).

9. Procedimientos obstétricos realizados para facilitar el aprendizaje de los estudiantes y residentes médicos, ya que comúnmente se llevan a cabo sin autorización de las mujeres (19).

10. Gritarle y amenazarle.

11. Burlarse o despreciar sus exigencias o comentarios.

12. Violencia verbal, crueldad verbal, verbalizaciones degradantes, burlas o comentarios degradantes y de tono sexual abusivo.

13. Abuso físico (generar procedimientos dolorosos innecesarios, ignorar súplicas, no administrar medicamentos a pesar de los ruegos de las mujeres, tactos vaginales excesivos y rudos generalmente realizados por múltiples personas.

14. No permitir que la parturienta hable o haga ruidos, callarla y gritarle.

15. No detenerse cuando realiza procedimientos dolorosos, innecesarios o violentos a pesar de la petición de la paciente.

16. *Acelerar, inducir o generar intervenciones peligrosas o para acelerar el parto y poder terminar pronto.*

17. *Permitir que entren extraños o desconocidos a la sala.*

18. *No se le brinda atención adecuada a la madre ni al bebé.*

19. *No pueden ingresar con acompañantes (esposo, madres, doula, partera, quien ella escoja para acompañarla en el proceso) aunque si entran y salen continuos extraños y estudiantes de medicina a su parto.*

Estudiantes o extraños filman, toman fotos y hablan en presencia de la parturienta como si ella no existiera.

20. *No detener procedimientos (innecesarios y que no sean emergencias reales) ante negativas y súplicas de las madres.*

21. *Nunca se refieren a ella por su nombre.*

22. *No brindar la medicación necesaria (21).*

2.2.2. La percepción sensorial.

2.2.2.1. Definición

La representación mental del mundo se consigue a través de la sensación; pero, sin la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones esta representación no sería completo. Este segundo proceso se denomina PERCEPCIÓN. “La percepción es el proceso de organización e interpretación de la información sensorial que permite reconocer el sentido de los objetos y los acontecimientos” (22).

Los psicólogos de la Gestalt: Consideraban que el ser humano, cuando recibe varias sensaciones, las organiza en un “gestalt”, palabra de procedencia alemana que significa “conjunto” o “forma”. Según la Gestalt la percepción del conjunto excede la suma de las partes del mismo. Tendemos a reunir los estímulos visuales en formas completas, este proceso incluye el procesamiento ascendente (sensación) y el descendente (percepción) (22).

El planteamiento ecologista de Gibson defiende la teoría de que la percepción es un proceso simple; en el estímulo está la información, sin necesidad de procesamientos mentales internos posteriores. Dicho planteamiento parte del supuesto de que en las leyes naturales subyacentes en cada organismo están las claves intelectuales de la

percepción como mecanismo de supervivencia, por tanto, el organismo sólo percibe aquello que puede aprender y le es necesario para sobrevivir (23).

Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje (23).

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales se obtiene información respecto al propio hábitat, las acciones que se efectúen en él y los propios estados internos (24).

Esta definición presenta dos partes bien diferenciadas referidas respectivamente a:

- El tipo de información obtenida y
- La forma en que ésta se consigue.

La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

La percepción es la actividad de dar significado al mundo que nos rodea. Es un proceso mental en respuesta a los estímulos externos con los que entra en contacto nuestro cuerpo por medio de los sentidos (vista, tacto, oído, olfato y gusto). Los estímulos (la luz, el viento, el ruido, un beso, una caricia) activan las sensaciones (impulsos nerviosos) que llegan a nuestro cerebro conteniendo una información (calor, roce, presión, humedad...) El acto de dar significado a esos estímulos tiene lugar cuando se integran en el cerebro al relacionarse con otros procesos mentales como la atención, la memoria y la imaginación (la concentración en ese estímulo, el recuerdo de otro beso, la especulación sobre el significado...)

La atención, la memoria y la imaginación, son actividades psicológicas necesarias para poder completar el proceso de percepción, es decir, para conseguir identificar y comprender el estímulo exterior. Por medio de la atención nos centramos en un estímulo concreto y lo comparamos con otros de vivencias anteriores, por medio de

la memoria, para poder identificarlo, o bien tratamos de deducir su significado por medio de la imaginación (23).

Una vez que la percepción ha completado su proceso, asimilamos la información y ésta a su vez actúa sobre nuestra actitud psicológica y emocional, haciendo que respondamos en función de la disposición física y psicológica que se haya generado (positiva, negativa, activa, pasiva, etc.) (23).

2.2.2.2. Características de la percepción

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal

Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

La condición de **selectiva** en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo (23).

2.2.2.3. Proceso de percepción

Todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, es decir, flujos de información a través de cada uno de sus cinco sentidos, pero no todo lo que se siente es percibido, sino que hay un proceso perceptivo mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión.

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: selección, organización e interpretación.

1. Selección. El individuo participa directamente en lo que experimenta, esta intervención no se limita a una simple adaptación, sino que se acompaña de una selección efectuada entre los estímulos propuestos.

2. Organización.

3. Interpretación. Es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.

La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la

forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses (23).

2.2.2.4. Percepción positiva o negativa

1. Percepción positiva: si la gestante percibe al menos un tipo de violencia obstétrica.
2. Percepción negativa: si la gestante no percibe ningún tipo de violencia obstétrica.

2.2.2.5. Sistemas sensoriales

La percepción se lleva a cabo mediante diferentes sistemas sensoriales como la vista, oído, tacto, propiocepción

1. La visión. En el cerebro el área dedicada a los mecanismos de la visión es mayor que la de ningún otro sentido; ya que lo que se ve proporciona el 80% de toda la información sobre el mundo.

2. La audición. Gran parte de lo que se sabe del mundo llega a través de los oídos. El sonido son ondas, o más bien 2 movimientos de moléculas en un medio. El movimiento de la fuente sonora empuja las moléculas y las separa creando vibraciones en forma de ondas sonoras.

3. El tacto. La piel tiene una variedad de receptores para recibir las distintas sensaciones, y que diferentes tipos de receptores reaccionan a distintos tipos de estimulación. Son tan específicos que cuando las fibras individuales se estimulan producen la sensación para la que están programados, sea cual sea el estímulo. La parte más sensible es la cara. La sensibilidad relativa de las partes del cuerpo ha sido demostrada mediante el umbral de discriminación entre dos puntos.

El dolor desempeña una función importante. Existen vías específicas del dolor. Ciertas fibras sensoriales solo responden al dolor, mientras que otras parecen señalar el dolor junto con otras sensaciones. El cerebro tiene la capacidad de crear analgesia mediante la secreción de endorfinas. También sensaciones como el miedo, el estrés o el ejercicio físico inhiben el dolor.

4. Propiocepción. El sentido de la propiocepción proporciona información sobre el movimiento de las distintas partes del cuerpo y de su posición en el espacio. Los receptores sensoriales se localizan en las articulaciones y los músculos.

2.3. Hipótesis

Ha. La percepción de las gestantes en trabajo de parto sobre violencia obstétrica es positiva, en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2017.

Ho. La percepción de las gestantes en trabajo de parto sobre violencia obstétrica es negativa, en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2017.

2.4. Variables

Violencia obstétrica desde la percepción de la gestante en trabajo de parto.

2.5. Definición conceptual y operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	Indicadores	items	Escala	
Violencia obstétrica según la percepción de la gestante en trabajo de parto. Comprende todas las formas de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres (19).	Violencia obstétrica en la fase de dilatación.	Utilización de sobrenombres o diminutivos en el trato.	Si No	Nominal	
		Existencia de críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto.	Si No	Nominal	
		Impedimento de estar acompañada por un familiar.	Si No	Nominal	
	Violencia obstétrica en el período expulsivo	Violencia obstétrica en el período expulsivo	Presencia de estudiantes sin consentimiento de la gestante.	Si No	Nominal
			Aceleración del trabajo de parto	Si No	Nominal
		Violencia obstétrica en el período expulsivo	Realización de uno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin previo consentimiento o explicación a la gestante.	Si No	Nominal
			Tactos vaginales reiterados y realizados por distintas personas.	Si No	
			Rotura artificial de las membranas.	Si No	
			Compresión del abdomen en el momento de los pujos.	Si No	
			Realización de episiotomía.	Si No	
			Raspado uterino sin anestesia.	Si No	
	Impedimento a la gestante de elegir la posición para dar a luz.	Si No	Nominal		
	Violencia obstétrica en el período post parto	Violencia obstétrica en el período post parto	Impedimento del contacto precoz con su hijo/a recién nacido.		
			Culpabilidad por la experiencia de la atención en el parto		
			Vulnerabilidad, culpabilidad o inseguridad del trabajo de parto	Si No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación es descriptivo, correspondiente a un diseño no experimental de corte transversal.

No experimental: porque no se manipuló ninguna variable del estudio.

Descriptivo: porque busca identificar las formas de violencia obstétrica por parte del profesional de salud en la atención del trabajo de parto, según la percepción de las gestantes

De corte transversal: porque el estudio se realizará en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en el distrito de Cajamarca que está en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 Km. de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m y cuenta con una temperatura anual de 18.9°C.

La población estuvo constituida por todas las gestantes en trabajo de parto, que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, teniendo como antecedente el número de mujeres atendidas en los meses de enero a octubre de 2016, que según el registro de datos del centro obstétrico es de:

N = 3183

3.3. Muestra

Se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El muestreo utilizado fue probabilístico que implicó seleccionar al azar, es decir, que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos. Se determinó para satisfacer los márgenes de confiabilidad y error en la estimación de la proporción de violencia obstétrica empleándose la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(3183)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.09)^2(3183) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n \geq 114$$

Donde:

N = (3183) Población promedio teniendo como antecedente las gestantes en trabajo de parto atendidas de enero a noviembre de 2016

P = (0.50) Proporción de gestantes en trabajo de parto con percepción positiva de violencia obstétrica.

Q = (0.50) Proporción de gestantes en trabajo de parto con percepción negativa de violencia obstétrica.

Z = 1.96 (Coeficiente del 95% de confiabilidad)

D_ (0,09) (Máximo error permitido)

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las puerperas atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca.

3.5. Criterios de inclusión

Las gestantes participantes del estudio para ser incluidas en el mismo cumplieron con los siguientes criterios:

- Gestante con diagnóstico de trabajo de parto
- Estar en pleno uso de sus facultades mentales.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como las siguientes:

Valor social o científico: para ser ética una investigación debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. Este criterio aseguró que las gestantes no sean expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.

Validez científica: La investigación tuvo una muestra debidamente justificada, está sigue un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, cuenta con un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información; mantiene un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el informe; y cultiva los valores científicos en su estilo y estructura.

Selección equitativa de los sujetos: la selección de las gestantes estuvieron guiados por los criterios de inclusión.

Consentimiento informado. Luego que la gestante fue informada en forma clara y precisa de la naturaleza de la investigación, emitió su autorización y se le pidió que firme el documento de consentimiento informado.

Privacidad: se respetó el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad: la información referida por la gestante, no fue revelada, se utilizó solamente para cumplir con los objetivos de la investigación.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se procedió de la siguiente manera:

En una primera fase, se solicitó el permiso correspondiente al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca para poder encuestar y entrevistar a las gestantes, asimismo se solicitó el permiso al (a) jefe del servicio de Obstetricia con el mismo motivo.

En una segunda fase, al momento de ingresar la gestante, se procedió a encuestarla para obtener información sobre sus datos sociodemográficos y obstétricos y al finalizar el parto en el servicio de puerperio inmediato se procedió a realizar la entrevista para obtener datos desde su percepción sobre las formas de violencia obstétrica.

Como técnica se utilizó:

La encuesta aplicada a las gestantes para obtener información sobre todas las formas de violencia obstétrica.

Como instrumentos se utilizaron:

1. **El cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron datos sociodemográficos y obstétricos de la gestante como la edad, nivel educativo, estado civil, procedencia y paridad. Anexo 01.
2. **La entrevista semi – estructurada** en profundidad diseñada con preguntas orientadoras dirigidas a comprender las formas de violencia obstétrica según la percepción de las gestantes en trabajo de parto. Anexo 02.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

Para el procesamiento de datos cuantitativos se utilizó el programa SPSS versión 22 para Windows. El análisis de los datos se realizó teniendo en cuenta los procedimientos estandarizados cuantitativos (estadística descriptiva e inferencial), orientando a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se estimó con el alfa de Cronbach, el mismo que arrojó un valor de 0.86 y asumió que los ítems midieron un mismo constructo y que estuvieron altamente correlacionados,

Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01. Características sociodemográficas de las gestantes en trabajo de parto atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2017

Grupo etáreo	n°	%
14-19 años	31	27,2
20-24 años	38	33,3
25-29 años	20	17,5
30-34 años	11	9,6
35-39 años	8	7,0
40+ años	6	5,3
Grado de instrucción	n°	%
Primaria incompleta	24	21,1
Primaria completa	25	21,9
Secundaria incompleta	24	21,1
Secundaria completa	28	24,6
Superior técnica	6	5,3
Superior universitaria	7	6,1
Estado civil	n°	%
Soltera	5	4,4
Casada	15	13,2
Conviviente	94	82,5
Lugar de residencia	n°	%
Urbana	63	55,3
Rural	51	44,7
Total	114	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se puede observar que las gestantes en trabajo de parto del estudio, en su mayoría pertenecieron al grupo etáreo de 20-24 años con 33,3%; un

significativo 27,2% estuvo constituido por el grupo de gestantes adolescentes mientras que un 12,3% de gestantes fueron gestantes mayores de 35 años.

La edad no cobra mucha importancia en el tema de la violencia obstétrica, porque independientemente de esta, la mujer que está dando a luz puede ser tratada empáticamente con calidad o ser maltratada.; sin embargo las mujeres más jóvenes y que por primera vez van a tener un hijo probablemente sean más sensibles al trato por parte del profesional de salud.

En cuanto al grado de instrucción el 24,6% de las gestantes en trabajo de parto tenía secundaria completa; solamente el 6,1% manifestó tener superior universitaria.

El nivel educativo que tenga una gestante es importante pues a mayor grado de instrucción, es posible que tengan una mejor actitud frente al proceso del trabajo de parto, asimilando los consejos brindados por el personal de salud y percibiendo de forma más precisa si es víctima de alguna violencia obstétrica o no.

En lo que respecta al estado civil, el 82,5% de gestantes manifestó tener un estado de convivencia; el 13,2% dijo ser casada y el 4,4% soltera.

Es probable que las mujeres que tienen un estado civil no estable como en el caso de las solteras sean más sensibles a percibir malos tratos por parte del personal de salud, el hecho de afrontar un embarazo solas las hace más susceptibles emocionalmente, probablemente las mujeres casadas y convivientes tengan más seguridad y desestimen algún tipo de actitud negativa por parte de quienes las están atendiendo.

El 55,3% de gestantes en trabajo de parto del estudio tenían como lugar de residencia a la zona urbana mientras que, el 44,7% manifestó residir en zona rural.

Las mujeres de la zona rural probablemente sean quienes perciben mayormente un trato de violencia por sus propias costumbres; muchas de ellas prefieren un parto en cuclillas, “tomar agüitas” y estar acompañadas de sus familiares, hechos que en muchos establecimientos de salud no se permiten.

Sin embargo; Troncoso (2015) señala que la violencia obstétrica puede ser practicada en cualquier mujer, sin incidencia del estrato social, contrario a lo que se cree popularmente, las víctimas de tal atropello suelen estar divididas entre la atención pública y la privada, dejando en evidencia que el nivel socioeconómico o educativo no juega un papel importante en la praxis de este exabrupto (26).

Tabla 02. Antecedentes obstétricos de las gestantes en trabajo de parto atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2017

Paridad	n°	%
Nulíparas	77	67,5
Primíparas	15	13,2
Múltipara	22	19,3
Edad gestacional	n°	%
A término	101	88,6
Pre término	13	11,4
Periodo intergenésico	n°	%
Normal	18	15,8
Corto	4	3,5
Largo	13	11,4
Ninguno	79	69,3
N° de atenciones prenatales	n°	%
Ninguno	1	0,9
1 – 3	6	5,3
4 – 6	15	13,2
+ 6	92	80,7
Total	114	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

Los presentes datos permiten evidenciar que el 67,5% de gestantes en trabajo de parto eran nulíparas, es decir que por primera vez van a tener un hijo. El hecho de ser su primer parto conlleva a tener mayor cantidad de horas en el periodo de dilatación y estar sujeta a mayor cantidad de procedimientos obstétricos como tactos vaginales, control de dinámica uterina y monitoreo cardiaco fetal que pueden incomodar a este grupo de mujeres; en tanto que las primíparas y múltiparas al tener una experiencia previa y tener menos tiempo en dilatación, son más comprensibles y más tolerantes a estos procedimientos.

En cuanto a la edad gestacional el 88,6% fueron a término y el 11,4% fueron pretérmino.

Una gestante que ha llegado a la culminación del embarazo, está más preparada psicológicamente, en tanto que quienes tienen un parto pretérmino se van a ver más afectadas sobre todo emocionalmente, pensando en la salud de su bebé, por lo

tanto será más susceptible de expresiones impropias, comentarios, rumores u otras actitudes por parte del personal de salud.

El 69,3% de gestantes no ha tenido un periodo intergenésico previo, porque no estuvieron embarazadas con anterioridad, el 11,4% tuvo un periodo intergenésico largo mientras que el 3,5% tuvo un periodo intergenésico corto; para quienes se embarazan después de muchos años es un “iniciar nuevamente”, muchas se han olvidado de cómo fue su parto anterior y sienten temor, angustia que las conlleva a veces, a tomar actitudes negativas en el trabajo de parto, que no son comprendidas por los profesionales de la salud que están atendiendo su parto actual; quienes han tenido un periodo intergenésico corto, pueden traer a su memoria recuerdos de su parto anterior y actuar según como haya sido esta.

El 80,7% de gestantes tuvo de 6 atenciones prenatales o más, probablemente, estas mujeres, han tenido la oportunidad de asistir desde el inicio del embarazo gracias al consejo de familiares, personal de salud o por experiencia de un anterior embarazo; ellas han tenido la oportunidad de recibir mayor información acerca del parto, han planificado como debe ser éste y posiblemente han tenido la oportunidad de tener sesiones psicoprofilácticas para ayudar a controlar el estrés que supone el trabajo de parto; pero el 5,3% de mujeres solamente tuvo de 1-3 atenciones prenatales debido a la falta de información de la importancia de las atenciones prenatales o desinterés, hecho que induce a un menor conocimiento sobre el trabajo de parto, lo procedimientos, etc.

4.3. Evaluación de la violencia obstétrica desde la percepción de las gestantes en trabajo de parto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

Formas de violencia	Si		No		Total	
	n°	%	n°	%		
Utilización de sobrenombres o diminutivos en el trato	7	6,1	107	93,9	114	100,0
Existencia de críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto.	4	3,5	110	96,5	114	100,0
Impedimento de estar acompañada por un familiar	105	92,1	9	7,9	114	100,0
Presencia de estudiantes durante el trabajo de parto sin el consentimiento de la gestante	56	49,1	58	50,9	114	100,0
Aceleración del trabajo de parto con algún fármaco	30	26,3	84	73,7	114	100,0
Realización de uno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin previo consentimiento o explicación a la gestante.						
Tactos vaginales reiterados	6	5,3	108	94,7	114	100,0
Compresión de abdomen en el momento de los pujos	15	13,2	99	86,8	114	100,0
Episiotomía	54	47,4	60	52,6	114	100,0
Episiotomía y compresión abdominal	19	16,7	95	83,3	114	100,0
Tacto vaginal y rotura artificial de membranas	1	0,9	113	99,1	114	100,0
Legrado sin anestesia	2	1,8	112	98,2	114	100,0
Impedimento a la gestante de elegir la posición para dar a luz	31	27,2	83	72,8	114	100,0
Impedimento para el contacto precoz con su hijo/a	2	1,8	112	98,2	114	100
Culparon a la gestante por algún resultado negativo del parto	4	3,5	110	96,5	114	100
Culpabilidad por la experiencia de la atención en el parto	15	13,2	99	86,8	114	100
Sentimiento de vulnerabilidad, inseguridad o culpabilidad por el parto	15	13,2	99	86,8	114	100

Fuente: datos recolectados por la autora

Se puede apreciar en la presente tabla que en el 93,9% de los casos las gestantes en trabajo de parto fueron llamadas por su nombre, mientras que en el 6,1% de los casos, se comunicaron con las gestantes utilizando un sobre nombre.

No solamente, la violencia verbal aparece debido al trato rudo y grosero de profesionales de la salud, sino que, las gestantes también pueden percibir algún tipo de maltrato cuando no son llamadas por su nombre, a pesar de que pueden ser expresiones tiernas como “hijita”, “hija”, “madrecita” o “corazón” por el hecho de que estas expresiones infantilizan a la gestante, sobre todo, por su situación de vulnerabilidad durante el parto que crea sensibilidad en ellas, pero que puede tener consecuencias adversas para la crianza del bebé, en cuanto genera poca confianza en el personal de salud.

“Solo algunos me llamaban por mi nombre otros me decían mamita”.

“Me decían “madre” pero no me sentía mal”.

Cuando se les hizo la pregunta ¿Fue criticada por llorar, gritar; el 3,5% de las mujeres manifestaron que las habían criticado por llorar o gritar durante las contracciones uterinas en el trabajo de parto, mostrando este pequeño porcentaje de mujeres un acto de violencia obstétrica.

“El doctor que me iba a evaluar me dijo que levante las piernas, pero en ese instante me dio un calambre y no podía y me dijo: ¡hasta que hora te voy a esperar, tengo que hacer!”.

“Yo gritaba y me decían que me calle, la que me estaba cuidando, estaba durmiendo, después mejor salía porque yo gritaba mucho”

“Como es mi cuarto hijo me criticaron porque al último yo no tenía fuerzas y me decían tú ya sabes”.

“Me gritaron porque yo ya no aguantaba el dolor y me senté, pero como estaba con la máquina ellos no quisieron y el obstetra me dijo: si no quieres estar acá mejor vete de acá y me hizo sentir mal. Después de que di a luz unos internos le preguntaron al obstetra porque había venido el fiscal y él dijo: porque esa cojuda no ha querido ponerse el monitor”.

“Me dijeron que aguante el dolor y no me hacían caso”

No obstante estas manifestaciones, los presentes datos difieren con los de Figueroa y cols. (2017) quienes en su estudio encontraron que, las críticas por llorar o gritar se presentó en el 44,4% (27).

Serrano, en su estudio reportó que una mujer narró que durante su trabajo de parto recibió críticas, insultos y comentarios negativos por parte del personal médico, dato semejante al encontrado al presente estudio (12).

Al respecto, Soto (2016) señala que, el derecho al trato digno «es la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico» (15).

Durante el parto también se evidenció formas de violencia verbal en el 6,1% de gestantes que manifestaron que les habían gritado durante el parto. Una de las puérperas manifestó:

“Me dijeron que porque no vine antes cuando los dolores eran todavía suaves, pero no tenía quien me traiga estaba sola”.

A pesar de que, es pequeño el porcentaje de mujeres que han sufrido violencia, de igual forma en estas mujeres se ha desestimado la sugerencia de La OMS que dice que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, del parto, su puerperio, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

Este dato difiere significativamente con el resultado encontrado por Terán y cols., ellos reportaron que el 49,4% de las mujeres de su estudio, fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante (7).

Se considera otra forma de violencia obstétrica cuando el personal de salud impide que un familiar acompañe a la parturienta en su trabajo de parto y en el presente estudio se encontró que el 92,1% de las mujeres manifestó que no dejaron que entre un familiar a acompañarlas durante su trabajo de parto y parto, solamente el 7,9% manifestó que aunque sea por un momento si le permitieron a un familiar que las acompañara.

La mayoría de ellas dio estas manifestaciones:

“Yo quería que entre mi esposo para apoyarme, pero no lo dejaron entrar y eso me puso triste”

“Mi mamá quería entrar conmigo para apoyarme pero no pudo, aquí no te dejan entrar”

“Yo quería que entre mi mamá, pero no quisieron me dijeron que habían más pacientes y no había espacio para mi mamá”.

Arguedas, en su investigación describió algunos actos de violencia entre ellos el negarle la compañía a una mujer joven que se encontraba en labor de parto (11).

La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural, señala que la mujer es libre de elegir a la persona que desee que la acompañe que puede ser el esposo, cualquier otro familiar o la doula (28).

Rangel (2017) habla de conducta discriminatoria al aislamiento de la mujer cuando no se posibilita el acompañamiento durante el trabajo de parto es una condición que no solamente las vulnera psicológicamente, sino que también puede enfrentarse a accidentes debido a la sobredemanda del servicio (13).

En su estudio Rangel señala que, el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto figuró como una necesidad real, sin embargo, las mujeres lo plantean como algo “que desean” y no como un derecho, un derecho que ha sido reconocido (13).

Las razones para favorecer la compañía en el trabajo de parto se sostiene en la evidencia demostrada de que la presencia de un acompañante reduce la necesidad de medicación para el dolor, la cesárea y el nacimiento por fórceps, incide también en trabajos de parto menos prolongados. Por otra parte, el acompañamiento de las parejas durante la atención del parto es una estrategia que transversaliza la perspectiva de género y promueve la equidad en los procesos de crianza (13).

En relación a la presencia de estudiantes observando el trabajo de parto, los datos muestran que el 49,1% de mujeres manifestó haber tenido su parto en presencia de varios de ellos. Este dato se debe a que el establecimiento de salud tiene la denominación de Hospital Docente con estudiantes; sin embargo la norma establece que se debe solicitar el permiso a la gestante para que los estudiantes puedan presenciar tal o cual acto obstétrico, pero tal hecho no sucedió.

“En mi parto habían como 7 personas de los cuales 2 eran estudiantes porque los estaban enseñando”

Habían varias personas también estudiantes que estaban mirando yo sentía vergüenza”.

“En mi parto habían varias personas, me daba vergüenza al estar ahí y todos mirando”

“Había como 7 personas pero como yo estaba con los dolores no le tomé importancia además son personas que ayudaban en mi parto”.

El parto es un momento que debería ser íntimo y tranquilo, con el menor número de personas presentes, como sucede en las hembras mamíferas de todas las especies. Sólo con la intimidad adecuada el parto progresará de manera fluida y equilibrada. La adrenalina es lo contrario a la oxitocina, y si una mujer siente miedo durante el parto, éste se detendrá. Los partos masificados, donde entra y sale el personal sin respeto alguno por la intimidad de las mujeres no sólo pueden parar su dinámica, sino que además harán que las parturientas se sientan inseguras y estresadas tanto física como psíquicamente.

Estos datos difieren a los encontrados por Rodríguez quien en su estudio encontró que hubo intervención de estudiantes en prácticas durante el trabajo de parto sin consentimiento de la mujer en 28,7%, cifra menor a la reportada en el presente estudio.

Calafell (015) referido por Rodríguez señala que durante el último siglo y medio se ha producido un importante cambio en el proceso de parto: se ha pasado de parir en casa a parir en centros hospitalarios y de dar a luz entre mujeres a hacerlo rodeada de personal médico. Por tanto, el parto, cada vez más, se entiende como un proceso médico y no como un proceso biosocial que, además, se encuentra influenciado por la cultura, tanto de la mujer que da a luz como de los y las profesionales que la atienden y de la sociedad en la que se enmarca (29).

Rodríguez afirma además que, la violencia obstétrica se produce en un momento de vulnerabilidad física y psíquica como es el parto, durante el cual la mujer se encuentra en un entorno ajeno a ella y donde existe una relación clara de poder entre el/la profesional de la salud y la parturienta. Si a estos hechos se le suma que ni las mujeres, ni muchas veces los profesionales, los identifican como violencia, se puede afirmar que la violencia obstétrica es además violencia de género, institucional y simbólica (29).

A pesar de la aseveración de Rodríguez, se determinó en el presente estudio que posiblemente no todas identifican a estos hechos como violencia pero si hay quienes lo hacen, aunque es necesario tener un grado de instrucción superior para ello.

“Ahora que estoy más calmada me doy cuenta que violan tu privacidad al entrar tanta gente en el momento del parto”. (Grado de instrucción: superior)

Cuando se les hizo la pregunta: ¿Aceleraron su trabajo de parto con oxitocina?, el 26,3% dijo que sí; mientras que el 73,7% manifestó que no le administraron ningún medicamento durante el trabajo de parto; sin embargo quienes manifestaron haber recibido conducción del trabajo de parto estaban convencidas de que había sido para ayudarlas: *“me dijeron que me iban a ayudar para que nazca rápido mi hijo”.*

“Si me aceleraron con oxitocina, solo me dijeron que me iba a ayudar”.

“Vi que la señorita puso una ampolla en el suero y me dijo que era oxitocina para que avance mi parto”

El hecho de que las mujeres vean estos comportamientos como normales justifica uno de los motivos por los cuales la violencia obstétrica aún permanece invisibilizada. En muchas ocasiones, las mujeres consideran que recibir una atención poco respetuosa por parte de los profesionales sanitarios, es el precio que se tiene que pagar por beneficiarte de servicios de salud gratuitos.

Estos datos son similares a los de Rodríguez y cols., quienes encontraron que 23 mujeres hicieron referencia a que el proceso se acelera por necesidades del parto, pero difiere cuando señala que solamente 4 mujeres sintieron que se respetó el ritmo del parto (29). En el presente estudio no se interrogó si solicitaron permiso o no.

Cobo (2016) señala que, según datos del Ministerio de Sanidad, la oxitocina llega a ser utilizada en un 53,3% de los partos (2).

Respecto a los posibles efectos del uso de la oxitocina sintética, la evidencia científica demuestra que, además de aumentar el dolor, puede causar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo. Debido a ello, las recomendaciones consideran que el porcentaje de su uso no debe superar el 5-10%. No se conoce cuál es el porcentaje de uso en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ni cuáles sus indicaciones, constituyendo un nuevo tema de investigación.

Cuando se les interrogó sobre si realizaron en su persona alguno o varios de los procedimientos obstétricos, sin pedirle consentimiento o explicarle, porqué eran necesarios se determinó que al 5,3% de las mujeres se les había hecho tactos vaginales por varias veces y por diferentes personas, hecho que se considera como violencia obstétrica, pues vulnera su derecho como mujer.

Figuroa y cols. (2017) en su estudio encontró que uno de los procedimientos que se le realizaron a las usuarias sin pedirles consentimiento o informarle sobre los riesgos fueron los tactos vaginales reiterados y por diferentes personas en el 40.0%, dato disímil al encontrado en el presente estudio. (27).

El 13,2% de mujeres manifestó que otro procedimiento que utilizaron fue la comprensión de abdomen, se trata de la maniobra de Kristeller.

“Cuando estaba pujando vino una de blanco y empezó a aplastar mi barriga supongo que era para ayudarme porque mi bebe nació ahí nomás”.

“Como es mi primer hijo yo no sabía pujar y vino un joven y me aplastaba la barriga me dijo que me iba ayudar, pero me dolía”

La idea de este procedimiento es fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, masajeando el útero y presionándolo en el fondo repetidamente en dirección hacia el canal del parto; sin embargo; según la OMS, es una práctica poco segura y no recomendada. Incluso, la considera anticuada y algo riesgosa, ya que una maniobra mal hecha podría provocar graves problemas como el desprendimiento de la placenta y ruptura uterina, o bien, fracturas en el bebé (30).

El 47,4% de las mujeres, indicó que le habían hecho episiotomía, pero no le habían consultado previamente, la mayoría de mujeres se dio cuenta cuando la iban a suturar

“La señorita me dijo que me habían hecho un corte y que tenían que suturar”

“No supe en que momento me cortaron después ya me dijeron cuando me iba a coser”.

“Yo sentí cuando me estaban cosiendo y pregunté y ahí me dijeron que me habían cortado”

La episiotomía es una práctica obstétrica frecuentemente realizada como rutina en la asistencia al parto, aunque evidencias científicas demuestran que su realización sin real indicación puede resultar en complicaciones maternas. Además de ser en gran parte de los casos innecesarios, la episiotomía es considerada una violencia obstétrica, ya que generalmente este procedimiento es realizado sin debida aclaración a la parturienta y sin su consentimiento, provocando pérdida de autonomía y del poder de decisión sobre su propio cuerpo (31).

“Si me realizaron corte yo no quería pero la obstetra dijo que tenían que hacerlo, no vi en que momento después ya me dijo que iba a suturar”.

Rangel (2017) señala que la episiotomía es una de las prácticas realizadas de manera más indiscriminada, en su estudio identificó que fue realizada en la mayor parte de las mujeres, coincidiendo con lo que se reporta en la atención de mujeres en América Latina que alcanza un 80%, aun cuando la OMS recomienda que estos no rebasen el 30% (13).

Bernués, (2014) identificó que las complicaciones más frecuentes de la episiotomía incluyen la dispareunia y diferentes tipos de incontinencia, ya sea urinaria, fecal o de gases (32).

Al 16,7% de las mujeres se les practicó tanto episiotomía como compresión abdominal. Estas prácticas suelen hacerse de rutina, pero debieran hacerse informando a la gestante para no vulnerar sus derechos.

Al 0,9% de las mujeres le realizaron tacto vaginal y al mismo tiempo realizaron rotura artificial de membranas.

“La obstetra me dijo que me iba a ayudar y metió su mano y ahí se rompieron las bolsas, en el parto casi para que nazca yo pujaba y la obstetriz aplastaba mi barriga”.

La OMS (2016) señala que, en la intensificación o conducción del trabajo de parto se usa como técnica la ruptura artificial de membranas (amniotomía) pero se debe tener en cuenta que si bien las intervenciones dentro del contexto de la conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto (33).

El 1,8% de las mujeres manifestó que le habían hecho un raspado uterino sin aplicar anestesia.

“Después de dar a luz me hicieron limpieza porque como era prematura se quedan restos, lo realizaron ahí no más en sala de partos”.

Se desconoce el contexto en el cual se realizó tal intervención, al igual que la susceptibilidad de la paciente; sin embargo es preciso reconocer que la parturienta luego del parto aún se encuentra adolorida, por lo que cualquier procedimiento por pequeño que sea le va a significar un gran dolor.

El excesivo intervencionismo y medicalización, junto con la imposición de la autoridad obstétrica, no sólo obstaculizan que las mujeres sean partícipes de dicho proceso, sino que, en ciertas ocasiones, provocan que no puedan valerse por sí mismas necesitando una intervención médica para mantener su vida sexual y reproductiva (2).

Cuando se les preguntó si se les impidió o dificultó elegir la posición para dar a luz, al 72,8%, supuestamente, no le impidieron elegir la posición para dar a luz; sin embargo en este grupo están las nulíparas (67,5%) que no sabían cuáles eran las posiciones existentes para dar a luz, no tenían un plan de parto, a ellas simplemente les indicaron que la posición para dar a luz, era la posición de litotomía; el 27,2% de las gestantes manifestó fehacientemente que no le permitieron adoptar la posición elegida para el parto a pesar de que en su plan de parto establecía la posición sugerida.

“Yo quería dar a luz ashuturada como se da en el campo con tus familiares pero acá la señorita me dijo que no se da a luz así, sino en camilla acostada”.

“Mis anteriores partos di a luz en mi casa acompañada de mi familia para este parto estuve sola”.

“En el campo se da a luz en cuclillas porque es más rápido y duele menos, pero acá te hacen echarte en una camilla acostada para que pujes”

“Yo quería dar a luz shuturada porque me dolía mi cintura acostada, pero ellos me dijeron que tenía que dar a luz en esa posición”.

A algunas mujeres no les importó la posición para dar a luz y así lo manifestaron:

“Yo quería dar a luz rápido sea cual sea la posición”

“Yo no sabía cómo dar a luz y la obstetrix me dijo que me acostara en la camilla que ahí iba a dar a luz”.

“En el campo dan a luz ashuturada porque es más rápido, yo quería da a luz así pero no me dejaron”-

“Ellos te dicen que te acuestes en la camilla no te preguntan en qué posición quieres dar a luz”

Algo que incita a la reflexión es que, es en las atenciones prenatales cuando se llena el plan de parto, en el cual la mujer, embarazada tras haber recibido información sobre el embarazo y el proceso de parto, y teniendo en cuenta sus valores y deseos

personales elige la posición en la que desea dar a luz; además, el plan de parto es parte de la atención del parto humanizado, recomendado por la Organización Mundial de la Salud; además, es preciso tener en cuenta que el Plan de Parto es un documento escrito, de carácter legal, es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y el/la obstetra, y sirve para orientar la atención sanitaria que se le debe prestar a lo largo de todo el proceso (34); sin embargo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, se desestima esta elección, y solamente se las atiende en posición ginecológica; no se conoce las razones para tal decisión pero si se sabe con certeza que las mujeres experimentan un sentimiento de frustración que puede llevarlas a tener un sentimiento de desconfianza en los servicios de salud.

“En mi plan de parto yo dije que quería dar a luz shaturada pero me dijeron que tenía que dar a luz acostada”.

Cobo, señala que, en situaciones en las que el proceso haya transcurrido de forma inesperada y por tanto, ha sido diferente a lo reflejado en el plan de parto, aparecen sentimientos de pérdida y decepción con mucha más razón en las gestantes que acuden al hospital esperando ser atendidas de una forma, pasan horas en sala de dilatación y finalmente tienen que dar a luz en una camilla en posición ginecológica (2).

Fernández (2013) por su parte sostiene que el plan de parto no sólo puede potenciar la comunicación de las preferencias de la gestante sino que constituye un componente clave de casi todos los programas de educación materna. La noción del plan de parto obedece al deseo de instruir a la embarazada y comprender sus valores personales, sus necesidades y sus inquietudes en relación al proceso. Este escrito es la herramienta que utilizará la mujer para transmitir su filosofía y sus preferencias en su experiencia de parto a todos los profesionales que la asesorarán y atenderán a lo largo de esta vivencia (16).

De otra parte, la posición de cuclillas (posición vertical) es parte de la adecuación cultural en la atención del parto y forma parte de las estrategias para disminuir los índices de mortalidad materna.

Precisamente el 21 de julio de 2016 con Resolución Ministerial 598-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural, con la finalidad de mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural (35).

Westbrook (2015) señala que la posición que toma la mujer durante el parto puede estar relacionada con la perspectiva y formación del profesional y afirma que como individuos, siempre se quiere legitimar o imponer los propios valores en las instituciones con las que se tiene un vínculo. Por eso, los profesionales tienen un papel muy fuerte en la práctica de una institución (36).

Müller (2010) afirma “también se trata de "dominar la situación" (o más bien ¿dominar a la mujer?), para evitar que sea ella quien domine el espacio o tome el control sobre su propio cuerpo”. Por muy moderna que sea la cama, la mujer suele estar en la postura más incómoda y humillante, que es a la vez la peor para parir (37).

Gérvas (2016) por su parte señala que es violencia obstétrica parir inmovilizada y en una posición que es cómoda para los profesionales que le atienden, no para ella; además sostiene que la violencia obstétrica se ejerce contra los derechos humanos de las mujeres por serlo (por ello es violencia de género) y va contra su dignidad e integridad, con el agravante de la especial vulnerabilidad que se da en las circunstancias que rodean a la reproducción (38).

Cobo (2016) con respecto a la posición en el parto, considera que tanto desde el punto de vista de la anatomía como de la fisiología de la mujer, la posición más utilizada en la atención del parto hospitalario, que es la de litotomía, no beneficia la progresión adecuada del mismo. Dicha posición produce una disminución del intercambio del oxígeno útero placentario, lo que influye sobre las contracciones, que llegan a atenuarse y disminuir su frecuencia. Igualmente, esta posición hace que los pujos sean menos eficaces no siendo posible aprovechar la fuerza de la gravedad. Del mismo modo, el canal del parto se estrecha y dificulta el periodo expulsivo. Además no se consigue una adecuada relajación del periné debido a que esa posición no favorece que el bebé ejerza una presión mantenida para que se produzca un estímulo nervioso con la consiguiente descarga de oxitocina (2).

Al preguntar si se le impidió tener contacto inmediato con su hijo/a recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo a su examen, solamente el 1,8% contestó que sí, mientras que el 98,2% afirma haber tenido a su bebé inmediatamente que dio a luz; quienes no habían podido tener a su bebé fue por razones de prematuridad del recién nacido, en cuyos casos se estima necesario llevarlo a una incubadora y así lo indicaron las mujeres

“Todavía no veo a mi bebé porque se lo llevaron a neonatología como es prematuro?”

Lo que se considera inapropiado es no brindar información a la madre, de la situación del bebé para evitar estrés y preocupación y conseguir una recuperación inmediata del proceso del parto.

“Todavía no me la traen a mi bebe y no me han dado información”.

Estos resultados difieren con los reportados por Terán y cols. Quienes encontraron que el 23,8% manifestó el obstaculizar el apego precoz (7)

Con respecto al contacto precoz piel a piel, existe evidencia científica que demuestra que se trata de una fuente de beneficios para ambos. Mientras que para el bebé supone una facilidad para establecer el vínculo y adaptarse a la vida extrauterina, normalizar antes su temperatura y glucemia y conseguir una lactancia de éxito, ya que pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, a la madre le ayuda a secretar oxitocina que facilita la reducción del tamaño del útero al mismo tiempo que evita emociones negativas. Las recomendaciones satinarías sitúan valores iguales o superiores al 80% como estándares de calidad, sin embargo, apenas el 50% de las madres reconocen tener la posibilidad de realizar un apego precoz con sus bebés (2), dato inferior al encontrado en el presente estudio.

También se le hizo la pregunta ¿La culparon por algún resultado negativo del parto?; el 3,5% contestó que sí, mientras que el 96,5% manifestó que no sintió en ningún momento sentimientos de culpabilidad

“Una doctora se enojó porque el bebe ya nacía en la cama y me dijo porque no he avisado y yo si les decía que me dolía pero no me hicieron caso”.

“Una señorita cuando vino y me vio me dijo vuelta estás aquí, y no me gustó”

En general, en este ítem la percepción de la mujer fue positiva en cuanto a la atención del parto.

A la pregunta ¿Se sintió vulnerable, insegura o culpable?, el 13,2% dijo que sí mientras que el 86,8% manifestó que todo había estado bien.

“Me sentí insegura era la primera vez que he dado a luz en el hospital no sabía cómo”

“No sé quién era, pero me dijo que ya me calle que para mis gustos estaba bien, lo que me hizo sentirme avergonzada e insegura.”

“No ha sido buena mi experiencia porque yo sentí mucho dolor y me gritaron”

“Me sentí insegura porque es mi primer parto y no tenía confianza encima que estaba sola no tenía ningún familiar”.

Según Ibone Olza, para algunas mujeres el parto puede convertirse en una experiencia realmente traumática. Se estima que, aproximadamente, un tercio de las parturientas presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático tras el parto, entendiendo éste como “aquel en el que hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé” (39).

Estos resultados difieren con los encontrados por Ciarniello quien encontró en su estudio que las mujeres narraban experiencias traumáticas de malos tratos y humillantes, de diversa índole.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de mujeres, en el presente estudio, pertenecieron al grupo etáreo de 20-24 años; el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria completa; mayormente son convivientes; y son procedentes de la zona urbana.
2. El mayor porcentaje de las mujeres fueron nulíparas, en su mayoría con un embarazo a término; sin un periodo intergenésico previo y con más de 6 atenciones pre natales.
3. Las mujeres identificaron algunas formas de violencia obstétrica como el hecho de no ser llamadas por su nombre; fueron criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción o alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto; se les impidió estar acompañadas por alguien de confianza durante su labor de parto; percibieron la presencia de estudiantes durante el parto; aceleraron su trabajo de parto con oxitocina; sometidas a tactos vaginales reiterados; compresión de abdomen en el momento de los pujos; práctica de episiotomía sin comunicarles; no eligieron la posición para el parto; fueron culpadas por resultados negativos del parto; la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, inseguras y culpables.

SUGERENCIAS

1. A los obstetras se les sugiere promover la posición más favorable para la mujer durante el expulsivo de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
2. A los obstetras docentes de las clínicas obstétricas evaluar la calidad de atención brindada por los estudiantes en la atención del parto.
3. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia en sus asignaturas, incluir el tema de violencia obstétrica como eje transversal, a fin de capacitar a las mujeres, para que identifiquen las acciones violentas y sensibilizarlas para que conozcan los derechos que tienen sobre su atención.
4. A los obstetras encargados de la atención del parto se les sugiere tener en cuenta que, el parto debe desarrollarse en un entorno seguro, íntimo y amigable, y, además, la mujer debe estar atendida e informada de los procesos que se le van a realizar.
5. A los futuros tesisistas realizar estudios sobre violencia obstétrica con un enfoque cualitativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. 2013 Enero-junio; 1(7): p. 25-34. Recuperado el 05 de Noviembre de 2017, de http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
2. Cobo C. La violencia obstétrica. Trabajo de fin de grado. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2016.
3. Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Revista Dilemata. 2015;(18): p. 93-111.
4. Vergara A. Violencia en el embarazo, parto y post parto. Violencias invisibles hacia madres y neonatos. Revista Psicología jurídica. 2014.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Informe técnico. Ginebra - Suiza; 2014.
6. Castro E. Violencia obstétrica. Artículo original. Chile: Universidad San Sebastián; 2015.
7. Terán P, Castellano C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista de Obstetricia y Ginecología. 2013; 73(3).
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Lima; 2015.
9. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II - 2 MINSAs - Tarapoto. Tesis para optar el título profesional de obstetra. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
10. Ciarniello M. Violencia obstétrica: lo que hay que saber para defender nuestros derechos. Buenos Aires - Argentina; 2013.
11. Arguedas G. La violencia obstétrica. Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Tesis. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2014.
12. Serrano N. Violencia obstétrica, un abuso invisible. Investigación. Colombia; 2014.
13. Rangel Y, Martínez A. (In) visibilizaciones de violencia obstétrica en las percepciones de indígenas de la región centro norte de México. Investigación cualitativa en Salud. 2017; 2.

14. Quevedo P. Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género. Buenos Aires - Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2012.
15. Soto L. Violencia obstétrica. Aspectos médico legales en la práctica de la anestesia. Revista Mexicana de Anestesiología. 2016; 39(1).
16. Fernández R. Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria. Tesis. Asturias - España: Universidad de Oviedo; 2013.
17. Galimberti D. Violencia obstétrica. Artículo original. Buenos Aires - Argentina; 2015.
18. Congreso de la República. Dictamen recaído en el Proyecto de Ley 1158/2011 - CR, apobado con un texto sustitutorio que propone la Ley de Promoción y protección del Derecho al Parto Huamnizado y a la Salud de la Mujer Gestante y el Recién Nacido. Lima - Perú; 2015.
19. Tello J. Violencia obstétrica. Conferencia. Lima - Perú: Poder judicial; 2016.
20. Lugones M, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(1).
21. Vergara A. Violencia en el embarazo, parto y pos parto. Violencias invisibles hacia madres y neonatos. Bolivia: Asociación Latinoamericana de Psicología Jurídica y Forense; 2014.
22. Ferrer R. Sensación y percepción España; 2009.
23. Guardio N. La percepción. Apoyo psicológico. 2010.
24. Serra N. La percepción. Madrid; 2010.
25. Biblioteca de la Universitat Jaume I. Jornada Nacional sobre estudios universitarios. Cuarta edición ed. Castellón de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I.; 2013.
26. Troncoso J. Violencia obstétrica: una historia para contar después del parto. Artículo. Santiago - Chile; 2015.
27. Figueroa O, Hurtado R, Valenzuela D, Bernal J, Duarte C, Cazares F. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. Sonora - México; 2017.
28. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la atención del parto en establecimeintos de salud. Informe técnico. Lima; 2016.
29. Rodríguez P, Aguilera L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de TENERIFE. Revista Musas. 2017; 2(2): p. 56-74.
30. Drexler M. Maniobra de Kristeller. Ennueve lunas. 2013.
31. Silva E. et al. Relato de episiotomía como violencia obstétrica. Informe técnico. Catalao - Brasil: Universidad Federal Goiás; 2014.
32. Bernués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Informe final de tesis. Navarra - España: Universidad Pública de Navarra; 2014.

33. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. [Online]. Ginebra - Suiza; 2015 [cited 2017 Noviembre 01. Available from: http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
34. Suárez M, Armero D, Canteras M, Martínez M. Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. Revista Latino-Am. Enfermagen. 2015.
35. Ministerio de Salud. Aprueban Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural. Diario oficial del bicentenario El Peruano. 2016 Julio 21. [Online]. Lima - Perú; 2016 [cited 2017 Octubre 22. Available from: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-del-parto-v-resolucion-ministerial-no-518-2016minsa-1408400-3/>.
36. Westbrook L. El parto humanizado: perspectivas de profesioanles en las maternidades públicas de Buenos Aires. Independent Study Project (ISP) Collection.. Buenos Aires; 2015.
37. Muller A. El disparatado mundo de las mesas de parto. Artículo. España; 2017.
38. Gérvas J. Violencia obstétrica: violencia de género y violación de derechos humanos. Acta Sanitaria. 2016 Mayo 29. Obtenido de <http://www.actasanitaria.com/violencia-obstetrica-violencia-de-genero-y-violacion-de-derechos-humanos/>
39. Olza I. Las secuelas de la violencia obstétrica. Madrid; 2013.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES DE LA GESTANTE

1. Edad:

14- 19 años () 20-24 años () 25-29 años ()
30-34 años () 35-39 años () 40 - + ()

2. Nivel educativo:

Sin grado de instrucción () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior técnica ()
Superior universitaria ()

3. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

4. Procedencia

Procedencia urbana () Procedencia rural ()

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

5. Paridad

Primípara () Secundípara () Multípara ()

6. Edad gestacional

A término () Pre término () Post término ()

7. Periodo intergenésico

P.I. Normal (2-6 años) () P.I. corto (< 2 años) ()
P.I. largo (+ 6 años) ()

8. Número de atenciones prenatales

Ninguno () 1-3 atenciones prenatales ()
4-6 atenciones prenatales () + 6 controles ()

ANEXO 02

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Aceleraron su trabajo de parto administrándole oxitocina?

Si () No ()

Comentario de la experiencia

2. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

Si () No ()

Comentario de la experiencia

3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto?

Si () No ()

Comentario de la experiencia

4. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

Si () No ()

Comentario de la experiencia

5. Estuvieron presentes estudiantes/practicantes durante el trabajo de parto y/o parto sin tu consentimiento?

Si () No ()

Comentario de la experiencia

6. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte porqué eran necesarios?

Razurado de genitales ()

Colocación de enema ()

Rotura artificial de las membranas ()

Colocación de vía intravenosa para manipular el proceso de parto ()

Tactos vaginales reiterados y realizados por distintas personas ()

Le negaron comer o ingerir líquidos propios de su cultura? ()

Le hicieron compresión del abdomen en el momento de los pujos? ()

Le realizaron episiotomía?

Le realizaron una cesárea, sin una verdadera razón?

Le han realizado raspado del útero sin anestesia? ()

Comentario de su experiencia

7. En el momento del parto, ¿se le impidió o dificultó elegir la posición para dar a luz?

Si () No ()

Comentario de la experiencia

8. ¿Se le impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido antes de que se lo llevara al neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)

Si () No ()

Comentario de la experiencia

9. ¿Te culparon por algún resultado negativo del parto?

Si () No ()

Comentario de la experiencia

10. La experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

Si () No ()

Comentario de la experiencia.

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información respecto al presente estudio y mis preguntas serán respondidas de manera versátil. Además declaro que he sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Fecha:.....

.....

Firma de la gestante

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2017

Bachiller en Obstetricia: Rosa del Carmen Paucar Briones

Asesora: Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga

RESUMEN

La OMS señala que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, parto y puerperio, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de las gestantes en trabajo de parto, sobre algunas formas de violencia obstétrica en la atención por parte de los profesionales de la salud, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, realizado en 114 gestantes en trabajo de parto. Se identificó que el mayor porcentaje de gestantes pertenecieron al grupo etáreo de 20-24 años en 33,3%; en su mayoría tuvieron secundaria completa en 22,8%; mayormente convivientes en 82,5%; y procedentes de la zona urbana en 55,3%. Las mujeres identificaron algunas formas de violencia obstétrica durante el trabajo de parto como el hecho de no ser llamadas por su nombre (6,1%); criticadas por llorar o gritar de dolor (3,5%); se les impidió el acompañamiento (92,5%); percibieron la presencia de estudiantes (49,1%); aceleraron su trabajo de parto con oxitocina (26,3%); sometidas a tactos vaginales reiterados (5,3%); compresión de abdomen en el momento de los pujos (13,2%); práctica de episiotomía sin comunicarles (47,4%); no eligieron la posición para el parto (27,2%); fueron culpadas por resultados negativos del parto (3,5%); la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, inseguras y culpables (3,5%). Se llegó a la conclusión que las gestantes percibieron diferentes formas de violencia obstétrica.

Palabras clave: violencia obstétrica, percepción, gestante, trabajo de parto.

ABSTRACT

The WHO points out that all women have the right to receive the highest level of health care, which includes the right to dignified and respectful care for pregnancy, childbirth and puerperium, as well as the right not to suffer violence or discrimination. The objective of the study was to evaluate the perception of pregnant women in labor, about some forms of obstetric violence in the attention by health professionals, in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 2017. The study was descriptive, performed in 114 pregnant women in labor. It was identified that the highest percentage of pregnant women belonged to the age group of 20-24 years in 33.3%; in the majority they had complete high school in 22.8%; mostly cohabitants in 82.5%; and from the urban area in 55.3%. The women identified some forms of obstetric violence during labor, such as not being called by name (6.1%); criticized for crying or screaming in pain (3.5%); the accompaniment was prevented (92.5%); perceived the presence of students (49.1%); they accelerated their labor with oxytocin (26.3%); submitted to repeated vaginal exams (5.3%); abdominal compression at the time of pushing (13.2%); practice of episiotomy without communicating (47.4%); they did not choose the position for childbirth (27.2%); were blamed for negative outcomes of childbirth (3.5%); the experience of childbirth care made them feel vulnerable, insecure and guilty (3.5%). It was concluded that the pregnant women perceived different forms of obstetric violence.

Keywords: obstetric violence, perception, pregnant woman, labor.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (1).

La Violencia Obstétrica implica también, la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Sin embargo, en las prácticas rutinarias de los profesionales de obstetricia no se

evidencian datos de la real existencia o no de violencia obstétrica. Esto generó la idea de llevar a cabo la presente investigación con el objetivo de evaluar la percepción de las gestantes en trabajo de parto, sobre alguna forma de violencia obstétrica en la atención por parte de los profesionales de salud en torno a la atención del trabajo de parto, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

Se determinó que las gestantes identificaron algunas formas de violencia obstétrica como el hecho de no ser llamadas por su nombre; ser criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción o alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto; se les impidió estar acompañadas por alguien de confianza durante su labor de parto; percibieron la presencia de estudiantes durante el parto; aceleraron su trabajo de parto con oxitocina; sometidas a tactos vaginales reiterados y compresión de abdomen en el momento de los pujos; practica de episiotomía sin comunicarles; no eligieron la posición para el parto; fueron culpadas por resultados negativos del parto; la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, inseguras y culpables.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio de la presente investigación es descriptivo, correspondiente a un diseño no experimental de corte transversal. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, la población estuvo constituida por todas las gestantes en trabajo de parto, que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, la muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión considerando el muestreo aleatorio simple y fue de 114 gestantes.

ANÁLISIS, DISCUSIONES Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Evaluación de la violencia obstétrica desde la percepción de las gestantes en trabajo de parto atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

Formas de violencia	Si		No		Total	
	n°	%	n°	%		
Utilización de sobrenombres o diminutivos en el trato	7	6,1	107	93,9	114	100,0
Existencia de críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto.	4	3,5	110	96,5	114	100,0
Impedimento de estar acompañada por un familiar	105	92,1	9	7,9	114	100,0
Presencia de estudiantes durante el trabajo de parto sin el consentimiento de la gestante	56	49,1	58	50,9	114	100,0
Aceleración del trabajo de parto con algún fármaco	30	26,3	84	73,7	114	100,0
Realización de uno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin previo consentimiento o explicación a la gestante.						
Tactos vaginales reiterados	6	5,3	108	94,7	114	100,0
Compresión de abdomen en el momento de los pujos	15	13,2	99	86,8	114	100,0
Episiotomía	54	47,4	60	52,6	114	100,0
Episiotomía y compresión abdominal	19	16,7	95	83,3	114	100,0
Tacto vaginal y rotura artificial de membranas	1	0,9	113	99,1	114	100,0
Legrado sin anestesia	2	1,8	112	98,2	114	100,0
Impedimento a la gestante de elegir la posición para dar a luz	31	27,2	83	72,8	114	100,0
Impedimento para el contacto precoz con su hijo/a	2	1,8	112	98,2	114	100
Culparon a la gestante por algún resultado negativo del parto	4	3,5	110	96,5	114	100
Culpabilidad por la experiencia de la atención en el parto	15	13,2	99	86,8	114	100
Sentimiento de vulnerabilidad, inseguridad o culpabilidad por el parto	15	13,2	99	86,8	114	100

Fuente: datos recolectados por la autora

Se puede apreciar en la presente tabla que en el 93,9% de los casos las gestantes en trabajo de parto fueron llamadas por su nombre, mientras que en el 6,1% de los casos, se comunicaron con las gestantes utilizando un sobre nombre. No solamente, la violencia verbal aparece debido al trato rudo y grosero de profesionales de la salud, sino que, las gestantes también pueden percibir algún tipo de maltrato cuando no son llamadas por su nombre, a pesar de que pueden ser expresiones tiernas como "hijita", "hija", "madrecita" o "corazón" por el hecho de que estas expresiones infantilizan a la gestante, sobre todo, por su situación de vulnerabilidad durante el parto que crea sensibilidad en ellas, pero que puede tener consecuencias adversas para la crianza del bebé, en cuanto genera poca confianza en el personal de salud.

"Solo algunos me llamaban por mi nombre otros me decían mamita".

Cuando se les hizo la pregunta ¿Fue criticada por llorar, gritar; el 3,5% de las mujeres manifestaron que las habían criticado por llorar o gritar durante las contracciones uterinas en el trabajo de parto, mostrando este pequeño porcentaje de mujeres un acto de violencia obstétrica.

"El doctor que me iba a evaluar me dijo que levante las piernas, pero en ese instante me dio un calambre y no podía y me dijo: ¡hasta que hora te voy a esperar, tengo que hacer!".

"Yo gritaba y me decían que me calle, la que me estaba cuidando, estaba durmiendo, después mejor salía porque yo gritaba mucho"

"Me gritaron porque yo ya no aguantaba el dolor y me senté, pero como estaba con la máquina ellos no quisieron y el obstetra me dijo: si no quieres estar acá mejor vete de acá y me hizo sentir mal. Después de que di a luz unos internos le preguntaron al obstetra porque había venido el fiscal y él dijo: porque esa cojuda no ha querido ponerse el monitor".

No obstante estas manifestaciones, los presentes datos difieren con los de Figueroa y cols. (2017) quienes en su estudio encontraron que, las críticas por llorar o gritar se presentó en el 44,4% (2). Serrano, en su estudio reportó que una mujer narró que durante su trabajo de parto recibió críticas, insultos y comentarios negativos por parte del personal médico, dato semejante al encontrado al presente estudio (3). Al respecto, Soto (2016) señala que, el derecho al trato digno «es la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico» (4).

Durante el parto también se evidenció formas de violencia verbal en el 6,1% de gestantes que manifestaron que les habían gritado durante el parto. Una de las púerperas manifestó:

"Me dijeron que porque no vine antes cuando los dolores eran todavía suaves, pero no tenía quien me traiga estaba sola".

A pesar de que, es pequeño el porcentaje de mujeres que han sufrido violencia, de igual forma en estas mujeres se ha desestimado la sugerencia de La OMS que dice que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, del parto, su puerperio, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. Este dato difiere significativamente con el resultado encontrado por Terán y cols., ellos reportaron que el 49,4% de las mujeres de su estudio, fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante (5).

Se considera otra forma de violencia obstétrica cuando el personal de salud impide que un familiar acompañe a la parturienta en su trabajo de parto y en el presente estudio se encontró que el 92,1% de las mujeres manifestó que no dejaron que entre un familiar a acompañarlas durante su trabajo de parto y parto, solamente el 7,9% manifestó que aunque sea por un momento si le permitieron a un familiar que las acompañara.

La mayoría de ellas dio estas manifestaciones:

"Yo quería que entre mi esposo para apoyarme, pero no lo dejaron entrar y eso me puso triste"

"Mi mamá quería entrar conmigo para apoyarme pero no pudo, aquí no te dejan entrar"

Arguedas, en su investigación describió algunos actos de violencia entre ellos el negarle la compañía a una mujer joven que se encontraba en labor de parto (6). La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural, señala que la mujer es libre de elegir a la persona que desee que la acompañe que puede ser el esposo, cualquier otro familiar o la doula (7). Rangel (2017) habla de conducta discriminatoria al aislamiento de la mujer cuando no se posibilita el acompañamiento durante el trabajo de parto es una condición que no solamente las vulnera psicológicamente, sino que también puede enfrentarse a accidentes debido a la sobredemanda del servicio (8). En su estudio Rangel señala que, el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto figuró como una necesidad real, sin embargo, las mujeres lo plantean como algo “que desean” y no como un derecho, un derecho que ha sido reconocido (8).

En relación a la presencia de estudiantes observando el trabajo de parto, los datos muestran que el 49,1% de mujeres manifestó haber tenido su parto en presencia de varios de ellos. Este dato se debe a que el establecimiento de salud tiene la denominación de Hospital Docente con estudiantes; sin embargo la norma establece que se debe solicitar el permiso a la gestante para que los estudiantes puedan presenciar tal o cual acto obstétrico, pero tal hecho no sucedió.

“En mi parto habían como 7 personas de los cuales 2 eran estudiantes porque los estaban enseñando”

Habían varias personas también estudiantes que estaban mirando yo sentía vergüenza”.

El parto es un momento que debería ser íntimo y tranquilo, con el menor número de personas presentes, como sucede en las hembras mamíferas de todas las especies. Sólo con la intimidad adecuada el parto progresará de manera fluida y equilibrada. La adrenalina es lo contrario a la oxitocina, y si una mujer siente miedo durante el parto, éste se detendrá. Los partos masificados, donde entra y sale el personal sin respeto alguno por la intimidad de las mujeres no sólo pueden parar su dinámica, sino que además harán que las parturientas se sientan inseguras y estresadas tanto física como psíquicamente. Estos datos difieren a los encontrados por Rodríguez quien en su estudio encontró que hubo intervención de estudiantes en prácticas durante el trabajo de parto sin consentimiento de la mujer en 28,7%, cifra menor a la reportada en el presente estudio.

Calafell (015) referido por Rodríguez señala que durante el último siglo y medio se ha producido un importante cambio en el proceso de parto: se ha pasado de parir en casa a parir en centros hospitalarios y de dar a luz entre mujeres a hacerlo rodeada de personal médico. Por tanto, el parto, cada vez más, se entiende como un proceso médico y no como un proceso biosocial que, además, se encuentra influenciado por la cultura, tanto de la mujer que da a luz como de los y las profesionales que la atienden y de la sociedad en la que se enmarca (9). Rodríguez afirma además que, la violencia obstétrica se produce en un momento de vulnerabilidad física y psíquica como es el parto, durante el cual la mujer se encuentra en un entorno ajeno a ella y donde existe una relación clara de poder entre el/la profesional de la salud y la parturienta. Si a estos hechos se le suma que ni las mujeres, ni muchas veces los profesionales, los identifican como violencia, se puede afirmar que la violencia obstétrica es además violencia de género, institucional y simbólica (9).

A pesar de la aseveración de Rodríguez, se determinó en el presente estudio que posiblemente no todas identifican a estos hechos como violencia pero si hay quienes lo hacen, aunque es necesario tener un grado de instrucción superior para ello.

“Ahora que estoy más calmada me doy cuenta que violan tu privacidad al entrar tanta gente en el momento del parto”. (Grado de instrucción: superior)

Cuando se les hizo la pregunta: ¿Aceleraron su trabajo de parto con oxitocina?, el 26,3% dijo que sí; mientras que el 73,7% manifestó que no le administraron ningún medicamento durante el trabajo de parto; sin embargo quienes manifestaron haber recibido conducción del trabajo de parto estaban convencidas de que había sido para ayudarlas: *“me dijeron que me iban a ayudar para que nazca rápido mi hijo”.*

“Si me aceleraron con oxitocina, solo me dijeron que me iba a ayudar”.

“Vi que la señorita puso una ampolla en el suero y me dijo que era oxitocina para que avance mi parto”

El hecho de que las mujeres vean estos comportamientos como normales justifica uno de los motivos por los cuales la violencia obstétrica aún permanece invisibilizada. En muchas ocasiones, las mujeres consideran que recibir una atención poco respetuosa por parte de los profesionales sanitarios, es el precio que se tiene que pagar por beneficiarse de servicios de salud gratuitos. Estos datos son similares a los de Rodríguez y cols., quienes encontraron que 23 mujeres hicieron referencia a que el proceso se acelera por necesidades del parto, pero difiere cuando señala que solamente 4 mujeres sintieron que se respetó el ritmo del parto (9). En el presente estudio no se interrogó si solicitaron permiso o no. Cobo (2016) señala que, según datos del Ministerio de Sanidad, la oxitocina llega a ser utilizada en un 53,3% de los partos (10).

Respecto a los posibles efectos del uso de la oxitocina sintética, la evidencia científica demuestra que, además de aumentar el dolor, puede causar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo. Debido a ello, las recomendaciones consideran que el porcentaje de su uso no debe superar el 5-10%. No se conoce cuál es el porcentaje de uso en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ni cuáles sus indicaciones, constituyendo un nuevo tema de investigación.

Cuando se les interrogó sobre si realizaron en su persona alguno o varios de los procedimientos obstétricos, sin pedirle consentimiento o explicarle, porqué eran necesarios se determinó que al 5,3% de las mujeres se les había hecho tactos vaginales por varias veces y por diferentes personas, hecho que se considera como violencia obstétrica, pues vulnera su derecho como mujer. Figueroa y cols. (2017) en su estudio encontró que uno de los procedimientos que se le realizaron a las usuarias sin pedirles consentimiento o informarle sobre los riesgos fueron los tactos vaginales reiterados y por diferentes personas en el 40.0%, dato disímil al encontrado en el presente estudio. (2).

El 13,2% de mujeres manifestó que otro procedimiento que utilizaron fue la compresión de abdomen, se trata de la maniobra de Kristeller..

“Como es mi primer hijo yo no sabía pujar y vino un joven y me aplastaba la barriga me dijo que me iba ayudar, pero me dolía”

La idea de este procedimiento es fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, masajeando el útero y presionándolo en el fondo repetidamente en dirección hacia el canal del parto; sin embargo; según la OMS, es una práctica poco segura y no recomendada. Incluso, la considera anticuada y algo riesgosa, ya que una maniobra mal hecha podría provocar graves problemas como el desprendimiento de la placenta y ruptura uterina, o bien, fracturas en el bebé (11).

El 47,4% de las mujeres, indicó que le habían hecho episiotomía, pero no le habían consultado previamente, la mayoría de mujeres se dio cuenta cuando la iban a suturar

“No supe en que momento me cortaron después ya me dijeron cuando me iba a coser”.

“Yo sentí cuando me estaban cosiendo y pregunté y ahí me dijeron que me habían cortado”

La episiotomía es una práctica obstétrica frecuentemente realizada como rutina en la asistencia al parto, aunque evidencias científicas demuestran que su realización sin real indicación puede resultar en complicaciones maternas. Además de ser en gran parte de los casos innecesarios, la episiotomía es considerada una violencia obstétrica, ya que generalmente este procedimiento es realizado sin debida aclaración a la parturienta y sin su consentimiento, provocando pérdida de autonomía y del poder de decisión sobre su propio cuerpo (12).

“Si me realizaron corte yo no quería pero la obstetra dijo que tenían que hacerlo, no vi en que momento después ya me dijo que iba a suturar”.

Rangel (2017) señala que la episiotomía es una de las prácticas realizadas de manera más indiscriminada, en su estudio identificó que fue realizada en la mayor parte de las mujeres, coincidiendo con lo que se reporta en la atención de mujeres en América Latina que alcanza un 80%, aun cuando la OMS recomienda que estos no rebasen el 30% (8). Bernués, (2014) identificó que las complicaciones más frecuentes de la episiotomía incluyen la dispareunia y diferentes tipos de incontinencia, ya sea urinaria, fecal o de gases (13).

Al 16,7% de las mujeres se les practicó tanto episiotomía como compresión abdominal. Estas prácticas suelen hacerse de rutina, pero debieran hacerse informando a la gestante para no vulnerar sus derechos.

Al 0,9% de las mujeres le realizaron tacto vaginal y al mismo tiempo realizaron rotura artificial de membranas.

“La obstetra me dijo que me iba a ayudar y metió su mano y ahí se rompieron las bolsas, en el parto casi para que nazca yo pujaba y la obstetriz aplastaba mi barriga”.

La OMS (2016) señala que, en la intensificación o conducción del trabajo de parto se usa como técnica la ruptura artificial de membranas (amniotomía) pero se debe tener en cuenta que si bien las intervenciones dentro del contexto de la conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto (14).

El 1,8% de las mujeres manifestó que le habían hecho un raspado uterino sin aplicar anestesia.

“Después de dar a luz me hicieron limpieza porque como era prematura se quedan restos, lo realizaron ahí no más en sala de partos”.

Se desconoce el contexto en el cual se realizó tal intervención, al igual que la susceptibilidad de la paciente; sin embargo es preciso reconocer que la parturienta luego del parto aún se encuentra adolorida, por lo que cualquier procedimiento por pequeño que sea le va a significar un gran dolor. El excesivo intervencionismo y medicalización, junto con la imposición de la autoridad obstétrica, no sólo obstaculizan que las mujeres sean partícipes de dicho proceso, sino que, en ciertas ocasiones, provocan que no puedan valerse por sí mismas necesitando una intervención médica para mantener su vida sexual y reproductiva (10).

Cuando se les preguntó si se les impidió o dificultó elegir la posición para dar a luz, al 72,8%, supuestamente, no le impidieron elegir la posición para dar a luz; sin embargo en este grupo están las nulíparas (67,5%) que no sabían cuáles eran las posiciones existentes para dar a luz, no tenían un plan de parto, a ellas simplemente les indicaron que la posición para dar a luz, era la posición de litotomía; el 27,2% de las gestantes manifestó fehacientemente que no le permitieron adoptar la posición elegida para el parto a pesar de que en su plan de parto establecía la posición sugerida.

“Yo quería dar a luz ashuturada como se da en el campo con tus familiares pero acá la señorita me dijo que no se da a luz así, sino en camilla acostada”.

“Mis anteriores partos di a luz en mi casa acompañada de mi familia para este parto estuve sola”.

A algunas mujeres no les importó la posición para dar a luz y así lo manifestaron:

“Yo quería dar a luz rápido sea cual sea la posición”

“Yo no sabía cómo dar a luz y la obstetriz me dijo que me acostara en la camilla que ahí iba a dar a luz”.

“En el campo dan a luz ashuturada porque es más rápido, yo quería da a luz así pero no me dejaron”-

Algo que incita a la reflexión es que, es en las atenciones prenatales cuando se llena el plan de parto, en el cual la mujer, embarazada tras haber recibido información sobre el embarazo y el proceso de parto, y teniendo en cuenta sus valores y deseos personales elige la posición en la que desea dar a luz; además, el plan de parto es parte de la atención del parto humanizado, recomendado por la Organización Mundial de la Salud; además, es preciso tener en cuenta que el Plan de Parto es un documento escrito, de carácter legal, es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y el/la obstetra, y sirve para orientar la atención sanitaria que se le debe prestar a lo largo de todo el proceso (15); sin embargo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, se desestima esta elección, y solamente se las atiende en posición ginecológica; no se conoce las razones para tal decisión pero si se sabe con certeza que las mujeres experimentan un sentimiento de frustración que puede llevarlas a tener un sentimiento de desconfianza en los servicios de salud.

“En mi plan de parto yo dije que quería dar a luz shuturada pero me dijeron que tenía que dar a luz acostada”.

Cobo, señala que, en situaciones en las que el proceso haya transcurrido de forma inesperada y por tanto, ha sido diferente a lo reflejado en el plan de parto, aparecen sentimientos de pérdida y decepción con mucha más razón en las gestantes que

acuden al hospital esperando ser atendidas de una forma, pasan horas en sala de dilatación y finalmente tienen que dar a luz en una camilla en posición ginecológica (10). Fernández (2013) por su parte sostiene que el plan de parto no sólo puede potenciar la comunicación de las preferencias de la gestante sino que constituye un componente clave de casi todos los programas de educación materna. La noción del plan de parto obedece al deseo de instruir a la embarazada y comprender sus valores personales, sus necesidades y sus inquietudes en relación al proceso. Este escrito es la herramienta que utilizará la mujer para transmitir su filosofía y sus preferencias en su experiencia de parto a todos los profesionales que la asesorarán y atenderán a lo largo de esta vivencia (16).

De otra parte, la posición de cuclillas (posición vertical) es parte de la adecuación cultural en la atención del parto y forma parte de las estrategias para disminuir los índices de mortalidad materna. Precisamente el 21 de julio de 2016 con Resolución Ministerial 598-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural, con la finalidad de mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural (17).

Westbrook (2015) señala que la posición que toma la mujer durante el parto puede estar relacionada con la perspectiva y formación del profesional y afirma que como individuos, siempre se quiere legitimar o imponer los propios valores en las instituciones con las que se tiene un vínculo. Por eso, los profesionales tienen un papel muy fuerte en la práctica de una institución (18). Müller (2010) afirma "también se trata de "dominar la situación" (o más bien ¿dominar a la mujer?), para evitar que sea ella quien domine el espacio o tome el control sobre su propio cuerpo". Por muy moderna que sea la cama, la mujer suele estar en la postura más incómoda y humillante, que es a la vez la peor para parir (19).

Gérvas (2016) por su parte señala que es violencia obstétrica parir inmovilizada y en una posición que es cómoda para los profesionales que le atienden, no para ella; además sostiene que la violencia obstétrica se ejerce contra los derechos humanos de las mujeres por serlo (por ello es violencia de género) y va contra su dignidad e integridad, con el agravante de la especial vulnerabilidad que se da en las circunstancias que rodean a la reproducción (20). Cobo (2016) con respecto a la posición en el parto, considera que tanto desde el punto de vista de la anatomía como de la fisiología de la mujer, la posición más utilizada en la atención del parto hospitalario, que es la de litotomía, no beneficia la progresión adecuada del mismo. Dicha posición produce una disminución del intercambio del oxígeno útero placentario, lo que influye sobre las contracciones, que llegan a atenuarse y disminuir su frecuencia. Igualmente, esta posición hace que los pujos sean menos eficaces no siendo posible aprovechar la fuerza de la gravedad. Del mismo modo, el canal del parto se estrecha y dificulta el periodo expulsivo. Además no se consigue una adecuada relajación del periné debido a que esa posición no favorece que el bebé ejerza una presión mantenida para que se produzca un estímulo nervioso con la consiguiente descarga de oxitocina (10).

Al preguntar si se le impidió tener contacto inmediato con su hijo/a recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo a su examen, solamente el 1,8% contestó que sí, mientras que el 98,2% afirma haber tenido a su bebé inmediatamente que dio a luz; quienes no habían podido tener a su bebé fue por razones de prematuridad del recién nacido, en cuyos casos se estima necesario llevarlo a una incubadora y así lo indicaron las mujeres

"Todavía no veo a mi bebé porque se lo llevaron a neonatología como es prematuro?"

Lo que se considera inapropiado es no brindar información a la madre, de la situación del bebé para evitar estrés y preocupación y conseguir una recuperación inmediata del proceso del parto.

"Todavía no me la traen a mi bebe y no me han dado información".

Estos resultados difieren con los reportados por Terán y cols. Quienes encontraron que el 23,8% manifestó el obstaculizar el apego precoz (5)

Con respecto al contacto precoz piel a piel, existe evidencia científica que demuestra que se trata de una fuente de beneficios para ambos. Mientras que para el bebé supone una facilidad para establecer el vínculo y adaptarse a la vida extrauterina, normalizar antes su temperatura y glucemia y conseguir una lactancia de éxito, ya que pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, a la madre le ayuda a secretar oxitocina que facilita la reducción del tamaño del útero al mismo tiempo

que evita emociones negativas. Las recomendaciones satinarías sitúan valores iguales o superiores al 80% como estándares de calidad, sin embargo, apenas el 50% de las madres reconocen tener la posibilidad de realizar un apego precoz con sus bebés (2), dato inferior al encontrado en el presente estudio.

También se le hizo la pregunta ¿La culparon por algún resultado negativo del parto?; el 3,5% contestó que sí, mientras que el 96,5% manifestó que no sintió en ningún momento sentimientos de culpabilidad

“Una doctora se enojó porque el bebe ya nació en la cama y me dijo porque no he avisado y yo si les decía que me dolía pero no me hicieron caso”.

“Una señorita cuando vino y me vio me dijo vuelta estás aquí, y no me gustó”

En general, en este ítem la percepción de la mujer fue positiva en cuanto a la atención del parto.

A la pregunta ¿Se sintió vulnerable, insegura o culpable?, el 13,2% dijo que sí mientras que el 86,8% manifestó que todo había estado bien.

“No sé quién era, pero me dijo que ya me calle que para mis gustos estaba bien, lo que me hizo sentirme avergonzada e insegura.

Según Ibone Olza, para algunas mujeres el parto puede convertirse en una experiencia realmente traumática. Se estima que, aproximadamente, un tercio de las parturientas presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático tras el parto, entendiéndose éste como “aquel en el que hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé” (21). Estos resultados difieren con los encontrados por Ciarniello quien encontró en su estudio que las mujeres narraban experiencias traumáticas de malos tratos y humillantes, de diversa índole.

CONCLUSIÓN

Al finalizar el presente estudio se llegó a la siguiente conclusión:

Las mujeres identificaron algunas formas de violencia obstétrica como el hecho de no ser llamadas por su nombre; fueron criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción o alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto; se les impidió estar acompañadas por alguien de confianza durante su labor de parto; percibieron la presencia de estudiantes durante el parto; aceleraron su trabajo de parto con oxitocina; sometidas a tactos vaginales reiterados; compresión de abdomen en el momento de los pujos; práctica de episiotomía sin comunicarles; no eligieron la posición para el parto; fueron culpadas por resultados negativos del parto; la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, inseguras y culpables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. 2013 Enero-junio; 1(7): p. 25-34. Recuperado el 05 de Noviembre de 2017, de http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf.
2. Figueroa O, Hurtado R, Valenzuela D, Bernal J, Duarte C, Cazares F. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. Sonora - México; 2017.
3. Serrano N. Violencia obstétrica, un abuso invisible. Investigación. Colombia; 2014.
4. Soto L. Violencia obstétrica. Aspectos médico legales en la práctica de la anestesia. Revista Mexicana de Anestesiología. 2016; 39(1).
5. Terán P, Castellano C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista de Obstetricia y Ginecología. 2013; 73(3).
6. Arguedas G. La violencia obstétrica. Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Tesis. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2014.
7. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la atención del parto en establecimientos de salud. Informe técnico. Lima; 2016.

8. Rangel Y, Martínez A. (In) visibilizaciones de violencia obstétrica en las percepciones de indígenas de la región centro norte de México. *Investigación cualitativa en Salud*. 2017; 2.
9. Rodríguez P, Aguilera L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de TENERIFE. *Revista Musas*. 2017; 2(2): p. 56-74.
10. Cobo C. La violencia obstétrica. Trabajo de fin de grado. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2016.
11. Drexler M. Maniobra de Kristeller. *Ennueve lunas*. 2013.
12. Silva E. et al. Relato de episiotomía como violencia obstétrica. Informe técnico. Catalao - Brasil: Universidad Federal Goiás; 2014.
13. Bernués I. Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Informe final de tesis. Navarra - España: Universidad Pública de Navarra; 2014.
14. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. [Online]. Ginebra - Suiza; 2015 [cited 2017 Noviembre 01. Available from: http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
15. Suárez M, Armero D, Canteras M, Martínez M. Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 2015.
16. Fernández R. Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria. Tesis. Asturias - España: Universidad de Oviedo; 2013.
17. Ministerio de Salud. Aprueban Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural. *Diario oficial del bicentenario El Peruano*. 2016 Julio 21. [Online]. Lima - Perú; 2016 [cited 2017 Octubre 22. Available from: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-del-parto-v-resolucion-ministerial-no-518-2016minsa-1408400-3/>.
18. Westbrook L. El parto humanizado: perspectivas de profesioanles en las maternidades públicas de Buenos Aires. *Independent Study Project (ISP) Collection*. Buenos Aires; 2015.
19. Muller A. El disparatado mundo de las mesas de parto. Artículo. España; 2017.
20. Gérvas J. Violencia obstétrica: violencia de género y violación de derechos humanos. *Acta Sanitaria*. 2016 Mayo 29. Obtenido de <http://www.actasanitaria.com/violencia-obstetrica-violencia-de-genero-y-violacion-de-derechos-humanos/>
21. Olza I. Las secuelas de la violencia obstétrica. Madrid; 2013.