



**UNIVERSIDAD NACIONAL**

**PEDRO RUIZ GALLO**

**ESCUELA DE POSTGRADO**



**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**EXPERIENCIAS DE PRIMIGESTAS EN EL TRABAJO DE  
PARTO Y DEL CUIDADO PROFESIONAL QUE RECIBEN.**

**CHICLAYO, 2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**Lic. Enf. AURORA VIOLETA ZAPATA RUEDA**

**ASESORA:**

**Dra. LUCÍA ARANDA MORENO**

**LAMBAYEQUE – PERÚ**

**2019**

**EXPERIENCIAS DE PRIMIGESTAS EN EL TRABAJO DE  
PARTO Y DEL CUIDADO PROFESIONAL QUE RECIBEN.  
CHICLAYO, 2018**

**PRESENTADA POR:**

---

**Lic. Enf. AURORA VIOLETA ZAPATA RUEDA  
AUTORA**

---

**Dra. LUCÍA ARANDA MORENO  
ASESORA**

**APROBADA POR:**

---

**Dra. CLARIVEL DE FÁTIMA DÍAZ OLANO  
PRESIDENTA**

---

**M.Sc. LUCÍA CHANAMÉ CARRETERO  
SECRETARIA**

---

**M.Sc. NORA MERCEDES MONSALVE REQUEJO  
VOCAL**

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres  
Mamá Libia, Mamá Aurora, Papá Picudo,  
Uds. que siempre han confiado en mí.  
Perdonen por la demora. Les debía esta  
alegría... Mamá Aurora, Picudito que esta  
alegría les llegue al cielo, infinitas gracias por  
ser artífices de mis logros, gracias porque me  
prepararon y dieron su ejemplo de lucha y  
perseverancia.

Los Amo

Y a ti Mamita Libia, Gracias por estar conmigo  
en las buenas y en las malas por nunca  
dejarme y por hacerme sentir aún tu niña, por  
tu sacrificio, por el Amor que das día a día, sin  
cansarte, sin desmayar.

Te Amo Mamá.

A mi familia: Mauro, Matteo, Mariana y Luis  
Enrique, mi motivo para no desmayar, para  
tener fe, para continuar.  
Kiara también para ti...

A mi hermano Jorge, Mi Totis  
Porque a pesar de la distancia sé que cuento  
contigo, incondicionalmente

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios padre pues puso en mi camino a las personas indicadas para permitirme ser mejor, para no desmayar, para amar.

Un agradecimiento especial para la Dra. Lucía Aranda Moreno, quien aún me permite aprender, gracias por su amistad, porque nunca desapareció a pesar de los tiempos y las pruebas, siempre me ha sabido dar su amistad incondicional y su cariño. Gracias Meninita

Gracias Blanquita, mi hermana, mi amiga y confidente. Eres la prueba de que la amistad existe y que los hermanos no sólo nacen del vientre de una madre sino que también pueden nacer en el alma, donde te has sabido anclar. Gracias por involucrarte en este trabajo y hacerlo tuyo también.

A La Dra. Clarivel Díaz, Mgtr. Nora Monsalve, Mgtr. Lucía Chanamé, miembros del jurado, por su dedicación y aportes a la presente investigación, por su disposición, gracias por permitirme seguir creciendo y aprender.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>CAP I      MARCO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
1.1 Antecedentes	15
1.2 Base Teórico Conceptual	18
<b>CAP II      MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>32</b>
2.1 Trayectoria Metodológica	32
2.2 Técnicas e Instrumentos	35
2.3 Validación de los Instrumentos	36
2.4 Población y Muestra de Estudio	36
2.5 Análisis de los Resultados	37
2.6 Principios Éticos	39
2.7 Criterios de Rigor científico	41
<b>CAP III      ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>43</b>
A. Desconocimiento de sus derechos y desinformación al traer a un nuevo ser al mundo	44
B. Soportando el dolor de las contracciones: experiencia única e intensa	48
C. Soportando los artilugios del poder médico o las tecnologías del poder	53
C.1.- Incomodidad e Impotencia frente al tacto vaginal	54
C.2.- Recibiendo medicación como “ayuda” para la dilatación	58
C.3.- Aprendiendo a hacer lo que “se tiene que hacer” hasta el nacimiento del bebé, superando el abandono e indiferencia del personal de salud	60
D. La soledad como única compañera durante el trabajo de parto y dilatación	65
E. Sufriendo las diferencias en el trato por el tipo de seguro	70
F. Buena atención versus falta de humanidad: evidencia de violencia obstétrica y medicalización del proceso de parto	73

<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>81</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>83</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>94</b>

## RESUMEN

La investigación cualitativa con abordaje estudio de caso: Experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben. Chiclayo, 2018, tuvo como técnica de recolección de datos la entrevista y como instrumentos un cuestionario y una lista de cotejo. Se entrevistaron 14 primigestas del Hospital Regional Lambayeque. El análisis fue de contenido, emergieron 6 categorías: 1.Desconocimiento de sus derechos y desinformación al traer a un nuevo ser al mundo, 2.Soportando el dolor de las contracciones: experiencia única e intensa, 3.Soportando los artilugios del poder médico o las tecnologías del poder, con 3 subcategorías: -Incomodidad e Impotencia frente al tacto vaginal, -Recibiendo medicación como “ayuda” para la dilatación, -Aprendiendo a hacer lo que “se tiene que hacer” hasta el nacimiento del bebé, superando el abandono e indiferencia del personal de salud; 4.La soledad como única compañera durante el trabajo de parto y dilatación, 5.Sufriendo las diferencias en el trato por el tipo de seguro, 6.Buena atención versus falta de humanidad: evidencia de violencia obstétrica y medicalización del proceso de parto. Se considera en relación a las primigestas que sus experiencias están inmersas en un contexto de medicalización del parto y situaciones de violencia, lo que les confiere un rol pasivo aceptando normas y procedimientos instaurados por los profesionales encargados de esta etapa, viven a solas el dolor y soportan faltas de respeto que contradicen sus derechos y las normas para su protección, reclaman además un trato humanizado. Se respetaron los criterios de rigor científico y científicidad.

Palabras Clave: Experiencias, Percepción, Primigesta, Trabajo de Parto, Dilatación

## ABSTRACT

Qualitative research with a case study approach: Experiences of primigraves in labor and about the professional care they receive. Chiclayo, 2018, had the interview as the technique of data collection and as instruments a questionnaire and a checklist. Fourteen primigraves from Lambayeque Regional Hospital were interviewed. The analysis was of content, 6 categories emerged: 1. Unawareness of their rights and disinformation by bringing a new being into the world, 2. Supporting the pain of contractions: unique and intense experience, 3. Supporting the gadgets of medical power or the power technologies, with 3 subcategories: -Incommodity and Impotence versus vaginal touch, -Receiving medication as "help" for dilation, -Learning to do what "has to be done" until the birth of the baby, overcoming the abandonment and indifference of health personnel; 4. Loneliness as the only companion during labor and dilation, 5. Suffering differences in treatment for the type of insurance, 6. Good care versus lack of humanity: evidence of obstetric violence and medicalization of the birth process. It is considered in relation to the primigravids that their experiences are immersed in a context of medicalization of childbirth which confers them a passive role accepting norms and procedures established by the professionals in charge of this stage, living alone the pain and supporting disrespect that they contradict their rights and the norms for their protection, they also demand a humanized treatment. The criteria of scientific rigor and scientificity were respected.

Keywords: Experiences, Perception, Primigesta, Labor, Dilation



## INTRODUCCIÓN

Ser enfermera, ser paciente directo o familiar de un paciente, permite internalizar la necesidad de optimizar los cuidados que brindamos; y más aún experimentar la necesidad de cuidado integral y humano en algunos escenarios de salud, como es, durante la atención de la gestante para recibir atención de parto y posparto.

En la realidad local y de acuerdo a lo manifestado por algunas gestantes el parto, su experiencia, suele ser desagradable, más aún si eres primeriza, así tenemos: Consultas en las que no se les informa adecuadamente sobre los signos de parto inminente, por lo que las parturientas, acompañadas o no, visitan más de una institución para dar a luz, cabe cuestionar ¿cómo se llevaron a cabo las consultas o controles prenatales realizados en el primer nivel de atención?, ¿se cumple con dar lo que la norma técnica señala?, o si se cumple ¿en qué condiciones?, ¿qué limitaciones existen?, ¿esta situación es responsabilidad sólo del personal que atiende a la gestante o es una responsabilidad compartida?

En relación a su ingreso a la institución que finalmente les acoge, en el caso de tratarse de un hospital de nivel de atención III, suelen llegar por el servicio de emergencia y allí son recibidas por el personal médico o de obstetricia, quienes tras brindar la atención centrada en la valoración de los signos vitales con énfasis en la Presión arterial y el pulso, el grado de dilatación uterina de la mujer y el estado del feto, ( si se trata de un proceso normal que terminará en parto eutócico) la preparan para ingresar al servicio de obstetricia o pasan a la paciente directamente a centro obstétrico para atender el periodo expulsivo del parto, todo depende de la etapa en la que se encuentre.

Desde su recepción en la emergencia obstétrica, la gestante experimenta desde el dolor físico, por el mismo proceso de parto, el dolor tras los varios hincones para la canalización de una vía o la toma de análisis de rutina, y el dolor e incomodidad del tacto vaginal. Todos estos procedimientos necesarios para la valoración del estado de gestación, pero que quizás se hacen más intensos por el hecho de estar solas en este ambiente, pues no se les permite la presencia de algún familiar, menos del cónyuge por ser este un servicio para mujeres.

El cuidado que se les proporciona está dirigido primordialmente a aspectos fisiológicos ignorando

la dimensión psicosocial y espiritual que implica el parto. Ignorando la necesidad de soporte emocional para la mujer, más aún si es primeriza; en cambio obtienen, solicitudes de silencio frente a su queja por el dolor, son objeto de burlas, o inclusive insultos, se les practican procedimientos sin previa información o su consentimiento, o procedimientos que resultan ser obsoletos para la práctica, todos estos hechos la gestante los vive en soledad, en un ambiente poco familiar, rodeada de otras mujeres con las mismas necesidades pero que muchas veces se convierten en apoyo frente a la indiferencia del personal a cargo de estos servicios .

La realidad descrita no es particular, así tenemos que usuarias ingresadas en los Servicios de Puerperio de la Maternidad “Concepción Palacios” (1) refirieron haber experimentado algún tipo de trato deshumanizante de parte del personal de salud, se les impidió el contacto con sus recién nacidos, así como se les practicaron actos médicos sin consentimiento, recibieron críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto, comentarios irónicos, descalificadores, chistes, sobrenombres, diminutivos, así como sintieron imposibilidad de manifestar sus miedos o inquietudes.

Al parecer todo esto ocurre ignorando las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) para la conducción del trabajo de parto a nivel internacional; y a nivel nacional la Norma Técnica del estado peruano (3), quienes recomiendan, por ejemplo: la presencia de un familiar, o desestimar prácticas como el rasurado, enema evacuante, restricción de alimentos, entre otros.

Por los hechos mencionados, surgen algunas preguntas: ¿Por qué se ignoran las recomendaciones mencionadas?, ¿Es que acaso la hegemonía del paradigma biomédico no permite considerar lo normado, para continuar su reinado?, ¿O se ha rutinizado el personal de salud al extremo de considerar este proceso como algo tan natural frente al cual la mujer no debe quejarse, u opinar, “porque así es el parto”?, o ¿Es que se ha medicalizado tanto este proceso que se cree que la mujer no sabe nada y por lo tanto no merece información, y todo lo debe hacer el personal de salud?, ¿Es consciente el personal de salud del atropello en contra de la mujer, es consciente la mujer del atropello del que es víctima?

Y en ese sentido emergen otras preguntas: ¿Qué siente la mujer durante el trabajo de parto?, ¿Qué emociones surgen en ella?, ¿Cómo reacciona frente al dolor producto de las contracciones cada vez más intensas?, ¿Quién acompaña el trabajo de parto? ¿Está permitido que alguien esté junto

a ella? ¿Cómo cuida el personal de salud esta etapa?, ¿Qué dimensiones se descuidan, qué otras tienen prioridad?, ¿Cómo reacciona la parturienta en esos momentos frente al cuidado que recibe?, ¿Es este el cuidado que ella espera? ¿Cómo percibe el cuidado que recibe por parte de los profesionales de salud?

Las prácticas institucionalizadas relacionadas con el parto han sido objeto de crítica, por ejemplo: su énfasis en los aspectos fisiológicos por sobre los psicosociales, su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales, además de experiencias violentas para la gestante, en las que su dignidad se ve vulnerada. Esta propensión ha significado que el parto se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y por ello, que la gestante se conciba como una pasiva y dependiente paciente (4), pero ¿paciente?, y ¿enferma de qué está? ¿Es por ello que tiene sentido: el trato que recibe, la ausencia de su familia, la falta de información, ¿deben formar parte de lo que se denomina atención del parto?

En países como Argentina, Venezuela, Colombia y Ecuador se han reportado investigaciones que dan cuenta de las vivencias y experiencias de las madres en los servicios hospitalarios, y los resultados han permitido reflexionar sobre el impacto que tiene en las madres el medicalizar el parto, al reducirlo a un acontecimiento netamente biológico (1). Medicalizado además porque hasta hace relativamente pocas décadas lo más común era alumbrar en casa y sin ningún tipo de asistencia médica, pero actualmente la regla general en los países desarrollados (o en vías de desarrollo como el nuestro) es precisamente la contraria, siendo realmente excepcionales los casos en los que se da a luz sin asistencia médica (5).

Pero ¿cómo se puede explicar que una práctica natural y que antaño la mujer vivía en el seno del hogar se haya implantado con tanta fuerza en el medio hospitalario?

Pues esto fue facilitado por los altos índices de mortalidad materna y neonatal en el Perú por ejemplo en el año 2000 se tenían 185 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (6) mientras que en el 2010, 93 por cada 1000.000 nacidos vivos (7). A nivel local también se reflejan estas cifras: En el departamento de Lambayeque en el primer trimestre del 2012 se produjeron 6 muertes maternas, mientras que en el 2013 la cifra se redujo a 3 en el primer trimestre (7) y en la semana epidemiológica 02 del 2017 se tenía 0 muertes maternas (8). Todo esto gracias al mayor número de partos institucionalizados; otro punto a favor han sido los problemas de infertilidad y los

increíbles avances en su tratamiento, entre otros beneficios.

Lejos de esta efectividad demostrada por las estadísticas presentadas el cuidado que la parturienta espera, dista del ideal y querría seguramente un ambiente más familiar como se solía atender hasta hace unas décadas, sin embargo, en la mayoría de las sociedades occidentales a partir de mediados del siglo pasado, su atención pasó a ser hospitalaria otorgándole a la institución médica poder sobre el nacimiento, además de sobre la salud y la enfermedad.

Con la transición de lo privado a lo público este proceso deja de ser un fenómeno compartido por la mujer con sus redes sociales, es el personal médico, principalmente obstetras, quienes dirigen, deciden y están presentes; se convierte entonces en un acontecimiento familiar, aislado de su entorno natural, pasando a ser igual y uniforme para todas las gestantes, priorizando su carácter biológico (4,9) pero con una elevada percepción de violencia en su caracterizada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud (10).

En nuestro país este tipo de violencia no está tipificada y tampoco es contemplada como una expresión de maltrato o violencia en el Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer 2009-2015 (11). Sin embargo, es una forma de violencia que la mujer experimenta. Al respecto cabe resaltar que en el 2007 Venezuela promulgó la Ley de Derechos de las Mujeres, en 2009 Argentina publicó una ley de protección integral, siendo de los pocos países que tipifican el maltrato a la gestante, como delito denominado Violencia Obstétrica (10), que es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región.

Las experiencias sobre violencia obstétrica, pueden ocurrir en cualquier etapa del embarazo y en el proceso de parto y puerperio; sin embargo, al dialogar con algunas gestantes, y tal como se ha mostrado al inicio de esta problemática, es posible identificar que la etapa en la que se podrían exacerbar estos atropellos es la etapa de trabajo de parto.

Considerando que en el escenario de la gestante en trabajo de parto confluyen muchas variables tanto para el personal de salud y las gestantes, se ha delimitado la investigación a la experiencia de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en esta etapa.

Formulándose frente a la situación descrita, la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo?

El objeto de estudio de la presente investigación lo constituyen las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo.

Los objetivos que orientaron la presente investigación fueron:

- Describir, analizar y comprender las experiencias de las primigestas en el periodo de trabajo de parto en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo.
- Describir, analizar y comprender las experiencias de las primigestas sobre el cuidado profesional que reciben en el periodo de trabajo de parto en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo.

Los antecedentes respecto a la temática son escasos en nuestro país. La información existente se encuentra a través de noticias difundidas en medios de comunicación, que dan a conocer los sentimientos, emociones y reacciones de mujeres que han vivido algún atropello durante el parto; en estos reportes se considera el cuidado brindado durante este periodo o durante el puerperio; sin embargo, esta información no ha sido sistematizada científicamente, ni analizada a profundidad de tal manera que se puedan proponer soluciones y buscar alternativas que permitan hacer más humana la atención del parto, de allí la justificación del presente estudio.

La investigación es importante porque permitirá no sólo descubrir las experiencias de las madres atendidas durante el periodo de trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en esta etapa; sino que, servirá de reflexión para realizar una labor de mayor promoción del cuidado humanizado, en todas las áreas clínicas y se constituya en una base para diseñar propuestas técnicas o evaluar la atención que se brinda, y permita la inclusión de otros profesionales (sin exclusión del personal de obstetricia) en el cuidado a la madre gestante, no por querer invadir un campo de trabajo de otros profesionales; sino porque, es urgente y necesario sumar esfuerzos y hacer de la experiencia del parto una experiencia menos traumática para la mujer. Y contribuir al cuidado de la salud más humanizado.

Los resultados de la presente investigación se constituyen en información referencial que permitirá generar un marco teórico que a favor de la mujer le proteja en esta experiencia de vida y tipifique la denominada violencia obstétrica, a imitación de otros países, en consecuencia, se reestructuren los cuidados en el parto, a fin de determinar que una atención integral requiere de la competencia de un equipo interdisciplinario.

El informe se ha estructurado en 3 capítulos:

El capítulo I: Considera la problemática alrededor del problema investigado, así como la formulación del problema, justificación e importancia y objetivos

El capítulo II: considera los antecedentes a nivel internacional y nacional, además de la base teórica conceptual que abarca términos como cuidado, cuidado profesional, parto y experiencia

Finalmente, el capítulo III contiene el análisis de las categorías que emergieron de la información recolectada

Se presentan también las consideraciones finales, recomendaciones, referencial bibliográfico y anexos.

# **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

## **1.1.- Antecedentes**

Como apreciaremos a nivel internacional se han reportado investigaciones relevantes para el objeto de estudio, aunque son escasas en relación a otras temáticas de investigación (12), a nivel nacional sólo se ha encontrado una investigación del año 2007 que resulta la única evidencia en relación a la temática, a nivel local no existen investigaciones reportadas, si existen informes de investigaciones que dan a conocer la experiencia de las mujeres o los papás, frente al nacimiento de sus hijos, o la efectividad de programas de preparación para el parto, etc.:

Tenemos a nivel internacional: La asistencia humanizada en el trabajo de parto: la percepción de los adolescentes (13) los objetivos fueron: identificar las percepciones de los adolescentes en la asistencia ofrecida en el momento del parto; discutir estas percepciones en relación a la atención humanizada en el parto. El estudio fue descriptivo, exploratorio, cualitativo, participaron quince adolescentes que estaban en el servicio de alojamiento conjunto de la maternidad Oswaldo Nazaret, de la ciudad de Río de Janeiro, se les aplicó una entrevista semiestructurada. El análisis fue temático, se contó con la aprobación del Comité de Ética de SMSDS-RJ con el número 223/11. Se percibe un buen trato por parte del equipo de atención obstétrica, consideran muy importante el acompañamiento a la mujer como un derecho, además la inclusión de las prácticas institucionalizadas, como la medicalización del cuerpo, la restricción de alimentos y el baño debería ser evaluado pues resultan obsoletas. Se concluye que estas percepciones tienen un impacto directo en la imaginación del proceso del nacimiento y el empoderamiento de las mujeres con respecto a sus decisiones libres e informadas.

Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto (14) Se ha observado abuso hacia la mujer en el proceso de atención gineco-obstétrica, en salas de parto de hospitales del estado de Morelos. El objetivo de la investigación fue: caracterizar los tipos de abuso ejercido por el personal de salud durante la atención del parto. Se realizó un estudio transversal a 512 mujeres en el posparto inmediato en 2 hospitales del estado de Morelos en los cuales se brinda atención gineco-obstétrica, entre el 7 de mayo y 7 de junio del 2012. Se obtuvieron: proporciones para las categorías y media y desviación estándar para variables discretas. Se realizaron pruebas de Chi cuadrado. Los resultados mostraron que el

11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por algún personal de salud. Las personas que ejercieron maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). 19% reportó maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% reportó abuso total (toda mujer que respondiera afirmativamente a las preguntas: pregunta abierta de percepción de maltrato, maltrato verbal o maltrato físico). Los resultados se constituyen en el primer estudio en México que abordó la violencia obstétrica y aporta elementos para el desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de las mujeres durante la atención del parto entre las y los profesionales de la salud. El estudio concluye que es urgente reconocer que el abuso del personal de salud es una práctica continua y naturalizada en las instituciones de salud en nuestro país. Sólo a partir de ello será posible intervenir a diferentes niveles dentro y fuera de la institución.

Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias (1). Estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal que empleó la encuesta anónima a 425 puérperas atendidas en la Maternidad “Concepción Palacios” entre mayo y agosto de 2011, sobre aspectos relativos a violencia obstétrica, cuyo objetivo fue: Evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica. Presentó como resultados: Que el 66,8 % 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 %). 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. El estudio concluye que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud. No se aplica de manera sistemática la obtención del consentimiento informado.



Violencia institucional en maternidades públicas bajo el punto de vista de las usuarias (15). El objetivo fue identificar las experiencias de maltrato durante el parto por parte de profesionales en instituciones de salud. Los investigadores presentaron y discutieron los datos de una investigación sobre violencia institucional en maternidades públicas realizada en el municipio de São Paulo, Brasil. Se entrevistaron 21 púerperas con guion semiestructurado contando con cuestiones sobre experiencias de parto y asistencia recibida. Se concluye de acuerdo a los datos obtenidos, que las entrevistadas reconocen prácticas discriminatorias y tratamiento grosero en el ámbito de la asistencia en maternidades públicas, reaccionando con estrategias de resistencia o de acomodación. Estas experiencias ocurren con tal frecuencia que muchas parturientas ya esperan sufrir algún tipo de maltrato, lo que revela una banalidad de la violencia institucional.

Percepción de las mujeres en trabajo de parto sobre las Intervenciones de enfermería (16). El objetivo de este trabajo es describir las percepciones que tienen las mujeres durante su trabajo de parto sobre las intervenciones de enfermería y así poder favorecer que el profesional se dé cuenta de su actuar, para seguir mejorando día a día. Fue un estudio cualitativo en el marco de la fenomenología interpretativa. Para la obtención de los datos se utilizó la observación y una entrevista semiestructurada con 6 mujeres que cursan el puerperio fisiológico. Teniendo como instrumento una guía de preguntas tema. Se encontraron tres categorías principales, maltrato, sentimientos, y falta de información, de la primera detectamos maltrato físico y verbal, de la segunda miedo y soledad y de la tercera sin orientación y poca información. Se concluye que las mujeres no tienen información suficiente sobre el proceso de trabajo de parto, además que las intervenciones van acompañadas de maltrato físico y verbal. Al mismo tiempo ellas esperan que los profesionales formen parte de ese apoyo psicológico que ellas necesitan.

A nivel nacional se ha reportado la siguiente investigación

Influencia de la violencia basada en género en Mujeres con parto pre término (17)

El objetivo fue: Analizar la influencia de la violencia basada en género en el parto pre término en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2007. La investigación fue cuantitativa con diseño de casos y controles, se estudió a 60 púerperas; divididos en 30 casos de parto pre término y 30 controles púerperas de parto a término. La información fue recogida mediante la entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Para el análisis de datos se utilizó la razón de proporciones para las variables

cualitativas, y el promedio y la desviación estándar para las cuantitativas. Se utilizó  $\chi^2$  en las variables cualitativas y en las cuantitativas t-student con una significancia de  $p < 0.05$ . Se encontró diferencia significativa en no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. ( $p = 0.01$ ). El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa sobre el parto pre término. El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% violencia sexual mientras que refirieron violencia psicológica el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pre término (OR = 0.63) IC 95%:( 0.21 a 1.88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pre término que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0.080$  IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pre término (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55). Conclusión: No encontramos evidencia para la influencia de la violencia psicológica y física con respecto al parto pre término; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pre término en mujeres con violencia sexual.

## **1.2 Marco Teórico Conceptual:**

El marco teórico conceptual se fundamentó en los siguientes conceptos clave: Cuidado, Cuidado Profesional, Experiencias, Primigesta, Trabajo de parto.

Iniciaremos el marco teórico conceptualizando el término cuidado

Partiremos diciendo que cuidado deriva de la palabra en latín CURA. En su forma más antigua CURA en latín se escribía coera, era usada en un contexto de relaciones de amor y amistad. Expresaba actitud de desvelo, preocupación, inquietud, por la persona amada o un objeto de estimación. En ese sentido la inquietud de cuidado aparece cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Entonces procedo a dedicarme a él; disponiéndome a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y sucesos de su vida. (18). Cabe preguntarse aquí: ¿Si para los profesionales encargados del cuidado de la gestante les resulta ELLA, una persona importante? Y en consecuencia: ¿Están dispuestos a dedicarse a ella y su bebé? ¿Son conscientes los profesionales que participan de un destino particular y de quizás uno de los sucesos más importantes para la vida de una mujer y también de una familia?

La reflexión en torno a estas preguntas permite afirmar que el Cuidado de la gestante requiere inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato; que son actitudes fundamentales que nos permiten salir de sí mismos, y centrarnos en el otro con desvelo y preocupación (18). Sobre todo por las características que el proceso de parto tiene y que condicionan en la mujer un estado de vulnerabilidad y fragilidad, (19) acentuándose este, desde la perspectiva de la investigadora, cuando se trata de una primera experiencia.

Estas actitudes que exige el cuidar/cuidado nos permiten retomar una visión más humana del cuidado de la salud, si consideramos que el cuidado es una característica de la condición humana (20), es decir para cuidar con desvelo, preocupación, interés, etc. no se requieren cosas extraordinarias, sino demos una mirada a la madre que cuida en el hogar y brinda las primeras atenciones sin ser profesional, o si recordamos a las parteras que atendían en el hogar a las gestantes hasta hace unas décadas. Esta visión compromete a los profesionales a pesar de los recursos, el tiempo, inclusive la paga, no dejar de cuidar con humanidad.

Cabe recordar que el parto hasta el siglo pasado era una práctica tradicional llevada a cabo en la intimidad del hogar, se entendía que esta actividad tan íntima y familiar debía ser albergada en este ambiente, donde tanto la mujer como el niño recibían cuidado de una matrona y de la familia, pero se vio modificada en buena medida por la institucionalización del cuidado de la salud a partir de la consolidación de los hospitales como instancias terapéuticas, si bien focalizadas siempre en la curación, también abrogaron para sí la función del cuidado, y a través de distintas disciplinas, entre ellas la Enfermería, lo profesionalizaron introduciendo técnicas y métodos vedados al hogar, que llevaron muchas veces a cambiar el centro de la atención *de la persona hacia la tarea a ser ejecutada* "(21) Se cambió el centro de atención (la persona), dando prioridad a la seguridad de la técnica y las condiciones, en el caso del parto, permitiendo un parto "seguro" a través de la intervención profesional y el resguardo de la tecnología, pero dejando de lado el rol que la mujer debería tener y su experiencia.

Bien cabría aquí preguntarnos ¿qué necesita la parturienta? Pues si bien es cierto necesita de seguridad, ésta no es solo relacionada al ambiente y la técnica sino también a la seguridad emocional (22) que puede desplegar un buen profesional y la familia. Cobra sentido aquí la definición de cuidar como una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (23), pues más allá de los riesgos que pudieran

presentarse en el proceso de “dar a luz” está la necesidad de la mujer de por ejemplo, contar con personas Profesionales o no, que puedan apoyarle en esta experiencia, que no es de carencia de salud sino de traer vida a la vida, y que, desde la perspectiva de la investigadora, debería permitir crecimiento y realización personal.

Pero volvamos a la afirmación que ya hemos sentado: la mujer necesita contar con personas Profesionales o no que puedan apoyarle en esta experiencia, pero entonces ¿existe alguna diferencia entre el cuidado profesional y el familiar o amical?... definamos entonces ¿qué es el cuidado profesional?

Los Cuidados profesionales: Según Madeleine Leninger, “son modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”. (23) Se pone énfasis al aspecto cognitivo, cultural, pero no se deja de lado la humanidad que deben contener.

García M. et al, pone énfasis en el conocimiento y la habilidad técnica: El cuidado profesional es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. (24)

El cuidado profesional para Roach asume la naturaleza de una respuesta deliberada para aquello que importa, involucrando el poder espiritual de afectividad. Esa respuesta involucra donación y auto-trascendencia. (24)

Si existe entonces diferencia entre el cuidado profesional y el no profesional, y la diferencia no radica solo en el conocimiento y la habilidad técnica, sino que como menciona Roach (24) está llamado a la afirmación de valores ontológicos pertinentes a la naturaleza de las cosas tal como la dignidad de la vida; y valores cualitativos pertenecientes a los dominios de valor tales como la estética, la intelectualidad, la moral, la política, la economía, el espíritu.

Es decir, cuidar profesionalmente a la gestante significará: orquestar nuestra humanidad, la

ciencia y tecnología aprendidas de acuerdo a las necesidades de la gestante y su bebé, es decir, ponernos a su disposición, tratar su experiencia como única, personalizarla, considerando sus costumbres, su cultura, para favorecer su experiencia de parto.

En otras palabras los profesionales encargados de asistir a la primigesta deben responder íntegramente a sus necesidades de cuidado, garantizando la respuesta oportuna que ha de ser compartida, sumatoria y complementaria para garantizar y mejorar el bienestar de la gestante y su bebé.(23)

La Norma Técnica de Atención del parto normal refiere que la mujer gestante debe ser atendida por un profesional de salud médico gineco obstetra, médico cirujano u obstetra. En situaciones de parto inminente o de ausencia de los profesionales antes mencionados, el parto puede ser atendido por la enfermera u otro profesional o personal de salud capacitado. (3)

En nuestro país el parto institucionalizado, es atendido por un obstetra o médico general cuando la presentación es normal y sólo en caso de presentarse un parto complicado es atendido por un gineco obstetra.

Pero qué ocurre durante el parto, qué etapas posee, qué ocurre sobre todo en la etapa de dilatación?

Para comprender mejor la experiencia de la primigesta durante el trabajo de parto y sobre el cuidado profesional que recibe, se presenta a continuación una breve revisión acerca del Parto.

Parto es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gr (igual o mayor a las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación). El parto se clasifica según la Norma técnica del MINSA (3) en Parto Vertical, Vaginal y Abdominal, para el presente estudio los sujetos participantes son aquellas madres que han tenido un parto Vaginal eutócico, o aquellas madres cuyos hijos nacieron a través de la vagina, este parto puede ser también distócico pero termina por vía vaginal.

Las estimaciones de la fecha probable del parto tienen un amplio margen de error. El momento de su inicio siempre es una incógnita que crea ansiedad y tiene en estado de alerta a la madre

y al equipo de salud. Por otro lado existen muchas teorías acerca de las causas que desencadenan el parto y en las más recientes se puede apreciar que habría algo de verdad aunque las evidencias científicas son muy débiles para demostrarlo. Por ejemplo, tenemos: La teoría físico mecánica y neuroendocrina, la teoría de la oxitocina, de la privación de progesterona, del papel de las prostaglandinas, del estrés materno fetal. Otros podrían ser: infecciones del tracto genital, etc. Si es posible señalar por evidencia que el feto tiene un papel protagónico en la iniciación del parto. En fin el desencadenamiento del trabajo de parto sin duda involucraría muchas vías. (25)

Durante el embarazo la mujer debe estar debidamente informada sobre los primeros síntomas y signos del comienzo del parto para tener el mayor tiempo posible para los preparativos y traslado al lugar de atención.

Es fundamental que el equipo de salud tenga un trato amigable con la embarazada (25-27), (son responsables de esta etapa los profesionales de obstetricia en el caso de un parto normal) que se establezca una buena relación y se genere confianza de la madre en la institución que le va asistir. Esto es más importante aún en aquellas mujeres que no han podido conocer previamente el lugar donde se asistirá el parto. La calidad del trato y del cuidado que reciba la madre durante el parto y su familia será determinante para acrecentar esa confianza y tranquilidad necesaria para contribuir a un mejor resultado final del proceso del parto. Se evaluará el estado emocional de la mujer y se respetará su privacidad y elección con relación a la presencia de acompañantes, así como también al deseo de no compartir ese momento con personas del equipo de salud o estudiantes que no son necesarios para su asistencia.

Es aconsejable tener una preparación psicofísica previa durante el embarazo, la que es ofertada siempre en los Centros de Salud y Hospitales por los profesionales de Obstetricia. Si la mujer no la recibió, al ingreso en trabajo de parto se intentará instruirla y adiestrarla mediante breves explicaciones y ejercicios de relajación, respiración y simulación de pujo. Con esta preparación intra parto, impartida a las madres que no cuentan con ninguna instrucción previa, se obtiene resultados muy favorables comparados a los observados en las madres que recibieron durante la gestación esta preparación psicofísica. (25)

La expulsión del feto se realiza a través de un proceso al que se denomina: Trabajo de Parto (25): Que es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

El trabajo de parto se divide en tres periodos (1,25): el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto, y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas) y se denomina periodo placentario o de alumbramiento.

Schwartz et al (25) refieren que el trabajo de parto se caracteriza por la presencia de fenómenos activos: la presencia de contracciones del músculo uterino y los pujos y fenómenos pasivos a los efectos que aquéllos tienen sobre el canal del parto y el feto. Los fenómenos activos suministran la fuerza y presión que borra y dilata el cuello y expulsa al feto y la placenta. Las contracciones de los músculos tóraco- abdominales (esfuerzos de pujo) cooperan con la expulsión del feto.

Durante el denominado Preparto, que es el periodo de actividad uterina creciente que corresponde a las últimas semanas de la gravidez, se produce un aumento gradual de la intensidad y frecuencia de las contracciones de Braxton Hicks, las que invaden áreas progresivamente mayores del útero a la vez que adquieren un ritmo más regular. Son las contracciones las que causan la maduración progresiva del cuello del útero que ocurre durante el preparto y es aquí por lo general cuando la madre siente la necesidad de recurrir a la institución de salud. A lo largo de este proceso el cuello uterino sufre distintos cambios que se han clasificado como grados de madurez cervical, tenemos(25)

Grado I: Cuello inmaduro, en situación muy posterior respecto al eje de la vagina, de consistencia firme, con una longitud (borramiento) de 3-4 cms, sin dilatación del orificio interno (ni del externo en la nulípara)

Grado II: Cuello parcialmente maduro, que presenta distintas variedades intermedias entre los grados I y III

Grado III: Cuello maduro bien centralizado en el eje de la vagina, de consistencia muy blanda,

longitud acortada de 1cm o menos, borrado o en vías de borramiento, dehiscente hasta 2-3 cms.

No existe un límite neto entre Pre parto y parto, sino una transición gradual y progresiva, tanto en las características de las contracciones uterinas como en los cambios que ocurren en el segmento inferior y cuello uterino.

Convencionalmente se acepta que el **Parto** comienza cuando la dilatación cervical del orificio interno progresa más allá de 2cm. En este momento, en las multíparas, las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 28mmHg y una frecuencia media de 3 contracciones cada 10 minutos. El promedio de la actividad uterina es de 85 unidades de Montevideo y el de tono, 8mm de Hg. El Parto consta de 3 periodos: Dilatación, expulsivo y alumbramiento. (25,26)

**En la etapa de Dilatación** las contracciones uterinas dilatan el cuello. A medida que la dilatación cervical progresa, la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas aumentan gradualmente, al final del periodo de dilatación los valores promedio son 41 mm Hg para la intensidad y de 4,2 contracciones cada 10 minutos para la frecuencia; la actividad uterina media es de 187 unidades de Montevideo y el tono uterino medio es de 10 mm Hg.

**El periodo Expulsivo** ocurre cuando el cuello se ha dilatado totalmente, las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos de pujo.

Durante el periodo expulsivo la frecuencia de las contracciones aumenta hasta un promedio de 5 cada 10 minutos y la intensidad sube hasta 47 mm Hg. La actividad uterina promedio es de 235 unidades de Montevideo, la más alta que se registra durante el embarazo y el parto normales. El tono promedio es de 12 mm Hg.

Las contracciones en el periodo de dilatación y de expulsión se acompañan habitualmente de dolor. Esta asociación es tan característica que en muchos países se sustituye la denominación de contracciones por la de “dolores”.



El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes de que el útero se haya relajado completamente. No existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas.

En cada mujer el dolor aparece cuando la presión amniótica sube por encima de un cierto nivel (umbral del dolor) y desaparece cuando la presión cae por debajo del mismo.

El valor promedio del umbral del dolor corresponde a una presión amniótica de 25 mm Hg, o sea, 15 mm Hg por encima del valor promedio del tono normal.

El umbral del dolor presenta variaciones individuales muy notables que se atribuyen a diferencias en la percepción de la parturienta en los centros nerviosos superiores. El estado psíquico de la parturienta tiene una gran influencia: el temor a lo desconocido, la angustia y la falta de apoyo afectivo magnifican la sensación de dolor. La adecuada educación y preparación psico profiláctica de la pareja para el parto, durante la gestación, combinada con el apoyo efectivo brindado durante el parto por alguien de confianza de la madre y por quienes atienden el mismo, reducen la sensación dolorosa. Siempre que sea posible es mejor que la madre esté acompañada por una persona elegida por ella. Este acompañamiento que se suma a la preparación psicofísica para el parto, es para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional continuo y cuidados básicos. Requiere de quien lo ofrezca que esté exclusivamente para ello, independiente del resto del equipo de salud que asiste al parto y al recién nacido.

Durante todo el proceso de parto la persona está presente, escucha, da consuelo, confianza, tranquiliza, y toma medidas para mejorar el confort de la parturienta. También la asiste masajeando su zona sacro lumbar, sosteniéndole las manos, explicándole los progresos del parto, las etapas siguientes y las maniobras que se realizan. Este tipo de apoyo está demostrado se ha relacionado con una reducción: del uso de oxitocina, anestesia peridural o cualquier otra anestesia o analgesia de los partos operatorios, del monitoreo electrónico continuo, de la frecuencia cardíaca fetal y de recién nacidos con puntajes de APGAR menor a 7 al 5to minuto de vida.

Este apoyo a la parturienta, que también reduciría levemente la duración del parto produciría en la madre otra serie de beneficios subjetivos.

La libertad de movimientos y de elegir la posición más cómoda (sentada, de pie, deambulando, etc.) cambiando la voluntad, también contribuye a mitigar el dolor y otras molestias durante el parto. (25)

**Periodo de Alumbramiento:** Este periodo se inicia después de la expulsión del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Tiene una duración de entre 15 y 30 minutos si es espontáneo y de unos 5 minutos si está dirigido mediante medicación. La expulsión de la placenta se produce como consecuencia de la presión ejercida por las paredes del útero, dado que este, con la salida del feto, ha modificado en gran manera su tamaño. Los signos de alumbramiento son: Aparición de sangre oscura en la vagina, descenso del cordón umbilical, visualización de la placenta en la vagina.

Resulta importante tener en consideración al inicio del denominado trabajo de parto(27):

- Además de una rápida evaluación del estado general de salud, nutricional y de hidratación de la madre, se medirá la temperatura corporal, el pulso y la presión arterial.
- El examen obstétrico inicial requiere una revisión de los antecedentes del embarazo por medio de la lectura del carné peri natal. Se recalculará la edad gestacional a la fecha del ingreso.
- Se interrogará sobre el momento de comienzo de las contracciones, sus características y el curso de las mismas desde su iniciación, el momento de rotura de las membranas ovulares, si se produjo alguna anomalía que se presentó.
- Por la palpación se podrá conocer las características y la altura de la presentación. Durante un periodo de 20 a 30 minutos se controlará, por palpación abdominal, la frecuencia de las contracciones uterinas.
- La auscultación con el estetoscopio obstétrico informará sobre la normalidad de los latidos fetales, o si se cuenta, con un equipo Doppler.
- El tacto vaginal que para ser útil y no repetirlo más de lo necesario deberá ser completo-informará sobre: a ) la amplitud y la elasticidad del periné, de la vulva y vagina, b)la situación, el grado de reblandecimiento y de borramiento y de dilatación

del cuello, c) el grado de amplitud de la cúpula vaginal del segmento inferior, etc. Los tactos deben ser asépticos y en lo posible poco frecuentes. Todas estas acciones son realizadas por profesionales de obstetricia y/o un gineco obstetra, tal como se señala en la Norma Técnica.

Otros procedimientos de rutina (3,25) Realizados por los profesionales de Obstetricia, le puede acompañar un técnico o médico o gineco obstetra dependiendo del nivel de atención en el que se encuentre la gestante:

- Ropa adecuada según costumbres de la zona
- La deambulación y ducha con agua tibia
- Elaborar el partograma de la OMS a partir de los 4cms de dilatación, controlar la evolución del trabajo de parto y funciones vitales.
- Cumplir con los criterios de estándares e indicadores de calidad según norma.
- Acompañar a la gestante cuando desee ir al baño y verificar la micción.
- La higiene referida a la habitación, sala de partos, materiales e instrumentos y a la higiene de la madre y del personal del equipo de salud.

Podrían ocurrir algunas prácticas que en la actualidad se desestiman como por ejemplo:

- El enema de rutina: medida incómoda para la madre y que es usada como de rutina en algunas instituciones, ya se tiene evidencia de su poca efectividad por lo que sólo debe colocarse si la madre no ha defecado el día anterior al parto y con su aprobación. Rasurado del vello peri vulvar y perineal: esta es otra medida innecesaria e incómoda para la mujer que aún se practica de rutina en algunas instituciones. La creencia es que facilita y hace más segura la sutura de posibles desgarros y episiotomías y que reduce la frecuencia de infección de sus heridas. Desde principios del siglo pasado estas ventajas no han podido ser demostradas. Por el contrario se teme que el rasurado de rutina pueda aumentar el riesgo de transmisión de infección de hepatitis y del VIH en la madre o en el personal que lo practica.
- Alimentación e Hidratación: Ante la remota posibilidad de tener que indicar una anestesia general, la conducta en muchas instituciones es la de evitar la ingesta oral para reducir el riesgo de aspiración. Sin embargo durante el parto se consume gran cantidad de energía y la restricción de alimentos y líquido puede llevar a la deshidratación y cetosis. Por ello en algunas instituciones existe la rutina de

administrar soluciones glucosadas intravenosas continuas en todos los partos con el objetivo de compensar el líquido y calorías, además de mantener la vía para administración de fármacos. Sin embargo se ha encontrado un aumento en los niveles de glucosa y un aumento en los niveles de insulina en la madre. Si la madre recibe más de 25 gramos de glucosa vía endovenosa puede ocurrir en el feto hiperinsulinismo y producirse hipoglucemia neonatal. Por otra parte el uso de soluciones libres de sales puede ocasionar hiponatremia tanto en la madre como en el niño, además en la madre puede ocasionar síndrome hipotensivo de depleción salina. Se sugiere entonces en el parto de bajo riesgo de inicio normal y espontáneo y con un pronóstico favorable ofrecer a la madre líquidos azucarados y un alimento ligero.

- Además se evita la venoclisis que es un procedimiento invasivo que origina incomodidad en la madre, por la dificultad para movilizarse durante el periodo de dilatación, y costos que se generan por el uso de vías y soluciones.

Hay que considerar , se debe evitar:

- Realizar más de 4 tactos vaginales
- Realizar ruptura artificial de membranas
- Si se detecta algún signo de alarma, se debe coordinar la referencia inmediata a un establecimiento de mayor complejidad; de no ser esta posible, se debe realizar el manejo según Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas.

Todo lo indicado anteriormente debe formar parte del Plan de Parto que cada gestante idealmente debe tener o tiene antes de que nazca su hijo, pero estas actividades que resultan de rutina para el personal de salud generan la experiencia de la madre, sea primeriza o no.

Ocurren como vemos, una serie de acontecimientos: biológicos, fisiológicos y de la atención en salud, que las primigestas viven, experimentan: ¿Es esto lo que se constituye como experiencia de la madre? o ¿qué otros aspectos debemos considerar?

Esto nos remite a revisar ¿qué es una experiencia, de qué se compone y qué importancia puede tener para cada ser humano?

Muy interesante e instructiva (como lo ha señalado Giel) es la historia de la palabra misma; en efecto, no podremos olvidarla tan pronto como reparemos en que «erfahren» (experiencia) viene del simple «fahren» (andar) ; este verbo tuvo anteriormente un significado más general: designaba todo moverse hacia adelante en el espacio, no sólo en un vehículo sino también a pie. Y como el prefijo «er» significa en general un perseverar hasta el final (como «erlangen» [conseguir], de «langen» [alargar la mano]; «erfassen» [abarcar], de «fassen» [agarrar], etc.), «erfahren-» significa en principio, en sentido bien concreto: llegar al fin del fahren, o sea conseguir algo en ese fahren, alcanzar algo en el sentido puramente espacial o también recorrer una región. Por ejemplo: «recorrieron (erfahren) el país a caballo y por agua». De allí surge el sentido figurado de «erfahren» como tomar conocimiento de algo por haber tomado contacto con eso a través del «fahren», en el «Fahrt» (viaje). Y el recuerdo de los trabajos y peligros pasados y de los accidentes que se presentaron por el camino impregna la palabra y le presta un fondo de significación muy determinado, que después no abandona del todo cuando, en sentido atenuado, se aplica al mero tomar conocimiento o al informarse de una noticia. Pero eso de lo que se «tiene noticia» por información oral o por los periódicos no podemos llamarlo «experiencia». Más bien pertenece a la experiencia el que la haya hecho uno mismo «en el propio cuerpo». Entonces solamente tengo experiencia cuando esta es la mía y para obtenerla tengo que someterme a las penurias del viaje. Podemos sin duda informar a otro sobre nuestras experiencias, pero no transmitírselas. Su saber acerca de mis experiencias nunca se convertirá en su propia experiencia. (29)

Podemos afirmar entonces que se trata de un hecho personal y a través del cual podemos acceder a la persona tal como lo indica Wojtyla en su obra Persona y Acción. La experiencia del hombre es, pues, la posibilidad consciente de enfrentarme conmigo mismo y que facilita el conocimiento de la realidad en la cual estoy conscientemente instalado. La experiencia del hombre se basa en la experiencia que éste tiene de sí mismo y también de los demás hombres. (30) Es preciso establecer que todo conocimiento, parte de la experiencia del hombre, la experiencia del humanum, y ella misma, en todos sus momentos de desenvolvimiento, constituyen un momento de comprensión de sí mismo, por lo que no se puede negar la primacía de ésta en toda forma de conocimiento, tanto teórico como práctico. (30,31)

Por esto es también relevante el estudio, puesto que sólo a través de la experiencia de las Primigestas conoceremos cómo deja huella el suceso del parto en su vida, y cómo dejaron huella otras personas en el acompañamiento o cuidado que se le dio en esta etapa, sólo ellas pueden dar cuenta de esto.

Cabe resaltar que la experiencia del hombre posee una riqueza y complejidad con respecto al animal, puesto que el animal aprende por repetición no hay nada de novedoso en sus acciones, son pautadas y rígidas; en cambio la experiencia humana, es polivalente y se complica con el individuo hasta dejarle la última palabra. Es además pluridimensional, en ella conocemos y sentimos, conocemos y enjuiciamos, conocemos y nos equivocamos. En este sentido podremos conocer lo que la mujer primigesta sintió, vivió, los juicios que puede emitir sobre el cuidado que recibió, así como las decisiones que tomó o que dejó de tomar en el proceso de dar a luz a su hijo.

Otro aspecto que conviene resaltar en torno a la experiencia es el elemento configurador que esta tiene, pues hace que el mundo cobre sentido, pueda ser comprendido en sus propios elementos. Es decir toda experiencia ha de contar con un dato o con un complejo de datos. Pero la experiencia no se identifica sin más con el dato, porque un mismo dato puede ser experimentado de diversas maneras según el sujeto cognoscente (ej. No es lo mismo la experiencia de un eclipse para un astrónomo que para un hombre sin preparación científica). Así como no será lo mismo la experiencia del parto para la gestante primeriza, que para el personal que cuida de este proceso...

Hay sí, un punto de partida claro: no hay experiencias sin datos, sin algo que se le ofrezca al sujeto experienciante. Pero el sujeto debe insertar los datos en sus estructuras inteligibles para que los datos acaben siendo portadores de un sentido y sean, por lo mismo, datos para un sujeto cognoscente. El hombre que intenta reflexionar sobre la experiencia se encuentra ya en una experiencia previa, cargado de conceptos, intuiciones y todo un arsenal que le habilita para la recepción de experiencias nuevas.

Cada experiencia debe integrarse en el conjunto total de la experiencia del hombre. Hay que renunciar a toda experiencia pura porque ella, contando con la necesaria datitud, es un constructo mental. Sin una conciencia madura los supuestos datos no se convertirán en

experiencia para mí, como le ocurre al lego en materia de música clásica, que si no está preparado para la audición de una melodía no podrá tener la experiencia de escuchar una sonata de Bethoven.(32)

En palabras de Otto Friedrich (29) una experiencia no puede ser nada más que un mero informarse. Para que de allí nazca una experiencia, el individuo debe participar directamente. No solo ha de recoger un saber, sino ser sorprendido en su persona. Por la experiencia se transforma él mismo. Volvemos a recordar que la experiencia es siempre, al mismo tiempo, un poder-hacer. Por eso este aprender por experiencia tampoco puede nacer de un propósito deliberado. Es una forma de aprendizaje a que el individuo es forzado por los acontecimientos. Entonces, es algo que sobreviene después de estos... La experiencia nace de una meditación que procura esclarecer lo que al principio parecía incomprensible: nace de la elaboración y apropiación de aquello que nos sale al encuentro de una manera indeseada y no prevista.

No es sino por su elaboración y apropiación posteriores, por su aplicación práctica en el obrar futuro y, en general, por su introducción en la propia vida, como el acontecimiento se convierte en experiencia. Suele decirse que el hombre hace experiencias, pero lo que encuentra es, en primer lugar, un hecho sin sentido, que él simplemente debe admitir. Solo cuando se lo apropia en el pensamiento y extrae de él una «enseñanza» para su vida, eso se convierte en experiencia.

En ese sentido resulta valiosísima la experiencia que la mujer haya tenido resultado de atravesar por esta etapa, es ella quien puede dar testimonio de lo vivido, sería propicio entonces escucharle pues es ella quien consciente de su experiencia está preparada para ayudar a mejorar la atención a la mujer, y que puede permitirnos hacer más humano este proceso dentro del ciclo de vida.

## **CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1. Trayectoria Metodológica**

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, que puede definirse como “un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten, estudiando a los objetos y seres vivos en sus contextos intentando encontrar sentido a los fenómenos en términos de significados”(33); en ese sentido es un enfoque holístico y se comienza una búsqueda por comprender lo complejo (34).

Se fundamenta tal enfoque en la presente investigación porque teniendo como objeto de estudio las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo; se describirá, analizará y comprenderá el objeto de estudio mencionado, mediante la interpretación de significados emitidos sólo y desde la perspectiva de las madres.

El abordaje metodológico para la investigación es el de estudio de caso cualitativo, entendido como “un método que implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés” (34)

En aras de una mejor comprensión del abordaje metodológico se enunciarán ciertas características y principios del estudio de caso (35) que guardan estrecha relación con la presente investigación:

- “Se dirigen al descubrimiento: A pesar que se parte de algunos supuestos teóricos, se está atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio”. La investigación permitió descubrir las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo, utilizándose una base teórica inicial, que permitió identificar aspectos importantes para comprender su experiencia; sin embargo, la base teórica fue incrementándose en la medida que aparecieron nuevos conceptos fruto del acercamiento al objeto de estudio.
- “Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto: Un principio básico de este tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso tener en



cuenta el contexto en que él se sitúa”. En el presente trabajo se investigaron las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo. La que tiene características sui generis dado el ambiente de atención y el proceso mismo de parto. Las experiencias se limitaron a las madres primigestas que ingresaron al servicio de obstetricia, provenientes de la emergencia y cuya estancia hospitalaria antes del periodo expulsivo del parto, se extendiera entre 6-24 horas. Todo esto se analizó a la luz de la norma técnica que es el respaldo legal en la atención a las primigestas en el Perú.

- “Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda: El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo”. En este tipo de abordaje no sólo se buscó apreciar las experiencias de las madres primigestas y su percepción sobre el cuidado profesional que reciben; sino que también, a través de un análisis deductivo e inductivo, permitió develar la relación de sus componentes, es decir del todo a sus partes y de sus partes al todo, retratando fielmente las experiencias que quedaron en las primigestas como resultado del cuidado profesional que recibieron en la etapas señaladas y comprender por qué se da bajo algunas características.
- “Revelan experiencias secundarias pero importantes y permiten generalizaciones naturales”. En la presente investigación se buscó a través de las declaraciones de los sujetos de investigación develar experiencias y cuidados que se mantuvieron desapercibidos a través del tiempo y que fueron develados gracias a un buen empleo de la entrevista. Se procuró también, analizar a detalle la información y se pudo plasmar luego en un listado de categorías y subcategorías, que al ser leídas por otras personas se espera puedan ser reconocidas como propias de su realidad ocurriendo lo que se denomina generalización natural.
- “Procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social”. La investigadora se despojará de sus propios prejuicios a fin de aceptar y analizar las respuestas de cada una de las entrevistadas, así fueran divergentes. Los discursos fueron contrastados con la realidad y las referencias teóricas respectivas. La investigadora asumió su propia postura, manifestando su punto de vista y extrajo conclusiones que serán de gran utilidad para futuras investigaciones. De esta manera deja una base para

que quienes lean la investigación, saquen sus propias conclusiones, en relación al estudio planteado.

- "Utilizan un lenguaje y una forma accesible en relación a otros relatorios de investigación". Los resultados de la presente investigación se presentan en forma narrativa para el informe de investigación, haciendo uso de un lenguaje claro y accesible.

En la presente investigación se consideraron las tres fases del estudio de caso según Nisbet e Walt ,1978 (35), las que se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que las separa.

- Fase exploratoria: El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Puede existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos, que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación estudiada.

En la presente investigación la fase exploratoria se inició desde la identificación de la problemática por parte de la investigadora, quien habiendo vivenciado personalmente la atención del personal de salud en torno al embarazo y al parto, y en el diálogo con otras mujeres en igual situación, nace la idea de investigación, luego se recurrió a madres que han sido atendidas en el servicio de obstetricia, explicándoles el motivo de la investigación y solicitando su participación para recabar la información necesaria para la construcción del objeto de estudio.

- Delimitación del estudio: Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador procede a recolectar sistemáticamente la información, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección es determinada por las características propias del objeto estudiado. La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho de que nunca será posible explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos, es crucial, para lograr los propósitos del estudio de caso y

para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

En esta fase se delimitó el estudio y esto se logró a través de los aportes de los sujetos de investigación, quienes dieron a conocer sus experiencias en el trabajo de parto y del cuidado profesional que recibieron. Para esto se utilizó la entrevista abierta a profundidad, la cual fue dirigida a gestantes primigestas atendidas en el periodo de trabajo de parto y dilatación, también se creyó conveniente utilizar una lista de cotejo adaptada para los fines de esta investigación que reúne algunos cuidados que podrían ser todavía practicados por personal de salud a cargo de esta experiencia.

- El análisis sistemático y la elaboración del informe: La investigadora después de recolectar la información, realizó el análisis respectivo empleando el análisis de contenido y se procedió a realizar el contraste con la literatura. Como resultado se tiene el informe final con las consideraciones finales que permitirán en forma sucinta la comprensión de las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo.

## **2.2. Técnicas e Instrumentos**

Para el desarrollo de esta investigación la técnica de recolección de datos fue la entrevista abierta a profundidad que permitió obtener información de forma compleja y profunda, sobre las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo, además esta técnica es muy flexible, puesto que permite adoptar la formulación de las preguntas a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos en estudio (36).

La entrevista estuvo estructurada en tres partes: Finalidad, datos generales y los específicos. El instrumento fue validado por juicio de expertos y muestreo piloto (Anexo N° 2).

También se usó como instrumento una lista de cotejo (Anexo 03) (Test de violencia Obstétrica) (37) que permitió plasmar y analizar la presencia o ausencia de elementos contemplados en la ficha técnica aprobada por el Ministerio de Salud y lo que en otros países se ha catalogado como Violencia Obstétrica durante la atención del parto, y que se adaptó de acuerdo a las etapas contempladas para la presente investigación quedando en 9 ítems, se

buscó contrastar las experiencias de las primigestas con el ideal de atención durante el periodo de parto y dilatación. Además permitió contrastar algunos cuidados brindados por el profesional de salud durante estas etapas y la percepción de la mujer en relación a estos cuidados.

### **2.3. Validación de los Instrumentos**

Los instrumentos fueron previamente validados por juicio de expertos y por muestreo piloto. Para el juicio de expertos se consideró la participación de 2 expertos en investigación en Enfermería y 1 experto en el área materno infantil. Para el muestreo piloto, se consideraron mujeres primíparas de un centro de salud de Lambayeque a quienes se les aplicó el cuestionario respectivo además de considerar la lista de chequeo para las primíparas, las declaraciones no fueron incluidas en el estudio.

Los resultados de la validación permitieron mejorar los instrumentos planteados. Se presentan las versiones finales de los instrumentos en los Anexos 02 y 03

### **2.4 Población y Muestra de Estudio**

En la presente investigación la población estuvo constituida por primigestas que tuvieron la experiencia de ser hospitalizadas durante la etapa de parto y dilatación en el Hospital regional Lambayeque. La delimitación de la muestra se logró por el fenómeno de saturación. Se entrevistaron a 14 mujeres primigestas, por lo menos después de 6 horas de haber ocurrido el parto, previa firma del consentimiento informado.

Criterios de inclusión:

Primigestas mayores de 18 años ingresadas por el servicio de emergencia de un hospital de Chiclayo al iniciarse el trabajo de parto y dilatación y que tuvieron entre 6 y 24 horas de estancia antes del periodo expulsivo.

Primigestas que durante su estancia hospitalaria antes del periodo expulsivo hayan estado despiertas, orientadas en tiempo, espacio y persona. Y cuyo parto terminó en parto eutócico.

## Criterios de exclusión

Primigestas menores de 18 años o las que tuvieron complicaciones antes del expulsivo y que como consecuencia necesitaron mayor estancia hospitalaria; o requirieron de cesárea.

## 2.5 Análisis de los Resultados

La presente investigación utilizó como técnica para el tratamiento de los datos: El análisis de contenido, que es un instrumento de respuesta a la curiosidad del hombre por descubrir la estructura interna de la información bien en su composición, su forma de organización o estructura, bien en su dinámica (33,36).

El proceso de aplicación del análisis de contenido se realizó en tres fases.

La primera denominada pre análisis, es una etapa de organización propiamente dicha que tiene como objetivo la operacionalización y sistematización de las ideas de partida para llegar a un plan de análisis (38), en esta fase la investigadora preparó el material obtenido de las entrevistas mediante la transcripción fiel de lo manifestado por los sujetos de investigación y que fue recopilado a través de una grabadora hacia un registro en el cual se evidenciaron las experiencias de las primigestas en el periodo de parto y dilatación y su percepción sobre el cuidado que reciben por parte de los profesionales de salud en esta etapa.

La segunda fase del análisis de contenido que es la explotación del material, definida como la fase del análisis propiamente dicho, es la administración sistemática de las decisiones tomadas que consiste en operaciones de codificación, descomposición o enumeración (39), la investigadora analizó el material mediante la operación de codificación.

Tratar el material es codificarlo, en otras palabras, la codificación es una transformación de los datos brutos del texto por descomposición, agregación y enumeración para la representación del contenido (33), pero ¿qué significa la descomposición de los datos brutos recogidos? significa la determinación de unidades de contenido en donde se opta por analizar la respuesta global o bien dividir la respuesta en términos o expresiones que la forman, estas constituyen los núcleos con significado propio que serán objeto de estudio para su clasificación o recuento<sup>39</sup>.

Por lo tanto, la determinación de unidades es la primera operación que consiste en descomponer el material tratado en sus elementos o ítems (33), dichos elementos se pueden clasificar en unidades de base gramatical que son fundamentalmente la palabra, el símbolo, la frase o el párrafo y unidades de base no gramatical que son los documentos íntegros, así como el espacio que ocupa un tema dentro de la totalidad de un conjunto (34), en el presente estudio de caso se usaron las unidades de base gramatical, porque los datos a analizar se plasmarán en forma de textos extraídos de las grabaciones.

Así mismo, estas unidades de base gramatical pueden ser unidades de registro y unidades de contexto; en cuanto a las primeras son llamadas también unidades de significado siendo segmentos de contenido necesarios como unidades de base con miras a la categorización y recuento frecuencial (33), en cambio, las unidades de contexto que sirven de unidades de comprensión para codificar las unidades de registro son los segmentos del mensaje cuyo tamaño superior a la unidad de registro es óptimo para captar la significación exacta de ésta (39).

Es preciso hacer alusión que existen reglas de enumeración de las unidades de registro que pueden ser por la presencia o ausencia de elementos en donde la importancia de una unidad de registro crece con su frecuencia de aparición, una frecuencia ponderada en que la aparición de tal elemento tiene más importancia que la del otro; y la contingencia que es la presencia de dos o más unidades de registro en una unidad de contexto (33). Estas premisas permiten un análisis completo de las unidades de significado que son extraídas de los discursos de las primigestas.

Una vez identificadas las unidades de significado y de contexto se procederá a determinar las categorías, definidas como epígrafes significativos o una noción general que representa un conjunto o una clase de significados determinados (33) mediante el proceso de categorización que consiste en la clasificación de elementos en categorías o secciones que reúnen un grupo de unidades de registro bajo un título genérico (33), que puede ser de tipo semántico (el tema), léxico (según el sentido), y expresivo (clasificación de diferentes perturbaciones del lenguaje) (39); Para la presente investigación se asumió el criterio de tipo semántico o de tema.

En otras palabras, clasificar elementos en categorías supone buscar lo que cada uno de ellos tiene en común con los otros y agruparlos (39), no obstante esta categorización supone un conjunto de reglas o cualidades de una buena categoría: la homogeneidad, es decir, un solo principio de clasificación; la exclusión mutua referente a que debe haber sólo un lugar para codificar; la utilidad concerniente a que se deben abarcar todas las variaciones; la claridad porque se deben expresar en términos sencillos y la productividad que permitirá obtener resultados ricos (33); todas estas cualidades se tomaron en cuenta al momento de elaborar las categorías de las respuestas de las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo.

Por último, la tercera fase del análisis de contenido, el tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos aquí los resultados son tratados de tal manera que sean significativos y válidos (39), porque el propósito del análisis de contenido es la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción (33). Resulta evidente que una vez que se conoce lo que significan los datos se procederá a resumir y representarlos para su mejor comprensión e interpretación, y descubrir en el interior de los datos y relacionarlos de acuerdo a los propósitos del estudio para la elaboración de conclusiones (39). Todo ello se llevó a cabo en el presente estudio con la finalidad de emitir conclusiones o consideraciones finales, que permitieron finalmente construir el caso en estudio, es decir las experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben en una institución hospitalaria de la ciudad de Chiclayo.

## **2.6 Principios Éticos**

La condición de persona es el fundamento ontológico real que sustenta y da validez a los principios teóricos de la bioética personalista, principios que operan como ayuda y guías de la acción al tomarse en consideración en cada decisión relativa con el paciente y en la investigación con seres humanos. Se tomaron en cuenta para la realización de la presente investigación los principios de la bioética personalista (40):

El principio de defensa de la vida física destaca que la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo como co-esencial a la persona, es decir, como base única y necesaria para su existencia en el tiempo

y en el espacio. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre y tener derechos humanos es necesario ser viviente. No se puede ser libre ni defender los derechos básicos si no tenemos la vida. La vida llega anteriormente a la libertad. Por lo tanto, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime a sí misma y, en consecuencia, elimina la base de los derechos humanos. Solo el bien total y espiritual de la persona está por encima del valor de la vida física.

Este principio fue aplicado en el presente estudio a través de la escucha atenta de los discursos de los entrevistados, sin cuestionarlos, respetando sus opiniones, se evitó exponerles a preguntas que les pudieran colocar en una situación que les dañara emocionalmente o situaciones frente a las cuales no hubieran sido preparados o para las cuales no fueron convocados, tan solo con el fin de maximizar lo útil de sus vivencias para beneficio de la investigadora.

El principio de la libertad y la responsabilidad: Deriva del valor fundamental de la vida, la libertad no coincide con la autonomía y la autodeterminación, todo acto de libertad es realizable concretamente sólo en el horizonte de la responsabilidad, entendida como el responder del propio obrar ante sí y ante los demás: la libertad es factualmente posible si respeta la libertad de los demás: pero respetar la libertad de los demás significa respetar la vida de los demás, ser libre significa poder elegir responsablemente hacia sí mismo y los demás. La investigadora garantizó el cumplimiento de este principio bioético, respetando las opiniones emitidas por las primigestas en esta etapa del parto. Se realizó también, una explicación clara y concisa del consentimiento informado y se procedió a la firma del mismo antes de su participación.

El principio de la Sociabilidad, socialización y subsidiariedad afecta a cada persona e implica un realizarse ejerciendo una participación en la realización de otros hombres. En el caso de la promoción de la defensa de la vida y de la salud, comporta para cada uno el empeño de considerar la propia vida y la de los demás como un bien no sólo personal sino también social, todos están involucrados en la vida y la salud de los demás, en ayuda al otro” consiste en la promoción de la vida y la salud de la persona al margen de toda forma de individualismo o colectivismo, la sociabilidad está finalizada por la consecución del bien común a través de la consideración de los bienes individuales; deriva del deber de respeto recíproco



interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás: la persona es la fuente y el fin de la sociedad.

La investigadora garantizó el cumplimiento de este principio bioético, procurando a través de la información adecuada y oportuna de los fines de la investigación generar en los sujetos el convencimiento de que sus declaraciones servirían para mejorar la calidad del cuidado en el proceso de parto, lo que beneficiaría a muchas mujeres; además que sus declaraciones abren la posibilidad de generar, de ser necesario, un cambio a nivel de políticas de cuidado para esta experiencia.

## **2.7 Criterios de Rigor científico**

La evaluación del rigor de un estudio cualitativo se basa en parte en la lógica de la teoría emergente y en la claridad con la que arroja luz sobre el fenómeno estudiado. El rigor se evalúa respecto al detalle incorporado en el diseño del estudio cualitativo, la meticulosidad de la recogida de datos y la rigurosidad del análisis. (41) Se han considerado los siguientes principios formulados por Guba y Lincoln, 1985 (42).

La credibilidad; esto se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. La investigadora aseguró la puesta en práctica de este principio a través de la re-pregunta o checking y profundizó en algunos aspectos de las experiencias que nos verbalizaron las madres. Al finalizar cada entrevista se realizó un resumen de lo manifestado y se verificó lo comprendido por la investigadora, de tal forma que las participantes confirmaron el sentido de lo manifestado.

La auditabilidad; se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información que se logra cuando otro(s) investigador(es) pueden seguir la pista al investigador original y llegar a hallazgos similares. Se ha realizado una descripción a detalle del proceso de investigación. Asimismo los datos originales, como las grabaciones, transcripciones se guardarán, y quedarán a disposición de quien desee auditar la investigación.

La transferibilidad; Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto”(33), para ello se necesita “que se describa densamente el lugar y las características de las personas, del fenómeno, por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos” (34). Se puso en práctica este criterio a través de una descripción detallada del escenario, y del desarrollo de la metodología empleada; el estilo de redacción es narrativo. Todo esto con el propósito de que las personas que tengan acceso a la investigación puedan reconocer los hallazgos como propios.

## **CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

### **3.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Fruto del análisis realizado a los discursos y apoyados también en la lista de cotejo empleada, fue posible develar las experiencias de las primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben.

Se tienen las siguientes categorías y subcategorías en relación a las experiencias que marcaron esta etapa de su vida:

- A. DESCONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS Y DESINFORMACIÓN AL TRAER A UN NUEVO SER AL MUNDO
- B. SOPORTANDO EL DOLOR DE LAS CONTRACCIONES: EXPERIENCIA ÚNICA E INTENSA
- C. SOPORTANDO LOS ARTILUGIOS DEL PODER MÉDICO O LAS TECNOLOGÍAS DEL PODER
  - C.1.- Incomodidad e Impotencia frente al tacto vaginal
  - C.2.- Recibiendo medicación como “ayuda” para la dilatación
  - C.3.- Aprendiendo a hacer lo que “se tiene que hacer” hasta el nacimiento del bebé, superando el abandono e indiferencia del personal de salud
- D. LA SOLEDAD COMO ÚNICA COMPAÑERA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y DILATACIÓN
- E. SUFRIENDO LAS DIFERENCIAS EN EL TRATO POR EL TIPO DE SEGURO
- F. BUENA ATENCIÓN VERSUS FALTA DE HUMANIDAD: EVIDENCIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MEDICALIZACIÓN DEL PROCESO DE PARTO

A continuación, se discuten las categorías y subcategorías a la luz de la literatura.

## **A. DESCONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS Y DESINFORMACIÓN AL TRAER A UN NUEVO SER AL MUNDO**

Esta categoría devela un vacío de información en la gestante, tanto para reconocer signos de alarma de inicio del parto, como para determinar la institución a la que tendría que acudir en caso de iniciarse el mismo. De allí que pasara desapercibido el inicio de trabajo de parto o tuvo que visitar más de una institución de salud que le asistiera en el proceso de nacimiento de sus hijos.

El trabajo de parto para las participantes del estudio empezó en su hogar, aunque el inicio pasó desapercibido y sólo cuando reparan en la pérdida de líquido que no cesa, o la presencia de sangrado, es que optan por recurrir a alguna institución de salud. Así se puede observar en los siguientes discursos:

*“Yo había ido a mi control en Gineco center, y de mi control me mandaron para acá porque tenía 2 de dilatación yo no me había dado cuenta.”* **Leydi**

*“Yo como no sabía no, cuándo empieza el parto... yo estaba perdiendo líquido desde las 5 de la mañana y pensaba que era normal y como uno no sabe, he mojado mis trusas las he lavado ya como un promedio de las 8:30 recién me he ido a la posta.”* **Mery**

*“Yo no tenía dolores, en mi casa eliminé sangre, me examinaron, me hicieron ecografías, allí determinaron que había estado perdiendo líquido durante varios días, y yo no me había dado cuenta, entonces el doctor dijo que yo tenía que subir que me quedaba y ya no regresaba a mi casa”* **Milagros**

Cabe resaltar que las participantes habían realizado controles prenatales y se asume que debieron recibir la atención e información que dicta la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (3); es decir, debieron ser advertidas de los signos de alarma para parto, así como contar con un Plan de Parto, estrategia que busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto; además haber recibido dentro de la atención prenatal reenfocada, educación sobre signos de alarma, a partir

de la 35 semana hacerle saber sobre la necesidad de traslado a un centro de mayor complejidad para su parto si lo requiriera; sin embargo las participantes han tenido la experiencia de inicio de trabajo de parto como un hecho desapercibido y al no reconocer los signos de alarma o desconocer dónde ser atendidas no acuden a tiempo a la institución de salud o deambulan de un centro a otro, poniendo en riesgo su integridad y la del bebé, como se muestra en los siguientes discursos.

*Yo fui a la posta y cuando llegue a 3 de dilatación me mandaron a Cerropón y después a José Olaya y en las Mercedes no estaban atendiendo, no querían recibirme, diciendo que acá en el Regional había espacio y allá estaba llenos. Sentía que me mandaban para acá para allá y no me hacían caso. –En ese momento pensaba ¿dónde iba a dar a luz? pues no sabía qué hacer. Me preocupaba porque uno primeriza no sabe cómo va a dar a luz, ya después este... yo me quedé acá y después como vieron que no me iba, ya me recibieron y los doctores dijeron ya pues, acá si dan a luz normal. Si hay un área para dar a luz normal. Primero me habían dicho que todo era cesárea. En la posta nunca me dijeron nada. **Liseth***

*Yo no tuve controles, porque por las lluvias me decían no hay atención, ven un día, luego otro, y me harté, no me atendían y yo tenía que viajar porque yo no vivo en la misma ciudad, cuando estuve con los dolores me fui al Heysen, no sé ¿por qué me dijeron que no?, que fuera a ver otro hospital, y yo no aguantaba los dolores, y me dijeron vaya a buscar dónde, porque aquí no la podemos atender. Y así con los dolores ni siquiera me sacaron en una silla de ruedas así caminando salí y de allí me vine para acá al regional. **Patty***

Queda claro que las primigestas no fueron informadas adecuadamente, para que puedan tomar una decisión en relación al lugar del parto y no tener que exponerse yendo de un centro a otro; ya García et al (16) y Santos (43) reportaba en su investigación una falta de orientación por parte de los profesionales que acompañaron en el prenatal y pone énfasis en la importancia de esta actividad de tal manera que la mujer pueda estar bien informada y tener protagonismo en el parto. En el caso en estudio, esto puede explicarse en parte, porque de las 14 entrevistadas solo 10 habían realizado sus

controles puntualmente, el resto desistió de los controles por la demora que suponía muchas veces la atención o porque recibieron un trato inadecuado, como se evidencia en los discursos. Es posible también a través de estos casos detectar que el Radar de gestantes (3) no estaría poniéndose en práctica o algo debería estar fallando en la detección y seguimiento de gestantes en el primer nivel a cargo del responsable de salud materna del centro de origen.

Otro aspecto a considerar de acuerdo a lo manifestado por las gestantes es la atención recibida en el primer o segundo nivel de atención antes de llegar al HRL, pues en estos centros les refirieron no podían atenderles porque no atendían partos o porque estaban abarrotados de pacientes (Hospital Las Mercedes). O alguna gestante al no haber realizado el control prenatal se dirigió al Hospital Luis Heysen Incháustegui (EsSalud) en todos los casos les refirieron al HRL, que pudo haber sido lo más adecuado, lo que llama la atención es la forma y el trato empleado para darles la información sin considerar el estado de vulnerabilidad y riesgo que corren las gestantes, trato que puede ser considerado como violencia si consideramos el proyecto de ley para la promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante del infante por nacer y el recién nacido que enuncia en el artículo 3 que la mujer debe ser tratada con respeto, sin discriminación de modo individual y personalizado. (44) además se está desconociendo el derecho de la gestante a ser informada adecuada y oportunamente, si consideramos lo que la norma técnica dice debe recibir (3), o el artículo 10 de la ley 29414 sobre los derechos de los pacientes (45).

Otro aspecto que queda evidente es que antes de ser acogidas en la institución, escenario de la investigación, hubo negativa a la atención, a pesar de que alguna gestante ya se encontraba en riesgo inminente por el número de horas que había pasado desde que se rompió la fuente, así lo manifiestan:

*No me querían atender aquí en el HRL porque venía desde Puerto Eten, y me dijeron que mi centro de salud tenía que atenderme, yo les dije que se me había reventado la fuente, desde las 12 del mediodía y recién vine a las 4 p.m., y me dijeron que no, que me regrese a Monsefú, y en Monsefú no me quisieron atender sino hasta el cambio de turno a las 8 p.m., me decían que la próxima no debo atenderme aquí, porque*

*no era emergencia, que me atiendan en mi centro de salud, y mi pareja insistió que me atendieran y me atendieran, hasta que me atendieron.*

**Sandy**

Rodriguez et al (46) denomina a este ir de una institución a otra por parte de la parturienta: peregrinación en el periodo reproductivo y lo califica como una forma de violencia obstétrica, pues se violentan sus derechos al restringirse y obstaculizarse el acceso a las instituciones de salud.

Son ellas las que acompañadas o no de algún familiar deben buscar un lugar, “peregrinar” hasta conseguir atención, situación que pone en riesgo su vida y la de sus hijos, mientras experimenta sentimientos de miedo, rabia, angustia, aprehensión, odio, estrés y nerviosismo los que afectan la fisiología del parto, principalmente por la acción de la adrenalina que es producida por el organismo cuando se encuentra en proceso de estrés y la inhibición de liberación hormonal de oxitocina endógena por acción adrenérgica, impidiendo a la mujer tener un parto más seguro, así como una experiencia placentera y tranquila. Debemos recordar que la oxitocina actúa directamente en la contractilidad uterina, favoreciendo el borramiento y la dilatación del útero, pero en la presencia de esos sentimientos de inseguridad ocurre la inhibición de la oxitocina por acción adrenérgica, contribuyendo para un parto y nacimiento inseguros, principalmente en la segunda etapa del parto. (46)

Mínimamente la institución a la que acude por primera vez buscando ser atendida para el parto al no contar con capacidad para atenderle o no corresponder su atención debería asegurar su traslado previa coordinación con otra institución y proveerle un transporte seguro de tal forma que su integridad y la de su bebé se resguarde.

La falta de cuidado y el rechazo de atención pueden ser observados en el cotidiano de la práctica de algunos profesionales de salud y se constituyen en una realidad de la asistencia obstétrica en los servicios de salud, configurando una violencia de carácter institucional ocasionada por la falta de atención y apoyo en la atención a la mujer cuando se da el fenómeno de peregrinación. (46)

Este tipo de conductas por parte del personal de salud pueden ser motivo de castigo en conformidad con el Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Obstetras del Perú y Colegio Médico del Perú que tienen como máxima suprema la beneficencia y no maleficencia. (47,48)

Además, la experiencia vivida por estas mujeres pone en evidencia el ejercicio del Poder de los profesionales de Salud, sobre las personas que requieren atención, poder ejercido para determinar si te atienden o no en mi centro, vulnerando los derechos de las gestantes. Esta acción de acuerdo al Proyecto de Ley que propone la promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante del infante por nacer y el recién nacido (44) se constituye en un acto de violencia obstétrica al no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas y recibir (las gestantes) trato humillante ignorando sus necesidades, más aún si se encuentran en riesgo.

Al respecto Saddler (49) señala un aspecto interesante en la definición de violencia obstétrica: que además de enfocarse en el trato deshumanizado, resalta su dimensión obstétrica, desde las raíces de esta especialidad médica hasta la educación contemporánea y las estructuras de poder. Enmarca la discusión sobre abuso y falta de respeto dentro del campo más amplio de desigualdades estructurales y violencia contra las mujeres. Efectivamente cabe preguntarnos ¿por qué actúan así los profesionales de salud, es que ¿necesitan acaso hacer sentir su poder para inmortalizar su hegemonía? ¿Es posible que al tener la obstetricia un campo limitado de acción requiera acceder a formas poco humanizadas de trato para hacer sentir su poder y asegurar vigencia?

La necesidad de información y orientación, así como sentirse acogidas en una institución de salud forman parte de la experiencia de las primigestas develando desinformación sobre los derechos que como gestante y persona poseen; sin embargo, al parecer la experiencia más intensa es el dolor tal como se observa cuando surge la siguiente categoría:

## **B.- EL DOLOR DE LAS CONTRACCIONES: EXPERIENCIA ÚNICA E INTENSA**

El trabajo de parto, comienza cuando la dilatación cervical del orificio interno progresa más allá de 2cms. En las multíparas, las contracciones uterinas, tienen una intensidad



promedio de 28mm Hg y una frecuencia de 3 contracciones cada 10 minutos. A medida que la dilatación cervical progresa, la intensidad y la frecuencia de las contracciones aumentan gradualmente, al final del periodo de dilatación los valores promedio son de 41mm Hg para la intensidad y 4,2 contracciones cada 10 minutos, para la frecuencia. (25) El dolor originado por esta fenómeno resulta intenso, así lo manifiestan las participantes:

*Primero no, primero no tenía miedo, después cuando empezaron las contracciones, sentí un dolor bien feo, como si me metieran dos palos en las caderas y detrás por el ano sentía que me metían un palo también, fue feísimo eso, **Sandy***

El dolor es la manifestación más evidente que la gestante se encuentra en trabajo de parto y dilatación. Esta asociación es tan característica que en muchos países se sustituye la denominación de contracciones por la de dolores. El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes de que el útero se haya relajado completamente. No existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas. (27)

Se puede afirmar quizás que esta manifestación es una de las más exploradas y por lo tanto se constituye en un tema tratado previamente por las gestantes: con los familiares, con otras mujeres en sus atenciones prenatales, o en las sesiones de psico profilaxis donde son instruidas para afrontarlo de manera saludable, cabe resaltar que de las 14 personas entrevistadas 10 completaron sus atenciones prenatales y sólo 3 de ellas asistieron a sesiones de psico profilaxis.

Cabe recordar que el nacimiento de una persona no es sólo un hecho biológico que ocurre en el cuerpo de la mujer, es un evento cultural. Se crean, o construyen simbologías y comportamientos que nos ayudan a dar significado al evento, el cual es propio de la época, el contexto y la cultura. Es decir, que este acontecimiento tan increíble, el nacimiento de un nuevo ser, no sólo es fisiológico, sino que existe “la ambigüedad de la interacción entre lo biológico y lo cultural; lo individual y lo social” como decía Gianfranca Ranisio (9) de allí que este acontecimiento el nacimiento y lo que involucra: el dolor de las contracciones sea compartido como parte de las experiencias maternas. El compartir previo (información) se fusiona en las experiencias de las primigestas y ayudaría a quienes por ejemplo no llevaron un control de su embarazo o

tuvieron sesiones de psicoprofilaxis a tener algunas pautas para hacer llevadera esta experiencia. O sea permitiría a la mujer irse preparando para esta experiencia, buscar consejo, indagar sobre qué más poder hacer e ir generando algunas estrategias para aliviar el dolor; sin embargo, la experiencia, para la que no están preparadas las gestantes, es para vivir la indiferencia del personal de salud a su requerimiento de atención y cuidado, frente al dolor de las contracciones, pues a pesar de toda la información con la que podemos contar: en primer lugar, el proceso de parto es una experiencia individual y personal para cada mujer (50) y segundo, la experiencia de dolor es única, personal y por lo tanto diferente para cada persona, (51) en este caso para cada gestante.

El personal de salud que atiende a la gestante debería tener presente que: la cultura dictamina la forma y la respuesta comportamental al dolor, en la que cada grupo social y a veces incluso la familia, tienen su propia representación social, la cual formaliza un lenguaje único. Además para saber si el individuo tiene dolor, es necesario que él se exprese, que lo haga público, que lo comparta, y que presente una expresión verbal o no verbal.<sup>45</sup> Pero la manifestación de dolor al ser característica de este proceso acabó por hacer indiferente al personal o hacerles pensar quizás que por ser parte del proceso, la mujer puede “intuir o saber cómo procesarlo”, así queda evidente en los siguientes discursos:

*Me echaron a la camilla, tenía mucho dolor, me dijeron que yo solita pujara yo no sabía, y le digo ¿cómo se puja?, me dice tu puja no más, puja y cuando veas que la cabeza del bebe salga, ahí nos avisas, y yo les dije si no me hacen caso yo me voy a quejar, así dije y allí si me hicieron caso...**Liseth***

*En el momento del dolor uno dice me duele, me duele y esperas que hagan algo y ya obviamente ellos saben por qué me duele, pero, o sea es algo que forma parte de y tienes que soportarlo. Solo que a veces uno exagera también y quieres que por lo menos hagan algo, pero ellos no pueden hacer nada porque no pueden cambiar eso, es normal y ya... **Lady***

*Cuando ya estaba dilatando recién en 2 yo le sugerí al doctor no, si me pueden hacer cesárea pero me dijo que no, no... no te vamos a hacer cesárea y eso como que me dio fuerzas ¿no? Porque eh... como que me tenía que resignar al dolor y tenía que estar hasta el final y ya pensar que tenía que soportar hasta el último era como mi resignación y ya tener en la cabeza no más que tenía que avanzar y no quejarme más no, no gritar no. **Silvia***

El dolor del trabajo de parto involucra una complejidad de respuestas neuro comportamentales al estímulo algico y suministra una característica personal y única al dolor que se siente, en otras palabras: ES PERSONAL, ÚNICO, la experiencia le pertenece a cada mujer. La relación de causa y efecto en esa situación no siempre corresponde, en la práctica, a una respuesta clínica, porque lo que importa en ese caso, es entender el dolor vivido por la parturienta y amenizárselo. En ese sentido, Mazoni y Carvalho argumentan que muchas veces el dolor se manifiesta incluso en la ausencia de las agresiones tisulares vigentes. Lo que nos debe importar es el **“ser que siente dolor, y no el dolor como ser”**. Al considerar la naturaleza del fenómeno, podemos dirigir mejor la ayuda para entender la complejidad del evento y la interpretación que la persona hace del dolor que vive y sus causas. Por tanto, tener en cuenta la validez conceptual del dolor del parto y su multidimensionalidad de aspectos, posibilita también ofrecer intervenciones de alivio capaces de actuar como competidores de impulsos a nivel del sistema nervioso central. (51)

*Ha sido muy doloroso, en ese momento no piensas si no salir del dolor, porque es desesperante. El tiempo se hace eterno je je Uhm. Porque ya el dolor es tan fuerte y ya quieres que se acabe, el tiempo corre lento. **Leydi***

*Creo que cuando uno está con el dolor pues gritas, que te ayuden, en general si no te hacen caso es porque los doctores ya saben que es así, y que a cada uno tiene que pasar su dolor no...y ya **Milagros***

Entonces dado que el dolor forma parte de la experiencia de ser madre y los profesionales involucrados conocen de esta realidad conviene se muestren más dispuestos a acompañar, a practicar la empatía, a mantenerse cercanos, quizás a

guardar silencio, pero haciéndole saber a la parturienta que se encuentran allí para ayudarles, aunque no tengan fórmulas para el alivio del dolor. Pues las gestantes son conscientes que el dolor forma parte de la experiencia y que los profesionales, al menos en nuestro medio poco pueden hacer para evitarlo (refiriéndonos al aspecto farmacológico), pero es obvio que requieran de un trato más humano, cálido, de acompañamiento que satisfaga sus necesidades psicoemocionales y espirituales derivadas de la situación.

Vale también considerar lo que la evidencia aporta en relación al tratamiento del dolor en la parturienta, pues pueden emplearse métodos no farmacológicos como la deambulaci3n, el uso del balón suizo, ambas favorecen la posici3n vertical, por lo que permiten la disminuci3n del dolor y del tiempo del trabajo de parto y parto, adem1s de aumentar la actividad uterina, ofrece menor riesgo de sufrimiento fetal y mejora el confort materno. El balón suizo posibilita la correcci3n de la postura, la relajaci3n, el estiramiento y trabaja la musculatura del piso p1lvico. El momento ideal para la aplicaci3n de la pelota suiza es durante la fase activa del trabajo de parto, ya que es en ese per3odo que las contracciones se intensifican. (52)

Otro aspecto importante es la educaci3n y preparaci3n psicoprofil1ctica adecuada de la pareja para el parto, combinada con el apoyo afectivo ofrecido en el parto por alguien de confianza de la gestante y por quienes atienden 3ste, reduce la sensaci3n de dolor. Esto contribuye a disminuir el porcentaje de parturientas que requieren de medicaci3n analg1sica, ansiol1tica o anest1sica (53,54).

Har3a falta tambi3n educar a la mujer sobre el tratamiento del dolor, el reconocimiento del mismo como parte esencial de un proceso natural instintivo que libera sustancias cerebrales para beneficio de la relaci3n amorosa y del apego con el beb3, como son las endorfinas y otros neurop1ptidos, hace parte del conocimiento al que toda mujer tiene derecho, conviene que toda mujer deba prepararse en las consultas prenatales e inclusive desde el inicio de su sexualidad, a saber y considerar el parto como una experiencia femenina natural y no como un sufrimiento o castigo. (55)

Es evidente que resulta insuficiente una atención basada en el poder tecnológico o farmacológico frente a sucesos como éste, y es posible identificar un vacío de cuidado, pues el cuidado: “Consiste en una forma de vivir, de ser y de expresar, es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso de ayudar a estar en el mundo y contribuir al bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana, y de nuestra espiritualidad y contribuir en la construcción de la historia, del conocimiento y la vida”. (56) Todo esto en pro de la gestante y de su bebé por nacer.

Es indudable en esta experiencia la afirmación del poder del personal de salud, en este caso manifestada a través de la indiferencia; de allí que surge el reclamo de las primigestas de una mejor atención, lo que la investigadora llamaría parto humanizado.

Pero esto no es posible lograrlo en solitario; sino que se requiere de un equipo de salud comprometido y dispuesto a brindarlo sin importar el nivel de atención en el que se encuentre, es decir en cada escenario de atención.

Otro ángulo desde el cual es posible analizar el comportamiento del personal de salud y que se hace evidente en los discursos es brindar una atención centrada en lo institucional y profesional versus la atención a las personas y sus necesidades, en este caso de la gestante, de allí que las personas tengan que someterse a sus disposiciones y prácticas como se puede observar cuando emerge la siguiente categoría:

### **C.- SOPORTANDO LOS ARTILUGIOS DEL PODER MÉDICO O LAS TECNOLOGÍAS DEL PODER**

Otto Lewi para recordarnos “... la tendencia general de nuestro tiempo a adorar a métodos y artilugios...esto ha ido tan lejos que a veces tiene uno la impresión de que, en contraste con tiempos pasados, cuando uno buscaba métodos para resolver un problema, ahora con frecuencia los investigadores buscan problemas con los que puedan explotar alguna técnica especial...” (57)

A partir de los años 80 la asistencia al parto comenzó, de forma casi universal, a realizarse en centros hospitalarios. Probablemente este hecho cambió la forma de

atención a las mujeres durante el mismo, perdiendo el protagonismo la mujer, volviéndose un procedimiento menos humano, más medicalizado. (58)

Fue la mujer la que poco a poco fue cediendo y depositando poder en el médico en función de miedos y creencias, pero también de tristes realidades. Así la excesiva confianza colocada en la ciencia y en la técnica y el descrédito de otras prácticas consideradas primitivas fueron conformando un escenario perdurable (59). Frente al cual la mujer tiene un rol más pasivo, destinado a la adaptación, a la resignación, y en el que suele dejar de lado la sabiduría de su propio organismo, por lo que debe seguir el ritmo que marca el profesional de la salud encargado del parto (obstetrices y médicos) y soportar los procedimientos, mecanismos y artificios: “Artilugios de la práctica médica” o Tecnologías del poder” que se supone le “ayudan” durante el proceso de parto o en palabras de Foucault conllevan al diseño y producción de un cuerpo disciplinado. (60) Y se les denomina como tal pues en realidad para un proceso natural como el parto no deberían emplearse, más se usan para disciplinar, para poner en práctica una serie de técnicas, estrategias, procedimientos que permiten configurar una jerarquía y sostener el poder ejercido por el personal médico y obstetrices sobre las parturientas.

Pierde la mujer al tener que someterse a procedimientos, en algunas oportunidades, inválidos u obsoletos, pero que son dictados por el profesional o la institución que le acoge y que se constituyen en artilugios para “ayudarle” en el proceso de parir.

Algunas de esas prácticas como el abuso del tacto vaginal, el uso de fármacos para acelerar la dilatación o asumir una postura de directores se han considerado y dan origen a las siguientes subcategorías:

### **C.1.-Incomodidad e impotencia frente al tacto vaginal**

El tacto vaginal es una de las prácticas que se realizan durante el trabajo de parto y dilatación consideradas sí, pero bajo ciertas condiciones, tal como lo expresa la OMS (2) y el estado peruano a través de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna 2013 (3) sin embargo se hace abuso del número de tactos practicados, se omite el consentimiento informado o el procedimiento es practicado por más de una persona.

Veamos los siguientes testimonios:

*Fueron como 6 personas que me hicieron el tacto para ver cuánto había dilatado, no sé si será normal pero no me parecía...venía uno, venía otro y venía otro y ha sido bien incómodo. **Gaby***

*La revisión era incómoda porque o sea el doctor no solo me revisa sino me revisaba un practicante y ya no era una vez sino dos veces y eso es un poco fastidioso. Es incómodo. Me hacían tacto como cada 2 horas hasta que di a luz. Desde la emergencia un practicante después el médico, luego cuando subí igual ...**Margarita***

*Encima del dolor cuando ya empezaron las contracciones, después el tacto y sentía feo, fueron varias veces que lo hicieron y doloroso y ya pues, te dicen voy a examinarla para ver cómo va y ya pues...**Lady***

Como se puede apreciar estos procedimientos estandarizados para la eficiencia de la prestación del servicio pueden exacerbar la deshumanización de las mujeres, reduciéndolas a casos en lugar de individuos, y sirven para privilegiar los aspectos físicos y técnicos del cuidado por sobre la compasión o las necesidades de la mujer, he allí por qué la denominación de artilugio o tecnología del poder.

El examen vaginal es un procedimiento común a nivel mundial y usado para evaluar el progreso del trabajo de parto, siendo de origen incierto, pero ya se practicaba de forma rutinaria en el siglo XIX, recomendándola tres veces: Iniciado el trabajo de parto, cuando se rompían las membranas y cuando las contracciones eran más intensas (61).

El procedimiento mencionado fue practicado por más de 4 veces en 10 de las 14 participantes, inclusive obviando lo recomendado por la norma técnica (3) que sugiere evitar realizar más de 4 tactos a la gestante durante el trabajo de parto y dilatación. Originando como se puede evidenciar en los discursos incomodidad, dolor y una sensación de extrañeza "impotencia" por parte de las participantes. Al respecto cabe resaltar lo que Menage a partir de sus estudios refiere: el dolor físico, los sentimientos de impotencia, falta de información y una actitud poco empática por parte del médico u obstetras puede contribuir al trauma psicológico. (62)

Como vemos es grande el riesgo que se corre por un trato que nuevamente nos habla de violencia obstétrica, ya Benitez S. (63) lo menciona en su investigación: Para las mujeres la protección de la intimidad y el respeto ofrecido por parte de los profesionales en esta vivencia es vital y cuando las expectativas de estos dos ámbitos no se cumplen, el bienestar y la satisfacción disminuyen. La falta de respeto no es sólo por la frecuencia alterada de los tactos realizados, sino que además es más de una persona la que los realiza: médico, obstetras e internos quienes, sin informar el procedimiento, abordan a la paciente intimidándole usando el poder que les confiere su investidura y la institución para realizar el procedimiento o practicarlo. Así lo manifiestan las participantes del estudio:

*A cada rato me hacían tacto, varias personas metían su mano, yo me sentía rara, porque una sola persona debe meter la mano, pero todos metían la mano, creo que eran también estudiantes venían se presentaban y te decían abra las piernas que la voy a revisar y ya pues...***Sandy**

Cabe resaltar también la carencia de información por parte de las parturientas, quienes pasivamente aceptan el procedimiento porque “ellos saben lo que hacen”, “así es”, “es parte de la carrera”, o quizás por temor a represalias.

Resulta paradójico encontrar a pesar de estar inmersos en una época en la que se exigen los derechos, se encuentren situaciones en las que nos cuesta exigir a los profesionales de la salud respeto por nuestra intimidad. Pues consideran que la vulneración de la intimidad es el precio que hay que pagar por ser atendido, inclusive se piensa que reclamar por el respeto a este derecho podría tener efectos perjudiciales en la atención (64), otra muestra del ejercicio del poder médico por sobre los pacientes.

En este sentido la información con la que debe contar la gestante debe ir orientada no solo a darle seguridad en el momento del parto sino también debe saber qué pueden y qué no deben hacer los profesionales de la salud con ella, es decir que ellas mismas puedan defenderse y eviten ser tratadas como objetos. Importante resulta el consentimiento informado inclusive en procedimientos que se consideren de rutina, lo que conlleva u obliga al profesional a informar a la persona y hacerle partícipe de su



cuidado.

Pero ¿es posible que un procedimiento tan incómodo, pero necesario de alguna forma sea tolerado por las gestantes, considerando que ya se ha sumado el dolor propio del trabajo de parto?

Un estudio cualitativo realizado en Hong Kong acerca de la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto, obtuvo como resultados, utilizando el método fenomenológico hermenéutico, que las mujeres aceptan la necesidad del examen vaginal, pero expresaban la necesidad de confiar en que el examinador respetaría su individualidad, trataría de mantener su dignidad, realizaría el examen hábilmente y comunicaría los hallazgos. El dolor y la vergüenza fueron frecuentemente experimentados durante el examen vaginal. Las mujeres buscan ser apoyadas durante el examen por alguien que conozcan y en quien confíen, ellas aprecian el que se trate de minimizar su malestar físico y psicológico. Las mujeres participantes buscaban un médico considerado, habilidoso y experimentado indistintamente de su género. (65)

Asimismo, en el estudio de Romani (66) en el que se exploró la satisfacción de la mujer en relación a la realización del tacto vaginal se obtuvo un 61.3% de satisfacción y los aspectos que más valoraron las mujeres para la realización de este procedimiento fueron: el respeto, el apoyo, el consentimiento dado, la privacidad que se tuvo durante cada Tacto vaginal y el cuidado en la realización del examen. Estos datos fueron similares a los del estudio de Lewin, sin embargo Lewin obtuvo un 74% de satisfacción lo que se cree está relacionado con un menor número de tactos vaginales practicados, 3 en promedio, comparado con los 4 tactos vaginales que se realizaron en el estudio de Romani y que sugiere la Norma Técnica en nuestro país.

Resulta importante tomar en cuenta en relación a la realización de tactos vaginales frecuentes lo reportado por Mamani M, Demetrio A, Aedo S, VarasJ, Lattus J, Gayán P. (67): Los tactos vaginales durante el trabajo parto, así como la revisión instrumental del útero después del alumbramiento son factores que se asocian en forma significativa a la presencia de Endometritis Puerperal.

De allí que sea necesaria una actitud de respeto, empática por parte de los profesionales que realicen este procedimiento, recordando que no es que estén haciendo nada extraordinario, sino que están dando cumplimiento a su labor como profesionales encargados del cuidado de la gestante y del niño por nacer.

## **C.2.- Recibiendo medicación como “ayuda” para la dilatación**

Otro procedimiento en el que la gestante no toma decisión o participa es el uso de sustancias como la oxitocina y pastillas como el Cytotec para provocar la aceleración de las contracciones o el uso de fluidos por vía intravenosa para prevenir el “retraso” y se acorte el proceso de trabajo de parto y dilatación. Así lo refieren las participantes del estudio:

*Bueno al principio no sentía tanto dolor en las contracciones pero cuando me han traído aquí al parto ... al trabajo de parto, mi parto todavía seguía normal y después me pusieron algo en el suero para las contracciones, o sea ya empezaron las contracciones y después el tacto y sentía dolor, incomodidad ... fueron varias veces y fue doloroso.*

**Rosa**

*Difícil era el dolor a la 1 de la tarde estaba dilatando empecé a dilatar 1:30 – 2pm estaba en 2 , a las 3 ya estaba como en 4 y a las 4 ya estaba en 10, dilate muy rápido, también puse de mi parte pues porque tenía que caminar. Y también me pusieron unas pastillitas. A la primera, a la segunda, a la tercera dosis recién hizo efecto. Y ahí empecé a sentir un poco más de dolor también, porque ya estaba dilatando. **Silvia***

El uso de fármacos para contribuir a la dilatación de la parturienta es un procedimiento que debe ser considerado sólo en los casos señalados en la norma técnica como por ejemplo un trabajo de parto prolongado más allá de las 48 horas (3). Pero esta práctica se constituye en una rutina para la atención de la gestante.

El uso rutinario de oxitocina sintética en la fase latente de trabajo de parto no debe emplearse, debe permitirse el inicio espontáneo del mismo, con acompañamiento, respeto, confianza y seguridad en la mujer y en la familia, la información suficiente y

tranquilizante relaja las tensiones y permite el inicio espontáneo y activo del trabajo de parto. La oxitocina, también llamada la hormona del amor es una hormona lábil, tímida en su función y muy sensible en su proceso de pulsación Neuroinmunoendocrina, es necesaria para el parto, la lactancia, las relaciones íntimas, la confianza y el amor entre las personas, es fundamental en el desarrollo íntimo de la mujer y de la hembra de los mamíferos, quienes establecen relaciones de confianza y de seguridad para garantizar la supervivencia, es una función mediada por los genes ancestrales para favorecer la trascendencia de la especie y la vida con amor; cuando se usa la oxitocina exógena sólo se cumple la función periférica en el útero no entra al cerebro ni funciona como neuropéptido, la única forma de lograr acciones neurosensoriales, es a través del aparato vomeronasal, que es por donde actúan las ferohormonas en la vida sexual, esta preparación no se usa comercialmente. El uso de la oxitocina comercial se debe reservar sólo para la fase activa del trabajo de parto, cuando existe sospecha de retardo de la dilatación; antes de iniciar su administración debe garantizarse que la mujer ha recibido información suficiente acerca de los efectos y riesgos potenciales, estar adecuadamente hidratada, tranquila y segura de sí misma y su trabajo de parto. (55)

Resulta importante considerar los hallazgos de Lopezosa (68) sobre la estimulación del parto con oxitocina y sus efectos en los resultados obstétricos y neonatales, en los que se obtuvo que incrementó el ratio de cesáreas, analgesia epidural, fiebre materna intraparto en primíparas y multíparas; también se relacionó con bajos valores de pH de cordón umbilical, y menor duración de la primera fase del parto en primíparas. Sin embargo no afectó la tasa de desgarros de 3°-4° grado, episiotomías, reanimación neonatal avanzada, test de Apgar a los 5 minutos o meconio. De allí que sea conveniente su uso sólo en caso de trabajo de parto prolongado es decir más de 48 horas.

Así lo reitera también la OMS (69) en sus recomendaciones: En primer lugar hace alusión a la velocidad de dilatación para la mujer y refiere que la velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Además afirma que una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica. Se debe considerar que es posible que el trabajo de parto

no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.

Cabría preguntarse ¿qué se busca, o cuál es el fin de usar esta hormona para acelerar el proceso de dilatación?, ¿se busca el bienestar de la madre? O ¿la comodidad del personal para abreviar la atención?, pues de acuerdo a la recomendación establecida por la OMS, el trabajo de parto podría extenderse lo que significaría mayor inversión de tiempo por parte del personal de salud.

Estos son algunos de los procedimientos que la gestante tiene nula participación y lo que le queda es acceder pues, ella desconoce ¿qué deben hacer? al igual que desconoce que requieren de su consentimiento para practicarlo, una vez más la práctica orientada no a las necesidades de la gestante sino a lo decretado por el Poder del profesional de la salud o la institución, evidencia de medicalización en la experiencia de la gestante y del niño por nacer. (70) De allí que el uso de esta hormona, sin alguna necesidad, podría ser considerado un artilugio, puesto que se busca el beneficio del personal de salud y no el de la parturienta.

Estos actos también pueden ser catalogados como Violencia obstétrica pues se establece desigualdad de poder entre el profesional y la parturienta, anulándolas como sujeto de derecho al no ser mínimamente informadas sino consultadas para realizar este procedimiento.

Otra experiencia que permite corroborar lo afirmado es la que a continuación se presenta:

**C.3.- Aprendiendo a hacer lo que “se tiene que hacer” hasta el nacimiento del bebé, superando el abandono e indiferencia del personal de salud**  
En las manifestaciones de las participantes algo que llamó la atención de la investigadora fue el hecho que el personal de salud guiara el proceso de trabajo de parto y dilatación bajo instrucciones, disposiciones y permitiera prácticamente que la gestante asumiera por

ejemplo el pujar como una actividad que debiera realizar sola y por lo tanto que conoce cómo hacer; su actuación se limitaría a dar algunas instrucciones o intervenir solo para realizar monitoreo o cuando el bebé estuviera coronando, inclusive si la mujer solicitara a gritos su ayuda. Situación que se observa en las siguientes manifestaciones:

*Durante el trabajo de parto me dieron ganas de ir al baño y le dije señorita puedo ir al baño... no... No...puja solita y yo me puse a pujar solita y después digo señorita algo siento como que viene...y ahí recién se acercaron me tocaron, ah ya ahora sí, me dijo y me llevaron a que diera a luz. **Liseth***

*Me decían tienes que pujar para que pueda salir tu bebé yo pujaba, pujaba pero no sabía cómo pujar, me dejaron allí en la camilla para que pujara sola... hasta cuando me vinieran los dolores más fuertes. No tenía dónde agarrarme, o sea de dónde coger, luego me dijeron cógete acá, y ya pues, y me decían puja, puja porque ya viene, y pujaba con todas mis fuerzas. **Patty***

*Estaban allí, estaban sentados, no me decían nada, yo más con el dolor, le decía que no aguantaba el dolor, y me dijeron que tenía que esperar la hora que el bebé nazca, y yo allí, por más que gritaba no me hacían caso. **Mary***

En los discursos presentados el rol del personal de salud, en este caso la obstetra y el médico parecerían como el director de una orquesta que parado frente a los músicos dirige el son al que deben tocar (las parturientas), esta distancia marcada por los profesionales como se puede evidenciar en los discursos obedece a una jerarquía que yace escondida en la relación paciente-profesional de salud. La representación social del médico tiene como base el paradigma de la medicina científica cartesiana, que representa la “verdad”, y su discurso no debe ser refutado. Es una cultura en donde el conocimiento científico del modelo tecnicista, favorece un tipo de asistencia obstétrica segmentada e intervencionista, con poco diálogo, y que busca adecuar las rutinas, los protocolos y los procesos informatizados al proceso dinámico, fisiológico y afectivo inherente al parto (51), pero al mismo tiempo deshumanizándola.

El personal de salud emplea el poder que posee para intentar disciplinar el cuerpo de la parturienta, quien debe en este caso pujar sola, guiada por las instrucciones del médico u obstetra que se limita a estar cercano a “Vigilar”, aquí el poder ejercido a través de la vigilancia tiene un carácter preventivo y una intencionalidad de que el tiempo se constituya en tiempo de trabajo o en fuerza de trabajo y esta “vigilancia” se constituye en una tecnología del poder.(71)

Todo esto podría explicar la distancia marcada por el profesional de salud, el abandono y su indiferencia, hay que considerar, que esta representación de la medicina científica cartesiana, influye en el poder de decisión de la mujer que, en nombre de la seguridad, delega el comando del proceso al profesional especializado (51), asumiendo entonces un rol pasivo, en el que procurará rescatar de su naturaleza la sabiduría de su cuerpo para poder parir, puesto que está “sola”.

Concretamente, lo que le queda a la mujer es soportar y seguir instrucciones o asumir que hay cosas que debe conocer porque parir es así, es lo normal y natural, forma parte del proceso y si de eso depende que su bebé y ella estén bien, la mujer lo padecerá.

Este adoctrinamiento del que es víctima, la mujer, es denominado por Foucault (72) anatomopolítica, que tiene como finalidad el disciplinamiento del individuo para que funcione como una pieza dentro de un engranaje mucho mayor, un sistema en el que la última palabra la tiene el profesional de salud, médico u obstetra, de ahí que sea necesario estructurarlo, moldearlo a través de órdenes, pautas, instrucciones ( a la parturienta), de tal modo que cumpla con ciertos objetivos trazados de antemano para ella (la parturienta) por una instancia superior de poder en este caso, el poder o hegemonía del médico u obstetra.

Suelen emplearse la vigilancia y el control, (como es posible comprobar: están cerca, les observan), que vuelven al cuerpo completamente dócil y al mismo tiempo completamente eficiente para la realización de su función en el engranaje; sí ellas son parte del gran proceso: **El parto**, pero no son el personaje principal, son un engranaje y el gran conductor del proceso es el médico o el obstetra. El propósito es disciplinar el cuerpo de la mujer para aumentar su eficiencia mediante su obediencia.

*Estaba allí, decía señorita, señorita ayúdeme, me decían no espérate, tienes que esperar, espera porque estás en ocho todavía, yo gritaba mamá, mamá, y de allí después me revisó la doctora, me metió los dedos para ver, me decía ya estás a punto de dar a luz, de allí me llevaron así, me pusieron suero, me llevaron a sala de parto, y allí me dijeron abre las piernas, abrí las piernas pero creo no lo hacía bien, y como no sabía, me decían, tienes que abrir las piernas porque vas a dar a luz, puja, y yo pujaba, pujaba, y no aguantaba más. Rita*

*Me decían que cuando vinieran las contracciones no más que tomara aire, y tenía que seguir las indicaciones hasta que me llegó el dolor ya de parto yo les decía que me ayudaran, pero ellos me decían que no, que van a esperar la hora que naciera el bebé, Mery*

En este discurso se observa el ejercicio del poder médico sobre la gestante, ella debe soportar el dolor, pasivamente debe esperar el momento señalado por el personal de salud para recibir ayuda de acuerdo al conocimiento y experiencia de estos, como siguiendo un adoctrinamiento.

Este momento que podría ser de crecimiento personal para la gestante debe ser de padecimiento: Ya lo afirmaban Broncher, 1992, Davis & Leonard, 1996, Inglaterra y Horowitz, 1998: las mujeres y las parteras conocen las posibilidades de transformación o iniciación del parto. Se pueden experimentar sentimientos de poder o fuerza durante y después del parto según Lundgren y Dahlberg, 1998 y la confianza de una mujer puede aumentar después de una experiencia de parto no intervencionista tal como lo afirma Fisher, 1997. La observación de que el parto es una experiencia potencialmente sexual, erótica o placentera ilustra cuán positiva y femenina puede ser la experiencia en ese momento de acuerdo a lo planteado por Bergum, 1989; Rabuzzi, 1994. Se identifica que el autocambio que lleva al crecimiento ocurre a lo largo de la vida, pero durante el parto la transformación puede intensificarse, creando un ajuste sustancial en el sentido del yo. (73)

Pero cómo será posible esto si las mujeres viven solas el trabajo de parto, aprenden por ejemplo a pujar o quizás nunca aprendan, sólo se resignan a llegar a la meta que el personal les planteó, para recién actuar ellos, ¿es que acaso existe una delimitación

entre el cuidado que deben brindar y el rol que le toca desempeñar a la mujer? ¿Es posible en todo caso hablar de un verdadero rol de la mujer?

La situación referida, Bradley (74) la presenta también en un estudio realizado en el África Subsahariana (ASS) en el que se cataloga las actitudes del profesional como parte del control y poder que ejercen y en donde se relega a la mujer a ser espectador de un hecho que marcará toda su vida. El efecto de todas estas formas de control y afirmaciones de poder fue que algunas mujeres, percibieron, fueron relegadas al papel de espectadores, no participantes, en su experiencia de nacimiento. Este estado de las mujeres como espectadoras refleja la ideología y la práctica subyacentes de los servicios de parto como institución.

Algunos de los aspectos que hacen a las mujeres “transeúntes” (como retener información o no apoyarlas durante la primera etapa del parto) también sirven para mantener las jerarquías y el control de los cuerpos de las mujeres que son sintomáticos del modelo médico de nacimiento que prevalece en los sistemas de salud del ASS. Muchos de los estudios describieron a mujeres que habían quedado esperando atención o que les dijeran qué hacer. La experiencia de una primigrávida ejemplificó esta pasividad:

*"Luego le pregunté a la otra niña [paciente] 'No vienen y revisan sus cositas [centímetros dilatados] ... luego ella dijo:' No, deben esperar hasta que vengan y digan que ya van a dar a luz '".*

A pesar de ser realidades aparentemente diferentes, y encontrarnos en continentes tan distantes el trato y la actitud es semejante.

El sistema de salud australiano, así como el público en general, actualmente considera que el parto es un evento médico generalmente realizado en una institución y administrado por médicos. Situar el parto dentro de este paradigma medicalizado designa el nacimiento como una enfermedad, lo que resulta en altos niveles de intervención, tales como las cesáreas, incluso para las mujeres sanas de bajo riesgo. Este modelo médico jerárquico, combinado con limitaciones institucionales en tiempo y



lugar, le da a la mujer pocas oportunidades de formar una relación con las parteras (obstetra) que son las asistentes principales durante su trabajo de parto. (73)

Sería muy oportuna una práctica de consulta obstétrica y ginecológica orientada a la creación de una relación de confianza de la gestante con quien podría ser la persona o personas que le asistan el día del parto, lo que contribuiría a humanizar este proceso. Cobra sentido el trabajar con la gestante y su pareja el Plan de Parto que permitirá planificar con quién, cómo y dónde la mujer dará a luz.

Otra interrogante que surge es ¿si el personal de salud percibe la desatención que le da a la parturienta? Al parecer no, pues actúan bajo una rutina o protocolo ya instaurado en la institución y la mujer lo asume pasivamente o cree que esto es parte de la atención y lo considera normal.

Estas prácticas perjudiciales para la mujer durante su asistencia al parto, no basadas en evidencia científica, someten a la mujer y su cuerpo a un proceso de naturalización, en el sentido de ser consideradas prácticas normales, corrientes y aceptables, lo que ha sido denominado banalización de la violencia obstétrica.(70) De allí que la atención diste de lo que OMS, MINSA han recomendado y más bien se aprecie una práctica impersonal, distante, fría que prioriza la técnica, el poder por encima de las necesidades físicas y emocionales de la parturienta.

Como ya se ha podido evidenciar el parto es un proceso nada sencillo para la mujer, configurado por miedos, desinformación, imposición de poder, medicalización del proceso y también soledad, que ha dado origen a la siguiente categoría:

#### **D. LA SOLEDAD COMO ÚNICA COMPAÑERA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y DILATACIÓN**

En relación con el parto, su humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). O sea que, la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas. (4)

Sin embargo, apreciamos en los discursos que la mujer debe vivir el proceso en soledad, pues no le es permitido compartirlo con alguien de su confianza, a pesar de que la norma técnica de atención a la madre gestante (3) estipula la presencia de la familia y/o el cónyuge, las primigestas en estudio afirmaron que no tuvieron la presencia del esposo, su madre o hermana:

*Yo pensé que mi esposo me podía acompañar, a mi cuñada que dio a luz en la posta de Lambayeque si le dejaron, te sientes sola, ya me habían evaluado en emergencia y arriba otra vez, es incómodo, uno es mujer y a pesar de que también son mujeres las que nos atienden, parece que no comprenden... Sólo te dicen, tú sabes que es así, esto es así...**Margarita***

*En emergencia le dejaron entrar a mi pareja solo un momento ya después estaba sola y no lo vi sino hasta ayer después de todo el lunes, toda la tarde del lunes y ayer martes todo el día hasta como a las 4 o 4:20 por lo menos deberían dejar que entre en la sala de parto, uno necesita su apoyo... pero me dicen que no se podía, aunque sea en la sala de parto, por lo menos ahí. **Leydi***

Como hecho social, el proceso reproductivo, suele ser compartido por la mujer con sus redes de apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y en especial la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido al padre. Este constituye un elemento a considerar además en la humanización de cada etapa de atención, desde el embarazo hasta el puerperio. La presencia de un acompañante fortalece a la gestante, pero a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, implica a otros y condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y las nuevas funciones que deben desarrollarse en torno a este. (4,9)

Los efectos del apoyo familiar durante el trabajo de parto, se explican a través de dos teorías complementarias, que tienen como hipótesis que el acompañamiento mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo

que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas. (75)

No obstante, el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el proceso y a elección de la gestante, significa que en cada momento y siempre que ella lo desee tenga la posibilidad de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad.

Entre los beneficios maternos asociados significativamente al Apoyo del Acompañante durante el trabajo de parto de acuerdo al estudio realizado por Samar D.(76) en nuestro país, tenemos: asistencia de 8 a más controles prenatales (45%), ingreso contributivo al servicio de emergencia con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto (96.7%), inicio espontáneo del trabajo de parto (80%), mayor número de partos vaginales (96.7%), y una estancia en el hospital menor e igual a dos días (93.4%), comparadas con las primigestas sin acompañante.

Se han reportado estudios que revelan que una presencia humana de apoyo en forma de pareja, pariente femenina o doula aumenta la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, aumenta la comodidad emocional y disminuye la ansiedad. (48)

Una revisión sistemática respecto al denominado Apoyo continuo en el parto revela que este puede mejorar los resultados para las mujeres y los bebés, incluido el aumento de partos vaginales espontáneos, la duración más corta del parto y la disminución de los partos por cesárea, el parto vaginal instrumental, el uso de cualquier analgesia, el uso de analgesia regional, la puntuación baja en Apgar posterior a los cinco minutos y los sentimientos negativos sobre las experiencias de parto. (77)

Hay que recordar además que el momento del parto en sí mismo, al incluir el nacimiento y el primer encuentro con el hijo/a es un momento propicio además para ser compartido con el padre, quien desde entonces se involucra con el/la bebé y crea lazos afectivos con este, además de la significación que pudiera llegar a tener para la pareja el haber compartido tal evento. Así mismo en la recuperación inmediata, en el contacto y descubrimiento pormenorizado del hijo/a, su cuerpo y facciones, mientras la mujer se recupera físicamente y comienza a experimentar nuevas emociones. (4)

Entonces son varios los beneficios de una compañía adecuada, y si aún por el nivel de atención, no es posible la participación de algún acompañante, la soledad que vive la parturienta pudiera ser compensada por la presencia cuidadora de algún integrante del equipo de salud involucrado en el proceso, sin embargo esta soledad se ve acrecentada por la soledad que genera la indiferencia y ausencia (no física) del personal de salud.

Y no ausencia física, porque pueden estar frente a ellas o a su costado sentados mirándolas u observando, pero están ausentes...se trata de una soledad, refieren las parturientas, provocada por la indiferencia frente a sus necesidades, un sentirse sin apoyo al tener que asumir realizar acciones que requieren de ayuda, de soporte, sin embargo el actuar de los profesionales deja claro que deben conocer o deben saber qué hacer, y entonces viven solas el proceso de parto, porque "es así", y no hay más que decir o hacer, pues es parte de convertirse en madre.

Así se puede evidenciar en las siguientes manifestaciones:

*Estaban allí estaban sentados, no me decían nada, yo más con el dolor, le decía que no aguantaba el dolor, y me dijeron que tenía que esperar la hora que el bebe nazca, y yo allí, por más que gritaba no me hacían caso. **Mary***

*A mí me dolía y le decía que no me metan así la mano, porque me estaban haciendo doler y por decirles eso me dejaron, me dijeron: entonces tu puja sola, me dejaron sola y cuando estaba pujando sola sentía que algo venía y yo le decía doctora, doctora algo viene, algo viene y no me hacían caso estaban echadas y no me hacían caso, uno siente miedo, estar sola... **Yuli***

En esta última manifestación se puede ver alguna forma de castigo, de violencia por parte del profesional de salud al poner resistencia la parturienta, el personal hace sentir su poder, ¿o se hace evidente su falta de poder? Tal como Arendt (78) lo manifiesta: la violencia no es un uso excesivo o exagerado del poder, una expresión de "más del mismo" poder. Por el contrario, la violencia constituye una ausencia de poder al ser ejercido por una autoridad no legitimada. Así, se trata de un "no poder", por la mayor

autoridad que se hace con recurso a la fuerza física u otros recursos de violación de derechos, en las relaciones entre sujetos sociales.

En este caso los recursos del personal de salud (médicos y obstetras) para ejercer el poder, son el conocimiento y su experiencia, su investidura, frente a una persona vulnerable por la situación y las condiciones en las que está. Lo que devela también de acuerdo a lo planteado por Arendt un “no Poder” del personal encargado del proceso de parto normal.

Cabría recordar lo que Maldonado M. refiere en relación al parto: El parto, a diferencia del embarazo, en que un largo período favorece la adaptación gradual de los cambios, se caracteriza por ser un evento que provoca cambios abruptos e intensos, que marcan algunos niveles de simbolización, como la intensidad del dolor y la imprevisibilidad, causando sufrimiento, ansiedad e inseguridad (51). Hechos que podrían hacerse llevaderos con un acompañante ideal, considerando la perspectiva de la parturienta.

En el caso de ser el acompañante, un profesional de la Salud, se espera el apoyo que proporcione consista en dar información de las técnicas a realizar en la evolución del parto, mejorar el confort y la comodidad, siempre con actitud empática y amable, animarla y ayudar a que exprese sus emociones y deseos.

En general, **(quien acompañe a la parturienta)** es preferible deba ser una persona de confianza elegida por ella. Otros estudios concluyen que los resultados del parto mejoran cuando es alguien entrenado el que da el apoyo, o incluso una persona ajena (entrenado o no) que se encarga de dar el apoyo necesario durante el parto, que podría ser una doula. La matrona, **(o doula)** debe reforzar el apoyo, ha de mantenerse en silencio, acompañar transmitiendo tranquilidad, confianza y sin juzgar los comportamientos de la mujer en este momento, brindar apoyo físico y emocional, y así demostrar total confianza en la capacidad de parir de la mujer. (77)

Cabe mencionar también que existen estudios que abordan la perspectiva de los profesionales de la salud respecto de la presencia del familiar u acompañante a la gestante como un ente que entorpece su labor, existe entonces, controversia en relación

al acompañamiento que la parturienta podría recibir de allí que algunos estudios reporten que es necesario explorar este tema. (79)

Conviene si considerar romper las barreras que generamos para la participación de terceros en el acompañamiento de la parturienta pues son grandes los beneficios que se pueden obtener.

Entre las experiencias sobre el cuidado profesional que reciben las mujeres en el periodo de trabajo de parto y dilatación las mujeres perciben diferencias en el trato, además de la necesidad de humanizarlo, pues alcanzan a realizar una diferencia entre la asistencia técnica que reciben y la falta de calidez, se presentan a continuación las categorías que hacen alusión a ello:

#### **E. SUFRIENDO LAS DIFERENCIAS EN EL TRATO POR EL TIPO DE SEGURO**

Los Derechos Humanos en Salud como garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana consideran como uno de sus criterios la Accesibilidad: es decir que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos, en la jurisdicción del Estado, considerando las siguientes dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información. (80)

Por otro lado, el Proyecto de Ley de Promoción y Protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante y del recién (81) nacido refiere que la gestante tiene derecho a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, garantizándole su derecho a la intimidad durante todo el proceso asistencial considerando su identidad cultural. La Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical (82) en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural hace hincapié en cada etapa del proceso de parto en una recepción cálida, amable, indicando a los profesionales de la salud deben identificarse y llamarles por su nombre, el mismo trato se le brindará a los familiares o personas que la acompañan, con empatía y calidez, resaltando la participación de la pareja y la familia. Todas estas pautas además de apelar a la dignidad que posee la gestante y el niño por nacer, deben ser consideradas además por la vulnerabilidad que puede experimentar la parturienta.

Cabe mencionar que 6 de las participantes percibieron diferencias en el trato brindado, por su condición de ser particular o asegurado. Desde su experiencia, existe diferencia en el trato, pues las personas que tienen atención como particular reciben mejor trato que los asegurados; refieren ellas, debido a su capacidad adquisitiva, así se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*Srta. Somos iguales, el que tenga dinero que pague particular y el que esté asegurado todos somos iguales no porque otras personas pagan y uno no, nos van a tratar diferente. **Rosa***

*La atención es diferente si eres particular si te tratan bien, sino no, y así no es, todos somos iguales, todos somos hijos de Dios y necesitamos que nos traten bien. **Lila***

Esta situación de inequidad percibida por las mujeres sujetos de estudio de la presente investigación coincide con los hallazgos reportados por Bradley (74) en ella describe en una variedad de entornos la discriminación en el acceso a los servicios o en cómo se prestó la atención: Las mujeres con un nivel socioeconómico más bajo describieron la falta de acceso oportuno a la atención médica y el hecho de verse obligadas a esperar, mientras que las mujeres con un estatus más alto fueron atendidas primero, caso similar al nuestro en el que las mujeres perciben diferencia en el trato, atribuyen ellas, por el poder adquisitivo de las no aseguradas.

También Bohren et al (77) reporta en una revisión sistemática que: las mujeres que tenían un estatus socioeconómico más bajo informaron sentirse discriminadas debido a su clase social o nivel de ingresos. Creían que recibían un tratamiento más deficiente o eran desatendidos porque eran pobres y no podían pagar los servicios, ni pagar sobornos. A menudo sentían que los trabajadores de la salud los humillaban por su pobreza, por su incapacidad para leer o escribir, o por residir en áreas rurales o de barrios marginales. El temor a tal discriminación fue considerado un poderoso desincentivo para dar a luz con facilidades en los servicios de salud en Ghana, Sierra Leona y Tanzania.

En relación al escenario de investigación se trata de una institución del estado que ofrece atención a personas que gozan del seguro de salud otorgado por el Ministerio de Salud (MINSA), pero que al mismo tiempo atiende de manera particular, no deberíamos

descartar que el suceso reportado por Bohren ocurra también en nuestro país, es decir la discriminación por la condición socio económica y cultural de las gestantes, pues al ser un hospital del estado atiende a personas de una condición socioeconómica Media a Baja, de allí que las participantes afirmen que existe diferencia entre quienes son particulares y aseguradas.

Pereira et al (46) devela un ejercicio de poder por parte de los profesionales que atienden a las parturientas pues son vistas como desposeídas, necesitadas del estado, desamparados a los que el gobierno les hace el favor de proteger y asistir, no son vistos como ciudadanos portadores de un derecho a la salud, convirtiendo el ideal de acceso universal a la salud, en violencia institucional, sin embargo, como ya se ha mencionado hace falta generar evidencia al respecto. Lo analizado es posible corroborarlo en el siguiente discurso:

*El estado paga Srta. pero nosotros también, merecemos igual trato...*  
*Este hospital es del estado, que vayan a particular pues si pueden*  
*pagar...Patty*

¿Será posible afirmar la existencia de una dinámica de poder ejercida por el profesional originada por el contexto socioeconómico de la parturienta? dicho en otros términos, te atiende bien, si aportas más...

Analizar esta categoría permite plantear una nueva hipótesis respecto al tema en cuestión fruto del diálogo con algunos profesionales de la salud trabajadores del hospital escenario de estudio, es probable que la diferencia en el trato no se explique necesariamente por el hecho de ser, la paciente, particular para la institución, hay que aclarar que los profesionales que atienden a las parturientas no reciben del estado algún beneficio o bono por atender más pacientes particulares. La diferencia estaría dada por una “recomendación” que es el “plus” de la paciente que es particular, pues va recomendada por algún médico, ginecólogo, gineco-obstetra u obstetra quien le trata de manera particular o por consulta particular a la gestante. Es solo una hipótesis que amerita exploración, pues si es evidente a través de los discursos de las parturientas, la percepción de diferencias en el trato.



De las personas entrevistadas en total 14, 5 tuvieron atención bajo la denominación de particular y 9 eran aseguradas, de ellas 6 percibieron la atención como “diferente”. Pero al preguntarles a las participantes por la percepción a cerca de la atención recibida todas apuntan a que la atención es buena, pero hace falta mejorar el trato.

Finalmente, sobre el cuidado emerge una dicotomía a manera de gran categoría:

#### **F.- BUENA ATENCIÓN VERSUS FALTA DE HUMANIDAD: EVIDENCIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MEDICALIZACIÓN DEL PROCESO DE PARTO**

Buena atención versus falta de humanidad resulta paradójico, pero a la vez es una realidad percibida por las participantes en el estudio y a la vez un indicador de alerta.

Las parturientas reconocen como buena atención el control de signos vitales, monitoreo del bebé usando tecnología de avanzada, número de personal adecuado( pues nunca falta personal), sin embargo, perciben que no es suficiente, hace falta, tal como ellas lo llaman: más comprensión, empatía, saber escuchar, tolerar.

Así se deja evidente en los siguientes discursos:

*Buena la atención, buena sí, porque venía uno me revisaba, venía el otro chico me sacaba... me tomaba la presión me tomaba el pulso del corazón todo, de ahí todo buena la atención. Lo único que deberían ponerse en nuestro lugar, a pesar de que uno grite que comprendan...Lila*

*Desde emergencia me revisaban un practicante, después el médico igual acá arriba también casi 2 horas. Porque la atención sí es buena siempre hay alguien pendiente de ti siempre te están controlando por el bienestar de tu bebé y tu bienestar y no para qué... no me quejo de esa parte, quizás un poco mejor que se acerquen cuando los llamen, porque ellos están para eso, claro que algunas veces uno quizás exagera por el dolor pero es que no se soporta, que se acerquen, que comprendan. Silvia*

La atención fraccionada percibida por las participantes pone en evidencia el paradigma

de categorización, las parturientas reclaman algo más... que podemos reconocer como humanidad o humanización del parto.

Biurrun y Goberna (83) consideran “humanización del parto” es un término polisémico, sin embargo, podemos considerar al menos tres aspectos fundamentales cuando hablamos de un ambiente humanizado: 1. convertir a la mujer en el centro de la atención, 2. facilitarle apoyo emocional y 3. prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica. Si nos volvemos sobre las categorías que han emergido del análisis realizado en la presente investigación estos tres aspectos resultan vulnerados por la atención de los profesionales encargados del proceso de parto, en otras palabras, existe deshumanización del parto, por lo tanto, es posible reconocer actos de violencia obstétrica resguardados algunos por la medicalización del parto o la banalización de la violencia.

Al explorar la temática abordándola desde la calidad de atención obstétrica en nuestro país se reportan investigaciones por ejemplo la de Sevillano (84) que en relación a la atención prenatal en el Centro Materno Infantil “El Progreso desde la perspectiva de las gestantes que acudieron a su atención prenatal, evalúan la calidad de atención prenatal como buena por el 54,8%, lo que significa que el 45,2% no consideran como buena la atención, además se reporta a las dimensiones confiabilidad y empatía como las menos puntuadas.

Ayala (85) en su estudio sobre calidad de la atención del parto según la percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal reporta una satisfacción global de las pacientes del 93.3% Todas las dimensiones correspondieron a un grado de “satisfacción”, siendo la menos valorada la dimensión de respuesta rápida que incluye rapidez de atención, ayuda oportuna y rapidez de traslado, la más valorada fue la dimensión de tangibles que considera: ambientes limpios, confort y equipos disponibles, que podría explicar lo que las mujeres denominan buena atención, pero también reconocen que hace falta mayor disposición por parte del personal responsable de este proceso lo que no está relacionado con tecnología, sino con esa capacidad de responder al llamado de otro ser humano. De allí que la dimensión respuesta rápida haya sido la menos valorada. Se estarán refiriendo acaso, las

parturientas, a lo que en palabras de Waldow llamamos Cuidado Humano.

Waldow Regina (56) define que el cuidado humano es una actitud ética en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos uno de los otros. Las personas se relacionan en una forma de promover el crecimiento y el bienestar del otro. El pedido de las gestantes de un trato más humano, forma parte de sus derechos, los que al parecer desconocen y que el personal de salud desconoce o no reconoce, cabe recordar que: los derechos de los pacientes son expresión de los valores que conforman los derechos humanos. Sin embargo, durante el ejercicio de nuestra profesión en el medio hospitalario en ocasiones nos "olvidamos" de este respeto a los pacientes, que no son solamente el objeto de nuestro trabajo, sino que mantienen su condición de personas y su dignidad humana.

Por otra parte, la fragilidad de las personas que se ven abocadas a una estancia hospitalaria, les hace más vulnerables y, en ocasiones, ven cómo sus derechos no son respetados como se debería (86).

Es justamente ese cuidado humano el que reclaman las madres en sus diferentes discursos; a pesar de percibir una atención normal, buena (atención técnica) no dejan de lado el requerimiento de un mejor trato, motivado por la indiferencia del personal, el dolor vivido en soledad o por la necesidad de acompañamiento al carecer de apoyo de un familiar durante el parto, además de la soledad originada por el abandono e indiferencia del profesional de salud. Cabe recalcar con la amenaza de seguridad, de enfermedad, la cuidadora (o la persona encargada del cuidado) se dedica a proveer de atención y afecto, así como del alivio y actividades que posibilitan el bienestar, la restauración del cuerpo, del alma y la dignidad (56), ese debería ser también parte del trabajo de los profesionales encargados de cuidar a la parturienta.

Otros estudios como el de Mogollón K. (87) reporta un nivel de satisfacción alta por parte de las gestantes atendidas en los consultorios de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal. De lo que podríamos decir que los instrumentos empleados miden aspectos tangibles y al ser abordajes cuantitativos no permiten entrar en detalles sobre la satisfacción de las gestantes, por lo que convendría continuar explorando la calidad

desde otros abordajes, pues aspectos como la confiabilidad y empatía son poco percibidos por las parturientas, lo que refrenda lo encontrado en el presente estudio.

En el diálogo con algunos profesionales respecto a la atención de obstetricia en el primer nivel de atención MINSA, muchos coinciden en calificar la atención como de baja calidad y que ya desde aquí se ejerce el poder de la obstetra sobre una mujer de nivel socioeconómico y cultural medio o bajo.

Son estas profesionales Obstetrices “acostumbrados a ejercer su poder sobre estas mujeres” que llegan al tercer nivel de atención dispuestas a hacer sentir su hegemonía en un escenario en el que están en competencia con otros profesionales: Ginecólogos y enfermeras, y en el que tuvieron que( en el caso del Hospital Regional de tercer nivel de atención) ganar un espacio : el del trabajo de parto normal pues se supone, al inicio de creado el hospital, se atendería a mujeres con parto complicado o gestantes que requirieran de atención especializada.

Este es otro tema por explorar y conocer: cómo es que en la pugna por un espacio (atención del parto normal, en un tercer nivel de atención) se puede violentar a terceros en pro de la hegemonía.

Recordemos que desde los inicios de la historia la asistencia al parto, pese a ser éste un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones. La matrona ha sido la persona encargada de llevar a cabo dicho cometido a lo largo de la historia, manteniendo en la mayor parte de los casos una actitud expectante y no intervencionista...El rol protagónico lo poseía la parturienta.

Es a partir del siglo XVII esta tendencia cambia, debido a la incorporación de los cirujanos en la atención al parto y al uso de la instrumentación con fórceps (inventados por la familia Chamberlain), iniciándose de este modo la tecnificación de la asistencia al nacimiento (52) o lo que denominaríamos Medicalización del Parto... Entendiéndose ésta como la asistencia a la reproducción —embarazo, parto y puerperio— por parte de la llamada medicina occidental o biomedicina en un proceso, el parto, no considerado un evento patológico sino considerado “natural” y de mujeres ( 88) definición que está

inmersa a lo que Aguilar B. denomina Medicalización(89), es decir pretender diseñar la existencia misma del ser humano de acuerdo a un plan basado en preceptos médicos con la esperanza de obtener a cambio una larga vida o una vida sin dolor ni sufrimiento.

La imposición del dominio médico fue progresivo, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder de los sanitarios subordina la maternidad al modelo biomédico, por lo que comienza a valorarse la gestación desde una perspectiva fundamentada en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario. (83) Y a partir también de aquí que se empiezan a denunciar y hacer evidentes maltratos hospitalarios, lo que obliga a muchas mujeres a optar por instituciones privadas con la ilusión de vivir una experiencia diferente. Surge y cobra sentido el término violencia obstétrica, que empieza a legislarse en varios países, recientemente en el nuestro.

Se considera Violencia Obstétrica a la apropiación del cuerpo femenino y de los procesos reproductivos por profesionales de salud. Esta apropiación es revelada por el trato deshumano, uso abusivo de la medicalización e intervenciones innecesarias sobre procesos fisiológicos, generando la pérdida de la autonomía y de la libertad de elección, lo que refleja negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (90), sin embargo, resulta difícil de medir –como sucede con cualquier otro tipo de violencia-, dado que hay procedimientos normalizados por el personal médico y aceptados por las mujeres sin cuestionar, bajo la premisa de mantener a salvo su vida y la de sus bebés. (90) Esto es también denominado naturalización de la violencia o banalización de la misma. (47,70)

La OMS tipificó las formas de violencia obstétrica y resaltó 5 categorías que operan las definiciones legales: 1.intervenciones y medicalización rutinera y desnecesaria (sobre la madre o el bebé); 2.abuso, humillación y agresión verbal o física; 3.falta de insumos e instalaciones inadecuadas; 4.prácticas realizadas por residentes y profesionales sin la permisión de la madre, después de informaciones completas, verídicas y suficientes; 5.discriminación por motivos culturales, económicos, religiosos y étnicos. (91) Des estos 1,2,4 y 5 se han visto reflejados en el presente estudio. De allí que también podamos afirmar que existe Violencia Obstétrica en la atención que recibieron las primigestas participantes en el presente estudio.

En función a estos sucesos la OMS (69) promulgó unas recomendaciones que

pretenden salvaguardar la dignidad de la mujer y el niño por nacer, pues reconoce se realizan ciertas prácticas, no justificadas, consideradas formas de violencia obstétrica. Además, este organismo especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su participación.

A nivel nacional tenemos centros modelo para atención del parto respetando la cultura de la familia (MINSA), el Instituto Materno Perinatal que brinda la oportunidad a la mujer y su pareja escoger la forma más conveniente para el nacimiento de su hijo, algunas clínicas incluyen acciones, como el acompañamiento del familiar, contacto precoz bebé-mamá. Pero a pesar de las normas y recomendaciones hechas a nivel internacional y nacional aún no se devuelve más protagonismo a la mujer para un acto tan delicado y personal como es el nacimiento de un hijo. Es necesario evaluar las necesidades y requerimientos para que en verdad se salvaguarde la dignidad e integridad de la mujer y el niño por nacer, evaluar la necesidad de la puesta en práctica de intervenciones a través de equipos interdisciplinarios que puedan cubrir las necesidades de las parturientas.

A través del siguiente discurso podemos tener una idea de cuánto puede afectar un trato deshumanizado y por lo tanto violento contra la mujer en esta etapa:

*El dolor era horrible, era un dolor bien feo, yo los llamaba y no me hacían caso, me arrepentía de haber tenido un bebé... **Patty***

Aunque no podríamos afirmar que la indiferencia y el abandono prodigados por el personal de salud que atendió a esta mujer es el total responsable de este sentimiento de arrepentimiento si son evidencia de violencia obstétrica y lo que se produce es la ruptura en la relación de confianza entre mujeres y profesionales de salud, debilitando cualquier vínculo existente, despersonalización de los cuidados, además de una ruptura entre profesionales de salud y de estos con su propio saber- lo que Schraiber denomina “anulación de la reflexividad en su práctica” es decir la no reflexión sobre su actuación y la aplicación del saber técnico-científico. Lo que acarrea una doble pérdida: como valor ético y como necesidad técnica. (47)

La pérdida de la ética, implica la pérdida de interés por y el cuidado hacia el otro, al

considerarlo sólo un cuerpo u órgano o un objeto, entonces es posible engendrar violencia lo que también conduce al fracaso técnico práctico, pues sólo se hace por hacer, es decir se pierde el sentido verdadero, la finalidad de la técnica y la habilidad.

*Me trajeron en silla de ruedas, me subieron y me dejaron allí, allí me dejaron hasta esperar que me vinieran los dolores más fuertes. Nadie me acompañaba, me dijeron que no gritara, que así eran los dolores. Me hubiera gustado que me trataran bien, que me orientaran un poco como iba hacer, pero nada...Lo que si hubieron médicos, obstétricas, enfermeras y técnicos de eso NORMAL, si me atendieron, venían varios chicos así...si varios me atendieron. **Patty***

Carper (92) le denomina Patrón de conocimiento ético, fundamentado en valores humanísticos personales, profesionales e institucionales y que establece el compromiso y respeto a la vida humana, sustenta la toma de decisión personal en situaciones difíciles y complejas del moderno mundo del cuidado a la salud, permite elecciones al cuestionarse acerca de los derechos morales y errores en las acciones vinculadas con el cuidado, el tratamiento de las enfermedades y la promoción de la salud basado en principios primarios obligatorios de preservar la vida, aliviar el sufrimiento, promover la salud.

Curioso y paradójico es también, y puede ser motivo de exploración en otros estudios, el hecho de que esta violencia producida por los profesionales de salud no es percibida como tal por estos, ellos no se reconocen causantes de ésta, naturalizando su actuar, el que también es justificado y hasta considerado necesario, no sólo por ellos sino también por las mujeres, lo que legitima su actuar.

Otra forma de Violencia dada a conocer a través de los discursos de 2 de las participantes son las conocidas “Bromas” y Chistes realizadas por profesionales de la salud las que son hasta esperadas por las parturientas y son ellas mismas las difusoras de esta experiencia contribuyendo con su naturalización y banalización.

*Ellos estaban conversando y contaban sus anécdotas sus cosas por*

*lo que estaban ahí y se reían pues como para que me tranquilice,  
pero no me daba ni risa, por el dolor, ya pero igual ellos actuaban  
normales como para que yo tampoco me tense...* **Silvia**

Cabe resaltar que las mujeres participantes del estudio refieren haber llegado al HRL porque consideran que allí están o se sienten más seguras, habría que aprovechar esta consideración para transformar la atención y aspirar a brindar un espacio más humanizado para la atención del nacimiento de un nuevo ser.

Una estrategia que resulta fructífera para la humanización del parto son los grupos de gestantes surgen como un espacio donde las mujeres pueden exponer y dividir con las demás su experiencia en el manejo de la gestación, parto y puerperio, trayendo dudas y curiosidades que sólo el compartir (a través del intercambio y de la participación) puede propiciar. En esta perspectiva, se cree que el grupo de gestantes tiene un poder terapéutico, pues en estos espacios las participantes pueden reelaborar sus sentimientos en relación al parto, pueden aún enfrentar situaciones de crisis, resignificar sus vivencias, por medio del reconocimiento de los demás y de sí. Así, se reafirma que el grupo de gestantes es un espacio en el cual la mujer puede prepararse para el proceso de parto, pues las informaciones y los intercambios de experiencias ofrecen y refuerzan los subsidios para sus elecciones y toma de decisión en relación al mismo, el nacimiento de su hijo. En este espacio, el profesional de la salud tiene la tarea de socializar informaciones que faciliten un clima de confianza y aprendizaje, promover la construcción del conocimiento de forma recíproca, comprometiéndose con el éxito del grupo, basado en un cuidado integral y humanizado. (93)

El panorama presentado devela una atención del parto con signos de Violencia Obstétrica que amerita replantear la asistencia de la mujer y el niño por nacer, una atención con enfoque multidisciplinar que favoreciendo la intervención de otros profesionales permita cubrir y responda a las necesidades de la parturienta. Esto amerita la revisión del Proyecto de Ley de Atención de la Mujer y el niño por nacer y se plantee una atención multidisciplinaria con acciones delimitadas para los profesionales y se pueda asimismo revisar la atención que la gestante recibe y se refuerce su preparación no sólo preocupándose de que reciba psico profilaxis sino que pueda ser empoderada para que responda con toda sus capacidades al proceso de parto.



## CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia de atención vivida por las mujeres participantes en el estudio está centrada en la atención médica e institucional, en vez de concentrarse en ellas como actores principales; prima un modelo de cuidado de la etapa de parto y dilatación centrado en la institución, medicalizado y jerárquico, donde las exigencias y disposiciones del personal de salud, las reglas de la institución se aplican a las mujeres como demostración de poder y control.

Artifugios o tecnologías del poder médico forman parte de la experiencia de la parturienta como por ejemplo: el uso de tactos vaginales frecuentes y por más de una persona, el empleo de fármacos para acelerar el proceso de dilatación y el desplazar la responsabilidad del personal de salud a las parturientas por lo que ellas deben aprender en el momento del parto, por ejemplo a pujar, cuando se trata de una experiencia nueva. Se desplaza a la mujer otorgándole un rol pasivo, de espectadora o seguidora de instrucciones, situación que soporta por que asume que es lo que debe vivir como parte del proceso de traer una vida al mundo.

En la experiencia vivida por las primigestas el ejercicio del poder médico-obstétrico, trae como consecuencia violencia obstétrica por ejemplo al realizarles prácticas que están contraindicadas; al asumir, el personal de salud, un rol de directores o dar solo instrucciones o desplazar sus responsabilidades hacia la parturienta.

La experiencia de la primigesta en la etapa de trabajo de parto y dilatación se caracteriza por el desconocimiento de sus derechos y desinformación de aspectos básicos circundantes al parto como reconocer el inicio del trabajo de parto, así como orientación sobre la institución en la que podrá ser recibida y nacer su niño, para evitar un peregrinar que ponga en riesgo la vida del niño por nacer y la madre.

El dolor se constituye en una experiencia única, indescriptible e intensa para la parturienta, que se acrecienta por la indiferencia del personal y la necesidad de contar con apoyo familiar, la soledad suele ser su única compañía.

Las situaciones de violencia en la que se encuentran los sujetos de estudio no son reconocidas por ellos pues consideran forma parte de la experiencia del proceso de parto y

dilatación o consideran que si lo manda el profesional debe ser acatado y soportado, se dejan de lado las necesidades de las parturientas en un hecho que será trascendental en sus vidas. Se requiere por lo tanto una mejor preparación de la gestante que le permita cuidarse y empoderarse durante el proceso de parto y dilatación.

Las primigestas que gozan del seguro de atención establecen diferencias en el trato recibido, aludiendo esta diferencia a la capacidad adquisitiva de las gestantes de atención particular; sin embargo, es una realidad que amerita ser explorada a profundidad.

El cuidado de la mujer en la etapa de parto y dilatación necesita y debe ser humanizado, ya que las participantes del estudio solicitan ser escuchadas, comprendidas en sus emociones, acompañadas, toleradas; así lo reclaman a pesar de reconocer como buena atención: el uso de la tecnología y la práctica de procedimientos con los que, inclusive, no están de acuerdo, por lo que se puede afirmar que la atención no satisface los aspectos interpersonales y emocionales de este hecho biosociocultural; es más, el cuidado debe ser a la persona pandimensional y con visión holística.

## **RECOMENDACIONES:**

### **A la universidad:**

1. La difusión de los resultados de la presente investigación
2. Realizar investigaciones futuras que exploren la percepción del personal de salud sobre el valor y la práctica de los aspectos interpersonales de la atención del parto. Además del impacto de la atención irrespetuosa en su sentido de profesionalismo y ética profesional del personal a cargo del proceso de parto y dilatación.
3. La investigación también muestra vacíos en la atención planificada idealmente para la gestante como por ejemplo el seguimiento en el primer nivel de atención a través del radar de gestantes, el plan de parto, etc
4. Es importante considerar abordar la calidad de atención obstétrica en el primer nivel de atención, las preferencias de acompañamiento de las mujeres el trabajo de parto, las diferencias en el trato a las parturientas y el proceso de instalación de la atención del parto normal en el Hospital Regional de Lambayeque.

### **A las instituciones de salud:**

1. Fortalecer la formación a las gestantes sobre sus derechos fundamentales y el respeto a su dignidad como personas, lo que podría funcionar como mecanismo de protección frente al trato inadecuado.
2. Procurar gestionar el mejor cumplimiento de las normas establecidas a nivel del estado de tal forma que se salvaguarde la integridad de la gestante y del bebé por nacer sobre todo en la etapa de parto y dilatación en la que se encuentran más expuestas y vulnerables.
3. Realizar sensibilización al personal involucrado en la etapa de parto y dilatación de tal forma que puedan poner en práctica la empatía y brinden un trato más humano
4. Evaluar la posibilidad de formar equipos interdisciplinarios de salud para mejorar la atención de la gestante.
5. Se necesita más investigaciones para explorar cómo se define y conceptualiza el profesionalismo desde la óptica de los profesionales encargados de la atención de la gestante en el proceso de parto y dilatación. Dicha evidencia puede ayudar a identificar los impulsores y las barreras para una atención de maternidad respetuosa, y usarse para informar estrategias apropiadas a nivel local y regional con el potencial de mejorar el ambiente de atención obstétrica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Terán P, Castellanos C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Oct 17]; 73(3): 171-180. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es).
2. OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. [Internet]. 2015. [citado 2018 Marzo]; Disponible en: [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
3. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna 2013. MINSA. Citado el 13 de Agosto de 2016. Disponible en: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827\\_2013\\_MINSA.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_MINSA.pdf)
4. García D, Díaz Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Marzo 15]; 36(4): 330-336. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es)
5. Oya A. ¿Es la medicalización un fenómeno negativo? Un análisis de las consecuencias que suelen atribuirse a la medicalización. Daimon. Revista Internacional de Filosofía, nº 71, 2017, 7-18. [citado 2018 Marzo 12]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/230801>
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2012. Volumen de Países: Perú. [Página principal en Internet] c2012 [actualizado Miércoles 19 de Septiembre de 2012, citado 20 de Octubre de 2016 a horas 2.30pm] OPS [aprox. 18 pantallas]. Disponible en: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=51&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=51&option=com_content) Salud en las Américas
7. Andina Agencia Peruana de Noticias. En 50% descende la mortalidad materna en la región Lambayeque. [Página principal en Internet] c2015 [actualizado Martes 20 de Octubre de 2016, citado 20 de Octubre de 2016 a horas 2.30pm] Andina. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.andina.com.pe/espanol/noticia-en-50-desciende-mortalidad-materna-la-region-lambayeque-459214.aspx#.VEAvZmd5Oo5>
8. MINSA. Número de casos de muerte materna por DISA/DIRESA/GERESA de procedencia Perú 2000-2017. [citado 2018 Marzo 12]; Disponible en:

- <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE02/mmaterna.pdf>
9. Montes M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007 [revista en la Internet]. [citado 2016 Jul 10]; Disponible en: [http://revista-redes.rediris.es/Periferia/Articles/5-tec\\_embarazo.pdf](http://revista-redes.rediris.es/Periferia/Articles/5-tec_embarazo.pdf).
  10. Belli L Violencia obstétrica lo inaceptable se ha vuelto habitual. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Red Bioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013. Disponible en: [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)
  11. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer 2009-2015. Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables. Citado 2014 Setiembre 3 Disponible en: [http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/normativas/304\\_PNCVHM\\_2009-2015.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf)
  12. Castro R. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 Feb [cited 2016 Oct 17]; 19(1): 135-146. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100015>.
  13. Vargas, P et al. The humanized assistance in parturition: the perception of teenagers. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 1021-1035, jul. 2017. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3143>>. Acesso em: 21 Oct. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i3.1021-1035>.
  14. Valdez S, Arenas L, Hidalgo E, Mojarro M, González M. Nueva evidencia a un viejo problema, el abuso de las mujeres en las salas de maternidad. Revista CONAMED, vol. 18, num 1, enero-marzo 2017, Págs.14-20 México: [cited 2014 Oct 17] Disponible en: [file:///D:/User/Azapata/Mis%20documentos/Downloads/DialnetNuevaEvidenciaAUnViejoProblema-4237199%20\(4\).pdf](file:///D:/User/Azapata/Mis%20documentos/Downloads/DialnetNuevaEvidenciaAUnViejoProblema-4237199%20(4).pdf)
  15. Aguiar J, Marques d'Oliveira A, Pires L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Out 17]; 15( 36 ): 79-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=pt).

- Epub 10-Dez-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>.
16. García E., Mendieta R., Guillén D. Percepción de las mujeres en trabajo de parto sobre las intervenciones de enfermería. 2009 [cited 2016 Agosto 22] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/031p.php>
  17. Vela E. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI. San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008. [cited 2016 Agosto 22] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1147>.
  18. Nieves R, et al. Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Sevilla: Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud, 2015. 113 p.
  19. Goberna J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. ENE. Revista de Enfermería. Abr.2012; 6(1): 71-78. Acceso el 14/11/2018. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/16207735.pdf>
  20. Arenas N, El cuidado como manifestación de la condición humana. Salus 20061012-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938979004>. Fecha de consulta: 26 de agosto de 2016.
  21. Cruz M, Pérez M, Jenaro C, Flores N, Segovia M. Necesidad social de formación de recursos no profesionales para el cuidado: Una disyuntiva para la enfermería profesional. Index Enferm [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Nov 21]; 19(4): 269-273. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300008>.
  22. Paz C, Artieta I, Grandes G, Espinoza M, Gaminde I, Payo J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. Aten Primaria. 2016;48(10):657---664. Acceso el 02/04/2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.004>
  23. Báez F, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichán [Internet]. 2009 Aug [cited 2016 Aug 20]; 9(2): 127-134. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en)
  24. García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A. Construcción Emergente del Concepto: Cuidado Profesional de Enfermería, [consultado el 26 de Noviembre de 2016 a horas 4:40 pm] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 74-80

25. Schwarcz R., Fescina R., Duverges C. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo, 6a ed. 2005.Pp. 431-473
26. Torrens R, Martínez C. Enfermería Obstétrica y Ginecológica. Barcelona. Difusión Avances de Enfermería 2008.
27. Towle M. Asistencia de enfermería materno-neonatal. Madrid: Pearson, 2010.
28. Johnson J. Enfermería materno-neonatal. México, D. F. El Manual Moderno, 2011.
29. Friedrich O. Introducción a la filosofía del conocimiento. Buenos Aires. Amorrortu editores S. A., Icalma, 2001
30. Perez R. Qué es la persona. Universidad Católica del Norte. [cited 2014 Agosto 22] Disponible en: [https://docs.google.com/document/d/1GtAKZDdULdpWRRamM13val29gEoBnz8\\_8qPYbluTsQQ/edit?pli=1](https://docs.google.com/document/d/1GtAKZDdULdpWRRamM13val29gEoBnz8_8qPYbluTsQQ/edit?pli=1)
31. Wojtyla K. Persona y Acción. España: Editorial Biblioteca Palabra. 2011
32. Marín J. Tesis Universidad de Murcia. La raíz fenomenológica de Karol Wojtyla: Método Conciencia y subjetividad. [cited 2016 Mayo 22] Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117598/TJLMM.pdf?sequence=1>
33. Pérez G. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II Técnicas y Análisis de Datos. España: La Muralla; 1998.
34. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
35. Menga L, Marli A. "A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas". 3o. reimp. São Paulo. EPU. 1988.
36. Delgado J; Gutiérrez J. "Método y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales". Síntesis S.A . Madrid. 1995.
37. Crisálida. Test de Violencia obstétrica. [cited 20 de Octubre de 2016 a horas 3.18pm] Disponible en: <http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>
38. Martínez M, Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa. México: Trillas; 2004.
39. Bardin L. El Análisis de Contenido. 3ª ed. Madrid: Akal; 2002.
40. García M. Bioética Principialista y Bioética Personalista: Una Complementación necesaria. [cited 20 de Octubre de 2017 a horas 5.08pm] Disponible en: <http://www.cleaedu.com/pdf/diplomados/aulas/salud/mdt/paginas/mdt023-4-bioet-princ-y-bioet-pers.pdf>
41. Nancy B. Grove S. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la Práctica Enfermera Basada

- en la Evidencia. 5a ed. España: Elsevier; 2012
42. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia. Colombia; 2003
  43. Santos GO, Carneiro AJS, Souza ZCSN. Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. *Rev Fund Care Online*. 2018 jan./mar.; 10(1):233-241. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.233-241>
  44. Zevallos H, Arce R, Canzio M, Ego M, Glave M, Huilca I, Ochoa E, Pacori O, Pariona T, Quintanilla A. Proyecto de Ley N° 1986/2017-CR que propone la promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante del infante por nacer y el recién nacido. Congreso de la república. 2017.  
Acceso el 18 Diciembre de 2017. Disponible en: [http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision\\_de\\_Salud\\_y\\_Poblacion/files/proyecto\\_de\\_ley/proy\\_ley\\_1986.pdf](http://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision_de_Salud_y_Poblacion/files/proyecto_de_ley/proy_ley_1986.pdf)
  45. El Peruano. Normas Legales. Reglamento de la Ley N° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Citado el: Disponible en: [https://www.mapfre.com.pe/images/decreto-supremo-027-2015-sa-reglamento-ley-29414-derechos-usuarios-de-servicios-de-salud\\_tcm944-166963.pdf](https://www.mapfre.com.pe/images/decreto-supremo-027-2015-sa-reglamento-ley-29414-derechos-usuarios-de-servicios-de-salud_tcm944-166963.pdf)
  46. Rodrigues Diego Pereira, Alves Valdecyr Herdy, Penna Lucia Helena Garcia, Pereira Audrey Vidal, Branco Maria Bertilla Lutterbach Riker, Silva Luana Asturiano da. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 Dec 07]; 19( 4 ): 614-620. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000400614&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400614&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>.
  47. Aguiar Janaina Marques de, d'Oliveira Ana Flávia Pires Lucas, Schraiber Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Nov [cited 2018 Dec 10]; 29( 11 ): 2287-2296. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.
  48. Dunne, C.L., et al., Women's perceptions of social support during labour: Development, reliability and validity of the Birth Companion Support Questionnaire. *Midwifery*(2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.010>
  49. Michelle Sadler, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena



- Skoko, Patricia Gillen & Jette A Clausen (2016) Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence, *Reproductive Health Matters*, 24:47, 47-55, DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.002
50. Suarez M, Plaza F. Variabilidad en la violencia Suárez Cadenas, M<sup>a</sup>, Plaza del Pino, F. (2018). Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 22(50). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.50.03>
  51. Raquel da Rocha Pereira 1, Selma Cristina Franco 2, Nelma Baldin. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Vol. 61, No 3, Mayo-Junio, 2011. [http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es\\_v61n3a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf).
  52. Scarton J, Ressel LB, Siqueira HCH, et al. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. *Rev Fund Care Online*. 2018 jan./mar.; 10(1):17-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.17-24>
  53. Larkin P, Begley C, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis *Midwifery* , Volume 25 , Issue 2 , e49 - e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
  54. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
  55. Botero J, Júbiz A, Henao G. *Obstetricia y ginecología*. 9° edición. Medellín Colombia. 2015 Fondo Editorial CIB.
  56. Vera Waldow, Regina. *Cuidado Humano –El Rescate Necesario*. Voces. Brasil. 1994
  57. Soriguer E, Casimiro F. *El Médico y el científico*. Editorial Díaz de Santos. 2015
  58. Natalben. Parto no medicalizado. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto-natural-que-es> Acceso: 5 de abril de 2018
  59. Felitti Karina. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Apr 15] ; 18( Suppl 1 ): 113-129. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702011000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000500007>.
  60. Estrada Mesa, D. (2016). La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michael Foucault. *Escritos*, [Internet]. 2016 23(51), 331 - 355. Citado el 18/05/2018. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/escritos/article/view/6295>
  61. Stewart M. "I'm just going to wash you down": sanitizing the vaginal examination. *Journal of*

- Advanced Nursing 2005. 51(6):587–94.
62. Menage. J. Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures. British Journal of Midwifery 1996. 4:532-3.
  63. Benites S. Satisfacción materna durante el parto. Universidad de La Laguna. 2016. Repositorio Institucional ULL. Acceso: 18 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3731>.
  64. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. La ética de la intimidad: un reto para las enfermeras. Barcelona, febrero de 2008. <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/7202c1ba-8797-48ee-a0c8-e5e98acb725c>
  65. Lai Ch, Levy V. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. Midwifery 2002;18:296-30.
  66. Romani-Romani, Franco; Quispe-Huayta, Javier; Rodríguez-Briceño, Patricia. Percepción sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, vol. 12, núm. 1, 2007, pp. 11-15 Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina Lima, Organismo Internacional. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71712103>
  67. Mamani M, Demetrio A, Aedo S, VarasJ, Lattus J, Gayán P. Tacto vaginal e instrumentación uterina: Factores de riesgo para Endometritis Puerperal. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2008; Vol 3 (1): 48-53. Acceso 10 de abril de 2018. Disponible en: [www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/.../articulo\\_de\\_investigacion\\_48a530.pdf](http://www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/.../articulo_de_investigacion_48a530.pdf)
  68. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24:e2744.
  69. OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018. Citado el: 16 abril 2018. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
  70. De Carvalho Barbosa Luara, Cangiani Fabbro Márcia Regina, Pereira dos Reis Machado Geovânia. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. av.enferm. [Internet]. 2017 Aug [cited 2018 Dec 06] ; 35( 2 ): 190-207. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002017000200190&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200190&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>.
  71. Gonzáles N. De las tecnologías de poder a las tecnologías del yo: reflexiones en clave

- foucaultiana sobre las técnicas de administración empresarial. NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet) N° 24, Verano 2015, Santiago del Estero, Argentina. Disponible en: <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/24%20GONZALEZ%20Natalia%20anatomopolitica%20biopotica.pdf>
72. Escobar Ortiz J. El cuerpo como artefacto: tecnologías médicas, anatomopolítica y resistencia. Universidad de Medellín. Ciencias Sociales y Educación, Vol 4, N° 7.145-156
  73. Parratt, J. The Impact Of Childbirth Experiences On Women's Sense Of Self: A Review Of The Literature. Australian Journal of Midwifery, 15(4), 10-16. 2002.
  74. Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J., Parmar, D., Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: A qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences, Social Science & Medicine (2016), doi: 10.1016/j.socscimed.2016.09.039.
  75. Verdecia ER, Díaz García I. Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar. MEDISAN [serie en Internet]. 2005 [citado 7 Ene 2009];9(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san06205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san06205.htm)
  76. Samar D. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. [Tesis en Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011. Citado el 20/08/2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2956>
  77. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
  78. Arendt H. Sobre la Violencia. Alianza Editorial: Ciencia Política. 2006
  79. Cassiano A, Santos M, Alves F, Barbosa A, Santos F, Enders B, Souza N. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la integración del acompañante durante el proceso de parto. Cultura de los Cuidados. 2017. 21 (48). 147-158. Acceso el 20/05/2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.17>.
  80. OMS. Salud y Derechos Humanos. 29 dic 2017. Citado el 19/12/2018. [aprox. 6 p]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/humanrightsandhealth>
  81. Proyecto de Ley de Promoción y Protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante, del infante por nacer y del recién nacido. Citado el: Mayo 2017. Disponible en:

- [http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016\\_2021/Proyectos\\_de\\_Ley\\_y\\_de\\_Resoluciones\\_Legislativas/PL0198620171009.pdf](http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0198620171009.pdf)
82. MINSA. NTS N° -MINSA/DGIESP V.01 “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural” Citado el: 18 de abril de 2018. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
83. Biurrun A, Goberna J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66. Citado el: 07 de abril de 2018. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica.pdf>
84. Sevillano P. Calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil “El Progreso”, 2018. [Tesis en Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2018. Citado el 15/12/2018. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7866/Sevillano\\_pp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7866/Sevillano_pp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
85. Ayala G. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015. [Tesis en Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Citado el 15/12/2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4059>
86. Braña Marcos, Beatriz. La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario. *Ética de los Cuidados*. 2009 ene-jun;2(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et7069.php>> Consultado el 6 de Junio de 2011
87. Mogollón K. Nivel de satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes atendidas en los consultorios de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero – Febrero 2016. [Tesis en Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Citado el 15/12/2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4812>
88. Argüello-Avenidaño, HE, Mateo González, A. Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* [Internet]. 2014;XII(2):13-29. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037002>
89. Aguilar Fleitas Baltasar. Medicalización de la vida. *Rev.Urug.Cardiol.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Dic 30] ; 30( 3 ): 262-267. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202015000300003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000300003&lng=es).

90. Alfaro A. Parto Humanizado ¿Atención no hegemónica en salud materna? Disponible en: <http://sociologia-alas.org/acta/2015/GT-18/Parto%20humanizado%20atenci%C3%B3n%20no%20hegem%C3%B3nica%20en%20salud%20materna.doc>.
91. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Citado el 14/01/2019. Disponible en: <http://sociologia-alas.org/acta/2015/GT-18/Parto%20humanizado%20atenci%C3%B3n%20no%20hegem%C3%B3nica%20en%20salud%20materna.doc>
92. Escobar B, Sanhueza O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2018 Jun [citado 2019 Ene 13]; 7(1): 27-42. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062018000100027&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100027&lng=es). <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>. Matos GC; Demori CC; Escobar APL; et al. Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. *Rev Fund Care Online*. 2017 abr/jun; 9(2):393-400. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400>



## ANEXOS

### ANEXO N° 01



#### Consentimiento para participar en el estudio de investigación

---

#### Datos informativos:

Institución : Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Investigadora : Lic. Aurora Violeta Zapata Rueda

Título : Experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben. Chiclayo, 2016

#### Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben. Chiclayo, 2016; en el Hospital Regional de Lambayeque

Se está realizando este estudio para:

Describir, analizar y comprender las experiencias que Ud. vivió en el periodo de trabajo de parto y en relación al cuidado recibido en esta etapa en la institución mencionada.

#### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollarán los siguientes pasos:

1. Luego que usted dé su consentimiento, se realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, sus respuestas serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un seudónimo, para proteger su identidad. La entrevista tendrá un tiempo estimado de 20 minutos y se realizará en el ambiente de hospitalización o de preferirlo Ud. en su casa, para lo cual fijaremos una fecha y hora para la visita.
2. Posteriormente se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

#### Beneficios:

No existen beneficios directos por participar en la investigación.

#### Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a una mejor comprensión del tema en estudio.

#### Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con seudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

#### Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 3 años, con la finalidad de que sirva como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética e investigación del Hospital Regional Lambayeque así como se cuenta con la aprobación de la Escuela de Pos Grado de la UNPRG para la ejecución del proyecto, cada vez que se requiera el uso de la información.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a: Lic. Aurora Violeta Zapata Rueda, celular: (#) 973974721, Investigadora.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e investigación del Hospital Regional Lambayeque así como se cuenta con la aprobación de la Escuela de Pos Grado de la UNPRG, a los teléfonos

Hospital Regional de Lambayeque: 074 - 480420 Anexo 1060 / 480433

EPG-UNPRG 074-282120 anexo 5654

**CONSENTIMIENTO**

**Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.**

**Participante**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha**

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Investigador:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha**

**DNI:** \_\_\_\_\_



## ANEXO N° 02

### Guía de Entrevista



Mediante la presente entrevista, se pretende conocer las experiencias que vivió usted durante su trabajo de parto, es decir hasta antes de entrar a la sala de partos del Hospital Regional Lambayeque y sus experiencias en relación al cuidado que recibió en esta etapa.

Por tal razón solicitamos su colaboración para responder las preguntas planteadas, su identidad se protegerá a través de un seudónimo, además le aseguramos que los datos obtenidos serán utilizados con fines estrictamente de la investigación.

#### **Datos generales:**

1. Edad:
2. Estado civil:
3. Grado de Instrucción
4. Procedencia:
5. Psicoprofilaxis
6. N° de Controles

#### **Pregunta Norteadora:**

1. Relate por favor sus sentimientos, emociones y reacciones desde el momento que ingresó a emergencia cuando se iniciaron las contracciones y dolores hasta antes de entrar a la sala de partos.
2. Podría relatar sus sentimientos, emociones y reacciones en relación a la atención recibida por parte del médico, obstetras desde el momento que ingresó a emergencia hasta antes de entrar a la sala de partos.
3. ¿Qué le pareció la atención que le dio el personal de salud?

#### **Preguntas de apoyo:**

- a) ¿Cómo vivió el inicio del trabajo de parto?
- b) ¿Cómo vivió el dolor del trabajo de parto?
- c) ¿Qué hechos le impresionaron y que han dejado una huella en ud?
- d) ¿Qué cree que se puede mejorar en relación a la atención durante este periodo?
- e) ¿Hay algo que te gustaría decir al personal que te atendió durante tu parto?
- f) ¿Tienes algo que añadir o comentar sobre la atención al parto en el hospital en el que diste a luz o en los hospitales en general?

***¡Gracias !***





## ANEXO N° 03

### Lista de Chequeo



Mediante la presente se pretende cotejar si Ud. atravesó por alguna de las experiencias que a continuación mencionamos durante su estancia hospitalaria durante el trabajo de parto o desde su ingreso por emergencia hasta antes del expulsivo en la institución hospitalaria donde se atendió su parto.

Por tal razón necesitamos de su colaboración, haga memoria y responda si vivió o no cada una de las experiencias que le mencionamos a continuación: Aseguramos que la información vertida en este instrumento es anónima y además será utilizada sólo con fines de investigación.

**Seudónimo:**

	Ítem	SI / NO
1.	¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, le insultaron u ofendieron en tono de chiste acerca de su comportamiento mientras estabas en el periodo de dilatación?	
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?	
3.	¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y dilatación?	
4.	¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera durante estas etapas?	
5.	Durante la fase de dilatación ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirte consentimiento o explicarte ¿por qué eran necesarios?	
—	Rasurado de genitales	
—	Enema	
—	Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	
—	Rotura artificial de bolsa	
—	Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto	
—	Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	
—	Privación de líquidos y alimentos	
6.	¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	
7.	¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	
8.	¿Te hicieron sentir en algún momento que no estabas a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?	
9.	Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?	
<b>¡Gracias por su colaboración!</b>		

	<b>CUADRO RESUMEN DE LA LISTA DE COTEJO</b>	<b>SI</b>
1	¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, le insultaron u ofendieron en tono de chiste acerca de su comportamiento mientras estabas en el periodo de dilatación?	2
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?	1
3	¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y dilatación?	3
4	¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera durante estas etapas?	2
5	Durante la fase de dilatación ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirte consentimiento o explicarte ¿por qué eran necesarios?	
	Rasurado de genitales	1 CS
	Enema	0
	Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	2
	Rotura artificial de bolsa	2
	Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto	10
	Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	12
	Privación de líquidos y alimentos	2
6	¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	1
7	¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	14
8	¿Te hicieron sentir en algún momento que no estabas a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?	2
9	Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?	2



GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

 DIRECCIÓN DE  
INVESTIGACIÓN

*"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"*

Chiclayo, 15 de febrero del 2019

## CONSTANCIA

El Departamento de Desarrollo de la Investigación Básica - Clínica de la Dirección de Investigación del Hospital Regional Lambayeque; recibir y verificar la solicitud de cambio de título de: **"Experiencias de primigestas y el cuidado profesional que reciben en el periodo de trabajo de parto y dilatación"**, a: **"Experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben. Chiclayo 2018"** presentado por:

- Aurora Violeta Zapata Rueda

En tal sentido, se extiende la presente a solicitud del interesado.



x 

Mg. Blanca Katiuzca Loayza Enriquez  
Jefe del Departamento del Desarrollo  
de la Investigación Básica – Clínica

Codigo\_Inv: 0211-059-16



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE- CHICLAYO



PERU

Ministerio  
de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

## AUTORIZACIÓN

El Comité de Ética en Investigación, otorga la siguiente autorización a la  
Sra.:

**AURORA VIOLETA ZAPATA RUEDA**

Autora del proyecto: "Experiencias de primigestas y el cuidado profesional  
que reciben en el periodo de trabajo de parto y dilatación"

Ahora: "Experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado  
profesional que reciben. Chiclayo 2018"

Para el respectivo cambio de título del proyecto en mención.

La autora se compromete a guardar la confidencialidad de los pacientes y  
mantener los criterios éticos de investigación; así como usar exclusivamente  
los resultados obtenidos a partir de la investigación para la finalidad antes  
expuesta en su solicitud inicial.

Se otorga la presente a solicitud de la interesada.

Código\_Inv: 0211-059-16 CEI

Chiclayo, 25 de Febrero, 2019.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE  
*Emma Vanessa Arriaga Deza*  
Pta. Comité Ética en Investigación HRL  
CBP. N° 6789