



2021 - Año del homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Experiencias vividas frente a situaciones de violencia obstétrica


Estudio cualitativo de tipo fenomenológico a realizarse con enfermeras del área de ginecología y obstetricia de la Clínica Universitaria Reina Fabiola en el segundo semestre 2022.

89- Turno Mañana

Asesora Metodológica:

Prof. Esp. Valeria Soria.

Autoras:


Chamorro Figueroa Brenda.


De la Peña Villalobos Glenny.

Córdoba, 1 de febrero de 2022

DATOS DE LAS AUTORAS

Brenda Lucila Chamorro Figueroa reside hace 6 años en la provincia de Córdoba. Recibida de Enfermera Profesional en el año 2016 en Universidad Nacional de Córdoba. Inició su ejercicio profesional en enero del 2017 en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, en el área de ginecología y obstetricia, donde se encuentra cumpliendo su función hasta la fecha actual.

Glenny Flor De la Peña Villalobos se encuentra viviendo en la provincia de Córdoba desde hace 10 años, lugar en el que comenzó su recorrido académico cuyo objetivo final logró en él al recibirse de Enfermera Profesional en el año 2014 en el Instituto Privado Cruz Roja Argentina. El inicio de su ejercicio profesional data de septiembre del 2014 en Clínica Vélez Sarsfield, área de internado clínico quirúrgico. Actualmente se encuentra trabajando en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, precisamente en el área clínico quirúrgico.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente al apoyo incondicional de nuestras familias y de todos aquellos colaboradores que fueron parte en el proceso que implicó llevar a cabo el presente trabajo.

Asimismo, una especial mención a las instituciones sanitarias y colegas participantes que cedieron su ahora más que nunca valioso tiempo en pos de aportar su experiencia.

Finalmente, a la institución que nos abrió las puertas para que hoy nos encontremos aquí: la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, y en particular a nuestra asesora de tesis, Valeria Soria, quien procuró nuestro logro en este camino de investigación, en todas las instancias.

Índice

Capítulo 1: El Tema de Investigación.....	8
Área Temática o Construcción del Objeto en Estudio.....	8
Justificación	19
Marco Referencial	21
Conceptualización de la Variable	32
Objetivos.....	33
Objetivo General.....	34
Objetivos Específicos	34
Capítulo 2: Encuadre Metodológico	35
Enfoque.....	35
Esquema de Variable	35
Sujetos.....	37
Estrategia de ingreso y trabajo de campo	37
Procesamiento y análisis de la información.....	38
Plan de presentación de datos	39
Cronograma	43
Presupuesto	44
Referencias Bibliográficas.....	45
Anexos.....	50
Anexo 1: Nota de Autorización	50

Anexo 2: Consentimiento Informado	51
Anexo 3: Cédula de Entrevista	52
Anexo 4: Tabla Matriz.....	55
Ficha Técnica Trabajo Final de Licenciatura (TFL)	Error! Bookmark not defined.

PRÓLOGO

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2014), los maltratos a los que son sometidas las mujeres durante el proceso de parto se han convertido en varios países en un problema de salud pública y de derechos humanos. Actualmente la OMS reconoce a estos actos como un tipo de violencia de género categorizada como *violencia obstétrica*, término que representa la enorme falla en el sistema y afecta a la calidad del servicio prestado en el centro asistencial. Uno de los aspectos más relevantes de este concepto es la repercusión en la integridad física y mental de las mujeres que se encuentran ante esta situación al momento de parir.

Para una aproximación precisa, es importante señalar que la violencia obstétrica es definida por la Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485 (2009), como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (párr. 11). Se categoriza de esta manera como una forma de violencia de género que vulnera los derechos fundamentales de las mujeres a recibir asistencia médica para el parto y el aborto.

Para poder comprender mejor cómo se origina este tipo de violencia, García (2018) entiende que comienza a partir de las relaciones de poder que tiene lugar entre el personal asistencial (quien tiene el conocimiento) y las pacientes (que se encuentran a disposición de tal conocimiento). Sobre ello Sáez (2019) establece que en Argentina el personal asistencial en el área de obstetricia efectivamente incurre en prácticas que son consideradas violentas, entre las cuales se pueden mencionar las episiotomías, cesáreas, rasurados no consensuados, entre muchas otras, que son tomadas como trabajo de rutina y están institucionalizadas en los manuales de práctica.

Con miras a obtener una visión más particular, fue necesario revisar las estadísticas por provincia en donde existe un dato de relevancia que gira en torno a los mayores porcentajes de denuncias en la Argentina. La Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) (2017) recibe denuncias por violencia obstétrica que son registradas con fines estadísticos. Lo notable a simple vista es que la mayoría de estas denuncias están concentradas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), representando un

37,09% del total, y Buenos Aires con un 31,46%, seguido de Chubut (5,62%), Córdoba (3,37%) y Entre Ríos (4,49%).

Ante tales cifras, y en el marco de una práctica obstétrica con fundamentaciones teóricas de muchísima importancia para el paradigma del cuidado de la enfermería, y de una legislación relativamente nueva que se encuentra dentro de un plan general de protección para con las mujeres, resulta necesario conocer las experiencias vividas por parte de las enfermeras frente a situaciones de violencia obstétrica en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Provincia de Córdoba en razón de caracterizar las experiencias vividas por las enfermeras frente a situaciones de violencia obstétrica y establecer un antecedente investigativo que enriquezca el tratamiento de la dinámica en el territorio nacional argentino.

En ese sentido, conocer la realidad sobre estas prácticas violentas permite visibilizar lo que está teniendo lugar no solamente desde el plano individual sino también desde el plano de las instituciones clínicas y hospitalarias, además de que resulta de una especial relevancia el indagar acerca de lo establecido por la Ley de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485 (2009) y diversas fuentes científicas en relación al fenómeno, lo cual posibilita, a su vez, una instancia reflexiva de la práctica y la ética de enfermería en una instancia de violencia obstétrica.

Con respecto a los aspectos metodológicos esenciales, este es un trabajo cualitativo de enfoque fenomenológico, ya que su propósito es explorar, narrar y entender las experiencias de las personas en relación al fenómeno de la violencia obstétrica y dilucidar los elementos en común de tales acontecimientos. Para ello, se realizará una investigación de campo con una población conformada por el personal de enfermería de la clínica, precisamente con 24 enfermeras del área de obstetricia y ginecología. La técnica a utilizar para la recolección de los datos será la entrevista semi estructurada y el instrumento estará conformado por una cédula de entrevista.

Por lo que se refiere a su estructuración, el presente proyecto consta de dos capítulos: en el primero se hallan aspectos teóricos vinculados al tema de investigación, en tanto área temática, justificación, marco referencial, conceptualización de la variable y objetivos. Luego, se encuentra el encuadre metodológico donde se dejan por sentado el tipo de investigación, el diseño de la investigación, el tipo de estudio, la operacionalización de las variables, la definición de la población y la muestra, técnica de recolección, el procesamiento de la información, los planes, el cronograma de actividades

y el presupuesto. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas que sustentaron la investigación y los anexos.

Capítulo 1: El Tema de Investigación

Área Temática o Construcción del Objeto en Estudio

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en una declaración que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, lo cual incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, así como también el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. En este mismo decreto se solicitó mayor respaldo a los gobiernos en relación con el apoyo a investigaciones y acciones dirigidas a mejorar el trato que se provee a las mujeres durante la atención del parto institucionalizado. Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, la OMS (2014) promueve el accionar de programas encaminados a mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, fundamentada en el cambio de comportamiento de los profesionales de salud y en la atención del parto humanizado, que comprende el acompañamiento, la confidencialidad, así como también lo relacionado con el comunicar, alimentar, y reforzar lugares para poder obtener datos precisos acerca de prácticas inadecuadas.

Como contracara a un parto humanizado, y como razón principal para legislar al respecto, Gray, Mohan, Lindow y Farrell (2019) proceden a conceptualizar una categoría en particular: la de violencia obstétrica, en tanto que este es el término que se acuñó para reflejar las deficiencias del personal asistencial en la prestación del servicio a las mujeres embarazadas. Por su parte, Tamayo, Restrepo, Gil y González (2015) definen a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que vulnera los derechos fundamentales de la mujer a recibir asistencia médica para el parto y el aborto y está vinculada a las relaciones asimétricas de poder que existen entre las embarazadas y el personal de salud.

Castro (2019) remarca que la violencia obstétrica se acrecienta cuando se trata a inmigrantes, de acuerdo a la religión que profesa la paciente o si es una mujer privada de libertad, al igual que es posible identificar que es justamente en los centros asistenciales públicos en donde se presentan con más frecuencia situaciones de violencia obstétrica.

La Secretaría de Derechos Humanos de Argentina (2017) en su página web plantea que la violencia obstétrica afecta a la mujer y a su bebé durante el embarazo, el

parto e incluso, el postparto, y que tiene lugar a partir de muchas aristas del comportamiento, ya acciones ya omisiones, y está en manos del personal médico y de enfermería sobre el cuerpo de quien se encuentra embarazada, siendo esto solo un tipo de las muchas violencias dirigidas hacia las mujeres. Hablar de Violencia Obstétrica no sólo implica reconocer diversas situaciones de humillación, violencia y degradación que puede sufrir una mujer al momento de realizar una consulta o asistir a un parto, sino que también supone reclamar derechos que son contemplados tanto en la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, como así también, en la actual ley de Parto Respetado.

En esta línea, en el año 2004 se sancionó en Argentina la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado, que pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto. Asimismo, aboga por la anteposición del parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer. Asimismo, deberá ser con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito el caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

En relación a las estadísticas nacionales con indicadores sobre violencia obstétrica, es importante destacar que los datos de la Provincia de Córdoba arrojan que los porcentajes en cuanto al número de cesáreas realizadas, episiotomía y manejo activo del parto están por encima de los porcentajes del país, a saber, la tasa de cesárea nacional para el año 2014 fue de 31,9% y en Córdoba fue de 37,6%, lo mismo ocurrió en el caso de la episiotomía (63,3% valor nacional, 70,5% en Córdoba) y el manejo activo del parto (71,9% nacional, 76% Córdoba) (OMS, 2015).

Frente a este hecho, la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones para la Violencia de Género (CONSAVIG) comenzó con un proyecto especializado en sistematizar las denuncias relacionadas con la violencia obstétrica y de los resultados se observa que, en cuanto a los motivos de las denuncias, el mayor porcentaje recae en el trato deshumanizado por parte del personal asistencial (82%), la falta de información tanto de los pacientes como del personal asistencial (44%),

la medicación aplicada (42%) y el no tomar en cuenta la decisión de la mujer (34%) (Ministerio de Salud, 2017, p. 6).

Lo expuesto previamente no se aleja de la realidad de la Clínica Universitaria Reina Fabiola (CURF), institución de salud que forma parte de la Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba y cuya existencia data del año 1959 por iniciativa del Rector Jorge A. Camargo. Al respecto, cabe destacar que sus objetivos principales son brindar prestaciones en salud, apoyar la formación de los alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud y formar profesionales altamente calificados mediante residencias médicas y especializaciones de posgrado, para poder brindar una excelente calidad asistencial a la comunidad.

Con respecto a la misión de la Clínica, se establece que se encuentran comprometidos en brindar prestaciones de excelencia en salud de baja, mediana y alta complejidad, y en la formación de profesionales médicos y del equipo de salud, abocados a la realización de aportes al conocimiento científico mediante la investigación, en el marco de la filosofía de la Universidad Católica de Córdoba, ejerciendo la responsabilidad social que compete con ciencia, conciencia y compromiso. Su visión se focaliza en crecer a través de la excelencia académica y la calidad de los procesos, y como valores predicen el respeto, la idoneidad, la calidad, entrega social, equidad y la honestidad.

El servicio de Obstetricia de la Clínica se encarga del seguimiento del embarazo normal y del embarazo de alto riesgo (hipertensión, diabetes, mal formaciones congénitas, prematuridad, sepsis, entre otros). Brinda, además, la internación conjunta (Binomio Madre-Hijo) en el segundo piso “Rafael Orona” y cuenta con una unidad perinatal ubicada en planta baja.

En relación a datos estadísticos obtenidos de la institución se puede contemplar que durante el año 2020 los nacimientos fueron 57 % por cesárea, 40 % partos vaginales, 3% partos forniciales. Del análisis mensual se destaca el mayor porcentaje de cesáreas corresponde a febrero 63% y marzo 85%. En cuanto a los partos vaginales en el mes de junio alcanzo 51%, en septiembre 47%. Como contrapartida en el mismo mes, se registra un 7% de partos forniciales y 5% durante el mes de abril. (Jefa de residentes, comunicación personal, octubre de 2021).

Es importante mencionar que en el presente año la clínica se encuentra en proceso de modificación precisamente en el área de obstetricia, en la cual se han inaugurado dos salas de partos nuevas, una que cuenta con todas las condiciones para llevar a cabo un parto vertical y otra que tiene, en su baño privado, una bañera, en pos de garantizar un parto no intervenido en el cual hasta el examen físico se hace en conjunto con la paciente.

Por otro lado, el equipo de enfermería son 24, mujeres con un rango de edad 25-70 años de edad, respecto al grado de profesionalización 87,5 % son enfermeras profesionales, 12,5 % son licenciadas en enfermería y una con título de postgrado. En cuanto a la antigüedad, es variable desde 3 años hasta más de 25 años de servicio. La distribución y organización del trabajo consiste en dos enfermeras para las unidades perinatales, una destinada a la atención de la recepción de recién nacido, (incluye cesáreas) y dos o tres encargadas de la internación conjunta.

Debido a la incorporación de estas modificaciones en infraestructura, se destaca que la formación inadecuada de los recursos humanos de enfermería es una grave amenaza para la seguridad de los pacientes y la calidad de los cuidados. Estos componentes que conforman la enfermería van acompañados de un marco normativo y legal que regula y fiscaliza el ámbito educativo y del ejercicio profesional.

Considerando el mercado de trabajo (sector público y privado) y las diversas áreas de actuación del enfermero, se percibe la competencia profesional como requisito básico, que requiere del enfermero el desarrollo de un pensar crítico y reflexivo, permitiendo develar la realidad y proponer acciones transformadoras en el cuidado al individuo, mirando a la calidad de la asistencia prestada y la satisfacción del paciente y familiares. Frente a estas consideraciones, el enfermero necesita de un perfil personal y profesional que le permita desarrollar sus funciones eficazmente, aliando conocimiento técnico-científico, humanización e individualización del cuidado. La singularidad de las organizaciones hospitalarias ha sido destacada por la asistencia a pacientes en situaciones de salud cada vez más críticas, que necesitan respuestas individuales y complejas que atiendan a sus necesidades.

De esa forma, el trabajo hospitalario exige nuevas habilidades partiendo de las experiencias de enfermería frente a situaciones de violencia obstétrica, se deparan con cambios tecnológicos y exigencias las mujeres, provocando muchas veces, transformaciones en su proceso de trabajo. La temática “habilidad profesional” se ha constituido, a lo largo de los años, en foco de atención de los enfermeros, así como de los

administradores de los servicios de salud, pues los enfermeros representan, en términos cuantitativos, una parcela significativa de los recursos humanos asignados en estas instituciones, especialmente en los hospitales, y, por tanto, interfieren directamente en la eficacia, en la calidad y costo de la asistencia a la salud prestada. En ese sentido, la movilización de habilidades en estos profesionales podrá reflejarse significativamente en los resultados logrados.

A partir de los datos estructurales que presenta la CURF y la experiencia de las investigadoras que trabajan en el área, es posible establecer las siguientes observaciones respecto a la temática planteada en el presente trabajo:

- Diferentes concepciones respecto a la práctica durante el parto.
- Predominio del modelo de atención del parto tecnocrático.
- Insuficiente actualización de modelos de atención al proceso de parto.
- Deficiente manejo de emociones frente a situaciones de estrés relacionadas con el proceso de parto.
- Falta de comunicación entre profesionales sanitarios.
- Predominio de relaciones de poder a favor de los médicos.
- Las habitaciones cuentan con diferentes artefactos y dispositivos que permiten la implementación de un parto humanizado.
- Se desconoce cuáles son las experiencias vividas por parte del personal de enfermería ante situaciones de violencia obstétrica
- Se adhiere al programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, de Salud Sexual y Procreación Responsable de donde surge la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Hay diversos modelos de atención utilizados en la institución.
- Existen protocolos de atención establecidos en la institución.
- Hay modificaciones de infraestructura a favor de un parto humanizado, pero falta formación en cuestiones de protocolo.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto surgen los siguientes interrogantes:

1. ¿Qué prácticas relacionadas con la violencia obstétrica tienen lugar en la Clínica Universitaria Reina Fabiola?

2. ¿Cuáles son las razones de la falta de comunicación en el equipo de obstetricia?
3. ¿La violencia obstétrica es un aspecto abordado con seriedad e importancia en la formación de los profesionales de la salud?
4. ¿Cuentan los enfermeros de la CURF con herramientas emocionales ante situaciones de stress relacionadas al parto?
5. ¿La violencia obstétrica es un aspecto abordado con seriedad e importancia en la formación de los profesionales de la salud?
6. ¿Cuáles son las experiencias de los enfermeros con relación a situaciones de violencia obstétrica?

Para responder estos interrogantes, se realizó una revisión de antecedentes de trabajos de investigación que guardan relación con el tema y permiten orientar el trabajo, para lo cual también se recurre a referentes clave que muestran la realidad de la situación a tratar. En este sentido, se presentan a continuación una serie de investigaciones relacionadas con el tema y el aporte de referentes clave de la institución.

En relación al primer interrogante sobre las concepciones de prácticas del personal de salud en la instancia del parto, es preciso remitirse a lo que declara en diálogo con un periódico local la jefa del servicio de ginecología y obstetricia de la Clínica Reina Fabiola y docente de ginecología de la Universidad Católica de Córdoba. En el diario La Voz del interior (2020) expone que la intervención de las doulas (asistentes profesionales para el trabajo de parto que brindan apoyo emocional y físico) en el proceso de parto, es “La única forma en que la sociedad logró reducir la mortalidad materna y neonatal fue con la institucionalización del parto” (párr.1). No obstante, recalca a continuación que la política del intervencionismo está cambiando y que han logrado aumentar el número de partos mínimamente intervenidos, en tanto y en cuanto no afecte a la salud del bebé. Además, comenta:

Hemos tenido experiencias de parto con doulas y ha sido muy buena. Muchas madres vienen con su doula, y la experiencia ha sido muy positiva. Sobre todo, la percepción con la que se va la paciente es mucho más gratificante. (párr.1).

Sin embargo, sobre el rol de la doula y de los médicos, la jefa del servicio comenta que “Como su acompañamiento es psico emotivo se puede extender perfectamente, porque no interviene con el papel del médico. Si sabe hacer bien su trabajo siempre es

una ayuda” (p.1). De tal forma, lo expuesto por la autoridad de la institución parece señalar que, al separar el papel del médico con el aspecto psico emotivo, la práctica que se lleva a cabo allí tiende hacia una práctica de tipo tecnocrática.

En este momento de la investigación aparece uno de los primeros conceptos que cuyo largo historial de práctica ha llevado a los casos de violencia obstétrica recurrentes históricamente. Esta es la perspectiva tecnocrática, en donde el paciente pasa a ser objeto y se establece una alienación importante, pues ese estado mental propicia una pérdida del sentimiento de la propia identidad entre cuidador y paciente. Vallana Sala (2020) afirma que bajo esta dinámica el tratamiento distante ante el paciente también incide hasta en una utilización impersonal del lenguaje, y la autoridad y responsabilidad recaen sobre el médico y no en la parturienta, por lo que el tratamiento se dirige hacia la estandarización y no en tratar cada persona como individuo.

El segundo refiere directamente a la comunicación en el equipo de obstetricia, específicamente en la existencia o ausencia de instancias grupales en las que se propicie una comunicación abierta con respecto a las experiencias de violencia obstétrica. Si bien no hubo respuesta específica acerca de tal aspecto en la institución a investigar, es importante recordar que los cortocircuitos en la comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional. En palabras de Vitolo (2011) en *Problemas de comunicación en el equipo de salud* es un problema de suma importancia en la mayoría de los reclamos originados en instituciones en general y en las áreas de alto riesgo en particular, como cirugía, obstetricia y terapia intensiva.

Sobre el tercer interrogante, que gira en torno a protocolos de atención establecidos en la institución, ha de establecerse que el único protocolo que existe es el vinculado a la prevención del contagio del Covid-19. Precisamente, una enfermera trabajadora de la institución manifiesta que en la institución los protocolos fueron realizados en el año 2014 (evidentemente influenciado por la declaración de la OMS en ese mismo año) y no fueron actualizados hasta la fecha, solo revisados en el año 2019 y sin modificaciones significativas, lo cual dilucida falencias respecto a la atención y nuevas elecciones y el poder de decisión por parte de las parturientas, y conlleva un conflicto entre paciente y profesional.

Acerca de los protocolos de atención, cabe remitirse al hecho de que la Justicia de Córdoba ordenó este año una clínica privada (Clínica del Sol) que presente un protocolo

para la implementación del parto respetado y con perspectiva de género en un plazo de 30 días, luego de que una mujer realizara una denuncia por violencia obstétrica en abril del 2016. Por ello, el centro de salud debió presentar un protocolo de capacitación en la temática, destinado tanto a los profesionales de la salud como al personal administrativo; un protocolo de expedición de certificado de defunción fetal; y un protocolo que garantice a las mujeres contar con la información necesaria respecto de los derechos que le asisten antes, durante y con posterioridad al parto, con o sin vida, incluso tratándose de abortos (Clarín, 2021).

Haciendo hincapié en el interrogante número cuatro, referente a lo observado sobre el deficiente manejo de emociones frente a situaciones de estrés relacionado al proceso de parto, menciona una enfermera de la institución que dichas situaciones comienzan en la sala de partos, lugar donde las mujeres se encuentran con dolor, molestias, nervios y miedo, y que por lo general se encuentran solas por las limitaciones de infraestructura de la clínica. De tal manera, y ante la naturalización/rutinización del proceso de parto por parte de los profesionales, se genera un ambiente estresante y descalificado, lo cual aumenta la incidencia de violencia obstétrica. Es así que ante la dinámica del proceso de parto y la incertidumbre de la práctica diaria entre los profesionales de la salud, se fomenta un déficit en el trato personalizado, falta de coordinación entre los profesionales y servicio, la falta de confidencialidad y el continuo cambio de profesionales durante el proceso de atención.

En cuanto al quinto interrogante que cuestiona si la violencia obstétrica es un aspecto abordado con seriedad e importancia en la formación de los profesionales de la salud, es preciso retomar un estudio realizado por Leida Montero (2017) denominado *El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica*. En él, se investiga sobre la tensión en los procesos reproductivos de las mujeres: el parto y el nacimiento, eventos que la obstetricia ha llevado a cabo a partir del modelo biomédico hegemónico históricamente.

La autora sostiene que la praxis obstétrica de las enfermeras está caracterizada por la aplicación de procedimientos, técnicas y protocolos acordes a su formación tecnocientífica, y que esta formación las capacita para cumplir normas y pautas establecidas por la lógica de la institución hospitalaria, lo que conlleva a omitir el lado humano y homogeneizar las necesidades e intereses de cada mujer. En ese sentido, llega a la conclusión de que en la acción que sustenta el modelo de formación de las enfermeras

se muestra una clara visión biologicista desconectada de factores socio históricos, ecológicos, de género y socio culturales con una ausencia total de aspectos relacionados con la ética de cuidado. Tal es así que uno de los grandes problemas relacionados con la violencia obstétrica está vinculado con la incapacidad del personal médico de reconocerlo como tal, ya sea por desconocimiento o negación.

En esa línea se encuentra el estudio de Gray et al. (2019), *Violencia obstétrica: percepciones del equipo clínico de una práctica simulada en video*, que midió la percepción del personal médico sobre las prácticas de violencia a partir de videos y simulaciones y tuvo como objetivo identificar el nivel de consciencia y la actitud del personal médico a partir de una encuesta en línea. La encuesta fue realizada en Qatar a un grupo del personal del Sidra Medicine, y de los resultados se tiene que sólo el 48% de los encuestados fueron capaces de definir el término de violencia obstétrica, mientras que el 63% ha sido testigo de un cierto nivel de violencia obstétrica durante su carrera sin cuestionarse estas actitudes previamente; estos resultados refuerzan la importancia de sensibilizar al personal médico sobre este tipo de problemas y como el desconocimiento, la desinformación o la normalización pueden generar un patrón repetitivo de esta violencia a lo largo de la carrera del personal sanitario.

En cuanto al sexto interrogante, refiere a aquellas prácticas relacionadas con la violencia obstétrica tienen lugar en la Clínica Universitaria Reina Fabiola y cuáles son las experiencias de los enfermeros con relación a la violencia obstétrica. Para ahondar en ello se ha de establecer que, ante la falta de actualización de conocimiento, se debe tener en cuenta si los profesionales entienden a las mujeres en el proceso de parto y si consideran las practicas invasivas como violentas o irrespetuosas, ya que la continua información lleva a reflexionar, generar autocrítica y fomentar valores profesionales acordes a la nueva realidad y empoderamiento de las mujeres.

Sobre esto, es pertinente retomar la tesis doctoral de García (2018): *La violencia obstétrica como violencia de género*, en la que aborda temas relacionados con los tipos de violencias, las prácticas que son consideradas violentas, las experiencias y vivencias de los profesionales frente a la violencia obstétricas y la formación profesional. Entre las conclusiones destaca que los profesionales no reciben formación sobre la violencia obstétrica y cuando son conscientes de la situación, se les dificulta cuestionar a sus superiores inmediatos. Una de las conclusiones refiere a que la mayoría de los

profesionales que han podido ser agentes o espectadores de dicha violencia, nunca habían recibido información sobre violencia obstétrica con anterioridad.

La búsqueda bibliográfica permitió observar que se han realizado diversas investigaciones y estudios en varios países relacionados con la violencia obstétrica, abordando el estudio desde múltiples aristas y aclarando conceptos sobre violencia obstétrica, las prácticas que son consideradas violentas y la responsabilidad que tiene el personal de salud sobre ella. Asimismo, de la revisión también se destaca que hay pocas investigaciones que traten el tema de las experiencias de los enfermeros a nivel local y es por ello el interés de abordar la investigación tomando en cuenta la particular visión del personal de salud, específicamente de aquellos que forman parte del área de obstetricia.

De tal forma, se cuenta con el trabajo de Gonçalves, Carreira, Pinheiro, Carcaman, Kakuda (2014), que tuvo como objetivo reportar la experiencia de enfermeras obstétricas en relación a la violencia obstétrica vivida, presenciada y observada durante su carrera profesional, para lo cual sistematizaron las experiencias de los enfermeros en varias instituciones en Brasil, a partir de un análisis de contenidos. Entre los resultados más resaltantes se encuentran las expresiones violentas de los profesionales de la salud a los pacientes, los procedimientos innecesarios y las fallas sistemáticas de las instituciones.

En esta línea, el estudio realizado por Lappeman y Swartz (2019) hace referencia a las prácticas teniendo en cuenta la experiencia de los médicos, de los enfermeros, de las pacientes y la observación directa de los investigadores, y tuvo como objetivo analizar el entorno de una sala de parto en un hospital público en Sudáfrica, para lo cual se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista abierta, dejando que las ideas y puntos de vista del entrevistado fuesen expresadas con sus propias palabras. Adicional a las entrevistas se analizaron los documentos del hospital como procedimientos, protocolos y políticas y de los resultados se arroja que no se observa violencia, el trato es amable, se responde las preguntas, se cubren las necesidades básicas, pero que no obstante sí hay carencia de contacto emocional, como así también un excesivo silencio.

Finalmente, luego de haber realizado un recorrido para intentar dar respuesta a los interrogantes surgidos de las observaciones del lugar, y no habiendo hallado un antecedente preciso respecto a si el personal de enfermería de la institución posee conocimientos sobre la categorización de violencia obstétrica y cómo ha sido el tratamiento de las situaciones vividas al respecto, si las hubiera, es que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias vividas frente a situaciones de violencia obstétrica, de las enfermeras de la Clínica Universitaria Reina Fabiola ubicada en la Provincia de Córdoba en el segundo semestre del año 2022?

Justificación

La relevancia social que tomaron las estadísticas en cuanto a los casos de violencia obstétrica a nivel mundial llevó a la OMS a tomar decisiones y publicar la declaración *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* en el año 2014. De aquí que se retome la importancia que tienen las luchas sociales que logran instalar en la agenda de políticas públicas el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sucede que, como pudo demostrarse anteriormente, y como se seguirá demostrando a lo largo de este trabajo, el parto representa una instancia transformadora en la vida de la mujer y del niño que está por nacer, circunstancia ante la cual puede darse un parto respetado si se hace uso de una modalidad de atención que contemple el respeto a los derechos de los padres e hijos por nacer al considerar los valores de la persona gestante, sus creencias y sentimientos, y respetar su dignidad y autonomía durante el proceso de parir, basándose en procedimientos obstétricos que procuran evitar las rutinas asistenciales sistematizadas y ajenas al ejercicio empático que constituye un pilar fundamental en el ejercicio profesional del personal de salud (Gago, 2017).

No obstante, situaciones de violencia obstétrica son una realidad que acontece a diario en Argentina y el mundo, por lo que es necesario que ingrese a la agenda pública en pos de visualizarlas y obtener respuestas mediante políticas de Estado (decisiones, acciones y procesos) que como consecuencia efectivizarían de derechos. Surge, entonces, la necesidad de que primero se convierta en un tema de discusión pública, que la sociedad conozca sobre ella y que deje de ser considerado un tema tabú del cual no se habla. Así, el desafío es debatir sobre esto y que con el tiempo se traduzca en líneas de acción que tengan que ver, por ejemplo, con la formación del personal de salud involucrado en los casos de violencia obstétrica.

Por ello, es necesario continuar con los estudios respecto a la violencia obstétrica, haciendo hincapié en la importancia de la práctica como parte de una corriente humanizadora en el campo de la salud, que trae mayores beneficios y evita de esa manera posibles inconvenientes a futuro que suelen presentarse en el área de maternidad, no tan solo en la madre sino en los recién nacidos, en pos de lograr identificar la calidad en la atención de la salud y brindar un aporte de relevancia en el área de obstetricia y maternidad.

En ese marco, en trabajo investigativo como el presente resulta relevante social, académica e institucionalmente, en tanto que traerá a colación experiencias en relación de lo establecido por la Ley de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485 (2009) y diversas fuentes científicas en relación al fenómeno, lo cual posibilita, a su vez, una instancia de reflexión sobre la práctica y la ética de enfermería en una instancia de violencia obstétrica. Asimismo, a partir de esta investigación se realizará un abordaje de la temática desde una institución específica de la región de Córdoba, la Clínica Universitaria Reina Fabiola, lo cual establece un antecedente investigativo y enriquece el tratamiento de la dinámica en el territorio nacional argentino.

Por último, resulta importante señalar el hecho de que gran parte de los estudios de esta temática se han realizado desde las perspectivas de las mujeres víctimas de violencia obstétrica y desde el enfoque de los derechos humanos en salud sexual y reproductiva. No obstante, son pocos los trabajos que hacen referencia a la opinión del personal asistencial, es decir, aquellos que brindan los cuidados continuos en el proceso del trabajo de parto y participan activamente ejerciendo un rol de responsabilidad sobre su práctica profesional, por lo cual aquí se busca reflexionar sobre la violencia obstétrica a partir de las experiencias del personal de enfermería en pos de tener una visión interna con respecto a la dinámica en el proceso de parto, lo cual supone una oportunidad para la autocrítica profesional, como también representa la posibilidad de cambios en los modelos de atención.

En este sentido, la ejecución del presente proyecto aportará, teniendo en cuenta la perspectiva institucional, en tanto que la información que se obtenga motivará el debate al interior de los equipos interdisciplinarios para repensar el respeto debido a quienes se acercan a los servicios de salud en búsqueda de cuidados y contención, sobre todo en una circunstancia como la que se presente. Asimismo, pensando al campo específico de la investigación de enfermería, es posible aseverar que este trabajo facilitará el debate y la posible innovación de las prácticas de cuidado, como así también, en el marco del crecimiento de conocimiento científico general, podría sostenerse que la presente investigación será un disparador para nuevas propuestas de investigación sobre el tema, no tan sólo a nivel nacional sino también a nivel regional.

Marco Referencial

Sedano (2014) en *Reseña histórica e hitos de la obstetricia* realiza un recorrido histórico de la obstetricia que permite dilucidar la manera en que las prácticas han cambiado o se han repetido a sí mismas. Es relevante retomar este artículo para conocer ese pasado, entender el presente que se transita actualmente relacionado a la obstetricia y proyectar al futuro las lecciones aprendidas y conocer los retos que traerá esta disciplina.

La autora comienza demostrando cómo el origen de la obstetricia se sitúa hace milenios y ha ido evolucionando hasta la época actual. La primera referencia al parto se puede encontrar en el paleolítico, reflejado en las pinturas rupestres, donde se representan partos de mujeres solas o acompañadas por una asistente. No obstante, y debido a algunos casos complicados en los que se producía la muerte de la madre o del feto, tuvo lugar en la esfera social la profesión de hechiceras, curanderas, brujos y médicos. Y fue entonces cuando las mujeres comenzaron a ser víctimas de las prácticas de estos, sufriendo manteos y golpes, bebiendo brebajes intoxicantes, entre otras técnicas.

En Grecia (del 500 a. C hasta el 500 d. C.), el papel de la mujer en el parto queda en segundo plano a causa de la aparición del médico como principal autoridad. Sedano (2014) menciona que las comadronas tuvieron que apelar a la clandestinidad para poder atender los partos. Sin embargo, en Roma vuelve como principal asistente, aunque eran evaluadas y aprobadas por el Senado de Roma.

En la Edad Media, la asistencia al parto continuó presentando inequidades según la clase social a la que se pertenecía, por lo que las mujeres de familias con pocos recursos eran atendidas en sus casas por otras mujeres con conocimientos únicamente adquiridos mediante la práctica de asistencia y los transmitidos oralmente por mujeres de generaciones anteriores, mientras que aquellas mujeres aristócratas eran atendidas en casas ricas por comadronas experimentadas. Sin embargo, algunas prácticas se dejaron de lado, como la exploración y la palpación antes del parto y comenzó a tener importancia las artes de la superstición, siendo lo más importante en el embarazo la fecha de parto y la astrología con sus predicciones sobre ese día.

Tiempo después, precisamente en 1804, en España, la instrucción de matronas quedó regulada con un temario, profesores, exámenes y con un periodo de práctica incluido, creando un antecedente para el resto del mundo. En ese entonces, las mujeres que habían estado más de tres años como aprendices con una matrona o un médico podían

optar a un examen para obtener la cualificación oficial. Los encargados de la enseñanza fueron exclusivamente médicos hasta el año 1868, cuando las matronas pudieron dedicarse a la docencia de forma oficial. En 1958, se establece la Especialidad Obstétrica o Matrona para los estudios de Asistente Técnico Sanitario.

Luego, en 1992, se aprueba el programa formativo de residencia EIR (Enfermero Interno Residente) donde se puede elegir la especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Es así que, en la primera mitad del siglo XX, la asistencia al parto era mayoritariamente en el domicilio de la parturienta y fue avanzando a la atención hospitalaria en su segunda mitad. De tal forma, es importante destaca que durante el parto hospitalizado se ha ido progresando de una asistencia centrada en la medicalización a una asistencia menos invasiva y más respetuosa (Sedano, 2014).

Luego de conocer este desarrollo histórico, hoy y en relación particular con los modelos de atención en circunstancias de parto hospitalizado se conocen y advierten tres tipos diferentes. Vallana Sala (2020) en *La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto* aclara que, desde la perspectiva tecnocrática, el paciente pasa a ser objeto y se establece una alienación importante, pues ese estado mental propicia una pérdida del sentimiento de la propia identidad entre cuidador y paciente. Bajo esta dinámica, el tratamiento distante ante el paciente también incide hasta en una utilización impersonal del lenguaje. Además, bajo este modelo la autoridad y responsabilidad recaen sobre el médico y no en la parturienta, y el tratamiento hacia la estandarización y no en tratar cada persona como individuo, por lo que se apela a servirse de reglas y protocolos para aplicar en todas las situaciones.

Por otro lado, la autora Vallana Salas (2020) describe al modelo humanístico que surge en EEUU como resultado del rechazo hacia el sistema tecnocrático de la medicina encabezado por enfermeras, parteras, consumidoras y activistas en el parto. Se hace manifiesta la protesta hacia el tratamiento inhumano que tenía lugar en el trabajo de parto. Esta perspectiva considera al parto como un sistema que trata al unísono la biología, los factores psíquicos y el ambiente social de la parturienta. Se entiende que hay conexión entre mente y cuerpo y se tiene en cuenta a lo hormonal. Asimismo, en este paradigma el cuerpo se define no como una maquina sino como un organismo y, en el parto, la paciente es percibida como sujeto con contenido, decisión y responsabilidad en conjunto con su equipo de salud, por lo que conexión y cariño entre paciente y cuidador constituyen la esencia de este modelo.

Para concluir, Vallana Salas (2020) describe al tercer paradigma, el modelo holístico. Bajo su lógica se establece la unidad de cuerpo mente y espíritu, como un sistema complejo de energía. Este punto es lo que hace tan radical al paradigma holístico: mucha gente no puede entender el papel o la existencia de la energía en la curación, pero muchos remedios alternativos como la homeopatía medicina china o la acupuntura no pueden ser entendidos si no se tiene en cuenta a la energía presente en el cuerpo y la mente. En este modelo se pretende intervenir a nivel de energía para no tener que intervenir a nivel de tecnología, tomando en cuenta de los deseos y miedos de la madre antes de recurrir a la oxitocina. Finalmente, en el modelo holístico autoridad y responsabilidad existen en cada individuo, así como también existe individualización y no estandarización de los cuidados.

Este trabajo de investigación se centra en el parto humanizado como dinámica en tratamiento. Lo primero que se reconoce es que hace ya varios años, y en diferentes países del mundo, se viene manifestando la necesidad de retomar el proceso desde una perspectiva humanística, por lo que se comienza a hablar sobre la desmedicalización y sobre volver a lo natural. Vargas Lidy (2018) en *Atención del parto humanizado en instituciones de salud en Latinoamérica* plantea que al hacer esto, se redefine este acontecimiento no como un parto simplemente vaginal, sino como una circunstancia en la que se abordan aspectos de orden cultural y social, para la cual es importante que la participación de obstetras, enfermeras, pediatras y anestesiólogos sea enfatizada en la minoración de dificultades en la comunicación y potenciación del acompañamiento, el liderazgo, el trabajo en equipo, la resolución de conflictos y las capacitaciones a sus grupos de trabajo en competencias no técnicas con el objetivo de proporcionar atención segura y prevenir desenlaces adversos del binomio madre-hijo.

Para generar un cuidado personalizado a la gestante, Vargas Lidy (2018) afirma que algunas instituciones capacitan al personal auxiliar del equipo de salud en temas de humanización que benefician las relaciones de poder y conducta. Por eso, para alcanzar la calidad de la asistencia se hace necesario invertir en todos los profesionales de la salud diferentes aspectos de tipo cuantitativo y motivacionales como los recursos humanos, justificación de la jornada laboral, cualificación de los profesionales y de los servicios ofrecidos, el sueldo y control del estrés al cual están expuestos.

De todas maneras, es necesario comprender que la mismísima idea de humanización en el trato durante el proceso de parto trae consigo la lamentable existencia

de la violencia obstétrica, en tanto que surge como respuesta a esta última. En este sentido, y como primera instancia de categorización, la violencia es definida por la OMS (2012) como:

el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (párr. 1).

Se puede señalar, entonces, que la violencia ocurre cuando se afecta la integridad de la persona utilizando la fuerza física o las amenazas dejando a la otra persona en estado de indefensión y con el dominio y control total sobre quien violenta. Kaplan (2006) confirma esta concepción, al definirla como el intento de controlar y dominar a otra persona, dinámica que se presenta cuando hay relaciones de poder desequilibradas y los que se encuentra en una posición superior tratan de forzar la voluntad del otro.

Sin embargo, en esta particular instancia urge definir a la violencia de género, a la cual la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 1993) declara como acto de violencia en relación al sexo femenino aquel que tenga o pueda resultar en un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada. En Argentina, el Congreso Legislativo en su ley 26.485 (2009), define la violencia de género como aquella conducta que, de manera directa o indirecta, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como también su seguridad personal.

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2009) en su reglamento sobre la violencia obstétrica como violencia de género, comenta que abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o posparto, en centros de salud públicos o privados. Es importante destacar que este fenómeno no es particular del momento del parto y solo ese momento, sino que puede darse en cualquiera de ellos, ya siendo negando información de su estado o sus tratamientos, de ser indiferentes al dolor; de humillar verbalmente verbales; de provocar intervenciones médicas forzadas o coaccionadas; entre otras manifestaciones.

Asimismo, la violencia obstétrica está definida por la Ley argentina 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales por parte de trabajadores/as de salud de los servicios públicos y/o privados, incluido en este concepto todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria.

De lo anterior es posible categorizar dos tipos de violencia dentro del ejercicio obstétrico, una de tipo físico y otro de tipo psíquico, tal como sostiene Barrios Colman (2018). Mientras que la primera tiene lugar en prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. La segunda, incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica.

Ante estas diferentes situaciones a las que se puede someter una persona en el parto, la OMS, citada por Belli (2013), señaló que muchas mujeres están expuestas a ofensas y faltas de respeto durante el parto, violando los derechos de las mujeres y amenazando sus derechos a la vida, la salud y la no discriminación. Las líneas de acción que se desprenden de esta problemática social hace que la OMS entonces recomiende que se implementen las siguientes prácticas como forma de prevenir la violencia obstétrica:

- Permitir que las mujeres tomen decisiones relacionadas con el procedimiento.
- Permitir el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el postparto.
- Permitir el libre movimiento de la mujer y la posición donde se encuentre más cómoda.
- Aplicar procedimientos invasivos cuando sea necesario o la mujer lo solicite como es el caso de episiotomía de rutina, el rasurado y la colocación de enema.
- Utilizar el monitoreo fetal electrónico cuando sea necesario ya que limita el libre movimiento de la mujer.
- Permitir toma de líquidos y alimentos en el trabajo de parto.
- Usar oxitocina, analgesia y anestesia cuando sea necesario.

- La tasa de cesárea debe estar entre el 10% y el 15% de total de parto tratados tanto en el sector público como en el privado.

No obstante, aun cuando se cuenta con las leyes sobre violencia obstétrica, en una clara implicancia de Estado sobre la problemática, se siguen presentando prácticas que son consideradas violentas en tanto que anulan simbólicamente los derechos de la mujer como usuaria y ciudadana, que se garantizan a través de las políticas públicas de parto y nacimiento. Tal como se pudo observar, no sólo estos actos expresan la violencia en el contexto del prenatal y el parto, sino que van desde las ofensas, humillaciones, gritos, discriminación, significado, negligencia, hasta el abuso sexual, y pueden clasificarse en modalidades: física, psicológica, sexual, institucional, material y mediática. Entre las diferentes prácticas que se presentan, las más frecuentes son, según Fernández (2015):

- Falta de acceso a los servicios de salud por no contar con recursos económicos.
- Cateterización intravenosa: se trata de una técnica invasiva que facilita la administración de fármacos y líquidos a la mujer en proceso de parto, no debería colocarse de forma rutinaria, sino únicamente en caso de necesidad de antibióticos o medicamentos similares.
- Amnioscopia: se utiliza para evaluar el líquido amniótico, es una prueba invasiva y con muchos falsos positivos.
- La tricotomía o depilación del vello púbico: lo realizan para reducir infecciones y facilitar la sutura, pero no hay evidencia que certifique que esa práctica hace bien.
- Restricción de la cama: al colocar monitores, esto no permiten que la mujer se desplace, sino que queda sujeta a la cama.
- La maniobra de Kristeller: consiste en apretar durante la expulsión el abdomen de la parturienta, ejerciendo así presión sobre el fondo uterino para aumentar la presión abdominal y ayudar al bebé a bajar. Está prohibido en varios países ya que los bebés pueden nacer con fractura de hombros o clavícula, desgarramientos musculares, hematomas, lesiones en órganos internos, hipoxia, incremento de la presión intracraneal y para las madres, puede suponer un desprendimiento de placenta, un desgarro uterino, un prolapso urogenital, un aumento del riesgo de desgarramientos graves, así como hemorragias, contusiones y fracturas.
- Episiotomía de rutina: la única operación realizada en el cuerpo de una mujer sana sin su consentimiento, es cuando la corta para facilitar la salida del bebé.

- Pruebas de tacto repetitivas: utiliza el cuerpo de la mujer para que los pasantes realicen tactos sin ser necesario, haciendo que la mujer esté exhibida y pierda parte de su intimidad.
- Uso de oxitocina sintética: su aplicación genera más contracciones en la madre y hace que el parto se desarrolle más rápido.
- El lavado intestinal: consiste en administrar un laxante por vía rectal para limpiar el colon de la mujer y evitar así que defecue durante el parto, esta práctica no tiene utilidad real.
- La amniotomía: es la rotura de la bolsa para acelerar el parto, no está recomendada ya que romper la bolsa de manera artificial puede producir efectos adversos y complicaciones como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal.
- Los maltratos verbales: son insultos sutiles, burlas y comportamientos degradantes para reforzar la superioridad del prestador del servicio asistencial.
- Restricción del acompañante.
- Falta de información a los familiares.
- Separar la madre del recién nacido.

En vista de lo expuesto, y en razón de traer a colación el marco legislativo que sirve como base legal respecto a la temática aquí tratada, en esta investigación se utilizará como referencia legislativa principal la Ley nacional N.º 25.929 (2004), donde queda en claro el enfoque en los derechos de la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto, con la meta de empoderar a la mujer, informarla sobre sus distintas opciones durante el proceso del parto y darle el rol de protagonista en su embarazo, parto y entrada en la maternidad. Al respecto, la legislación establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma. [...] (Ley nacional N.º 25.929, 2004, párr. 5-14).

Otro aspecto interesante para incluir en el presente marco referencial gira en torno a considerar a la violencia obstétrica como violencia institucional y profesional, por lo cual resulta menester reflexionar acerca del rol ético del personal de enfermería. En ese sentido, si bien Argentina no cuenta con un código de ética de enfermería preciso, la presente investigación adhiere al código establecido por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), fundado en 1899 y considerado actualmente como la primera y la más amplia organización internacional de profesionales de la salud. El CIE adoptó por primera vez un Código internacional de Ética para enfermeras en 1953, si bien después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, contando con la más reciente de 2012.

Dirigido por y para enfermeras, el CIE trabaja para asegurar la calidad de la atención de enfermería para todos, políticas de salud equilibradas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia de una profesión respetada y una fuerza de trabajo competente y satisfecha. Este código se divide en cuatro apartados.

En el primero, se establece que la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas que necesiten cuidados de enfermería y que, al dispensarlos, promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. Asimismo, sostiene que será su tarea cerciorarse que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente, como también demostrarán valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

El segundo deja en claro la responsabilidad de rendir cuentas respecto a la praxis de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua y mantener un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. Además, asevera que juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad, y observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos sean compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas, y también tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

En cuanto al tercero, el código establece que al personal de enfermería le incumbirá la función de aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, a la vez que contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de valores y conocimientos profesionales basados en la investigación. En adhesión, establece que la enfermera participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente. Por último, asevera que ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud, así como contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.

Para finalizar, en el cuarto apartado se establece que la enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con sus compañeros, a la vez que adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud y actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.

Es crucial, por tanto, que los profesionales de enfermería comprendan las particularidades de los sujetos de cuidado bajo la diversidad y universalidad de los cuidados, con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por el paciente-cliente. Particularmente, la asistencia a la maternidad se encuentra inmersa en cuestiones de índole sanitaria, ética, social y legal que implican la atención de los profesionales de la salud para velar por los derechos de la mujer y el cumplimiento de las normas de origen deontológico en su atención, en pos de justificar cada acción realizada.

Para esto, el equipo de salud debe capacitarse e incorporar prácticas y elementos éticos que los lleven a la humanización para una atención integral. En tal sentido, los elementos esenciales para alcanzar los principios de humanización y calidad se presentan como la capacitación técnica de los profesionales de la salud y funcionarios de los servicios de salud, el acogimiento humanizado y las prácticas educativas al usuario y la comunidad. Ahora bien, en este punto es preciso señalar que, si se postula como objetivo lo anteriormente mencionado, es condición dirigir la atención hacia las experiencias de los diversos equipos de profesionales que trabajan en conjunto en el parto. Al respecto, es Jara (2018) quien las conceptualiza como procesos sociohistóricos dinámicos y complejos, personales y colectivos, en permanente movimiento y que abarcan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social.

Es este mismo autor quien considera que las experiencias se encuentran cargadas de una enorme riqueza por explorar, constituyendo un proceso único y por eso en cada una de ellas existe una fuente de aprendizajes a ser aprovechada por su carácter original. De tal forma, afirma que sistematizando las experiencias se generan nuevos conocimientos al recuperar lo sucedido, reconstruyéndolo históricamente, pero para interpretarlo y obtener aprendizajes. A su vez, este proceso pone atención a los acontecimientos y a las interpretaciones que tienen las personas que son sujetos y protagonistas de dichas experiencias, como así también permite advertir los límites de los saberes y conocimientos desde una actitud de reflexión crítica y propositiva (Jara, 2018).

Conceptualización de la Variable

En base al referencial teórico, se parte desde una delimitación de la variable “*Experiencias vividas frente a situaciones de violencia obstétrica*” en la que se adhiere a los aportes brindados por Jara (2018) y la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009), a partir de los cuales puede definirse a la variable como Procesos socio históricos dinámicos y complejos, personales y colectivos que abarcan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social en relación a aquella violencia que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales por parte de trabajadores/as de los servicios públicos y/o privados, incluido en este concepto todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, a saber: médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, personal administrativo, camilleros/as, enfermeros/as. Ahora bien, como dimensiones dentro de la variable, surgidas de lo que implican las situaciones de violencia obstétrica, se estudiarán las siguientes:

- **Dificultades afrontadas tras presenciar un acto de violencia obstétrica:** Se considerarán los obstáculos o barreras que se presentan en el momento que se vivencia el acto de violencia, por lo tanto, las subdimensiones son:

Subdimensiones:

Impedimentos para la denuncia

Desconocimiento legal

Desconocimiento del concepto de violencia obstétrica

- **Acciones realizadas luego de presenciar un acto de violencia obstétrica:** En esta dimensión se tendrá en cuenta aquello que constituye lo posterior al momento del presenciar el acto de violencia obstétrica.

Subdimensiones:

Proceso de la denuncia

Posterior formación en violencia obstétrica

Propuesta de realización de un protocolo de acción en estos casos

- **Sensaciones vivenciadas al presenciar un acto de violencia obstétrica:** Se indagará lo que cada sujeto haya experimentado en tal circunstancia en relación a sus sensaciones.

Subdimensiones:

Angustia

Impotencia

Ansiedad

Frustración

- **Aportes de la experiencia vivida para innovar estrategias de intervención:** Se considerarán todos aquellos aportes que sean funcionales en razón a la innovación futura para una mejor intervención.

Subdimensiones:

Aportes a la formación específica

Aportes a la innovación e incorporación de nuevas estrategias de intervención y cuidado integral

Comunicación interdisciplinar y enfermera/o-mujer sujeto de cuidado

Objetivo General

Caracterizar las experiencias vividas por las enfermeras frente a situaciones de violencia obstétrica en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022.

Objetivos Específicos

- Reconocer las dificultades afrontadas tras presenciar un acto de violencia obstétrica.
- Indagar sobre las acciones realizadas luego de presenciar un acto de violencia obstétrica.
- Identificar sensaciones vivenciadas al presenciar un acto de violencia obstétrica.
- Reconocer los aportes de la experiencia vivida para innovar estrategias de intervención.

Capítulo 2: Encuadre Metodológico

Enfoque

Teniendo en cuenta que en la presente investigación se propone abordar lo relacionado a la variable *Experiencias vividas frente a situaciones de violencia obstétrica*, resulta adecuado hacer uso del método cualitativo con enfoque fenomenológico ya que, al indagar sobre la experiencia de las personas, el método debe poder hacer un tratamiento acerca de las sensaciones, opiniones, emociones, ventajas, desventajas, obstáculos, etc. (Burns y Groven, 2004, citado en Vanegas, 2010).

En relación al enfoque fenomenológico ha de establecer que desde el mismo es posible abordar fenómenos psicosociales percibidos de manera directa a través de los sentidos, que existen en el mundo real de las personas; los cuales son descritos por ellas mismas en la forma en que los viven. Contempla al ser humano teniendo en cuenta la complejidad de su existencia, haciendo hincapié en la capacidad de las personas para crear sus propias experiencias; de esta manera no busca comprobar veracidad, sino que la asume (Vanegas, 2010).

Esquema de Variable

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN
Experiencias vividas frente a situaciones de violencia obstétrica	Dificultades afrontadas tras presenciar un acto de violencia obstétrica.	Impedimentos para la denuncia.
		Desconocimiento legal.
		Desconocimiento del concepto de violencia obstétrica.
	Acciones realizadas luego de presenciar un acto de violencia obstétrica.	Posterior formación en violencia obstétrica.
		Proceso de la denuncia
		Propuesta de realización de un protocolo de acción en estos casos.
	Sensaciones vivenciadas al presenciar un acto de violencia obstétrica	Angustia
		Impotencia
		Ansiedad
		Frustración
	Aportes de la experiencia vivida para innovar estrategias de intervención.	Aportes a la formación específica
		Aportes a la innovación e incorporación de nuevas estrategias de intervención y cuidado integral
		Comunicación interdisciplinar y enfermera/o-mujer sujeto de cuidado

Sujetos

La población que se estudiará a partir de la variable expuesta estará conformada por 24 enfermeras del área de ginecología y obstetricia de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, particularmente aquellas que hayan vivido o presenciado una situación de violencia obstétrica. Se decide trabajar con muestra intencional, ya que el interés fundamental no es la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad, imponiendo la profundidad por sobre la extensión (Martínez Salgado, 2012). En este caso, los sujetos a incluir deberán desempeñarse en el área de ginecología y obstetricia de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, haber vivido una situación de violencia obstétrica y haber firmado la nota de consentimiento para poder realizar la entrevista, tener disponibilidad para la fecha pactada para la entrevista.

Estrategia de ingreso y trabajo de campo

Los datos y la información serán recabados a través de fuentes primarias, en tanto que se obtienen directamente de los sujetos seleccionados, quienes serán sometidos a una entrevista para que la recopilación de datos sea exhaustiva. La técnica seleccionada será, en ese sentido, la entrevista con preguntas abiertas, la cual posibilita al entrevistador toda la flexibilidad para manejarla, con preguntas de opinión, de expresión de sentimientos, de conocimientos y de antecedentes (Sampieri et al, 2014).

Asimismo, se utilizará la grabación, con previo consentimiento del sujeto de estudio, mientras se realiza la entrevista para poder asegurar un registro fidedigno de la información recolectada. El instrumento a utilizar será la cédula de entrevista con preguntas abiertas creada por las autoras, la cual consta de cuatro momentos: preguntas de caracterización, de apertura al tema, propias de dimensiones y subdimensiones y de cierre.

Se realizó una prueba piloto del instrumento de recolección de datos a 2 personas con iguales características que los sujetos en estudio y que no pertenecen a los barrios seleccionados. Esta prueba se hizo con el fin de confirmar la pertinencia y confiabilidad de los datos que se obtengan con dicho instrumento. La ejecución de la prueba piloto permitió realizar cambios en el instrumento de recolección de datos que resultaron necesarios antes de aplicarlo en el campo. Dichos cambios se realizaron para que los

sujetos de estudio puedan comprender mejor las preguntas y evitar repeticiones redundantes, para poder así aprovechar más eficazmente la duración y el contenido de las entrevistas.

Es preciso establecer que, como primera instancia, al momento de ingresar al campo se procederá a solicitar las autorizaciones correspondientes para la ejecución del proyecto (Anexo N° 1). Así, la entrevista será ejecutada por las investigadoras, quienes informarán a los participantes sobre las características del proceso de recolección, los objetivos del trabajo, la metodología de recolección y se les explicará que la entrevista será grabada con el objeto de facilitar la categorización de los datos y la información suministrada, a su vez que se hará entrega de la Nota de Consentimiento Informado (Ver Anexo 2), que una vez firmado será entregado a la investigadora. En pos de procurar practicidad y garantizar una no obstaculización del servicio. Las entrevistas serán individuales (Ver Anexo 3) y se ubicará un espacio cómodo y sin interferencias, se estima un tiempo de 30 minutos, los días martes y jueves.

Procesamiento y análisis de la información

Teniendo en cuenta que el tipo de estudio es cualitativo, y que el instrumento de recolección de datos seleccionado es el de la entrevista semiestructurada, es que se llevará a cabo un análisis cualitativo del tipo discursivo, en tanto este tipo de análisis dejan por sentado las actitudes, los valores, las opiniones de las personas, las creencias, percepciones y preferencias, incrementándose, por tanto, los análisis de contenido de los testimonios de los sujetos. Bardin (1977), como se cita en Do Nascimento Sousa, Eriberto, & Tomazzoni, Edegar Luis (2017), define al análisis de contenido discursivo como un conjunto de técnicas de análisis de comunicaciones tendiente a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (variables inferidas) de estos mensajes. De tal manera, el análisis del contenido discursivo se organiza en cuatro momentos:

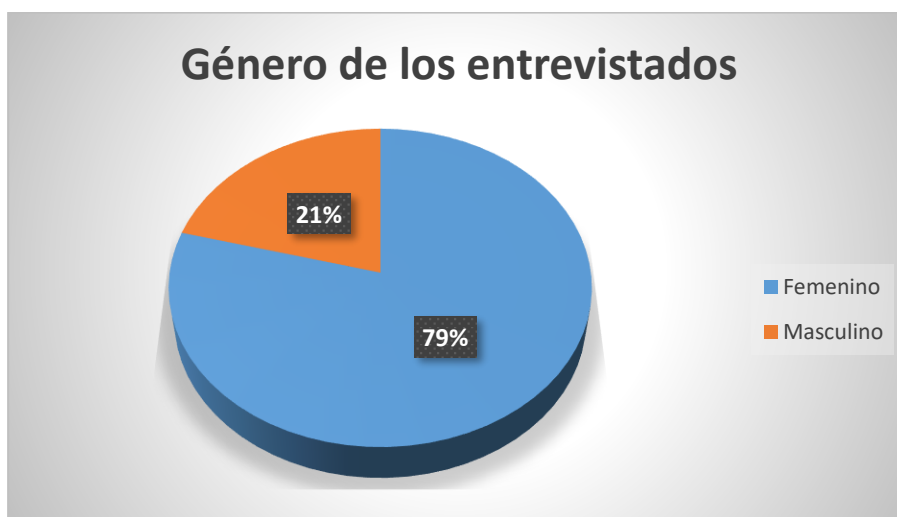
1. Desgrabación y transcripción de las entrevistas.
2. Dilucidación y esclarecimiento de indicadores a través de la similitud de respuestas obtenidas en base a variable o categorías subjetivas en estudio.
3. Organización de la información en tabla matriz utilizando programa Word.

4. Propuesta de presentación de resultados y análisis tomando como centro los objetivos del trabajo.

Plan de presentación de datos

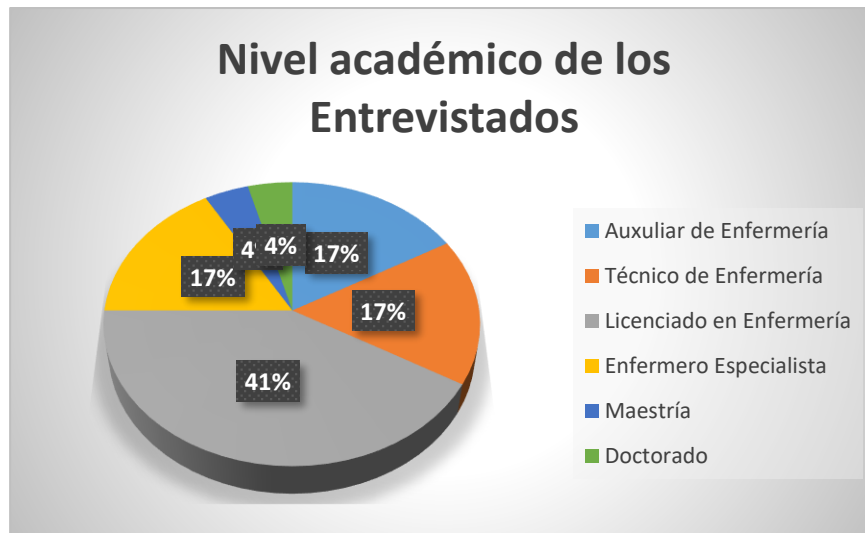
Los resultados respectivos a la caracterización de la población serán presentados en gráficos simples y la información obtenida en las entrevistas en cuadros de contenido, ya que los mismos, generarán un alto impacto visual y ayudarán a la rápida visualización de los resultados de una manera más ordenada. Las respuestas de la entrevista abierta serán organizadas en una tabla matriz (Ver Anexo 4) y en un cuadro de contenidos utilizando las dimensiones, subdimensiones, creando categorías y transcribiendo respuestas textuales de los entrevistados. Por ej.:

Gráfico 1. Género de las enfermeras del área de ginecología y obstetricia de la Clínica Universitaria Reina Fabiola en el segundo semestre 2022.



Fuente: Entrevista de Elaboración Propia.

Gráfico 2. Nivel Académico de las enfermeras del área de ginecología y obstetricia de la Clínica Universitaria Reina Fabiola en el segundo semestre 2022.



Fuente: Entrevista de Elaboración Propia.

Cuadro de Contenido 1. Dificultades afrontadas tras presenciar un acto de violencia obstétrica por las enfermeras de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022.

SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍA	RESPUESTAS TEXTUALES	CONTRASTACIÓN REFERENCIAL TEÓRICO
Impedimentos para la denuncia			
Desconocimiento legal			
Desconocimiento del concepto de violencia obstétrica			

Fuente: Entrevista de Elaboración Propia

Cuadro de Contenido 2. Acciones realizadas luego de presenciar un acto de violencia obstétrica por las enfermeras de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022.

SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍA	RESPUESTAS TEXTUALES	CONTRASTACIÓN REFERENCIAL TEÓRICO
Proceso de la denuncia			
Posterior formación en violencia obstétrica			
Propuesta de realización de un protocolo de acción en estos casos			

Fuente: Entrevista de Elaboración Propia

Cuadro de Contenido 3. • Sensaciones vivenciadas al presenciar un acto de violencia obstétrica por las enfermeras de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022.

SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍA	RESPUESTAS TEXTUALES	CONTRASTACIÓN REFERENCIAL TEÓRICO
Angustia			
Impotencia			
Ansiedad			
Frustración			

Fuente: Entrevista de Elaboración Propia

Cuadro de Contenido 4. Aportes de la experiencia vivida para innovar estrategias de intervención de las enfermeras de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022.

SUBDIMENSIÓN	CATEGORÍA	RESPUESTAS TEXTUALES	CONTRASTACIÓN REFERENCIAL TEÓRICO
Aportes a la formación específica			
Aportes a la innovación e incorporación de nuevas estrategias de intervención y cuidado integral			
Comunicación interdisciplinar y enfermera/o-mujer sujeto de cuidado			

Fuente: Entrevista de Elaboración Propia

Cronograma

Actividad	07/22	08/22	09/22	10/22	11/22
Revisión del proyecto	XXXX				
Recolección de los datos		XXXX			
Tabulación y análisis de los datos			XXXX		
Elaboración de Informe Final				XXXX	
Publicación de resultados.					XXXX

Presupuesto

Detalles	Cantidad	Precio unitario	Total
Recolección de datos			
Fotocopias de cedula de entrevista	20	\$ 5,00	\$100,00
Fotocopia de consentimiento informado	20	\$5,00	\$100,00
Grabador de voz digital	1	\$1500	\$1.500,00
Procesamiento de datos			
Lapiceras	10	\$ 30,00	\$300,00
Resmas de hojas	3	\$600,00	\$1.800,00
Cartucho de tintas	4	\$600,00	\$2.400,00
Otros gastos	5	\$150,00	\$750,00
Transporte urbano	25	\$45,00	\$1.125,00
Viáticos	10	\$250,00	\$2.500,00
Imprevistos	-	\$2500,0	\$2.500,00
Total			\$13.075,00

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, J., D'Oliveira, A. & Schraiber, L. (2013). Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (11): 2287-2296. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>
- Bardin, L. (1977). *Análisis de Contenido*. Ediciones Akal. Madrid, España.
- Barrios Colman, N. (2018). *Diferentes perspectivas de análisis de la violencia obstétrica*. Ed. Microjuris.com Argentina
- Do Nascimento Sousa, E. y Tomazzoni, E. (2017). El análisis de contenido en las investigaciones turísticas en Brasil. ¿Qué muestran las revistas brasileñas de turismo? *Estudios y Perspectivas en Turismo*, 26(1), 42-61. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180749182003>
- Jara Holliday, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos*. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. https://issuu.com/jennypnfdluptaeb/docs/la_sistematizaci_n_de_las_experien/18
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violencia a los derechos humanos. *Revista Redbioetica*. UNESCO. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. FHCSyS – UNSE. Barco Edita.
- Castro, A. (2019). Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork Notes from Latin America. *Health and Human Rights Journal*, 21(1): 103–111. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586976/pdf/hhr-21-01-103.pdf>
- Clarín. (2020). *Córdoba: una clínica deberá implementar un protocolo de parto respetado tras un caso de violencia obstétrica*. https://www.clarin.com/sociedad/cordoba-clinica-debera-implementar-protocolo-parto-respetado-caso-violencia-obstetrica_0_bHR5AGrBI.html
- Cohen, D. y Kitayama, S. (2007). *Handbook of Cultural Psychology*. Guilford Press.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2009). *Reglamento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. https://www.corteidh.or.cr/sitios/reglamento/nov_2009_esp.pdf
- Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género. (2017). *Estadísticas y datos, denuncias por violencia obstétrica*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/datos_violencia_obstetrica_2017.pdf

- De Souza, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3):251-261 <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348002.pdf>
- Dilthey, Wilhelm. (1949). *Introducción a las ciencias del espíritu. En la que se trata de fundamentar el estudio de la sociedad y de la historia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fariñas, G. (2005). *Psicología, educación y sociedad. un estudio sobre el desarrollo humano*. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 7 (18): 113 – 128. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>
- Gago, N. (2017). La importancia del parto respetado. *Revista Halitus*. <https://halitus.com/la-importancia-del-parto-respetado>.
- García, E. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género*. Universidad Autónoma de Madrid, España. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1
- Gonçalves, M., Carreira, M., Pinheiro, L., Carcaman, R. & Kakuda, A. (2014). Obstetric violence according to obstetric nurses. *Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15 (4): 720-728. https://www.researchgate.net/publication/285566007_Obstetric_violence_according_to_obstetric_nurses/fulltext/5ac7ba8c4585151e80a3d578/Obstetric-violence-according-to-obstetric-nurses.pdf
- Gray, T., Mohan, S., Lindow, S. & Farrell, T. (2019). Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1. <https://core.ac.uk/download/pdf/265418785.pdf>
- La Voz del Interior. (2020). *Semana Mundial del Parto Respetado. Partos respetados: el increíble y emotivo papel que juegan las doulas*. https://www.ucc.edu.ar/seguimiento-medios/partos_respetados_el_incre%C3%ADble_y_emotivo_papel_que_juegan_las_doulas-6838.html

- Lappeman, M. & Swartz, L. (2019). Rethinking obstetric violence and the “neglect of neglect”: the silence of a labour ward milieu in a South African district hospital. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1). https://www.researchgate.net/publication/336911106_Rethinking_obstetric_violence_and_the_neglect_of_neglect_the_silence_of_a_labour_ward_milieu_in_a_South_African_district_hospital/fulltext/5dba3a4c299bf1a47b026761/Rethinking-obstetric-violence-and-the-neglect-of-neglect-the-silence-of-a-labour-ward-milieu-in-a-South-African-district-hospital.pdf
- Ley N° 26.485 (2010). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Consejo Nacional de las Mujeres. Presidencia de la Nación.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Salud Colectiva*, 17(3), 613-619. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n3/613-619/es>
- Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. (2017). *Violencia Obstétrica. Un problema estructural y actitudinal*. La Plata, Buenos Aires.
- Montero, L. (2017). El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. *Comunidad y Salud*, 17(1): 42 – 52. <http://ve.scielo.org/pdf/cs/v15n1/art06.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer/Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Violencia*. <https://www.who.int/topics/violence/es/#:~:text=La%20violencia%20es%20el%20uso,de%20desarrollo%20o%20la%20muerte>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014b). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145089/1/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2015) . *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.* Organización Mundial de la Salud.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/161444>

Plekhanov, E. & Rogacheva, E. (2019). Epistemology of experience in E. Husserl's phenomenology and J. Dewey's instrumentalism [Ponencia]. *SHS Web Conference* 72, 01010. https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/pdf/2019/13/shsconf_appsconf2019_01010.pdf

Sáez, F. (2019). *Violencia obstétrica en Argentina.* Informe País elaborado para makemothersmatter, representación ante la UE. <https://makemothersmatter.org/wp-content/uploads/2019/07/20190517-Informe-de-pais-Argentina-2019-relator-UN-violencia-contra-las-mujeres.pdf>

Sampieri, R.; Collado, F.; Baptista, M. (2015) *Metodología de la investigación.* 6ta ed. Mc Graw Hill Education. México.

Secretaría de Derechos Humanos. (05/05/2017). *Violencia Obstétrica: defendé tus derechos.* <https://www.argentina.gob.ar/noticias/violencia-obstetrica-defende-tus-derechos>

Sedano, M. Sedano, R. Sedano, C. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes.* Volumen 25, pág. 866-873.

Tamayo, J., Restrepo, C., Gil, L. y González, A. (2015). *Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia.* Grupo Médico por el derecho a decidir. https://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/02/GDC_Obstetric-Violence_ES-1.pdf

Vallana Sala, V. (2020). La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad, num.34.* Rio de Janeiro.

Vanegas C.B. (2010). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista colombiana de enfermería,* 6(6), 128-142.

Vargas Lidy Maryoli, J. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud en Latinoamérica.* Universidad de ciencias aplicadas y ambientales. Bogotá, Colombia.

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/926/Monograf%EDa%20>

[Atencion%20del%20parto%20Humanizado.pdf;jsessionid=973A3E89D9BFF2A1418C6DCC877801B4?sequence=1](#)

Vitolo, F. (2011). *Problemas de comunicación en el equipo de salud*.
http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/63.pdf

Anexos

Anexo 1: Nota de Autorización

Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Mgter. Juana Sigampa

Directora

S _____ / _____ D

Tenemos el agrado de dirigirnos a UD. A fin de solicitar autorización para la ejecución del proyecto de investigación sobre el tema “Experiencias vividas frente a situaciones de violencia obstétrica”, siendo las autora del mismo las alumnas de quinto año de la Licenciatura en Enfermería perteneciente a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, Brenda Chamorro y Glenny De la Peña. Por tal motivo, y en busca de ampliar el horizonte de investigación de nuestra área particularmente en un tema tan sensible, se solicita su apreciable colaboración y predisposición. Sin otro particular, saluda atte.



Brenda Chamorro



Glenny de la Peña

Anexo 2: Consentimiento Informado

Córdoba, a de del año 2020

Por medio del documento presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado: “Experiencias vividas frente a situaciones de violencia obstétrica”. El objetivo de estudio es: Conocer las experiencias vividas frente a la violencia obstétrica de los enfermeros de la Clínica Universitaria Reina Fabiola ubicada en la Provincia de Córdoba en el segundo semestre del año 2022; los resultados servirán de referencia para mejorar la calidad de las prácticas asistenciales. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: el llenado correcto y completo de mis datos básicos y participar en entrevistas con las investigadoras en la fecha, lugar y hora indicada, la entrevista versará sobre mis vivencias y experiencias frente a la violencia obstétrica.

Estoy consciente que la entrevista será grabada con la intención de registrar todo lo que yo exponga y estoy en libertad de no responder alguna pregunta si me siento incómodo o responderla cuando esté preparado para ello.

Declaro que se me ha informado sobre mi participación en la investigación y la finalidad de la misma.

El investigador responsable, se compromete a brindarme información y aclarar dudas sobre asuntos relacionados con la investigación y sobre el derecho de abandonarlo en el momento que desee.

El investigador responsable, me asegura que no se me identificará en los resultados o publicaciones resultantes de este estudio, así como, mantener la privacidad de los datos aquí proporcionados.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

Anexo 3: Cédula de Entrevista

¡Buenos días! Muchas gracias por haber acordado con participar de esta entrevista que tiene como objetivo principal caracterizar las experiencias vividas por las enfermeras frente a situaciones de violencia obstétrica en la Clínica Universitaria Reina Fabiola, ubicada en la Provincia de Córdoba, durante el segundo semestre del año 2022. Como se les ha presentado anteriormente, se garantiza el anonimato y se agradece el aporte a las investigaciones de enfermería en general, en pos de continuar expandiendo nuestro campo de acción.

Número de cuestionario: _____

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

1. Sexo:

Femenino () Masculino ()

2. Edad: _____

3. Nivel Académico:

Auxiliar de Enfermería ()

Técnico de Enfermería ()

Licenciado en Enfermería ()

Enfermero Especialista ()

Maestría ()

Doctorado ()

4. Años de servicio: _____

5. Años de servicio en la clínica: _____

6. Condición Laboral

Fijo ()

Contratado ()

Otro ()

PREGUNTA DE APERTURA

1. Contame a qué te dedicas, cómo acabaste dedicándote a esto y por qué elegiste esta profesión.
2. ¿Cómo se aplican los protocolos de parto respetado en tu turno?
3. ¿Crees que hay muchas diferencias entre sanidad pública y privada en general, y en temas obstétricos en particular? ¿Cuáles son?

PREGUNTAS POR DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

Dimensión 1: Dificultades afrontadas tras presenciar un acto de violencia obstétrica

¿Crees que los partos están muy intervenidos, qué opinas de lo que recomienda la OMS comparándolo con las prácticas en el día a día?

¿Sabés lo que es la violencia obstétrica? ¿Qué opinas de ella? ¿Crees que se produce con frecuencia en Argentina?

¿Consideras que es positivo que las mujeres decidan sobre sus partos, y que estén bien informadas, o piensas que eso es algo que debe dejarse en manos de los profesionales?

Dimensión 2: Acciones realizadas luego de presenciar un acto de violencia obstétrica

Si alguna vez presenciaste una situación de violencia obstétrica, ¿podrías describirla? ¿Cuál fue la práctica violenta que tuvo lugar? ¿Interviniste?

¿Sabés de alguien que haya realizado una denuncia en razón de lo mismo?

Respecto a las actualizaciones profesionales: ¿se les brinda formación, o se los invita a estar actualizados?

¿Tenés alguna formación de género?

Dimensión 3: Sensaciones vivenciadas al presenciar un acto de violencia obstétrica

¿Cuáles fueron las sensaciones que experimentaste en tu trabajo en el día a día con respecto a la circunstancia de partos no respetados, es decir, de violencia obstétrica?

Dimensión 4: Aportes de la experiencia vivida para innovar estrategias de intervención

¿Cómo consideras que funcionan las jerarquías médicas en los hospitales, piensas que cada profesional tiene bien delimitado su ámbito de actuación?

¿Cómo es la dinámica entre los integrantes de tu equipo? ¿Existen instancias de diálogo? ¿Es abierta la comunicación?

PREGUNTA DE CIERRE SOBRE EL TEMA

¿Se han recibido quejas o denuncias por Violencia Obstétrica en esta institución?

¿Qué consideras que se debe modificar para abordar de mejor manera el tema y evitar lo actos de violencia?

Anexo 4: Tabla Matriz

<u>DIMENSIONES</u>				
S	Dificultades afrontadas tras presenciar un acto de violencia obstétrica	Acciones realizadas luego de presenciar un acto de violencia obstétrica	Sensaciones vivenciadas al presenciar un acto de violencia obstétrica	Aportes de la experiencia vivida para innovar estrategias de intervención
1	<p>¿Crees que los partos están muy intervenidos, qué opinas de lo que recomienda la OMS comparándolo con las prácticas en el día a día?</p> <p>¿Sabés lo que es la violencia obstétrica? ¿Qué opinas de ella? ¿Crees que se produce con frecuencia en Argentina?</p> <p>¿Consideras que es positivo que las mujeres decidan sobre sus partos, y que estén bien informadas, o piensas que eso es algo que debe dejarse en manos de los profesionales?</p> <p>Si alguna vez presenciaste una situación de violencia obstétrica, ¿podrías describirla? ¿Cuál fue la práctica violenta que tuvo lugar? ¿Interviniste?</p> <p>¿Sabés de alguien que haya realizado una denuncia en razón de lo mismo?</p> <p>Respecto a las actualizaciones profesionales: ¿se les brinda formación, o se los invita a estar actualizados?</p> <p>¿Tenés alguna formación de género?</p> <p>¿Cuáles fueron las sensaciones que experimentaste en tu trabajo en el día a día con respecto a la circunstancia de partos no respetados, es decir, de violencia obstétrica?</p> <p>¿Cómo consideras que funcionan las jerarquías médicas en los hospitales, piensas que cada profesional tiene bien delimitado su ámbito de actuación?</p> <p>¿Cómo es la dinámica entre los integrantes de tu equipo? ¿Existen instancias de diálogo? ¿Es abierta la comunicación?</p>			
2				
3				

4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			