

Violencia obstétrica: una mirada desde el interaccionismo simbólico y la etnoenfermería

Obstetric violence: a view from symbolic interactionism and ethnonursing

Jesús Roberto Garay Núñez¹

Escuela Superior de Enfermería Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa

jrgarayn@hotmail.com

“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, dialogo, investigación y apoyo en relación con este importante Problema de salud pública y de derechos humanos (OMS, 2014).”

Resumen

Se realizó una investigación de corte cualitativo en un hospital público de segundo nivel de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, México. Utilizando la técnica de la entrevista a profundidad con enfoque de interaccionismo simbólico y aplicando la etnoenfermería, analizando el emic y el etic de los discursos. Resultando tres categorías teóricas: 1.- Sola, ignorada e incomunicada. 2.- Androcentrismo, dolor y maltrato y 3.- La otredad del cuerpo (corporeidad), Métodos anticonceptivos forzados.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Androcentrismo y corporeidad

Abstract

A qualitative research was conducted at a second level public hospital in the city of Culiacán, Sinaloa, Mexico. Using the technique of the interview in depth with a focus of symbolic interactionism and applying the ethno-fermery, analyzing the emic and the etic of the speeches. Resulting in three theoretical categories: 1.- Alone, ignored and

¹ Doctor en Ciencias de Enfermería.

incomunicado. 2.- Androcentrism, pain and mistreatment and 3.- The otherness of the body (corporeity), forced contraceptive methods.

Key words: Obstetric violence, Androcentrism and corpore.

Fecha Recepción: Junio 2016

Fecha Aceptación: Diciembre 2016

Introducción

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional la violencia de género (OMS, 2012).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio. Los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Además revela que ha habido un incremento de 50.3% de la práctica de cesáreas en los últimos doce años. En el sector público se incrementó en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Del resto de los nacimientos, 59.7% fueron partos “eutócicos” (parto normal, entendido como el proceso que termina sin necesidad de intervención médica quirúrgica a la madre), 18.2% fueron partos “distócicos” (parto con complicaciones, que requiere apoyo médico especializado), en el 0.2% de los casos no se

específica.

En ENSANUT/Sinaloa 2012. Respecto a los partos de las mujeres de 20 a 49 años de edad que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años, 100% fue atendido por personal de salud, cifra similar a la reportada en ENSANUT 2006 (99.4%) y mayor a la de ENSA 2000 (96.2%). La distribución porcentual de los partos atendidos se presentaron con 48.7% para parto normal (vaginal), 28.1% para cesárea programada y 23.1% para cesárea por urgencia. Estos datos contrastaron con lo que ocurre en el ámbito nacional, donde 57.2% de los partos fueron vaginales, 21.0% cesáreas programadas y 21.8% cesáreas por urgencia. Al comparar el total de cesáreas efectuadas en Sinaloa en 2012 (51.2%) con la ENSA 2000 (35.7%) y ENSANUT 2006 (41.7%), se observa un incremento del 43.4% en 12 años. Cabe destacar el bajo porcentaje de cesáreas por urgencia respecto a las programadas en esta entidad federativa, dato que puede estar relacionado con una buena atención prenatal y un seguimiento suficiente del embarazo. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007, esta información denota el cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con este rubro.

Con relación al otorgamiento de un método anticonceptivo posparto, antes de salir del hospital, en mujeres de 20 a 49 años de edad en los últimos cinco años, a 60.3% se le proporcionó alguno. Frente a esta situación se recomienda tener en cuenta que el método proporcionado garantice el mantenimiento de la lactancia y la salud de la madre y del hijo, circunstancias que hacen delicada esta etapa de la vida de la mujer, por lo que requiere atención cuidadosa en relación con la salud y específicamente con la anticoncepción. El otorgamiento de método anticonceptivo posparto en Sinaloa presentó un porcentaje mayor al nacional (57.6%).

En Sinaloa, México aún no contamos con investigaciones que aborden la violencia obstétrica. Es importante señalar que la presente investigación se realizó en un hospital público de segundo nivel de atención a la salud de la Ciudad de Culiacán, Sinaloa, México.

Objetivo

Describir y analizar las vivencias y significados de las mujeres que transitan por la experiencia de violencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio.

Sustento teórico

Los diferentes elementos y comportamientos que revelan violencia obstétrica, se pueden clasificar en cinco categorías. Estas categorías retoman las recomendaciones de la OMS sobre aquellos procedimientos médicos durante el embarazo, parto y puerperio, que han podido ser institucionalizados sin evidencias de resultados positivos: a) Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa. Esta categoría incluye todas aquellas acciones que pueden atentar contra la integridad de la mujer, que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos:

- La indicación “rutinaria” y no siempre indispensable, de acciones que pueden afectar la integridad de las madres y/o de sus hijos/as: realizar el rasurado de pubis (tricotomía), enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos; usar sedantes y tranquilizantes con la madre; repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo; administrarle agua / glucosa a las/os niños amamantados; realizar la ligadura y el corte temprano del cordón umbilical antes de que termine de latir (Villanueva, 2010).
- Las restricciones al empoderamiento de las madres: el separar a las madres de sus bebés y que no se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado, como tampoco ingerir líquidos, ni permanecer con sus hijas/ os cuando se encuentran en buen estado de salud, ni lactar sin restricciones, ni recibir visitas de familiares; la insistencia en su confinamiento institucional universal.
- La limitación del trabajo de parto: la falta de atención de las madres y la restricción de la posición materna horizontal (litotomía) en el trabajo de expulsión; el dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo (Almaguer et al, 2010).

b) Maltratos y humillaciones. Frases expresadas en el trabajo de parto, tales como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita” (INSGENAR y CLADEM, 2008). Referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor, han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado (Camacaro, 2000). Es de preguntarse: ¿Qué ha hecho que dicho lenguaje sexista se haya propagado en todo el país y se mantengan desde hace décadas sin que se limite o sancione su expresión? ¿Qué efectos produce en las mujeres en trabajo de parto? Y con respecto al personal de salud que la dice, podemos preguntarnos: ¿Qué gana al decirla?: ¿aprobación de sus compañeros?, ¿sensación de poder?, ¿revanchismo con las parturientas por la sobrecarga de trabajo y maltrato de los superiores jerárquicos? (Castro, 2003). En esta categoría de humillaciones se pueden considerar el desnudo y la exposición de los genitales durante el tacto y los partos ante múltiples personas presentes, así como las batas cortas para las parturientas, con listones rotos, que exponen sus glúteos (Camacho, 2000).

c) Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes. En esta categoría se incluye a los tactos vaginales, episiotomías, revisiones de cavidad uterina y cesáreas. Este fenómeno no se presenta con la misma frecuencia en otras áreas o especializaciones médicas. No es común saber de intubaciones endotraqueales para que el residente practique, o de cirugías cardiovasculares para lo mismo. Estas prácticas “médicas” frecuentemente realizadas con mujeres, nos refieren a una conducta producto de diferentes expresiones del patriarcado, en el cual la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto para otros, donde sus intereses y percepciones no cuentan y en el que las metas de enseñanza del residente se colocan en un nivel superior (Almaguer et al, 2010).

d) Diseño de presupuestos y espacios de atención materna. Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población. El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos (Art. 1 Constitución de política de México). Ellas pagan impuestos al igual que los hombres. Sin embargo, el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención materna, se realiza desde la mirada androcéntrica. Ahora se habla de presupuestos con perspectiva de género (Ley

número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz). Si ya se cuenta con las recomendaciones de la OMS y con las evidencias que indican no globalizar las salas de labor y si, al menos todavía en México, la mayoría de las mujeres da a luz en algún momento de sus vidas. ¿por qué se siguen diseñando espacios de labor y atención del parto, reducidos? Espacios donde además no pueden participar familiares para que no vean a la mujer vecina y donde en algunos momentos, están las mujeres hacinadas interfiriendo el trabajo de parto unas con otras (Almaguer et al, 2010).

e) Maltrato cultural y social en salud reproductiva. Además del maltrato que reciben todas las mujeres en los servicios de salud por pertenecer a este sexo, las mujeres indígenas y pobres la padecen doblemente. Incluye burla o rechazo de sus concepciones y prácticas culturales, así como mayor discriminación. El maltrato cultural presente en salud reproductiva, también afecta la labor de las parteras tradicionales, dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, que no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes. Esta temática ya fue retomada por el Programa Nacional y Sectorial en Salud 2007 – 2012, con un Programa de Acción Específico de Interculturalidad en Salud, en el cual se pretende identificar y contribuir a la erradicación de las barreras culturales y de género en los servicios de salud. Ante la afectación al derecho de protección a la salud, mediante procedimientos inadecuados y discriminación, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) estableció en 2009 la Recomendación General N° 15 sobre el Derecho a la Protección a la Salud (Almaguer et al, 2010).

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema

eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios. 5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad y científicos sociales. 6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico. 7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja. 8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos. 9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres. 10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres (OMS, 2001).

Tradicionalmente la práctica médica se ha desarrollado al ver la salud fragmentada por aparatos y sistemas, lo que conduce a una especialización en la práctica clínica y una fragmentación del conocimiento y del ser humano. Esta forma de ver la salud dificulta en el médico visualizar que el individuo se encuentra inserto en un contexto. Este modelo brinda al médico la capacidad de definir qué es sano y qué es enfermo en una sociedad, y también la facultad de intervenir sobre ambos, esta es una de las herramientas más poderosas y peligrosas que el saber médico tiene en sus manos (Bronfman, 1997).

“La vocación de curar aparece como incuestionable en la investidura profesional del médico y se convierte en una condición suficiente, desde la perspectiva de muchos médicos, para garantizar la calidad de la atención” en este sentido, para muchos prestadores de servicios la calidad de la atención se traduce en elementos relacionados con problemas de la organización, normatividad y recursos, dando menor importancia a la capacitación del personal y a la actitud que el prestador de servicios brinda frente al usuario. Ante este planteamiento, de acuerdo con los resultados obtenidos por este autor, surge la necesidad de sensibilizar a los médicos sobre la forma en la que los perciben los usuarios y los motivos para alcanzar un trato igualitario y humanitario en esta relación médico-paciente, independientemente del motivo de atención que demande el o la usuaria de los servicios de salud. Aunado al modelo médico imperante, se suman otros factores que limitan una atención de calidad en las salas de parto, como por ejemplo, el elevado número de pacientes que el médico debe atender, lo que limita la duración de la atención, el limitado tiempo para realizar todos los procedimientos requeridos a fin de establecer un diagnóstico y

tratamiento adecuados. Otros elementos son las deficiencias en la organización de los servicios, limitados recursos materiales y humanos disponibles que afectan las condiciones de trabajo, lo anterior genera descontento entre las usuarias de los servicios y por lo tanto, desde su perspectiva, la calidad de la atención recibida es limitada. Sin embargo, estos factores no justifican que el proceder del proveedor de servicios de salud sea mecánico, indiferente y deshumanizado (Castro et al, 2013).

Venezuela fue el primer Estado en América Latina en tipificar la violencia obstétrica en el año 2007. El artículo 51 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, establece: Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

México cuenta con la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007 de atención del embarazo parto y puerperio y atención del recién nacido, y la Guía de práctica clínica “Vigilancia y manejo del parto” del Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08, la guía de práctica clínica “Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención” del Catálogo maestro: SSA- 218-09, documentos que consideran en su contenido las recomendaciones internacionales de la OMS desde 1985 en torno a la atención humanizada del parto, sin embargo, no consideran en su contenido el concepto de violencia obstétrica.

Las enfermeras que trabajan con mujeres y con familias que esperan un hijo pueden encontrarse con grupos étnicos y culturales diversos. Para brindar un nivel alto de cuidado, la enfermera debe ser conciente de las creencias y prácticas culturales que son importantes para las familias y las mujeres. Hoy subsisten Incontables creencias y prácticas de origen

religioso o étnico. La enfermera debe considerar los productos de la cultura, incluyendo la comunicación, el tiempo, el espacio y los roles cuando trabaja con mujeres y familias que esperan un hijo (Giger, Davidhizar, 1995). La comunicación a menudo crea el problema más difícil para las enfermeras que laboran con personas de diferentes grupos culturales. La comunicación incluye la comprensión no solo del lenguaje del individuo, usos dialectales y estilos, sino también el volumen del habla y el significado del contacto y los gestos. La enfermera debe estar familiarizada con cada mujer que espera un hijo, valorarla individualmente y validar sus creencias culturales. La enfermera apoya y nutre las creencias que promueven la adaptación física o emocional a la maternidad. No obstante, si ciertas creencias parecen ser dañinas, la enfermera debe explorarlas con cuidado y, en compañía del paciente, usarlas en los procesos de reeducación y modificación (Lowdermilk, 1991).

El cuidado cultural se refiere a la subjetividad y la objetividad de los valores, las creencias y los estilos de vida aprendidos y transmitidos para asistir, ayudar, facilitar o capacitar a otro individuo o grupo a mantener su bienestar y salud, para mejorar la condición humana y forma de vida, o para tratar con la enfermedad, las incapacidades o la muerte. “el cuidado en enfermería benéfico, saludable y satisfactoriamente basado en la cultura contribuye al bienestar de individuos, familia, grupos y comunidades dentro de su contexto ambiental, “el cuidado de enfermería culturalmente congruente o benéfico ocurre únicamente cuando los valores, expresiones o patrones del cuidado cultural de un individuo, grupo, familia y comunidad son conocidos y usados en forma apropiada y de forma apropiada y de formas importantes por parte de los enfermeros (Leininger, 1995).

Material y método

Se trata de estudio exploratorio, descriptivo y analítico basado en una metodología cualitativa: “entendidas como aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo éstas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas” (De Souza, 2009)

Se utilizó como técnica la entrevista en profundidad semi estructurada. Ésta técnica permite poner en el centro el discurso de sus protagonistas. Esta “conversación guiada” permitirá acceder a las experiencias significativas a la vez que posibilita no quedarse en el discurso “políticamente correcto” sino que busca un acercamiento “denso” al sentir y pensar de la entrevistada. (Callejo, 2002).

En "La posición metodológica del Interaccionismo Simbólico", Blumer escribe que la indagación científica comienza a través de la formulación de preguntas acerca del mundo empírico y su conversión en problemas. Resalta que es necesario tener familiaridad con la porción del mundo empírico donde se encuentra el problema de investigación: "esquemas, problemas, datos, conexiones, conceptos e interpretaciones deben ser construidos a la luz de la naturaleza del mundo empírico bajo estudio" (Weigert, 1970).

El investigador necesita moverse desde una situación de ignorancia hacia una de mayor y más adecuada conciencia de lo que está pasando en el terreno. Para acercarse al objeto de estudio recomienda dos pasos: exploración e inspección. Los propósitos de la exploración como modo de indagación son: 1) desarrollar una familiaridad comprensiva y cercana con la esfera de la vida social que nos es ajena y 2) desarrollar y afinar la indagación de modo que el problema, la dirección de la investigación, los datos, las relaciones analíticas y las interpretaciones provengan y permanezcan enraizadas en la vida empírica bajo estudio. La exploración es un procedimiento de investigación flexible en el cual el investigador se mueve de un área de indagación a otra, y se desplaza hacia direcciones nuevas e inesperadas. El investigador también cambia su reconocimiento de cuáles datos son relevantes a medida que obtiene más información y logra mejor comprensión. El foco de la investigación es originariamente amplio, pero se hace progresivamente más definido y preciso a medida que avanza la investigación (Weigert, 1970).

Esta estrategia metodológica de comparación constante, (MCC), acerca a los investigadores a la posibilidad de verificación, sin apartarlos del objetivo central que es la generación de la teoría. Valles (1997) se refiere a este punto en los siguientes términos: “En el MCC, no hay un intento de verificar la universalidad ni la prueba de causas sugeridas u otras propiedades. Y al no haber prueba, este procedimiento únicamente requiere la saturación de la información. El objetivo no es tanto la verificación como la generación de la teoría”.

La etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones émic locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias émic (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en las personas, ya que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas étic (visiones externas) del investigador. Uno de los objetivos importantes de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado sol naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vista émic, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Resultados

Una vez, analizado y categorizado cada uno de los discursos en émic y étic. Se consideraron tres categorías discursivas bajo en principio del método de comparación constante, el interaccionismo simbólico y aplicando la etnoenfermería.

CATEGORÍAS	DISCURSO/SIMBÓLICO
1.- Sola, ignorada e incomunicada	“...Nadie sabía decirme quien era mi doctor.... Llegó otro doctor sólo me hizo el tacto y se fue no me dijo nada... La enfermera sólo me tomó la presión y me dejó sola...”
2.- Androcentrismo, dolor y maltrato	“...Parece que la enfermera no es mujer, como si no supiera lo que se siente estar en mi lugar. Solo me dijo aguántese como las machas ya va a llegar el doctor y rapidito... la va a pasar...”
3.- La otredad del cuerpo (corporeidad), Métodos anticonceptivos forzados.	“... El Doctor me dijo le vamos a poner una inyección anticonceptiva de los tres meses porque si no va a salir panzona antes de la cuarentena y aquí la vamos a tener pariendo el próximo año y ese es un riesgo para nosotros y también para usted...”

E-4

“Enfermera Quien me va a operar.. Ahorita que venga el doctor, Le pregunta al doctor. Y el doctor nunca llego. Espere 4 horas hasta que llego otro doctor con un grupo de estudiantes, les empezó a preguntas acerca de mi historia clínica, a este doctor le dije Doctor a mí me programaron para cesárea, sabe usted quien me va a operar o cuanto tiempo voy a estar aquí. No se mija tienes que esperar a que venga tu doctor. Pero no sabe quién es mi doctor. No, no se...Me sentí muy sola desamparada sin ningún familiar a mi lado, no les permitieron la entrada y eso que entre a las 12 del medio día y ya eran las 8 de la noche y yo seguía sola e incomunicada”

La preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. La construcción de esta enajenación colectiva conlleva a una

encrucijada dramática frente a esta mentira que se funda como verdad social; es preciso inquirir su posibilidad de consolidación como realidad (Camacaro, 2009).

E-8

“Más al rato llego otro doctor yo creo que era residente y me dijo te voy a hacer el tacto yo le dije que sí. Me realizo el tacto y ya que termino dijo no no todavía no y yo le dije que estaba programada para cesárea y no me dijo nada me sentí totalmente ignorada, desamparada, y lastimada con mucha ansiedad por que nadie savia decirme que iba a pasar conmigo. Sentí que podían hacer conmigo cualquier cosa me sentí muy sola.”

La forma de violencia más nombrada... refiere al intervencionismo innecesario que inhibe los procesos naturales de los cuerpos de las mujeres y los recién nacidos. Se puede pensar en dos tipos de configuraciones en relación al cuerpo: la planteada por los portavoces de la visión humanista, en donde los cuerpos liderarían los procesos reproductivos y la visión hegemónica que organiza un modo tecnológico sistemático de intervenir sobre los mismos (Magnone, 2010).

La medicina occidental estudia un cuerpo separado del sujeto, valorado y percibido como un receptáculo de la enfermedad, a pesar de lo cual, impregna al cuerpo con la carga simbólica hegemónica...La metáfora médica, a su vez, refuerza el binomio masculino y femenino (Schwarz, 2009).

E-10

“Le dije a la enfermera que quería ir al baño. Le dije que si me podría traer un cómodo. Y ella me dijo y que a poco no puedes ir al baño. Yo le dije si, si puedo pero como estoy canalizada se me hace más difícil. La enfermera me dijo vaya al baño acá afuera, agarre su solución y salga haya afuera. Entonces me levante y Salí al baño. Ya en el baño se me salió la solución y comencé a sangrar. Me asuste no podía asearme, se me dificultaba mucho. Cuando Salí del baño le dije a la enfermera oiga se me salió la solución me dijo hay te voy a volver a canalizar vengase para acá.”

La violencia sobre la salud reproductiva tiene relación, por un lado, con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando

predominio al cuerpo y los elementos biológicos y, por otro, es inseparable de la violencia de género. Se encuentra naturalizada en nuestra sociedad patriarcal, entendiendo al patriarcado como un orden sociocultural que genera y legitima relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, que se expresan en múltiples formas de desigualdad, discriminación y violencia. A través del dominio se construyen y legitiman privilegios para los varones, obtenidos del trabajo gratuito y explotación de las mujeres, negando y menoscabando el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos por parte de ellas. Otorga a los hombres en su calidad de padres, esposos, jefes o sacerdotes, poder y control sobre las mujeres, sus cuerpos y su trabajo. Consigue la complicidad de la mayoría de los varones, tanto como de las estructuras que rigen las instituciones en las que se ejerce dicha dominación masculina (Almaguer, 2010).

E-1

“Estaba programada a las 12 del día y me operaron a las 8 de la noche. Llegue me puse la bata te meten por un pasillo, la enfermera no me explico nada ni el doctor solo me dejaron espere y espere y yo con mucho miedo, con mucha ansiedad. Es que era mi primer parto.”

El cuerpo deja de pertenecer de alguna manera a la mujer, la percepción sensorial y la necesidad de movilidad que la misma experimente en el proceso del parto no es tenida en cuenta por los médicos. Las mujeres van perdiendo el contacto con su cuerpo y la noción intuitiva sobre lo que necesitan en determinados momentos, en el proceso (Rocha, 2015).

E-9

“EL Doctor llevo para darme de alta me dijo que si me había bañado que como me sentía, que si hice popo. Me dijo le vamos a poner una inyección anticonceptiva de los tres meses porque si no va a salir panzona antes de la cuarentena y aquí la vamos a tener pariendo el próximo año y ese es un riesgo para nosotros y también para usted. Pero más para nosotros porque nos pone en mucho riesgo que venga a parir con una cesarí en menos de un año. No Doctor esa inyección no es necesaria. Si así me dicen todas y aquí las veo el próximo año. No le saben decir que no al marido. Les ganan las ganas. Espéreme le voy a llamar a él para ver que decidimos. Y que no puede decidir usted. Y se enojó porque al final le dije que no quería ponerme la inyección.”

El cuerpo, representa el medio por el cual el ser humano se relaciona con el medio interno y el externo, partiendo de esta idea, el ser humano requiere relacionarse con el interior de su cuerpo, sentirlo, ver cómo reacciona cuando el cuerpo se relaciona con el medio externo, así el cuerpo es el medio que relaciona a lo objetivo con lo subjetivo, es esa línea delgada, que está y no está, de acuerdo a como lo ve cada persona, por ello es necesario teorizar, filosofar con el cuerpo (Merleau-Ponty, 1997).

Discusión

En la investigación titulada “Violencia obstétrica: Una manifestación oculta de la desigualdad de género” de Paula Quevedo (2012), Realizada en la Republica de Argentina se encontró que las mujeres embarazadas en la sala de parto esperan largas horas, sin derecho a la compañía de sus parejas o familiares más cercanos y cercanas, inclusive lo que ello significa para adolescentes primerizas, quienes conforman una población importante en este hospital. En este sentido, una de las formas de violencia más importante que reciben las mujeres es la negación al derecho de estar acompañadas por alguien que ellas quieran durante el proceso de nacimiento.

En contraste en la presente investigación se evidencio que los sujetos de cuidado vivenciaron frecuentemente lo siguiente: “Enfermera Quien me va a operar.. Ahorita que venga el doctor, Le pregunta al doctor. Y el doctor nunca llevo. Espere 4 horas hasta que llevo otro doctor con un grupo de estudiantes, les empezó a preguntas acerca de mi historia clínica, a este doctor le dije Doctor a mí me programaron para cesárea, sabe usted quien me va a operar o cuanto tiempo voy a estar aquí. No se miya tienes que esperar a que venga tu doctor. Pero no sabe quién es mi doctor. No, no se...Me sentí muy sola desamparada sin ningún familiar a mi lado, no les permitieron la entrada y eso que entre a las 12 del medio día y ya eran las 8 de la noche y yo seguía sola e incomunicada”

Así el cuerpo y la salud deberían ser vistos como lo inmediato, un terreno muy cercano donde las verdades y contradicciones sociales tienen lugar, el lugar de la manipulación, del sometimiento pero también el espacio donde se da la resistencia personal y social, la contienda, la lucha. Las personas deberían ser analizadas y observadas como sometidas al

control por la sociedad y las diferentes instituciones, pero gestionando sus propias vidas y contestando también estas formas de control (Esteban, 2003).

La violencia en el parto es un concepto que cubre una amplia gama de situaciones de maltrato durante el proceso de parto. d'Oliveira, Diniz y Schraiber (2002) encuentran tres focos de violencia de parte de doctores y enfermeras, concretamente: negligencia, violencia física, verbal y sexual. Un ejemplo común de negligencia es el parto no atendido. Los actos de negligencia pueden aparecer tanto por motivos de descuido pasivo, como por intentos activos de ignorar a la paciente, como puede ser la necesidad de “castigarla” por su conducta. La violencia verbal aparece debido al trato rudo y grosero de profesionales de la salud.

En contraste en la presente investigación se evidencio que los sujetos de cuidado vivenciaron frecuentemente lo siguiente: ‘‘Más al rato llego otro doctor yo creo que era residente y me dijo te voy a hacer el tacto yo le dije que sí. Me realizo el tacto y ya que termino dijo no no todavía no y yo le dije que estaba programada para cesárea y no me dijo nada me sentí totalmente ignorada, desamparada, y lastimada con mucha ansiedad por que nadie savia decirme que iba a pasar conmigo. Sentí que podían hacer conmigo cualquier cosa me sentí muy sola.’’

La preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. La construcción de esta enajenación colectiva conlleva a una encrucijada dramática frente a esta mentira que se funda como verdad social; es preciso 19 inquirir su posibilidad de consolidación como realidad (Camacaro, 2009).

En el reporte de derechos humanos sobre atención de salud reproductiva en hospitales públicos en Rosario, Argentina en 2008 se encontró que ‘‘Si bien reconocían que se sentían mal y humilladas, consideraban que eso es habitual y que no pueden decir nada ni quejarse porque después tienen que volver al mismo lugar y encontrarse con el mismo personal. Esto marca una absoluta diferencia con quienes tienen la posibilidad económica, sea por gozar

de una obra social o sin ella, de elegir y abonar los servicios en centros del sector privado y de la seguridad social” (INSGENAR, 2008)

En contraste en la presente investigación se evidencio que los sujetos de cuidado vivenciaron frecuentemente lo siguiente: “Más al rato llevo otro doctor yo creo que era residente y me dijo te voy a hacer el tacto yo le dije que sí. Me realizo el tacto y ya que termino dijo no no todavía no y yo le dije que estaba programada para cesárea y no me dijo nada me sentí totalmente ignorada, desamparada, y lastimada con mucha ansiedad por que nadie sabia decirme que iba a pasar conmigo. Sentí que podían hacer conmigo cualquier cosa me sentí muy sola.”

Los profesionales afirman que se les hace muy difícil efectivizar la práctica de la humanización, para una mejor atención a la madre, al recién nacido y a su familia, debido a la estructura física de las instituciones y las rutinas que están preestablecidas, centradas en el médico (Souza y Gaiva, 2011).

Conclusiones

En Sinaloa, México se ha naturalizado la violencia obstétrica en la praxis y en el cuidado de los profesionales de la salud, sin importar su género (masculino o femenino). Se ha introyectado en el comportamiento social con un patrón de comportamiento que se ha “normalizado” en los servicios de atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio. La soledad, el androcentrismo y la corporeidad son categorías emergentes de análisis que la etnoenfermería debe de tomar en cuenta para mejorar la integralidad de los cuidados así como la calidad de los mismos.

Bibliografía

- Almaguer José Alejandro et al. (2010). LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud. Género y salud. Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva. México.
- Bronfman M, Castro R, Zuñiga E, Miranda C, Oviedo J. (1997). Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Pública de México.
- Camacaro M. (2000). La experiencia del parto, proceso de la mujer o acto médico. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Camacaro, M. (2009, febrero). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica. Rev. venezolana de estudios de la mujer.
- Castro R, Erviti J. (2003).La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, y Espinoza G, comps. Género y Política en Salud. México: SSA-UNIFEM.
- Castro R, Erviti J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G, comps. Género y política en salud. México: Secretaría de Salud.
- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. (2002). Principios de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal: lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto. Birth 2001; 28: 202-207. En: Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS.
- Creswell, J. (1998). Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions. Londres: Sage.
- Esteban, Mari Luz. (2003) El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria.

García Luz Marina. (2008). Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. *Avances en Enfermería*. Vol. XXVI No 1.

Guía de vigilancia y manejo del parto (2009). México: Secretaría de Salud.

Guía de vigilancia y manejo del parto en el segundo nivel (2009). México: Secretaría de Salud.

Hutter Esptein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid: Editorial Turner Noema.

INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre...”, op. cit. (ver supra, nota 15).

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). “Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto”, en *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, México.

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa*. Sinaloa, México.

Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos. *Con Todo al Aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos*. 2ª ed. Tucumán, Argentina: INSGENAR y CLADEM; 2008.

Rocha Sosa, Mariana. (2015). *‘Humanización del embarazo, parto y nacimiento’ Un asunto de derechos humanos*. Universidad de la república. República de Uruguay.

INSGENAR. 2008. *Con todo al aire 2. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos*. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario, Argentina.

Magnone, Natalia. (2010). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. (Tesis de maestría) Departamento de Trabajo Social-FCS, Uruguay

Merleau Ponty. (1997). *La fenomenología de la percepción*. España; Península Barcelona.

Minayo MCS. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Leininger Madeleine. (1995). Transcultural Nursing Concepts. Theories, Research & practices Second Edition. McGraw- Hill, Inc College Costom Series, New Yor. Chapter 3. Overview of Leininger's Culture Theory.

Lowdermilk, D, Perry, S y Bobak, I. (1991). Enfermería Materno-Infantil. Barcelona: 6 edición. Editorial Océano.

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en Venezuela 2007.

Quevedo Paula. (2012). Tesis "Violencia obstétrica: Una manifestación oculta de la desigualdad de género". Republica de Argentina. Universidad Nacional de Cuyo.

Secretaria de Salud de México. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. (2011) A humanizacao do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.

Schwarz, P (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. Argumentos Estudios sobre sexualidades y salud reproductiva

Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis s.a.

Villanueva L. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un gineco-obstetra. Rev CONAMED.

Weigert, Andrew J., (1970). "The Immoral Rhetoric of Scientific Sociology", en The American Sociologist, Vol. V, N° 2, May.