



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/044.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **La violencia enmascarada**

Autores Ana González Fajardo, Juan José Martínez Miñano, Francisco Javier Gil Pérez, Ana Isabel López García, Ángeles Navarro Valladares

Centro/institución Hospital José María Morales Meseguer.

Ciudad/país Murcia, España

Dirección e-mail Ana_moralejo05@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La violencia obstétrica se considera un tipo de violencia de género, en nuestro país, no está tipificada como tal y por lo tanto, los actos constitutivos de violencia obstétrica se asemejan a otros delitos o faltas que son penadas de forma diferente a como debería ser. En varios países iberoamericanos está legislada y por lo tanto penada este tipo de violencia, a las que son sometidas las mujeres a diario, en las salas de parto y durante el embarazo y puerperio.

Tomamos como ejemplo la Ley Orgánica de Venezuela, sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, donde se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (1).

El parto traumático se ha definido como aquel en el que "hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé"(2).

Son muchos los profesionales sanitarios que desconocen o ignoran los signos del trauma psicológico y emocional (3). Como dice Beck "el trauma del parto reside en la mirada

de quien lo percibe”, lo que implica que trauma es lo que a cada mujer le resulta traumático durante su experiencia de parto (3). La experiencia de parto traumático se acompaña de miedo, indefensión y terror, y suele ir seguida de toda una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, flashbacks, pesadillas e irritabilidad (4). Puede afectar seriamente a las mujeres y a sus familias.

Los estudios cualitativos muestran que un tema central para estas mujeres traumatizadas es el haber recibido unos cuidados inadecuados (5). Así un meta análisis sobre las percepciones y experiencias de las mujeres con partos traumáticos mostró como a menudo el trauma de las mujeres es el resultado de las acciones (u omisiones) de las matronas, médicos y enfermeras (6).

En este estudio las mujeres describieron sus sentimientos de pérdida de control durante el parto. Tratadas de forma autoritaria y no habían tenido en cuenta sus opiniones y tampoco las habían dejado tomar decisiones al respecto de ningún aspecto relacionado con el proceso de parto. No se sintieron respetadas, ni como personas, por los profesionales que las atendieron. Todo ello creó un sentimiento de traición y muchas contaron haber aceptado ciertas prácticas o técnicas por el hecho de finalizar con el momento del parto, el cual les estaba produciendo un gran trauma. Según Susan Hodges activista del parto y presidenta de Citizens for Midwifery, drogar o cortar a una embarazada sin que haya una indicación médica precisa constituye en sí mismo, un acto de violencia, incluso cuando el que lo hace es un médico en un hospital. También ciertas prácticas que pueden resultar no del todo precisas y adecuadas, como la administración de oxitocina sintética hasta que puede producirse sufrimiento fetal, se consideran como prácticas abusivas y no basadas en la evidencia científica y por desgracia, son todavía pocas las mujeres, que quieren saber, que se informan sobre dichas prácticas y por lo tanto, son pocas las que detectan, que este tipo de acciones dan lugar a un tipo de violencia, normalizada por todos y por lo tanto enmascarada, la mayoría de veces.

Objetivos

Saber si las mujeres reconocen situaciones o prácticas que conlleven violencia obstétrica.

Descubrir que hacen las mujeres ante situaciones de violencia obstétrica.

Conocer los sentimientos, percepciones y necesidades personales que tienen las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica.

Metodología

Los participantes del estudio son mujeres que han sufrido violencia obstétrica. La obtención de la muestra es por conveniencia, se han incluido en el estudio mujeres que pertenecen a la Asociación El Parto es nuestro, el contacto con ellas fue a través de las listas abiertas de dicha asociación a través de la página web de la misma.

Se les informa de la consistencia del estudio mediante una hoja-resumen, donde de forma detallada se ofrece la información correspondiente al desarrollo de los grupos focales, a las normas de cumplimiento obligado para el buen desarrollo de los mismos, también se les informa que los datos obtenidos en el estudio serán tratados con fines educativos y docentes y que el estudio cumple con los aspectos éticos requeridos.

A las listas abiertas de la asociación acceden mujeres de todo el territorio español, que han sido víctimas de violencia obstétrica, es por este hecho, que les comentamos, que la realización de los grupos focales es en la Región de Murcia, finalmente se ponen en

contacto con nosotros 15 mujeres, 7 de la Región de Murcia, 3 de la provincia de Almería, 1 Granada, 2 mujeres de Valencia, 1 de Alicante y 1 de Albacete.

De estas 15 mujeres solo 10 están de acuerdo en el desarrollo de los grupos focales y firman el consentimiento informado.

Los grupos se realizarán en un centro sociocultural de la ciudad de Murcia.

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo transversal de tipo cualitativo, basando para ello, en la corriente fenomenológica.

La obtención de información se hizo mediante la técnica de los grupos focales donde el principal método para obtener datos es la entrevista semiestructurada a las participantes, se completará también mediante la observación (comunicación no verbal) y también con las notas de campo recogidas durante el transcurso de la técnica.

Criterios de inclusión: Mujeres, víctimas de violencia obstétrica, que acepten voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: La negativa a firmar el consentimiento informado y no estar de acuerdo con el desarrollo de los grupos focales.

Diseño de los grupos: Se realizan 2 grupos focales, con una duración aproximada de 2 horas, cada grupo focal está compuesto por cinco mujeres, para el buen funcionamiento y desarrollo del grupo focal. Los responsables de trabajar con los grupos focales son dos matronas, expertas en el tema a tratar y formadas en el desarrollo de este tipo de técnica cualitativa, que actuarán como entrevistadora y observadora. La moderadora debe facilitar los procesos de grupo y asegurar que la discusión se centra en los temas de interés recogidos en los objetivos, creando un clima acogedor y sin emitir juicios de valor. Para facilitar que los grupos se centren en los temas seleccionados, el entrevistador llevará un guión flexible para la sesión del grupo.

La matrona observadora ayuda en el registro de datos (tiempo en que comenzó y terminó, número de participantes, dinámica de grupo y nivel de estrés, interrupciones o distracciones que ocurren durante la sesión, cosas que hacen que se pongan tristes o estén más reacias...), sugerir una nueva pregunta o tema y ayudar a resolver cualquier conflicto o discusión.

La sesión quedará plasmada en una video cámara (previo consentimiento y siempre con total libertad para detener la grabación en momentos más delicados); para proceder más tarde a su transcripción y análisis. En caso de no lograr una adaptación natural a la videocámara se procederá a usar únicamente una grabadora digital.

Las preguntas clave son:

¿Qué entiendes por violencia obstétrica?

¿Pensas que has sido víctima de violencia obstétrica en tu parto? ¿Por qué?

¿Qué sentimientos experimentaste en el periodo de parto?

¿Cuáles son los sentimientos que experimentaste tras el parto?

¿Qué percepciones tienes sobre la atención recibida en el periodo de parto?

¿Qué apoyo te gustaría haber recibido en esos momentos?

¿Qué información deseaste recibir?

¿Se vieron cubiertas tus necesidades?

¿Cuáles son tus necesidades en este momento? ¿En qué medida consideras que han variado tus necesidades con el paso del tiempo?

Análisis de datos.

Durante el desarrollo del grupo (desde su apertura hasta el cierre), grabaremos y anotaremos todo lo sucedido. Posteriormente, se realizará una transcripción literal de todo el material recogido en el video junto con las anotaciones realizadas por el observador, respetando expresiones originales y atendiendo tanto a la información verbal como a la no verbal.

El método empleado para analizar los datos será un análisis del contenido cualitativo, no sólo circunscribiéndose a la interpretación del contenido manifiesto sino aplicándolo también al contexto social. De acuerdo con esto, las transcripciones deben ser transformadas en información manejable para su análisis en profundidad. Así, tras varias lecturas completas de la información recopilada, empleando técnicas de categorización y codificación de los contenidos podremos clasificarlos en sistemas con significado. Para facilitar la tarea de categorización y clasificación utilizaremos el programa informático NVIVO.

Resultados

Tras la transcripción de los grupos focales, se obtienen 8 categorías principales: violencia no verbal, violencia verbal, tecnificación excesiva, sentimientos, necesidades, falta de información, falta de apoyo sanitario, percepciones.

Todas las mujeres entrevistadas sí reconocen las situaciones o prácticas que por sí solas son violencia obstétrica y también que han sido víctimas de situaciones que han desencadenado situaciones de ansiedad y estrés tras el parto debido a un trato inadecuado, reconociendo que dicho trato puede ir desde una palabra, una mirada hasta una intervención innecesaria.

A continuación se muestran las diferentes categorías obtenidas y unos ejemplos de los testimonios obtenidos tras el análisis de los datos.

Categorías

Violencia no verbal “Con una simple mirada, me hizo saber que yo no pintaba nada en mi parto”. “Su cara fue un poema cuando le pedí que no me hiciera unos fórceps” “Se rieron de mí, me sentí desprotegida y sentí miedo...”

Violencia verbal: “Me trato como una niña consentida, por el simple hecho de no querer utilizar anestesia epidural” “...Después de decirme pequeña, me dijo, hace nueve meses no te quejarías tanto¿no?”

Tecnificación excesiva: “Me hicieron una cesárea sin esperar el tiempo reglamentario, únicamente por que había un partido de fútbol 2 horas después” “Llamó a su residente y me hicieron unas espátulas didácticas, término que empleo delante de mí y de mi marido” “Me hicieron una episiotomía y la maniobra de kristeller porque no quisieron esperar unos minutos para que mi bebe bajara por sí solo”

Sentimientos: “Me hizo sentir fatal el ginecólogo, solo le pregunte sí podía parir de pie” “Sentí tristeza, incluso miedo y nerviosismo ante la situación que viví donde yo me sentí la víctima y los demás meros participantes”

Necesidades: “Tuve necesidad de intimidad, de que nadie me tocara más y de respeto” “Mi necesidad ante todo fue de ser protagonista de mi parto” “Mis necesidades han ido cambiando a lo largo del tiempo, en su momento necesite, tener el control de mi parto hoy día necesito ayuda psicológica para poder superar lo que paso ese día”

Falta de información: “En ningún momento me informaron de que me hicieron episiotomía, cuando era mi tercer parto y en los dos anteriores, ni me desgarré” “Me pareció muy mal que nadie me informara de mi situación, únicamente vino el celador y me llevo hacia el quirófano” “No me dijeron las distintas opciones que habían antes de someterme a una cesárea”

Percepciones: “Ante 6 personas en el paritorio y sin estar mi pareja al lado, mi percepción fue de terror y miedo, por mi integridad física y sexual y sobre todo por la de mi hijo”

Falta de apoyo sanitario: “Nadie me respaldo cuando pedí que no se llevaran a mi bebe de mi lado” “Espere mucho más de mi ginecóloga” “En mi parto, ví como la matrona no tuvo nada que hacer cuando el ginecólogo ordeno que se utilizará una ventosa para acabar con el periodo de expulsión del bebé”

Los resultados obtenidos, dan respuesta a los objetivos planteados al principio del estudio y van encaminados a mostrar los actos violentos a los que son sometidas las mujeres, independientemente de que estos actos sean intencionados o no.

Estos resultados muestran el “descontento” de las mujeres ante la atención al parto tanto en el sistema sanitario público como privado, españoles.

Discusión

Es necesario que la violencia obstétrica, deje de ser invisible para la sociedad y sobre todo para los propios profesionales encargados de la asistencia al parto, para que de este modo pueda llegar erradicarse.

Los profesionales deben de poder interiorizar la relación existente entre el trastorno por estrés postraumático presente en las mujeres víctimas de maltrato y la violencia ejercida especialmente en la sala de partos, otro punto a tener en cuenta, son las causas que favorecen y perpetúan este tipo de prácticas, realizadas por los mismos.

Por este motivo, si la atención al parto, estuviese basada en la evidencia científica publicada al respecto, no cabrían intervenciones innecesarias que pueden desembocar en actos constituyentes de violencia obstétrica.

Las consecuencias de estas prácticas o intervenciones, no son gratuitas para las mujeres como hemos visto en los estudios consultados. Por ello, hay que tener en cuenta las cargas emocionales y las necesidades que tienen estas mujeres y tomar cartas en el asunto desde el punto de vista de la prevención y la detección de posibles secuelas tanto físicas como psíquicas.

Conclusión

En conclusión sacamos que las mujeres tienen la percepción de que el sistema actual de la atención al parto y la legislación vigente, deja al descubierto esta forma de violencia que tan presente está en paritorios y salas de dilatación y que tan normalizada y enmascarada se encuentra, debido a la jerarquización existente, la falta de información y falta de empoderamiento de la mujer a la hora de la toma de decisiones que tienen que ver con su proceso de parto.

Es necesario como profesionales de la atención al parto, el atender las necesidades de las mujeres y no producir por acción o por omisión, daños irreparables en sus vidas y una distorsión enorme, de la visión global que tienen sobre el parto.

Es necesario un dialogo continuo entre grupos de mujeres afectadas y los profesionales para poner fin a la violencia obstétrica.

Bibliografía

1. Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley Nº 38.647, de 19 Marzo. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. (19-3-2007)
2. Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*.2008; 57(4): 228-236.

3. Beck CT. Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*.2004; 53(1):28-35.
4. Ayers, S. Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004; 47(3):552-567.
5. Allen, S. A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth.*Journal of Reproductive and Infant Psychology*.1998; 16(2-3): 107-131.
6. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(10): 2142-2153.