

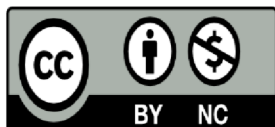
Gomez, Tamara Anabela

“Descripción de los conocimientos sobre violencia obstétrica en estudiantes de la licenciatura en enfermería”

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Gomez, T. A. (2022). *Descripción de los conocimientos sobre violencia obstétrica en estudiantes de la licenciatura en enfermería* [tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

**"DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA
EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA"**

Autora: Tamara Anabela Gomez
Director del trabajo final: Lic. Mariano Benitez
Co-directora del trabajo final: Lic. Laura Morienega

FLORENCIO VARELA, 29 de Junio de 2022

AGRADECIMIENTOS

Al universo y su energía que me condujo hasta aquí, con todo lo bueno y todo lo malo.

Al movimiento feminista, que cambió mi mirada ante la vida e inspiró esta investigación.

A mi tutor Mariano Benitez, que me acompañó en este largo camino y me dio grandes razones para amar la profesión.

A Leonardo Palacios y Laura Morienega, por regalarme su tiempo y estar siempre dispuestos a colaborar con esta investigación.

A mis profesores, aquellos que me formaron para ser una buena profesional, pero aún mejor persona.

A mis amigas, hermanas que me dio la facultad. Siempre incentivando, siempre preguntando, siempre creyendo en mí, incluso cuando yo misma no lo hacía.

A mi madre, que siempre me recuerda lo orgullosa que está de mí. Gracias por incentivarme a superarme cada día.

A mi compañero de vida, siempre incondicional. Sin tu apoyo y tu amor, nada de esto sería posible.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO.....	4
III. OBJETIVOS	6
IV. MARCO TEÓRICO	7
El modelo biomédico como herencia del positivismo	7
Violencia Obstétrica	9
La naturalización de la violencia	10
Marco legal en Argentina	11
El rol de enfermería en la atención de la mujer embarazada	13
V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	15
Tipo de Estudio	15
Área de Estudio	15
Población	15
Muestra	15
Unidad de Análisis	15
Criterios de Inclusión.....	15
Criterios de Exclusión	16
Fuente de datos	16
Instrumento de recolección de datos	16
Matriz de operacionalización de las variables.....	16
VI. CONTEXTO DE ANÁLISIS	22
VII. RESULTADOS.....	23
VIII. CONCLUSIONES	49
IX. SUGERENCIAS.....	54
X. ANEXOS	56
Instrumento de recolección de datos	56
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la intención de estudiar los conocimientos de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche respecto a la violencia obstétrica, durante el periodo de Junio de 2022. El mismo se basa en una investigación de carácter cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Para estudiarlo, se encuestó a un total de 84 estudiantes de la Licenciatura mediante preguntas mixtas de selección múltiple destinadas a conocer: sus características sociodemográficas, los conocimientos teóricos respecto de violencia obstétrica basados en la ley de Parto Humanizado, la capacidad de reconocimiento de violencia obstétrica en un caso-problema y sus reacciones ante una situación semejante.

La problemática de la violencia obstétrica forma parte de la violencia de género y es forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres y personas gestantes. El trabajo hace el recorte, enfocándose en la vulneración de los derechos de las mujeres, debido a que se entiende que la realidad de las diversidades sexuales es más compleja de lo que se puede abordar en esta investigación.

De acuerdo a la OMS, en los últimos tiempos se ha producido un aumento considerable de prácticas que permiten “iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés”. No obstante, señala lo negativo que resulta para la experiencia del parto y la capacidad de dar a luz de la mujer.

A raíz de la institucionalización y este creciente proceso de medicalización del parto, la OMS (1985) realizó una serie de recomendaciones bajo el título de “El parto no es una enfermedad”, con el fin de promover el respeto la embarazada y la familia, los tiempos, las formas naturales del parto y transformar las maternidades en instituciones centradas en las familias. Entre las directrices, se hallan el evitar el uso inadecuado de tecnologías obstétricas y la reducción de las cesáreas en un 15%.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

Según un estudio sobre la atención al parto/cesárea realizado por el Observatorio de Violencia Obstétrica en el periodo Septiembre de 2015 – Agosto 2016, un promedio de 35,25% de las mujeres encuestadas recibieron algún tipo de maltrato verbal; se presentó un promedio de 43,63% de casos de violencia obstétrica relacionada con las intervenciones realizadas sobre la gestante; una media de 54,6% expresó violencia en relación a las intervenciones realizadas al recién nacido y en un promedio de 58,8% de los casos, la parturienta no recibió información en relación a la evolución del trabajo de parto y de las intervenciones a realizar durante el mismo (Organización Las Casildas, 2015).

A partir de los datos epidemiológicos expresados anteriormente, resulta necesaria la realización de un estudio acerca del nivel de conocimientos sobre violencia obstétrica por parte de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería a nivel nacional. La cuantificación de estos datos permitiría elaborar un parámetro de base mediante el cual se podrán evaluar los resultados de futuras intervenciones.

En el ámbito local del Gran Buenos Aires, una de las instituciones que dicta esta carrera es la Universidad Nacional Arturo Jauretche. El punto de mayor relevancia se encuentra a partir del 3º año de la carrera, año en el que se dicta la asignatura “Cuidados integrales de la Salud Materno Infantil” como una de las materias centrales para la obtención del título de Enfermero/a universitario. A partir de ese momento, los estudiantes se encuentran legalmente habilitados para ejercer sus labores profesionales, tanto en el sector público como en el privado, abriéndose la posibilidad de desarrollarse dentro de los servicios de maternidad. En esta etapa, es fundamental que el profesional cuente con un alto nivel de desnaturalización de la violencia obstétrica junto con un amplio conocimiento teórico respecto al tema, a fin de favorecer la relación enfermero/a-paciente, necesaria para la optimización del plan de cuidados.

A partir de esto surge el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos sobre violencia obstétrica que poseen los estudiantes de la

Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche que hayan cursado la asignatura “Cuidados Integrales de la Salud Materno Infantil” durante el mes de Junio del 2022?

III. OBJETIVOS

General

Describir los conocimientos sobre violencia obstétrica que poseen los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche que hayan cursado la asignatura “Cuidados Integrales de la Salud Materno Infantil” durante el mes de Junio del 2022.

Específicos

1. Precisar las características sociodemográficas de la muestra: edad, género, lugar de residencia.
2. Identificar las nociones teóricas que poseen los estudiantes encuestados respecto al concepto y caracterización de la violencia obstétrica.
3. Determinar si los estudiantes encuestados son capaces de identificar violencia obstétrica en un caso-problema.
4. Conocer las reacciones de los estudiantes ante situaciones de violencia obstétrica identificadas en un caso propuesto.

IV. MARCO TEÓRICO

El modelo biomédico como herencia del positivismo

Como forma de oposición a las ideas de origen religioso surge, en el siglo XVI, el pensamiento moderno centrándose en el ser humano y su capacidad de conocer el mundo a través de sus razonamientos y sentidos. Estos supuestos logran expandirse hacia la segunda mitad del siglo XIX hasta la conformación de un tipo de ideología que adopta el nombre de positivismo, cuya legitimidad surge de la demostración empírica y sostiene al pensamiento científico como el pensamiento verdadero. Alicia Stolkiner (1989) se refiere al positivismo “no solamente como una concepción acabada de la ciencia, sino como la forma ideológica que complementa desde el nacimiento del capitalismo, el desarrollo de la modernidad”.

Para aquella época, hubo una serie de avances en el campo de la biología que la perfilaban como una ciencia capaz de dar cuenta de los problemas fundamentales de la vida sin estar ligada específicamente con la salud. A medida que se va dando el proceso de constitución de la biología y emergen sus conceptos fundamentales, ciertos sectores de la comunidad médica iniciaron un proceso de apropiación de los mismos, produciendo la biologización de la disciplina. (Moreno-Altamirano, 2007). Así, entonces, positivismo se constituyó como paradigma dominante en la medicina moderna; concibiendo al cuerpo desde una mirada mecanicista, delimitando los aspectos propios de la ciencia e incluyendo dentro del pensamiento científico aquellos fenómenos que pudieran ser medibles y controlables mediante la experimentación.

El modelo médico hegemónico, denominado así por Menéndez (2003), encuentra su legitimidad en el biologicismo, característica sobre la cual sienta sus bases estructurales. Esto quiere decir que sus métodos, parámetros, saberes y prácticas están principalmente reducidos al plano de lo biológico. Este carácter biologicista es el que permite la articulación con otras cualidades principalmente constituyentes del modelo, tales como la a-historicidad, a-sociabilidad, a-culturalidad, el individualismo, mercantilismo y su efectividad pragmática. Desde el

inicio de la formación médica, el aprendizaje del cuerpo se lleva a cabo mediante contenidos biológicos, subordinando todo aspecto histórico, social, cultural y psicológico que esté ligado a éste. La negación del paciente como sujeto social conduce a la invisibilización de la dimensión subjetiva de la persona en cuanto a saberes y experiencias, por lo que el sujeto de atención es considerado objeto (Cortés, 1997). Esta objetivación hace a la asimetría, explicada por Menéndez, en la relación entre el paciente -que adopta un rol pasivo- y el profesional de la salud/médico -a quien se le atribuye la legitimidad del saber debido a que su criterio de autoridad se encuentra apoyado en la efectividad pragmática-.

Mario Testa (1997) entiende al cuerpo humano como una máquina que funciona adaptándose a las condiciones de existencia de los seres humanos. Una maquinaria que, a diferencia de otras máquinas e incluso otros seres vivos, se va construyendo históricamente hasta su transformación en cuerpo signo. La construcción del cuerpo como signo se da como un proceso social y colectivo. La mirada individualista y a-histórica del modelo biomédico, niega la existencia del cuerpo como signo y, en cambio, continúa reproduciendo la idea del cuerpo en cuanto máquina.

El autor, además, explica que en todo proceso de elaboración de conocimiento es necesario llevar el objeto de estudio desde el plano de lo concreto hacia un nivel de abstracción. El problema de la ciencia se presenta cuando el conocimiento obtenido permanece en lo abstracto y no es devuelto a lo concreto o real, generando que su aplicación se vea reflejada en métodos y prácticas que tienden a homogeneizar realidades que naturalmente son heterogéneas. La determinación que proviene del contexto social es aquello que determina su adecuación o inadecuación en dicho contexto, por lo tanto es el factor que le otorga el carácter de utilidad como instrumento. Ante la ausencia de esta característica, la ciencia se convierte en cientificismo, es decir, en una ciencia descontextualizada que no repara en las particularidades de las sociedades.

Violencia Obstétrica

La Organización Panamericana de la Salud define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Dentro de las clases de violencia es posible distinguir la violencia de género, cuya definición más acertada fue propuesta por la ONU: “todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada” (Organización de Naciones Unidas, 1993). La ley 26.485 (2009) de protección integral a las mujeres identifica diferentes modalidades según la forma en que se manifieste la violencia. Una de esas modalidades es la violencia obstétrica, entendida 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 en relación con embarazo, trabajo de parto, parto y postparto de conformidad con la Ley 25.929 de parto humanizado”.

En un primer momento, es posible identificar dos tipos de violencia obstétrica a partir de las definiciones que se encuentran en el marco legislativo y en los estándares internacionales de derechos sexuales y reproductivos: la violencia obstétrica física y la psicológica.

La violencia obstétrica física que se configura a través de prácticas invasivas sobre la embarazada o el feto, al suministro de medicación de manera no justificada de acuerdo al estado en el que se encuentra el proceso reproductivo o cuando no se respetan los tiempos biológicos del parto. En este sentido, es preciso incorporar los lineamientos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para clasificar los tipos de prácticas que deben realizarse durante el parto. Estos lineamientos deberían ser contemplados en la identificación de prácticas y acciones que constituirían violencia obstétrica:

1. Prácticas evidentemente útiles que tendrían que ser promovidas.
2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que habría que eliminar.
3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
4. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

La violencia obstétrica psicológica hace referencia al trato que los profesionales o efectores de la salud producen sobre el cuerpo de las mujeres durante las prácticas obstétricas que podemos definir como deshumanizado, discriminatorio, humillante. También se configura esta modalidad de violencia ante la falta de información a la mujer sobre la evolución del parto, de su salud o la de su bebé, o sobre las prácticas que se le realizarán al bebé o a ella. También ante la omisión o prohibición de algunos de los hechos que se consagran en el marco legislativo (Malacalza, 2017).

La naturalización de la violencia

La naturalización es un fenómeno que lleva a las personas a considerar sus acciones y sus creencias como naturales, ligadas a su naturaleza y de carácter definitivo, invariable, inmodificable. Esta naturalización lleva al ser humano a justificar su accionar en la tradición, analogías, creencias, mitos, etc. (lo legítimo, lo normal, lo que se adapta a la norma). Según Marqués (1980), ésta se encuentra condicionada por contexto socio-económico-cultural de cada individuo/ población.

La naturalización de la violencia se apoya en construcciones culturales que estructuran el modo de percibir y vivir la realidad, las cuales, han incidido en la perpetuación de las agresiones. Las construcciones culturales, a las que se refiere, se basan en la jerarquía, el poder y en discriminación (Corsi, 2003). Entre ellas, es posible citar como relevantes: las concepciones acerca de la infancia y del poder adulto; los estereotipos de género; la concepción acerca de “lo bueno” (nosotros) y

“lo malo” (los otros). Todas estas construcciones se apoyan en dos ejes conceptuales: estructuración de jerarquías y discriminación de lo “diferente”.

En Argentina, la ONG “Organización Las Casildas” ha creado el primer Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) con el apoyo del Consejo Nacional de las Mujeres. Los objetivos de este observatorio son recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la Violencia Obstétrica; realizar seguimiento de denuncias; monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes; elaborar recomendaciones a organismos e instituciones involucrados; crear espacios de difusión y debate con profesionales y ciudadanía en general; promover la elaboración de estudios y proyectos de investigación, entre otros.

En septiembre del año 2015 y hasta agosto de 2016 dispusieron de la *encuesta de atención al parto/cesárea*, un formulario realizado a nivel nacional con la finalidad de establecer un panorama real sobre la vulneración de los derechos en la escena del parto y que genere la posibilidad de realizar recomendaciones y sugerencias a los organismos competentes en base a los resultados obtenidos. Estos resultados, fueron divididos en relación al maltrato verbal, a las intervenciones dirigidas a la gestante y a las intervenciones sobre el recién nacido. En todas estas categorías se encontraron altos niveles de irregularidades que se corresponden con actos de violencia obstétrica (Organización Las Casildas, 2015).

Marco legal en Argentina

En uno de sus primeros artículos, la ley n° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, sostiene que todo paciente tiene derecho a:

“(a) Recibir atención sanitaria proveniente de profesionales de la salud sin distinciones en cuanto a sus ideas, valores, creencias, sexo, orientación sexual y contexto socioeconómico; (b) Ser atendido mediante un trato digno y respetuoso; (c) Intimidad respecto de su información y documentación clínica y la confidencialidad de sus datos sensibles; (d) Confidencialidad en cuanto a su

documentación clínica; (e) Autonomía de la voluntad en la aceptación y/o rechazo de ciertas terapias y procedimientos médicos, así como también a revocar su decisión en cualquier momento; (f) Recibir información vinculada a su situación sanitaria; (g) Disponer de su información sanitaria de manera escrita con el fin de realizar una interconsulta con otro profesional médico (Ley 26.529, 2009, art 2).

A su vez, esta ley define al consentimiento informado como una declaración de la voluntad suficiente efectuada por el paciente (o por sus representantes legales según sea el caso) que será emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada respecto a su estado de salud, el procedimiento propuesto y sus objetivos específicos; los beneficios esperados del procedimiento junto con sus riesgos y efectos adversos previsibles; procedimientos alternativos (con sus riesgos y beneficios) y las consecuencias previsibles en caso de no realizar el procedimiento sugerido o los alternativos.

No obstante, antes de la promulgación de la ley de derechos del paciente en 2009, ya se contaba con una ley de Parto Humanizado, sancionada en el 2004. Esta la ley n°25.929, reconoce los derechos de madres, padres e hijos durante el proceso de parto y puerperio y extiende su cumplimiento tanto en instituciones públicas como privadas.

En relación a los derechos que otorga a las mujeres, se puede resaltar principalmente el derecho a ser tratada con respeto, siendo reconocida como protagonista de su parto. Además, deben respetarse los tiempos psicológicos y biológicos del parto, evitando aquellas prácticas que no se encuentren justificadas por el estado de salud de la embarazada o de la persona por nacer.

La paciente tiene derecho a ser informada sobre su estado de salud y el de su hijo/a, los procedimientos médicos a realizar, así como también a que faciliten su participación activa y que pueda decidir sobre cómo desea que se produzca su parto, siempre que no exista peligro del binomio madre-hijo. Se destaca también la decisión de la mujer a ser (o no) acompañada por una persona de su confianza y elección durante este proceso, la cual no podrá ser reemplazada arbitrariamente

por decisión del equipo de salud, ni deberá cuestionarse su presencia de acuerdo al vínculo que tenga con la paciente.

Por otro lado, la ley también promueve la información y facilitación de la lactancia materna, a una internación conjunta siempre que el estado de salud materna e infantil lo permita, o al acceso continuado de los padres a sus hijos en caso de que estos requieran cuidados en neonatología.

El rol de enfermería en la atención de la mujer embarazada

La OMS considera que la enfermería “abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.”

El rol de la enfermera de maternidad se basa en los cuidados tanto independientes y dependientes destinados a la embarazada/puérpera y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio. Su trabajo requiere establecer una relación de confianza con las pacientes y sus familiares, identificar las necesidades y problemas y actuar en base a sus conocimientos mediante la aplicación del pensamiento crítico con los medios y recursos disponibles con el fin de crear una atmósfera de armonía y seguridad. La finalidad de la asistencia de enfermería en maternidad es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas y salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible. No sólo se debe interesar por su salud física y bienestar, sino que debe fomentar el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares.

En relación al marco legal de la profesión, tanto la ley nacional n° 24.004 (1991) como la provincial n° 12.245 (1999) sobre el ejercicio de la enfermería, reconocen la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y la prevención de enfermedades como funciones propias de la profesión. Por otro lado, en ambas

leyes, el artículo 10 menciona como obligaciones del personal de enfermería el respeto de la dignidad humana sin distinciones y el artículo 11 establece la prohibición de, entre otras cosas: "(a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que se aparten de las prácticas autorizadas y que entrañen peligro para la salud y (b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana".

V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo de Estudio

El presente trabajo corresponde a un estudio de carácter cuantitativo cuyo diseño corresponde a un estudio de tipo descriptivo, ya que el propósito de la investigación radica en señalar los conocimientos de la población en relación a la Violencia Obstétrica. En cuanto a la secuencia temporal se tratará de un estudio de corte transversal.

Área de Estudio

La investigación tiene lugar en la Universidad Nacional Arturo Jauretche perteneciente al partido de Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina.

Población

Para el presente estudio se trabajará con estudiantes de la Lic. En Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche que cursaron la asignatura “Cuidados Integrales de la Salud Materno Infantil”.

Muestra

Se tomó una muestra representativa, intencional, no aleatoria de 84 estudiantes de la Lic. En Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche que hayan cursado la asignatura “Cuidados Integrales de la Salud Materno Infantil”.

Unidad de Análisis

Cada uno de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la UNAJ que hayan cursado la asignatura “Cuidados Integrales de la Salud Materno Infantil” y que accedan a participar del estudio.

Criterios de Inclusión

Estudiante de la licenciatura en Enfermería de la UNAJ que hayan regularizado la cursada de “Cuidados Integrales de la Salud Materno Infantil”.

Criterios de Exclusión

Estudiantes que no hayan regularizado la cursada de dicha asignatura o que no deseen participar en el proyecto.

Fuente de datos

Primaria, a partir de la información nueva y original brindada por la muestra a través del instrumento de recolección de datos (cuestionario).

Instrumento de recolección de datos

Consta de un cuestionario de elaboración propia, basado en la ley n°25.929 de parto humanizado e investigaciones semejantes.

El cuestionario es de carácter anónimo, con 20 preguntas mixtas de tipo cerradas y abiertas que se agrupan en 3 secciones: una primera sección que busca caracterizar demográficamente a la muestra, una segunda sección donde se miden los conocimientos teóricos de los estudiantes y una tercera parte que intenta conocer los saberes aplicados a un caso práctico y la postura a tomar frente a situaciones de violencia obstétrica.

El mismo fue confeccionado en formato digital en la plataforma de “Google Forms”, pudiendo acceder a él a través de un enlace directo. El enlace del cuestionario fue enviado por correo electrónico a un listado de estudiantes que representan la muestra del proyecto, facilitado por docentes de la asignatura.

Matriz de operacionalización de las variables

Unidad de análisis	Variable de estudio	Dimensión	Valor	Indicador
Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la UNAJ que hayan cursado la asignatura “Cuidados Integrales de la	Características sociodemográficas	Edad	20 – 29 años	Edad declarada
			30 – 39 años	
			40 – 49 años	
			Mayor a 50 años	
		Género	Femenino	Género declarado
			Masculino	
No binario				

Salud Materno Infantil”			Otro	
		Lugar de residencia	Florencio Varela	Lugar de residencia declarado
			Berazategui	
			Quilmes	
			Avellaneda	
		Otro		
	Prácticas realizadas en servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad	Si	Respuesta respecto a si realizaron prácticas en servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad	
		No		
	Conocimiento sobre violencia obstétrica	Definición de violencia obstétrica	Aquella que ejerce el personal de salud y administrativo sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres	Conocimiento sobre la definición de violencia obstétrica
			Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres	
Aquella que ejercen los médicos sobre las mujeres durante el trabajo de parto				
Modalidades de violencia obstétrica		Física	Conocimiento sobre las modalidades de violencia obstétrica	
		Simbólica		
		Psicológica		
		Económica		
Rol pasivo de la embarazada en el parto	Si	Respuesta respecto al rol de la embarazada		
	No			

		Derecho a la información sanitaria	Si	Conocimiento sobre el derecho a la información sanitaria
			No	
		Derecho a ser acompañada	Si	Conocimiento sobre el derecho a ser acompañada
			No	
		Derecho a decidir la forma del parto	Si	Conocimiento sobre el derecho a decidir la forma del parto
			No	
		Indicaciones de parto por cesárea	Cuando la embarazada lo decida luego de haber recibido información clara, precisa y suficiente sobre el procedimiento, así como sus beneficios y complicaciones	Conocimiento sobre las indicaciones de parto por cesárea
			Cuando el médico tratante quiera asegurarse estar presente para atender el parto, para lo cual programa una fecha que coincida con su agenda	
			Cuando el parto eutócico no sea seguro para la vida de la madre o del niño/a	

			Cuando el trabajo de parto se extienda más de 10 horas	
			Cuando exista riesgo de enfermedad de transmisión vertical	
		Tiempo mínimo de internación materna y neonatal de 7 días	Si	Conocimiento sobre el tiempo mínimo de internación.
			No	
		Inicio de lactancia materna al momento del alta en neonatología	Si	Conocimiento sobre el derecho a facilitar la lactancia materna
			No	
		Derecho al acceso continuado al recién nacido en situación de riesgo	Si	Conocimiento sobre el derecho al acceso continuado al recién nacido en situación de riesgo
			No	
		Información a la paciente	Alimentación saludable	Conocimiento sobre los temas a informar a la paciente
			Lactancia materna	
			Anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual	
			Vacunación	
			Pautas de alarma	
			Importancia de los controles médicos	
Profesionales que deben informar a la paciente	Médicos obstetras	Conocimiento sobre los profesionales que deben		
	Obstétricas			
	Enfermeros			

			Médico clínico	informar a la paciente	
			Puericultores		
	Identificación de violencia obstétrica en un caso-problema	Violencia obstétrica física identificada en el caso-problema	Se omitieron prácticas evidentemente útiles que tendrían que ser promovidas	Reconocimiento de violencia obstétrica física	
			Se realizaron prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas		
			Se efectuaron prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela.		
			Se realizaron prácticas que fueron utilizadas inadecuadamente		
		Violencia obstétrica psicológica identificada en el caso-problema	Trato deshumanizado y/o discriminatorio		Reconocimiento de violencia obstétrica psicológica
			Lenguaje inapropiado o grosero		
			Humillación, burlas, críticas		
			Falta u omisión de información, incumplimiento del consentimiento informado		
			Menosprecio del dolor, la cultura y/o los		

			conocimientos de la mujer		
Accionar frente a situación de violencia obstétrica	Accionar como estudiantes frente a situación de violencia obstétrica		Ignorar la situación y continuar con las prácticas	Accionar como estudiantes	
			Contención y asistencia de la paciente		
			Comentarlo con el docente		
			Señalar al profesional que ejerce violencia que su accionar vulnera los derechos de las pacientes		
			Otro		
	No ha presenciado ninguna situación de violencia obstétrica durante las prácticas				
	Potencial accionar como profesionales de la salud frente a situación de violencia obstétrica			Contención y asistencia de la paciente	Potencial accionar como profesionales de la salud
				Denunciar los hechos ante los superiores	
				Denunciar ante la CONSAVIG, el INADI o la Defensoría del Pueblo	
				Ignorar los hechos y continuar con su labor	
Dialogar con los colegas, remarcando el accionar violento					
Otro					

VI. CONTEXTO DE ANÁLISIS

Los datos recolectados fueron volcados de forma automática a una hoja matriz de cálculo a través de la plataforma excel, donde se construyeron las correspondientes tablas y gráficos que surgen de los resultados obtenidos. A partir de esta información, se dará lugar a la confección de las conclusiones de la investigación y la formulación de propuestas destinadas a mejorar los resultados de la investigación.

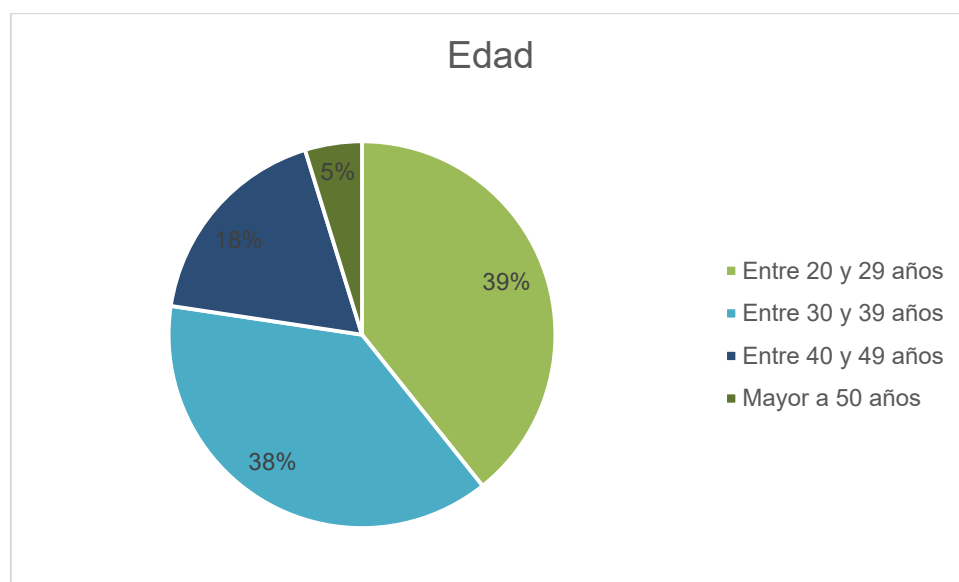
VII. RESULTADOS

Tabla 1. *Edad.*

Edad	Frecuencia absoluta	%
Entre 20 y 29 años	33	39,3
Entre 30 y 39 años	32	38,1
Entre 40 y 49 años	15	17,9
Mayor a 50 años	4	4,8
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. *Edad.*



Fuente: elaboración propia.

Comentarios

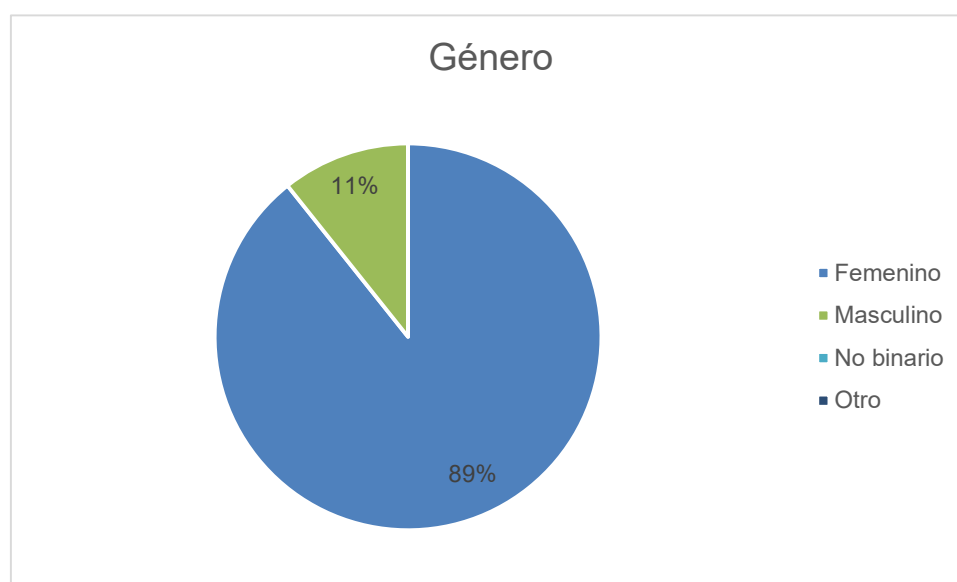
Respecto a las edades de los encuestados, predomina el grupo etario entre 20 a 29 años en un 39%, seguido por el grupo de 30 a 39 años en un 38%. En menor representación se encuentra el grupo de 40 a 49 años en un 18% y por último el grupo de mayores a 50 años con un 5%.

Tabla 2. Género.

Género	Frecuencia absoluta	%
Femenino	75	89,3
Masculino	9	10,7
No binario	0	0
Otro	0	0
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Género.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

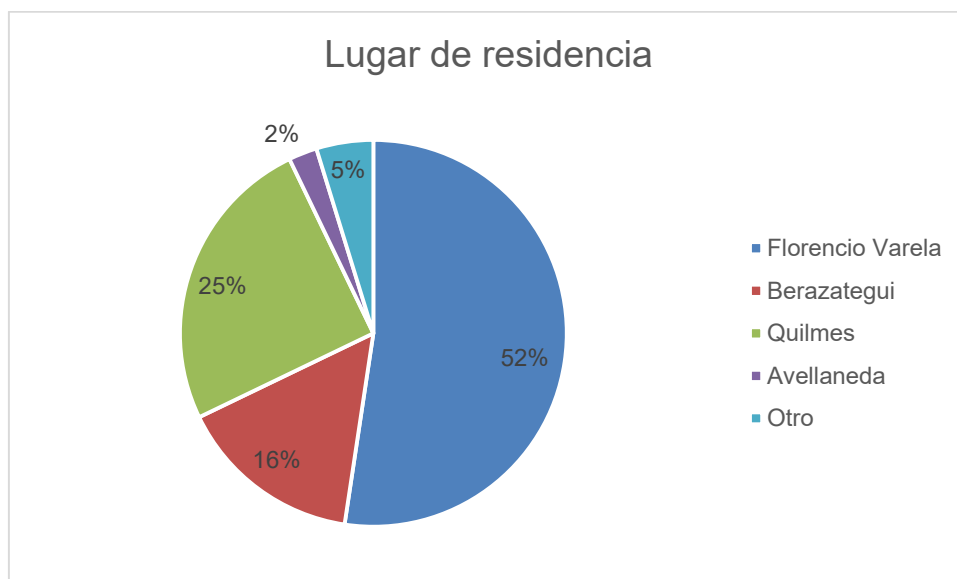
El 89% de los encuestados se identifican con el género femenino, mientras que el género masculino corresponde al 11%. No hubo representación de personas no binarias o que se identifiquen con otro género.

Tabla 3. Lugar de residencia.

Lugar de residencia	Frecuencia absoluta	%
Florencio Varela	44	52,4
Berazategui	13	15,5
Quilmes	21	25
Avellaneda	2	2,4
Otro	4	4,7
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°3. Lugar de residencia.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 52% de los encuestados indicó residir en Florencio Varela. Mientras que el 25% aseguró vivir en Quilmes, seguido del 16% de estudiantes que residen en Berazategui. En menor proporción, el 2% de los estudiantes viven en Avellaneda y el 5% restante indicó residir en otras localidades.

Tabla 4. *Estudiantes que realizaron prácticas en servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad.*

Estudiantes que realizaron prácticas en servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad.	Frecuencia absoluta	%
Si	76	90,5
No	8	9,5
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4. *Estudiantes que realizaron prácticas en servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

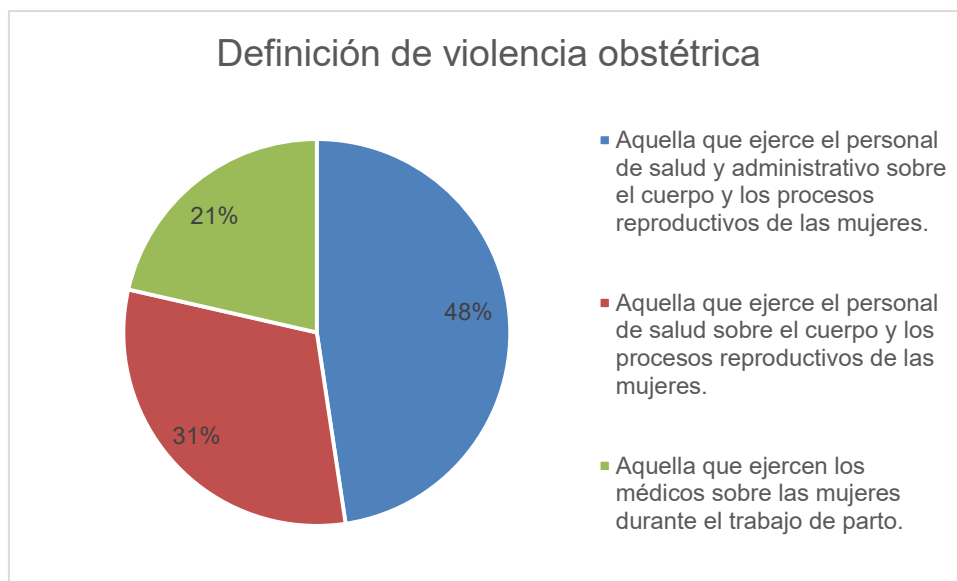
El 90% de los estudiantes encuestados afirmaron realizar prácticas hospitalarias en los servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad. Solo el 10% indicó no haber realizado prácticas en estos servicios.

Tabla 5. *Definición de violencia obstétrica.*

Definición de Violencia Obstétrica	Frecuencia absoluta	%
Aquella que ejerce el personal de salud y administrativo sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.	40	47,6
Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.	26	31
Aquella que ejercen los médicos sobre las mujeres durante el trabajo de parto.	18	21,4
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5. *Definición de violencia obstétrica.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

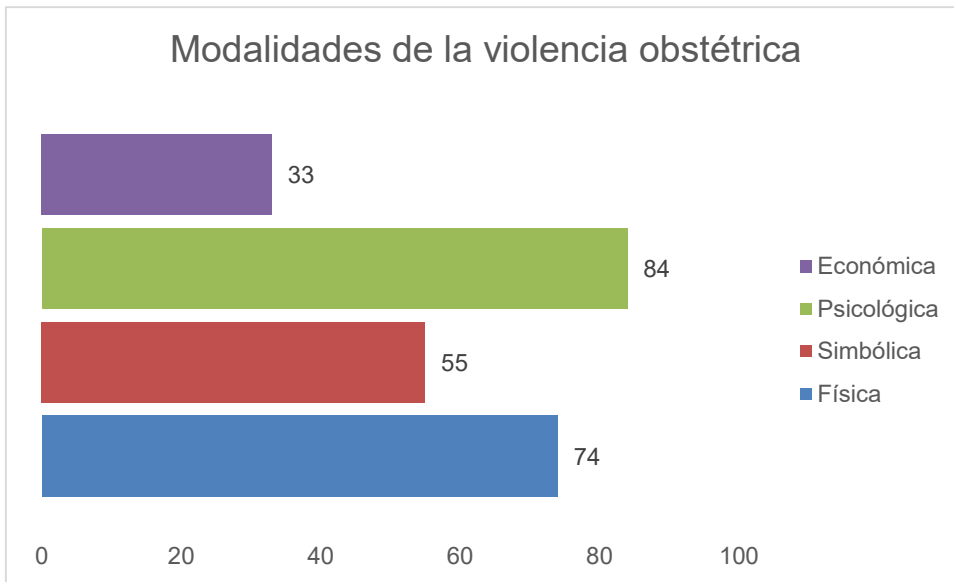
El 48% de la muestra respondió que la violencia obstétrica se define como aquella que ejerce el personal de salud y administrativo sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Seguido a este resultado, el 31% indicó que la violencia obstétrica puede definirse como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. En menor cantidad, el 21% señaló que la violencia obstétrica se define como aquella que ejercen los médicos sobre las mujeres durante el trabajo de parto.

Tabla 6. *Modalidades de la violencia obstétrica.*

Modalidades de la violencia obstétrica	Frecuencia absoluta	%
Física	74	88,1
Simbólica	55	65,5
Psicológica	84	100
Económica	33	39,3

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6. Modalidades de la violencia obstétrica.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 100% de los estudiantes seleccionó la violencia psicológica como modalidad de la violencia obstétrica, seguido de la violencia física en un 88,1%. El 65,5% indicó que la violencia obstétrica podía manifestarse como violencia simbólica y, en menor cantidad, el 39,3% consideró a la violencia económica como modalidad de la violencia obstétrica.

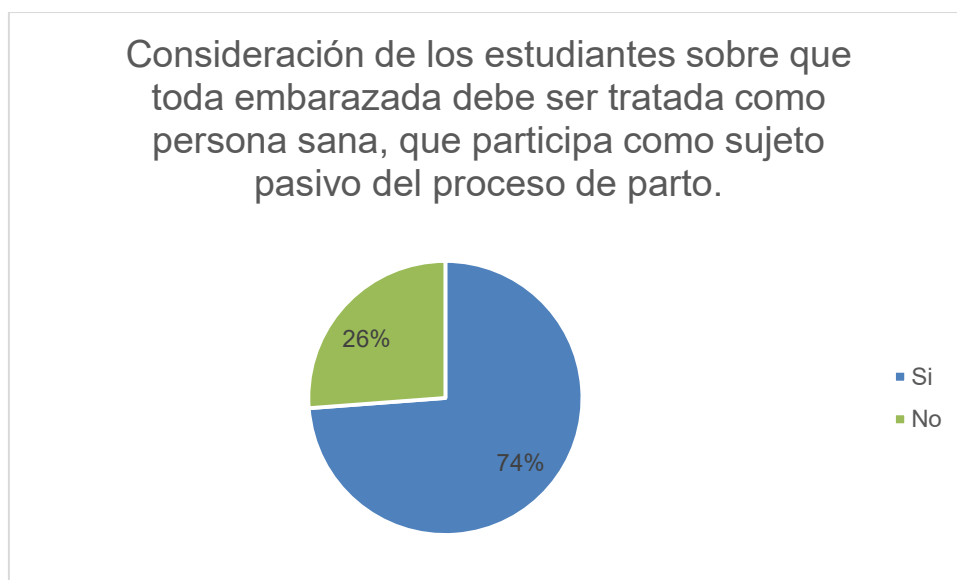
Tabla 7. *Conocimiento sobre el rol de la embarazada en el proceso de parto.*

Toda embarazada debe ser tratada como persona sana, que participa como sujeto pasivo del proceso de parto.

Consideración del estudiante	Frecuencia absoluta	%
Si	62	73,8
No	22	26,2
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7. *Conocimiento sobre el rol de la embarazada en el proceso de parto.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 74% de los estudiantes encuestados indicaron que le embarazada debe ser tratada como una persona sana que participa del proceso de parto desde un rol pasivo, mientras que el 26% estuvo en desacuerdo con dicha afirmación.

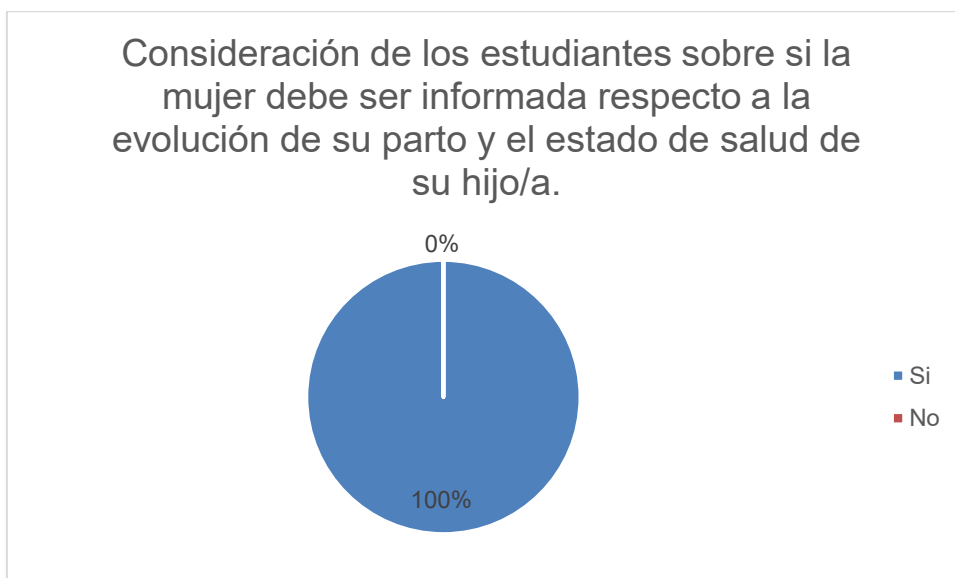
Tabla 8. *Conocimiento sobre el derecho a la información sanitaria.*

La mujer deberá ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo/a y ser partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales

Consideración del estudiante	Frecuencia absoluta	%
Si	84	100
No	0	0
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8. *Conocimiento sobre el derecho a la información sanitaria.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 100% de la muestra está de acuerdo en que la mujer debe recibir información sanitaria respecto a su salud y la de su hijo/a.

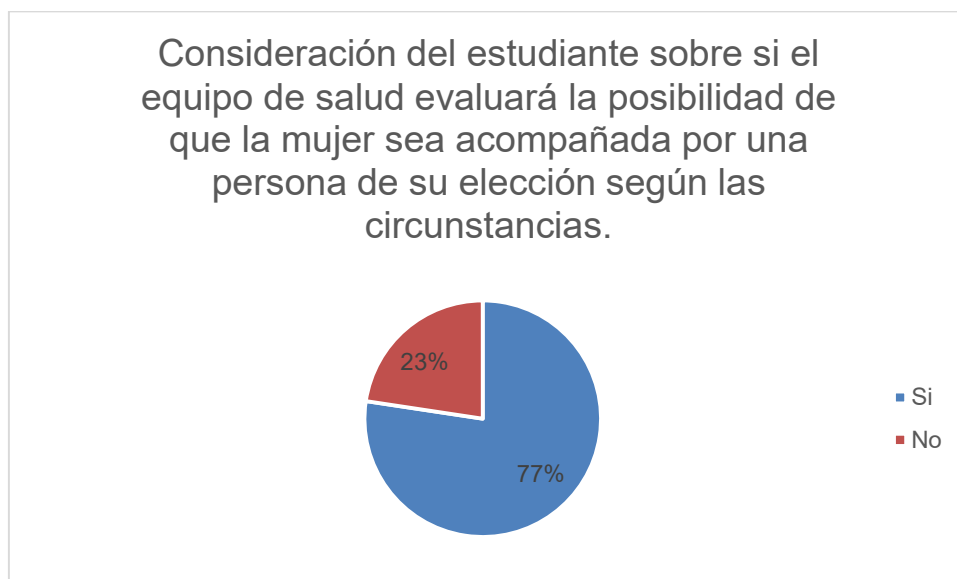
Tabla 9. *Conocimiento sobre el derecho de la paciente a ser acompañada.*

El equipo de salud evaluará la posibilidad de que la mujer sea acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, parto y postparto de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre.

Consideración del estudiante	Frecuencia absoluta	%
Si	65	77,4
No	19	22,6
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9. *Conocimiento sobre el derecho de la paciente a ser acompañada.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 77% señaló que el equipo de salud será quien evalúe la posibilidad de que la mujer sea acompañada por una persona de su elección y confianza, de acuerdo

al contexto del parto. Por su parte, el 23% restante indicó no estar de acuerdo con esta afirmación.

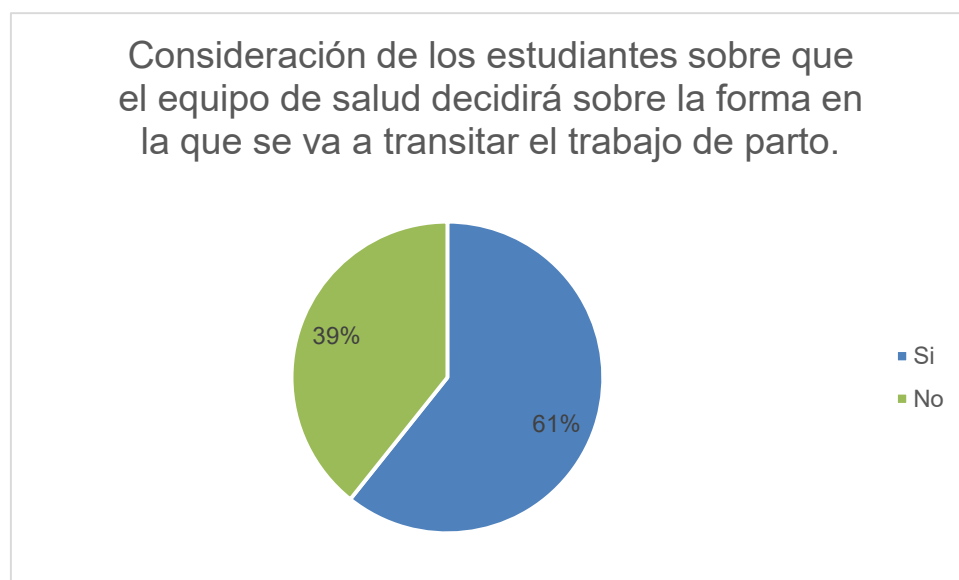
Tabla 10. *Conocimiento sobre el derecho a decidir la forma de transitar el parto.*

El equipo de salud decidirá sobre la forma en la que se va a transitar el trabajo de parto.		
Consideración del estudiante	Frecuencia absoluta	%
Si	33	39,3
No	51	60,7
Total	84	100

Nota: la forma del parto hace referencia a la vía de nacimiento, deambulación de la paciente, posición para el parto, analgesia y el acompañamiento.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 10. *Conocimiento sobre el derecho a decidir la forma de transitar el parto.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

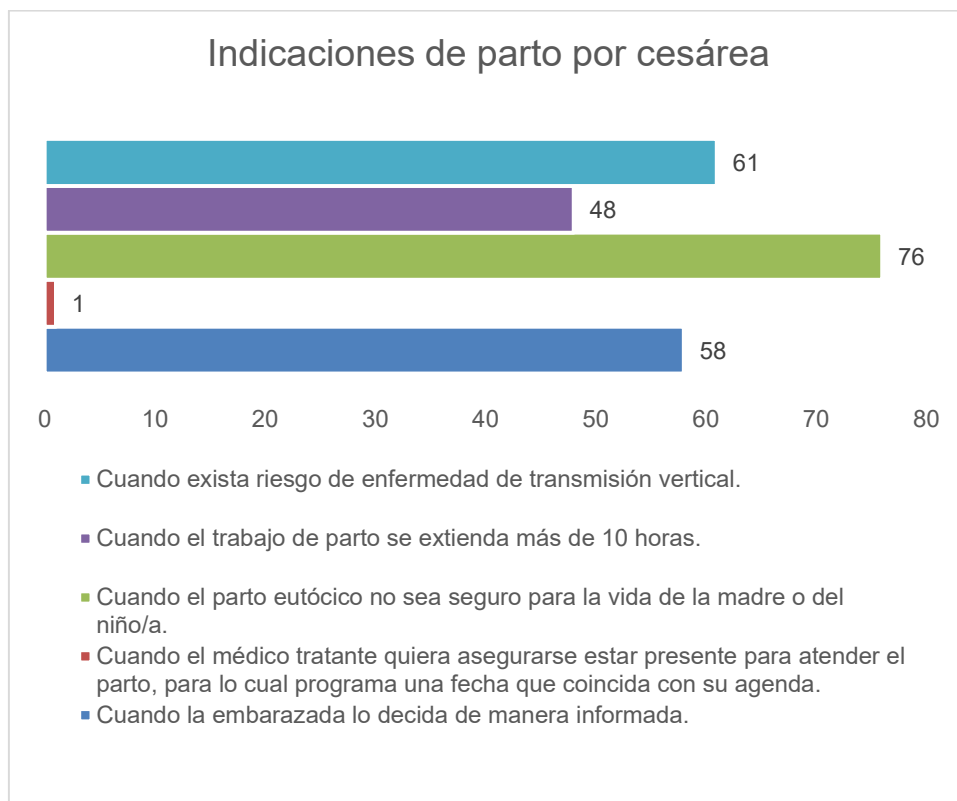
El 61% de los encuestados considera que el equipo de salud será quien decida sobre la forma en la que se va a transitar el trabajo de parto. En menor cantidad, el 39% de los estudiantes no considera que sea el equipo de salud quien tome esta decisión.

Tabla 11. *Indicaciones de parto por cesárea.*

Indicaciones de parto por cesárea	Frecuencia absoluta	%
Cuando la embarazada lo decida luego de haber recibido información clara, precisa y suficiente sobre el procedimiento, así como sus beneficios y complicaciones.	58	69
Cuando el médico tratante quiera asegurarse estar presente para atender el parto, para lo cual programa una fecha que coincida con su agenda.	1	1,2
Cuando el parto eutócico no sea seguro para la vida de la madre o del niño/a.	76	90,5
Cuando el trabajo de parto se extienda más de 10 horas.	48	57,1
Cuando exista riesgo de enfermedad de transmisión vertical.	61	72,6

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 11. Indicaciones de parto por cesárea.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 90,5% señaló que el parto por cesárea está indicado cuando el parto por vía vaginal no sea seguro para la vida de la madre o del niño/a. En segundo lugar, el 72,6% aseguró que está indicado cuando exista riesgo de contraer una enfermedad de transmisión vertical. El 69% afirmó que está justificada la realización de cesárea cuando la embarazada opte, de forma informada, por esta vía de parto. El 57,1% de los estudiantes aseguró la necesidad de realizar cesárea cuando el trabajo de parto se extienda más de 10 horas. Solo el 1,2% indicó que se encuentra justificada cuando el médico tratante quiera asegurarse estar presente para atender el parto, para lo cual programa una fecha que coincida con su agenda personal.

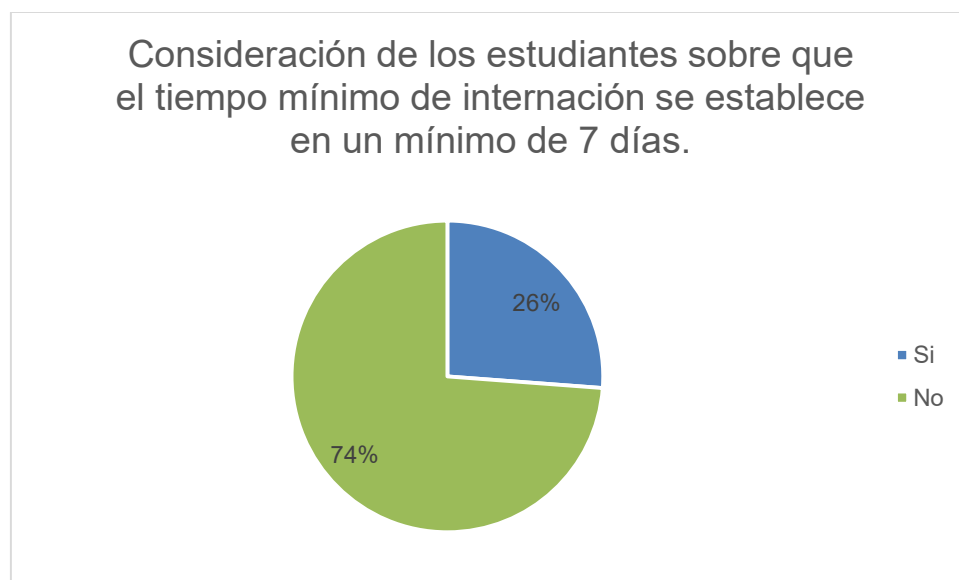
Tabla 12. *Tiempo mínimo de internación materna y neonatal.*

El tiempo de internación tanto materna como neonatal para partos institucionales se establece en un mínimo de 7 días.

Consideración del estudiante	Frecuencia absoluta	%
Si	22	26,2
No	62	73,8
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 12. *Tiempo mínimo de internación materna y neonatal.*



Nota: Hace referencia al tiempo de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales.

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 74% de los estudiantes no considera que el tiempo mínimo de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales se establece en un mínimo de 7 días. Por su parte, el 26% restante está de acuerdo con esta afirmación.

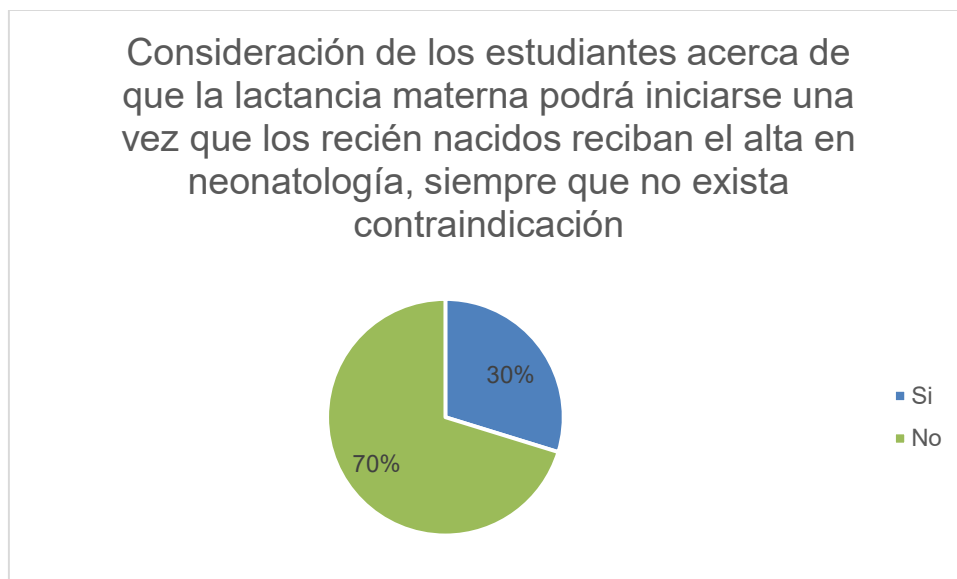
Tabla 13. *Conocimiento sobre el derecho a facilitar la lactancia materna.*

La lactancia materna podrá iniciarse una vez que los recién nacidos reciban el alta en neonatología, siempre que no exista contraindicación.

Consideración del estudiante	Frecuencia absoluta	%
Si	25	29,8
No	59	70,2
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 13. *Conocimiento sobre el derecho a facilitar la lactancia materna.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 70% de la muestra no está de acuerdo en que la lactancia materna solo podrá iniciarse una vez que el recién nacido reciba el alta de neonatología, siempre que no existan contraindicaciones. El otro 30% se muestra de acuerdo con la afirmación anterior.

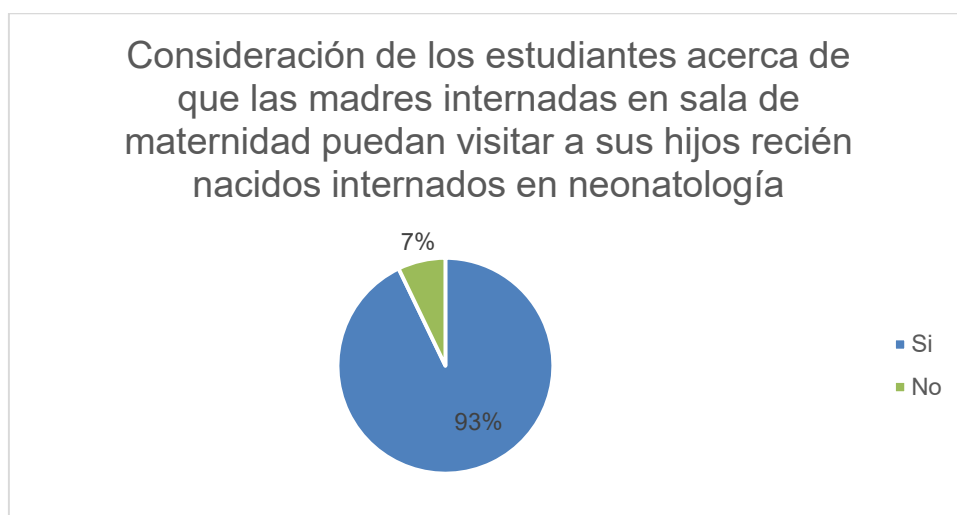
Tabla 14. *Conocimiento sobre el derecho al acceso continuado al recién nacido en situación de riesgo.*

Las madres que se encuentren internadas en sala de maternidad podrán visitar a sus hijos recién nacidos si estos se encuentran internados en servicios de neonatología.

Consideración del estudiante	Frecuencia absoluta	%
Si	78	92,8
No	6	7,2
Total	84	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14. *Conocimiento sobre el derecho al acceso continuado al recién nacido en situación de riesgo.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

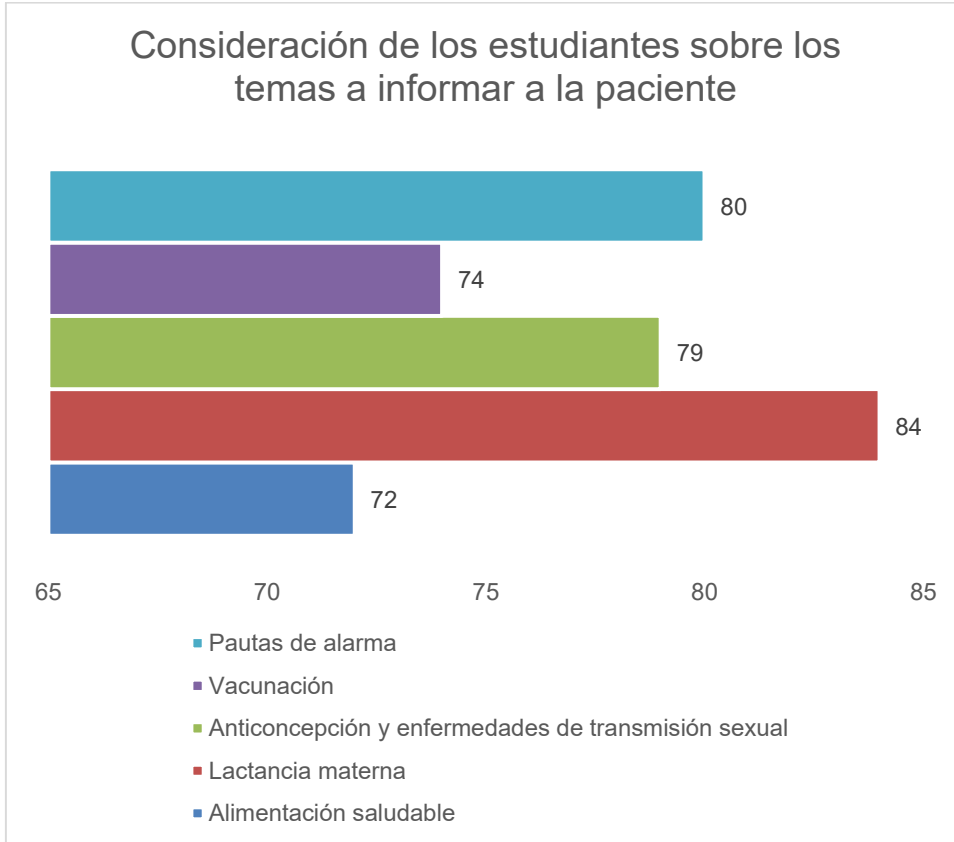
El 93% considera que las madres internadas en maternidad tienen derecho a visitar a sus hijos recién nacidos en neonatología. El 7% de la muestra está en desacuerdo con esta situación.

Tabla 15. *Información a la paciente.*

Consideración de los estudiantes sobre los temas a informar a la paciente	Frecuencia absoluta	%
Alimentación saludable	72	85,7
Lactancia Materna	84	100
Anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual	79	94
Vacunación	74	88,1
Pautas de alarma	80	95,2
Importancia de los controles médicos	79	94

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 15. Información a la paciente.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

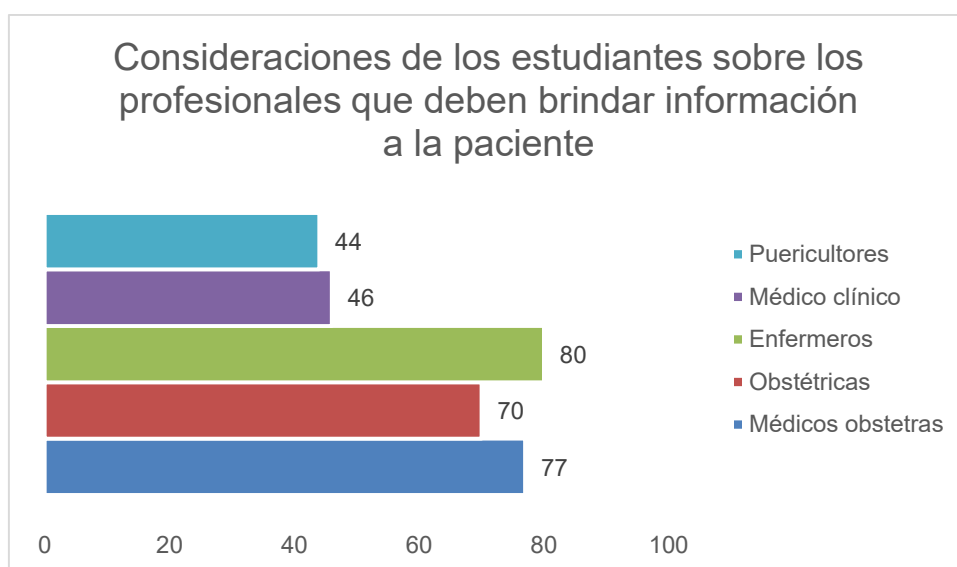
El 100% de los estudiantes coincide en que es fundamental informar a la mujer sobre lactancia materna. El 95,2% considera la necesidad de informar sobre pautas de alarma, seguido del 94% que señala como fundamental educar sobre la importancia de los controles médicos. Así mismo, un 94% indicó la importancia de dar información sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. En menor frecuencia, el 88,1% indicó como importante la promoción de la vacunación y el 85,7% la educación sobre alimentación saludable.

Tabla 16. Profesionales que deben brindar información a la paciente.

Consideración de los estudiantes sobre los profesionales que deben brindar información a la paciente	Frecuencia absoluta	%
Médicos obstetras	77	91,7
Obstétricas	70	83,3
Enfermeros	80	95,2
Médico clínico	46	54,8
Puericultores	44	52,4

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 16. Profesionales que deben brindar información a la paciente.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 95,2% coincidió en que los enfermeros son quienes deben brindar información a las pacientes, seguido del 91,7 que seleccionó a los médicos obstetras como profesionales que deben informar a la mujer. El 83% consideró que

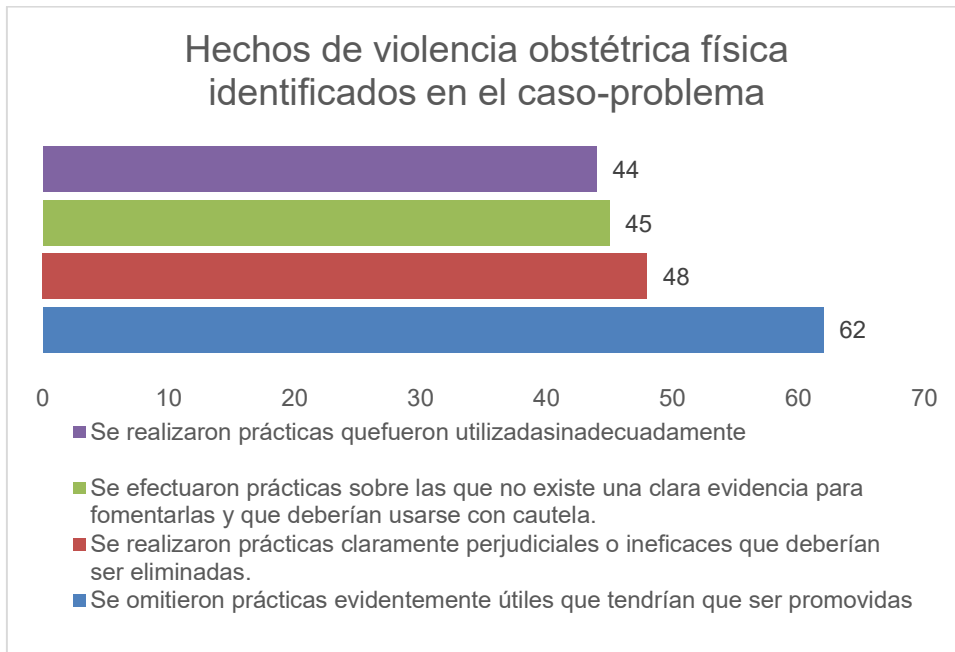
las obstétricas deben dar información. En menor cantidad, el 54,8% señaló a los médicos clínicos y el 52,4 a los puericultores como profesionales que deben informar a las pacientes.

Tabla 17. *Hechos de violencia obstétrica física identificada en el caso-problema.*

Hechos de violencia obstétrica física identificados en el caso-problema	Frecuencia absoluta	%
Se omitieron prácticas evidentemente útiles que tendrían que ser promovidas.	62	73,8
Se realizaron prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas.	48	57,1
Se efectuaron prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela.	45	53,6
Se realizaron prácticas que fueron utilizadas inadecuadamente.	44	52,4

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 17. *Hechos de violencia obstétrica física identificados en el caso-problema.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

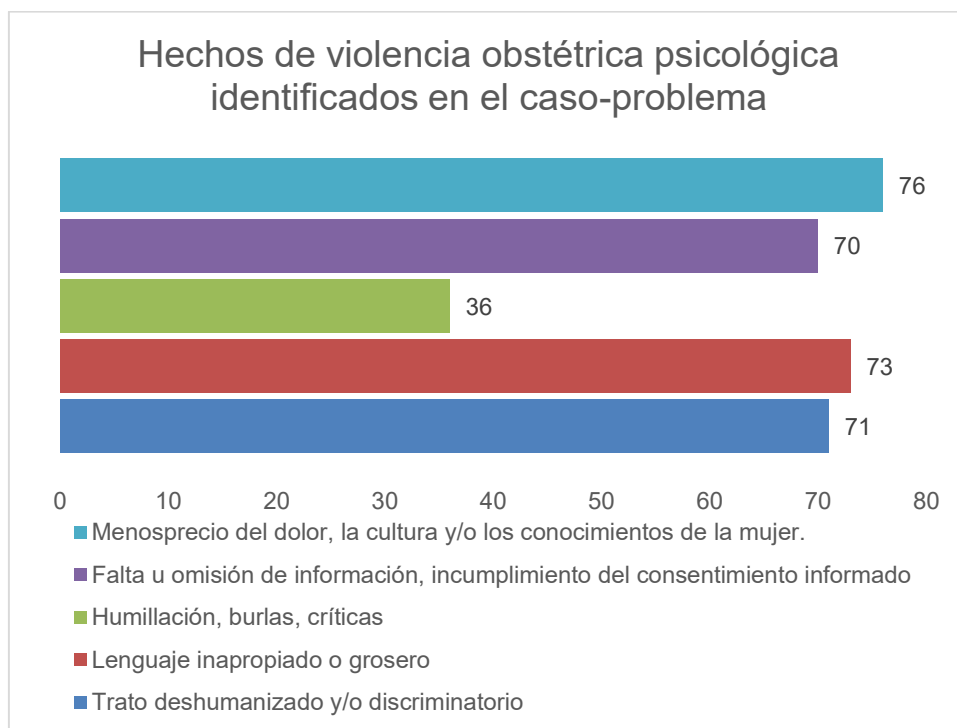
El 73,8% señaló que en el caso se omitieron prácticas evidentemente útiles que tendrían que ser promovidas. Por su parte, el 57,1% indicó que se realizaron prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas. En menor proporción, el 53,6% seleccionó que se efectuaron prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela y el 52,4% coincide con que se realizaron prácticas que fueron utilizadas inadecuadamente.

Tabla 18. *Hechos de violencia obstétrica psicológica identificada en caso-problema.*

Hechos de violencia obstétrica psicológica identificados en el caso-problema	Frecuencia absoluta	%
Trato deshumanizado y/o discriminatorio.	71	84,5
Lenguaje inapropiado o grosero.	73	86,9
Humillación, burlas, críticas.	36	42,9
Falta u omisión de información, incumplimiento del consentimiento informado.	70	83,3
Menosprecio del dolor, la cultura y/o los conocimientos de la mujer.	76	90,5

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 18. *Hechos de violencia obstétrica psicológica identificada en caso-problema.*



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

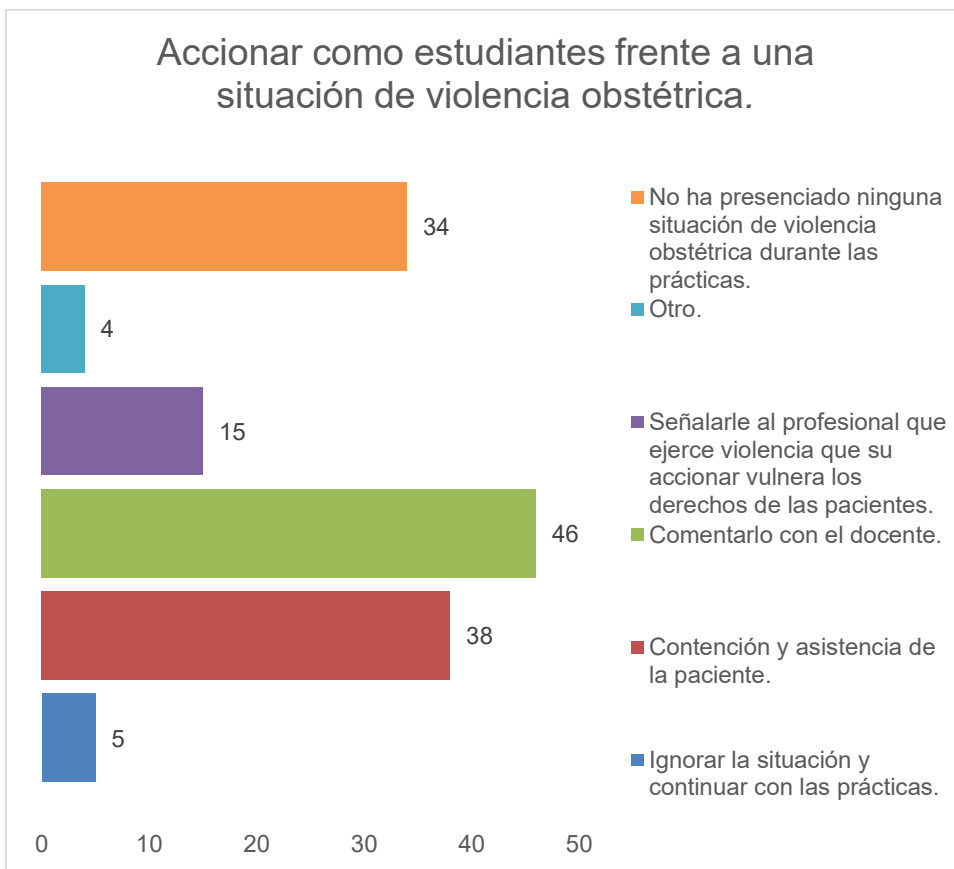
El 90,5% identificó menosprecio del dolor, la cultura y/o los conocimientos de la mujer en el caso planteado. El 86,9% reconoció situaciones en las que se utilizó lenguaje inapropiado o grosero. Por su parte un 84,5% indicó haber identificado trato deshumanizado y/o discriminatorio y el 83,3% indicó que hubo falta u omisión de información a la paciente y/o incumplimiento del consentimiento informado. En menor frecuencia, un 42,9% reconoció situaciones de humillación, burlas y/o críticas.

Tabla 19. *Accionar como estudiantes frente a una situación de violencia obstétrica.*

Accionar como estudiantes frente a una situación de violencia obstétrica	Frecuencia absoluta	%
Ignorar la situación y continuar con las prácticas.	5	6
Contención y asistencia de la paciente.	38	45,2
Comentarlo con el docente.	46	54,8
Señalar al profesional que ejerce violencia que su accionar vulnera los derechos de las pacientes.	15	17,9
Otro.	4	4,8
No ha presenciado ninguna situación de violencia obstétrica durante las prácticas.	34	40,5

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 19. Accionar como estudiantes frente a una situación de violencia obstétrica.



Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

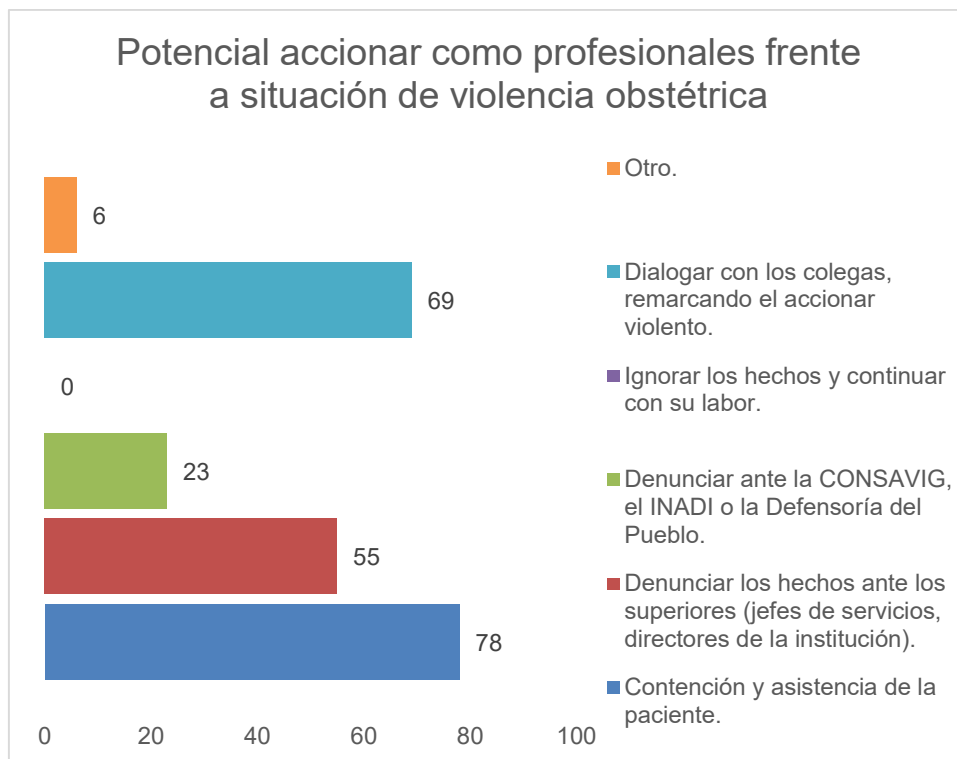
El 54,8% indicó que, ante una situación de violencia obstétrica, lo comentaron con su docente de prácticas. Un 45,2% contestó que contuvo y dieron asistencia a la paciente. El 40,5% señaló no haber presenciado ninguna situación de violencia obstétrica. El 17,9% afirmó haberle señalado al profesional violento que su accionar vulnera los derechos de las pacientes. El 6% ignoró la situación y continuó con las prácticas y el 4,8% marcó la opción “otro”.

Tabla 20. *Potencial accionar como profesionales frente a situación de violencia obstétrica.*

Potencial accionar como profesionales frente a situación de violencia obstétrica	Frecuencia absoluta	%
Contención y asistencia de la paciente.	78	92,9
Denunciar los hechos ante los superiores (jefes de servicios, directores de la institución).	55	65,5
Denunciar ante la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG), el INADI o la Defensoría del Pueblo.	23	27,4
Ignorar los hechos y continuar con su labor.	0	0
Dialogar con los colegas, remarcando el accionar violento.	69	82,1
Otro.	6	7,1

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 20. *Potencial accionar como profesionales frente a situación de violencia obstétrica.*



Nota: CONSAVIG hace referencia a la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género.

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios

El 92,9% señaló que actuaría conteniendo y asistiendo a la paciente que se encuentre atravesando una situación de violencia obstétrica. El 82,1% indicó que dialogarían con el colega, remarcando el accionar violento que han tenido con la paciente. El 65,5% denunciarían los hechos ante sus superiores (jefes de servicios, directores de la institución) mientras que el 27,4% denunciaría ante la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género, el INADI o la Defensoría del Pueblo. Por su parte, el 7,1% tendría una conducta diferente a las mencionadas en la encuesta. Ninguno de los encuestados optó por la opción de ignorar los hechos y continuar con su labor (0%).

VIII. CONCLUSIONES

En relación a las características sociodemográficas de los estudiantes encuestados, es posible decir que la mayoría de ellos son mujeres (89%), de entre 20 a 29 años (39%) y 30 a 39 años (38%) y que residen en Florencio Varela (52%). Del total, el 90% realizó prácticas hospitalarias en servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad.

Respecto de los conocimientos teóricos sobre violencia obstétrica:

Solo el 31% de la muestra seleccionó correctamente su definición, es decir, que la violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Sin embargo, la gran mayoría (47,6%) incluyó al personal administrativo dentro de los actores de la violencia obstétrica. Si bien se considera que la violencia obstétrica es el punto donde confluyen la violencia médica y la institucional, en este caso no es cierto que el personal administrativo pueda ejercer violencia obstétrica.

Por otro lado, en gran medida se seleccionó a la violencia psicológica (100%) y física (88,1%) como modalidades de la violencia obstétrica, lo cual es acertado. Parte de la muestra incluyó a la violencia simbólica (65,5%) y a la económica (39,3%) como modalidades de la VO, pero teóricamente estas se vinculan más a la violencia de género en general.

Apoyándonos en la ley de parto humanizado, podemos analizar algunos resultados clave:

Al preguntar sobre si la embarazada debe ser tratada como persona sana, facilitando su participación como sujeto pasivo del parto, la mayoría respondió erróneamente que sí. Si bien el embarazo no es, por sí mismo, un estado patológico y la mujer debe ser considerada una persona sana, la pregunta contaba con otro componente: el rol de la embarazada como sujeto pasivo. Es aquí donde se halla el error en la mayoría de las respuestas, dado que siempre debe garantizarse la participación de la embarazada como protagonista de su parto.

Sobre el derecho a la paciente a ser acompañada, más de la mitad de los estudiantes (77%) coincidió en que el médico será quien evalúe la posibilidad de que esto suceda, de acuerdo a las circunstancias en las que se dé el parto. Esta respuesta no es correcta, dado que la mujer tiene derecho a poder estar acompañada por una persona de su elección y confianza durante el trabajo de parto, parto y puerperio, sea cual sea la vía de parto. Así mismo, la embarazada tiene derecho a no querer ser acompañada por ninguna persona de su círculo. La negativa del personal de salud o el reemplazo arbitrario de la persona que acompañe a la embarazada, vulnera sus derechos.

Como dato positivo, el 100% de los encuestados estuvieron de acuerdo sobre el derecho de la embarazada a recibir información, lo cual es correcto. La ley de parto humanizado expone como derecho de la mujer a recibir información respecto a: las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar, la evolución de su parto, el estado de salud de su hijo o hija, así como también a poder decidir y ser participe de las diferentes actuaciones de los profesionales. Su decisión debe ser respetada siempre y cuando no se vea comprometida la salud del binomio madre-hijo.

En relación a los temas fundamentales sobre los que se debe informar a la mujer embarazada y en puerperio, se destacaron: lactancia materna (100%), pautas de alarma (95,2%), anticoncepción e ITS y la importancia de los controles médicos (94% respectivamente), vacunación (88,1%) y, en último lugar, la alimentación saludable (85,7%). La realidad es que todos estos temas son de gran importancia a la hora de informar a la mujer y extenderlo a su pareja y/o familia (si correspondiera). Es relevante que la información sea clara, precisa y de calidad, de acuerdo a las posibilidades de comprensión de la paciente y se debe promover este conocimiento en cada oportunidad que se tenga: consultas prenatales, en sala de maternidad, en los controles puerperales, incluso en los controles pediátricos.

Los estudiantes señalaron que principalmente serán los enfermeros (95,2%) y los médicos obstetras (91,7%) quienes deban brindar la información anteriormente descrita, seguidos por los licenciados en obstetricia (83,3%). En menor frecuencia

se consideró a los médicos clínicos (54,8%) y a los puericultores (52,4%). Lo cierto es que todos los mencionados son profesionales de la salud, en mayor o menor medida especializados en estas temáticas, pero todos ellos capacitados para poder informar a la paciente.

Sobre la forma de transitar el parto, el 60,7% coincidió de manera acertada en que el equipo de salud no será quien tenga decisión en la vía de nacimiento, la deambulaci3n, la posici3n para el parto, el uso de analgesia y el acompa1amiento de la embarazada, siempre que se trate de un parto sin particularidades de riesgo.

De acuerdo con las indicaciones de ces3rea, las opciones correctas son: cuando el parto eut3cico no sea seguro para la vida de la madre o del ni1o/a (elegida en un 90,5%) y cuando la embarazada lo decida de forma informada (69%). Si bien es posible realizar ces3rea cuando exista riesgo de enfermedad de transmisi3n vertical (opci3n elegida en un 72,6%), esta situaci3n se corresponde con una ces3rea electiva y su indicaci3n no es absoluta. Esto se debe a que, en el caso de enfermedades de transmisi3n vertical, es posible realizar parto por v3a vaginal con profilaxis intravenosa de mantenimiento previa al parto. Por otro lado, m3s de la mitad de las veces se eligi3 la opci3n de realizar ces3rea cuando el trabajo de parto se extienda m3s de 10 horas pero lo cierto es que esta no es una indicaci3n real. De forma alentadora, solo una persona (que corresponde al 1,2% de la muestra) se1al3 que la ces3rea puede programarse de acuerdo a la agenda del m3dico tratante.

Respecto al tiempo de internaci3n neonatal y materna, la gran mayor3a de los encuestados – es decir, el 73,8% – estuvo en desacuerdo con que el tiempo m3nimo para partos institucionales es de 7 d3as, lo cual es cierto. En el caso de partos eut3cicos se establece un m3nimo recomendable de 48 horas y 72 horas para los partos por ces3rea.

En relaci3n a la lactancia materna, los resultados fueron alentadores. El 70,2% estuvo de acuerdo en que no se debe esperar hasta el alta en neonatolog3a para iniciar con la lactancia materna. Siempre que no existan contraindicaciones, se

debe promover y facilitar la lactancia materna oportuna. Además, se deberá garantizar el acceso continuado de los padres al recién nacido que deba recibir cuidados en neonatología. Al preguntar sobre esta situación, casi el total de los encuestados (92,8%) estuvo de acuerdo en que las madres internadas en sala de maternidad podrán visitar a sus hijos internados en neonatología.

De acuerdo con el caso-problema planteado:

En primer lugar es necesario identificar las situaciones de violencia obstétrica física que se presentan en el caso. Estas situaciones son: la realización reiterada de tactos vaginales por diferentes personas, la administración de oxitocina para inducción del parto, la realización de episiotomía de rutina, la obligatoriedad de la posición de litotomía para el parto.

A partir de esto, se puede clasificar estas acciones fundamentalmente en dos categorías: Aquellas prácticas perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas, como en el caso de la obligatoriedad de que la embarazada permanezca en posición en posición ginecológica durante el parto eutócico o la reiteración del tacto vaginal; y aquellas prácticas que fueron utilizadas inadecuadamente, como la administración de oxitocina sin criterio o la realización de episiotomía de rutina. Ambas categorías son las que mejor se evidencian en el caso, y sin embargo no fueron las más seleccionadas (57,1% y 52,4% respectivamente).

Luego, es posible mencionar una tercera categoría: prácticas evidentemente útiles que se omitieron y que tendrían que ser promovidas. La selección de esta opción implica que el encuestado haya hecho el ejercicio de identificar aquellas prácticas útiles que no se mencionaron en el relato. Un ejemplo de esto es sugerir la administración de analgesia a la embarazada para que transite el parto de una forma más cómoda. Esta fue la opción más elegida, siendo seleccionada en el 73,8% de los casos.

Por último, se halla la categoría de aquellas prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela. Esta opción fue elegida en el 53,6% de los casos, aunque realmente no se ve reflejada

en el relato. Esto podría evidenciar la falta de comprensión a la hora de clasificar los hechos de violencia obstétrica física.

Sobre la violencia obstétrica psicológica identificada en el caso, la mayoría de las opciones apuntaron correctamente al menosprecio de la cultura de la paciente (90,5%), el lenguaje inapropiado (86,9%), el trato deshumanizado (84,5%) y la falta de información e incumplimiento del consentimiento informado (83,3%). No obstante, un 42,9% señaló que hubo situaciones donde hubo burlas, críticas o humillación a la paciente, aunque esto no tuvo lugar en el relato.

Para finalizar, es interesante señalar las diferencias de posicionamiento frente a la violencia obstétrica que mostraron los encuestados en relación a su carácter de estudiantes que realizan prácticas hospitalarias y en cómo actuarían potencialmente desde el rol de profesionales en su lugar de trabajo. Por un lado, gran parte de la encuesta mencionó no haber presenciado situaciones de violencia obstétrica durante la realización de sus prácticas (40,5%). En el caso de los estudiantes que sí presenciaron este tipo de situaciones, la reacción más seleccionada fue la de comentarlo con el docente (54,8%), seguido de la contención y asistencia de la paciente (45,2%). No obstante, al pensarse desde el rol de profesionales de la salud, la mayoría sostuvo esta iniciativa de contener a la paciente (92,9%) pero también se señaló la posibilidad de dialogar con los colegas, remarcándoles el accionar violento (82,1%). En esta comparación podemos ver que el pensarse como trabajadores de salud les otorga más posibilidades de tomar medidas activas contra la violencia obstétrica.

Cabe también destacar que, ante la opción de denunciar estos hechos violentos, hubo mayor selección de hacerlo ante los superiores (jefes de servicios, directores de la institución), que ante organismos como la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género, el INADI o la Defensoría del Pueblo. Faltan datos para profundizar sobre la fundamentación de estas elecciones.

IX. SUGERENCIAS

Los resultados de este trabajo y las conclusiones elaboradas pueden ser de utilidad en el diseño de proyectos de intervención que apunten a aumentar los conocimientos de los estudiantes de enfermería respecto a los conceptos de violencia obstétrica y los beneficios para la buena práctica de la profesión.

Como se mencionó anteriormente, la formación de los alumnos en materia de derechos de los pacientes y cuidado de la salud no solo física, sino también psicológica garantiza, favorece el acceso a la salud y enriquece la calidad de los cuidados que podemos otorgar desde nuestra profesión.

De acuerdo con los resultados adquiridos, se evidencia la necesidad de reforzar los conocimientos respecto de las bases teóricas de la violencia obstétrica como violencia ejercida contra la mujer, sus actores y sus formas de presentación. De forma conjunta, resultaría beneficioso introducir a los alumnos a la ley de parto humanizado o reforzar los lineamientos de esta ley de forma anticipada al inicio de las prácticas hospitalarias en servicios relacionados con la atención de las embarazadas, parturientas y puérperas.

Desde el presente trabajo, se propone la planificación de talleres intensivos para alumnos avanzados, que puedan ser dictados una vez por cuatrimestre y cuya finalidad sea la de presentar los conceptos anteriormente descritos desde la perspectiva de género, solventar dudas e incentivar a los estudiantes a que:

- a. Identifiquen situaciones de violencia obstétrica durante las prácticas hospitalarias;
- b. Contengan a las pacientes vulneradas;
- c. Difundan la ley de parto humanizado a todas las pacientes a las que les brinden cuidados de enfermería y sus familiares;
- d. Compartan sus experiencias en un espacio de reflexión junto con sus compañeros y docentes.

Por otro lado, es importante señalar que este trabajo se limita a la violencia obstétrica como una forma de vulneración a los derechos de las mujeres. Sin

embargo, se entiende que la problemática es más compleja y alcanza a todas las personas gestantes.

A partir de esto, se puede reflexionar acerca de qué medidas son necesarias para lograr el abordaje de este tema de forma integral, desde la inclusión y participación de las diversidades. Una propuesta, sería introducir a los estudiantes al concepto de diversidad de género y a quiénes incluye el término de “persona con capacidad gestante”. Sería interesante formar un espacio de reflexión en donde se puedan pensar activamente en las situaciones de violencia que puede vivir una mujer embarazada y hacer el ejercicio de imaginar la situación de una persona que se encuentra cursando un embarazo pero que, a su vez, debe cargar con la exclusión y el prejuicio de la sociedad por no encajar en el concepto de mujer biológica o no identificarse con el género femenino. Reflexionar sobre la suma de vulnerabilidades de las diversidades.

X. ANEXOS

Instrumento de recolección de datos



ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Estimado/a compañero/a:

Soy Tamara Gomez, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y quisiera invitarte a colaborar con la presente investigación para poder obtener mi título de grado. El objetivo de la misma es describir los conocimientos sobre violencia obstétrica que poseen los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche que hayan cursado la asignatura “Cuidados Integrales de la Salud Materno Infantil”.

El mismo es completamente anónimo, te llevará 10 minutos aproximadamente y puede realizarse desde una tablet, computadora o celular.

Es fundamental que respondas desde tu conocimiento, sin realizar una búsqueda bibliográfica.

Por cualquier duda o consulta respecto al cuestionario puedes comunicarte al siguiente mail: tamara.anabelaa@gmail.com

¡Desde ya, muchas gracias por tu ayuda!

1. Edad:

- Entre 20 y 29 años
- Entre 30 y 39 años
- Entre 40 y 49 años
- Mayor a 50 años

2. Género:

- Femenino
- Masculino
- No binario
- Otra: _____

3. Lugar de residencia:

- Florencio Varela
- Berazategui
- Quilmes
- Avellaneda
- Otra: _____

4. ¿Realizó prácticas pre-profesionales en los servicios de ginecología y/u obstetricia-maternidad?

- Sí
- No

5. ¿Cómo se define la violencia obstétrica?

- Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.
- Aquella que ejerce el personal de salud y administrativo sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.
- Aquella que ejercen los médicos sobre las mujeres durante el trabajo de parto.

6. ¿Cuáles de las siguientes son modalidades de violencia obstétrica? Seleccione todas las opciones que considere correctas.

- Física
- Simbólica
- Psicológica
- Económica

7. ¿Estás de acuerdo en que toda embarazada debe ser considerada como persona sana, de modo que se le permita participar como sujeto pasivo del proceso de parto?

- Sí
- No

8. ¿Estás de acuerdo en que la mujer deberá ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija?

- Sí
- No

9. ¿El equipo de salud evaluará la posibilidad de que la mujer esté acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre?

- Sí
- No

10. ¿El equipo de salud decidirá sobre la forma en la que se va a transitar el trabajo de parto (vía de nacimiento, deambulación, posición, analgesia, acompañamiento)?

- Sí
- No

11. ¿En qué casos se justifica el parto por cesárea? marcar todas las opciones que considere correctas.

- Cuando la embarazada lo decida luego de haber recibido información clara, precisa y suficiente sobre el procedimiento, así como sus beneficios y complicaciones.
- Cuando el médico tratante quiera asegurarse estar presente para atender el parto, para lo cual programa una fecha que coincida con su agenda.
- Cuando el parto eutócico no sea seguro para la vida de la madre o del niño/a.
- Cuando el trabajo de parto se extienda más de 10 horas.
- Cuando exista riesgo de enfermedad de transmisión vertical.

12. ¿Es correcto decir que el tiempo mínimo de internación tanto materna como neonatal para nacimientos institucionales se establece en un mínimo de 7 días?

- Sí
- No

13. ¿Es correcto decir que la lactancia materna podrá iniciarse una vez que los recién nacidos reciban el alta en neonatología, siempre que no exista contraindicación?

- Sí
- No

14. ¿Es correcto decir que las madres que se encuentren internadas en sala de maternidad podrán visitar a sus hijos recién nacidos si estos se encuentran internados en servicios de neonatología?

- Sí
- No

15. ¿Sobre qué temas se debe informar fundamentalmente a la mujer? Seleccione todas las opciones que considere correctas.

- Alimentación saludable
- Lactancia materna
- Anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual
- Vacunación
- Pautas de alarma
- Importancia de los controles médicos

16. ¿Quiénes considera que deben brindar información sobre estos temas? Seleccione todas las opciones que considere correctas.

- Médicos obstetras
- Obstétricas
- Enfermeros
- Médico clínico
- Puericultores

Lea con atención el siguiente caso y responda las preguntas a continuación:

Rosmery de 18 años de edad llega al hospital acompañada de su madre Lidia, presentando contracciones rítmicas e intensas de 1 hora de evolución. La recibe una enfermera, que se presenta y le indica que realizará la anamnesis y examen físico, sin detectar particularidades ni antecedentes obstétricos de importancia. Le explica cuáles son los pasos a seguir a continuación y pregunta si tiene alguna duda al respecto.

Luego de unos minutos, ingresa a la habitación la obstetra acompañada por un grupo de 4 estudiantes: "Hola nena, vamos a ver cómo estás. Miren chicos, según la historia clínica ella es una paciente primípara, de 39 semanas de embarazo sin antecedentes de relevancia, con serologías completas. A ver mamita, andá separando las piernas que te tengo que revisar. Bueno, presenta un borramiento del 20% del cuello del útero, con 4 cm de dilatación (en las primíparas, el cuerpo tarda más en prepararse para el alumbramiento). Vayan realizando el tacto de a uno chicos, así empiezan a reconocer cómo se identifican los cm de dilatación".

Le consulta a la obstetra si su madre puede acompañarla durante el parto, a lo que la obstetra contesta: "No negrita, no se va a poder porque vamos a ser muchas personas asistiéndote y con el tema de la pandemia por covid es mejor prevenir ¿Sabes? La vas a poder ver cuando terminemos, pero quedate tranquila que vamos a estar todo el equipo para ayudarte con lo que necesites. ¡Enfermera, prepáreme un suero para inducción!".

Ya en la sala de parto, la obstetra le indica a Rosmery que se coloque recostada en posición ginecológica y se prepara para hacerle la episiotomía de rutina. Ella, confundida, le cuenta a la médica que su madre le ha enseñado que la mejor forma de parir es en posición de cuclillas y expresa su deseo de parir de dicha forma dado que es parte de su cultura. La médica le responde que no están acostumbrados a esa modalidad por lo que no tienen preparada la sala para esa práctica, que se coloque rápidamente como se le indica para no demorar más el parto.

Luego de 20 minutos pujando, nace José con un apgar 9/10 que es inmediatamente llevado por las enfermeras para realizar la recepción del recién nacido. Rosmery

pudo verlo mientras terminaban de preparar todo para ser llevada a la sala de maternidad y le indicaban que su bebé había nacido sano y que podría verlo en unos momentos.

17. Señale qué hechos de violencia obstétrica física reconoce en el caso:

- Se omitieron prácticas evidentemente útiles que tendrían que ser promovidas.
- Se realizaron prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas.
- Se efectuaron prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela.
- Se realizaron prácticas que fueron utilizadas inadecuadamente.

18. Señale qué hechos de violencia obstétrica psicológica identifica en el caso:

- Trato deshumanizado y/o discriminatorio.
- Lenguaje inapropiado o grosero.
- Humillación, burlas, críticas.
- Falta u omisión de información, incumplimiento del consentimiento informado.
- Menosprecio del dolor, la cultura y/o los conocimientos de la mujer.

19. En caso de haber presenciado una situación similar durante sus prácticas pre-profesionales, ¿Cuál ha sido su accionar en dicha situación? Puede elegir más de una opción.

- Ignorar la situación y continuar con las prácticas.
- Contención y asistencia de la paciente.
- Comentarle con su docente.
- Señalarle al profesional que ejerce violencia que su accionar vulnera los derechos de las pacientes.
- Otro.
- No he presenciado ninguna situación de violencia obstétrica durante mis prácticas.

20. Si usted se encontrara trabajando en servicio de maternidad-sala de partos e identificara situaciones donde se vulneran los derechos de las embarazadas y/o parturientas, ¿Cuál sería su accionar? Puede elegir más de una opción.

- Contención y asistencia de la paciente.

- Denunciar los hechos ante los superiores (jefes de servicios, directores de la institución).
- Denunciar ante la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG), el INADI o la Defensoría del Pueblo.
- Ignorar los hechos y continuar con su labor.
- Dialogar con los colegas, remarcando el accionar violento.
- Otro.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Argentina: Paidós.
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, 94-99.
- Ley 12.245 Ejercicio de la Enfermería. (14 de 01 de 1999). *Legislación en Salud Argentina*. Recuperado el 03 de 11 de 2018, de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=8532>
- Ley 24.004 Ejercicio de la Enfermería. (23 de octubre de 1991). *Información Legislativa*. Recuperado el 03 de 11 de 2020, de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>
- Ley 25.929 de Parto Humanizado. (17 de septiembre de 2004). *Información Legislativa*. Recuperado el 27 de 06 de 2022, de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres. (11 de Marzo de 2009). *Información Legislativa*. Recuperado el 08 de Mayo de 2020, de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley 26.529 Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. (19 de 11 de 2009). *Información legislativa*. Recuperado el 03 de 11 de 2018, de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Malacalza, L. (2017). *(In)Definiciones institucionales para el abordaje de la violencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires*. Mora.
- Marqués, J.-V. (1980). *No es natural*. Anagrama.

- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 194-204.
- Mezzadra, L. (2015). *Abordando la violencia de género en la educación superior: El rol de la Universidad pública en la perspectiva de docentes y estudiantes de Enfermería*.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). *Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica*. *Salud Pública Mex*, 49:63-70.
- Organización Las Casildas. (2015). *Observatorio de Violencia Obstétrica*. Buenos Aires.
- Organización de Naciones Unidas. (20 de Diciembre de 1993). *Naciones Unidas Derechos Humanos*. Recuperado el 05 de Junio de 2020, de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *World Health Organization*. Recuperado el 06 de 10 de 2020, de <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1985). *El nacimiento no es una enfermedad*. Declaración de Fortaleza, Brasil.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Prevención de la violencia*. Recuperado el 24 de 05 de 2020, de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- Pérez, M. E. (1996). *La enfermera como educadora de la embarazada y su entorno familiar*. *Revista Hospital Materno infantil Ramón Sardá*, 102.
- Stolkiner, A. (1989). *La influencia del positivismo en las prácticas y acciones de salud*. Mesa Redonda, (págs. 146-151).

Testa, M. (1997). *Enseñar medicina*. En M. Testa, *Pensar en salud* (págs. 49-84).
Lugar Editorial.