



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria, FAREM-Estelí

Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2017.

Trabajo de seminario de graduación para optar

Al grado de

Licenciado en la Carrera de Trabajo Social

Autor

Marling Ivette Maldonado Laguna

Tutora

Lic. Tania Pérez Guevara

Estelí, 19 de enero de 2018



Tabla de contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
LINEA DE INVESTIGACION	IV
VALORACION DEL DOCENTE	V
RESUMEN	VI
I. Introducción	- 1 -
II. Antecedentes	- 3 -
2.1 Delimitación del problema	- 9 -
2.2 Justificación	- 10 -
2.3 Preguntas directrices	- 12 -
III. Objetivos	- 13 -
3.1 Objetivo General	- 13 -
3.2 Objetivos Específicos	- 13 -
IV. Marco Teórico	- 14 -
4.1 Conceptualización Embarazo, Parto y Puerperio	- 14 -
4.1.1 Embarazo	- 14 -
4.1.2 Parto	- 15 -
4.1.2.1 Tipos de Parto	- 15 -
4.1.3 Puerperio	- 17 -
4.1.3.1 Etapas del Puerperio	- 18 -
4.2 Humanización del Parto	- 18 -
4.3 Normativas para la atención del embarazo, parto y puerperio	- 21 -
4.3.1 Normativas Internacionales para el abordaje del parto	- 22 -
4.3.1.1 Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.	- 23 -
4.3.1.2 Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM	- 24 -
4.3.2 Normativas Nacionales para la atención del embarazo	- 24 -
4.3.2.1 Normativa 011: Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de bajo riesgo	- 25 -
4.3.2.2 Normativa 029: Normas de Alimentación y Nutrición para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años	- 25 -
4.3.2.3 Normativa 042: Norma de Humanización del Parto Institucional	- 26 -
4.3.2.4 Normativa 106: Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)	- 26 -
4.3.2.5 Normativa 109: Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas	- 26 -
4.4 Violencia de GÉNERO en el embarazo, parto y puerperio	- 27 -
4.4.1 Tipos y Modalidades de la violencia de Género	- 28 -
4.4.2 Violencia Obstétrica	- 31 -

4.4.2.1	Orígenes de la violencia obstétrica _____	- 32 -
4.4.2.2	Consecuencias de la violencia obstétrica en el binomio madre-hijo _____	- 34 -
4.5	Derechos sexuales y reproductivos _____	- 37 -
4.6	Trabajo Social y Salud PÚBLICA _____	- 41 -
V.	<i>Diseño Metodológico</i> _____	- 44 -
5.1	Enfoque Filosófico de Investigación _____	- 44 -
5.2	Tipo de Estudio _____	- 44 -
5.3	Universo, Población y Muestra _____	- 45 -
VI.	<i>Matriz de Categoría y subcategorías</i> _____	- 48 -
6.1	Métodos y Técnicas para recolección y análisis de datos _____	- 51 -
6.2	Procesamiento y Análisis de datos _____	- 52 -
6.3	Procesamiento metodológico del estudio _____	- 53 -
6.3.1	Fase de Entrada y Negociación al escenario _____	- 53 -
6.3.2	Fase de planificación y preparación _____	- 54 -
6.3.3	Fase de Ejecución o trabajo de campo _____	- 55 -
6.3.4	Fase de Informe _____	- 55 -
VII.	<i>Análisis e interpretación de resultados</i> _____	- 56 -
VIII.	<i>Conclusiones y recomendaciones</i> _____	- 93 -
8.1	Conclusiones _____	- 93 -
8.2	Recomendaciones _____	- 95 -
IX.	<i>Bibliografía</i> _____	- 97 -
	<i>Bibliografía</i> _____	- 97 -
X.	<i>Anexos</i> _____	- 101 -

DEDICATORIA

Dios; por ser el guía que condujo mi vida a lo largo de estos años, por otorgarme sabiduría, talento, intelecto y carisma, para llegar a todas las personas que se cruzaron en mi camino y que me permitieron culminar este pequeño proyecto de vida.

Mi madre **Miriam Laguna;** por tu inmenso cariño, paciencia, comprensión, por desvelarte conmigo y animarme como solo una madre puede. Pero sobre todo por enseñarme a nunca claudicar, aunque la vida te presente miles de obstáculos.

Partera; a vos que trajiste al mundo miles de niños nicaragüenses en las zonas más alejadas del país, en las comunidades y barrios. Que con manos amorosas, arrugadas, callosas, manos de madre y abuela desinteresada has sabido brindar los primeros cuidados para iniciar al hombre nuevo de Nicaragua.

A todos ellos dedico este logro

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua, Facultad Regional Multidisciplinaria FAREM- ESTELI por haberme brindado la oportunidad de formarme nuevamente en otra ciencia para crecer profesional y humanamente; y contribuir desde otro ámbito al desarrollo de la sociedad Estiliana y nicaragüense.

A todos mis docentes, quienes impartieron cada una de las clases en la carrera de Trabajo Social con energía, alegría y esmero; por ser personas que dejaron huellas en mi vida y también por que cumplieron con su labor pedagógica conmigo y mis compañeros para fortalecer nuestras capacidades y habilidades para la vida.

A mis maestras Lic. Tania Pérez Guevara y MSc. Delia Moreno por compartir sus conocimientos, ser guías y apoyo, en la construcción de mi trabajo de investigación. También por su dedicación, disposición, apoyo incondicional, entusiasmo, tolerancia, y comprensión, durante la realización de este estudio exigiéndome calidad y excelencia como sello de identidad para culminar con éxito mi investigación.

A las mujeres de Casa Materna que con sus pláticas sembraron la semilla de la curiosidad y me permitieron adentrarme y acompañarlas el maravilloso proceso de la maternidad. También por su cooperación en el desarrollo de mi estudio, brindándome apoyo al facilitarme la información precisa sobre la investigación llevada a cabo.

A las directoras de Casa Materna, por permitirme realizar mis primeras prácticas y hacerme sentir como en casa siempre que vuelvo. **A Mama Licha (Alicia Pérez),** por compartir sus conocimientos ancestrales en el arte de traer vida al mundo de la forma más natural y humana posible.

Al personal de salud de las diferentes instituciones que colaboraron con conocimientos y experiencias relacionadas al tema de estudio para la elaboración de este documento final.

A todos: ¡muchas gracias!
Marling Ivette Maldonado...

LINEA DE INVESTIGACION

Humanidades

Línea No 1: Salud pública

Objetivo de línea: Definir acciones que contribuyan a la prevención de los problemas relacionados con la salud pública.

Tema de línea: Calidad de la atención en salud

Problema: Violencia obstétrica

Tema delimitado: Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2017.

VALORACION DEL DOCENTE



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN-MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria Estelí

Departamento Ciencias de la Educación y Humanidades

CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutora, confirmo que el Trabajo de Investigación titulado: **Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2017**, presentado por la estudiante: **Marling Ivette Maldonado Laguna**, para optar al Título de Licenciada en Trabajo Social, por la Facultad Regional Multidisciplinaria, Estelí, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-MANAGUA; ha sido concluido satisfactoriamente, incorporando las sugerencias planteadas por la comisión examinadora.

Dicho trabajo cumple con los requisitos y méritos académico-científicos de una Tesis de nivel de Licenciatura fue presentado y sometido a evaluación el 19 de enero del 2018. considero que el estudio constituye un aporte importante para mejorar la calidad de atención y de vida de mujeres madres atendidas en los puestos de salud y hospitales.

Para que conste a los efectos oportunos, extiendo la presente en la ciudad de Estelí, a los diecinueve días del mes de enero del año 2018.

Cordialmente.

Esp. Tania Libertad Pérez Guevara

Docente- Tutora de Tesis

UNAN-Managua/FAREM-Estelí

RESUMEN

La palabra mujer conlleva un sinnúmero de expresiones, valores y construcciones que en virtud de beneficiarla al largo de la historia la mantiene en una división constante de clases, de género con sus semejantes humanos. Como mujer, nacimos con el cromosoma que tiene la clave de la reproducción que paradójicamente es la única distinción entre nosotras y los hombres. El patriarcado se ha impuesto e impone a esta diferencia tejiendo una estructura social, política, económica, de valores, personal, cuya principal norma es ejercer el dominio hacia la mujer.

Nosotras tenemos un papel esencial; “procrear”, cuya necesidad es fundamental para la sociedad. Por ello, el patriarcado exige controlar lo que no está a su alcance. Le urge oprimirnos. Nos quiere esclavas, sumisas, obedientes, dependientes... Nos educan para ser la clase social que se va a encargar del rol de multiplicarnos; nos preparan para que nos creamos que éste es nuestro propósito en la vida. Nos someten para que gustemos a los demás antes que a nosotras mismas; para amar y proteger a los demás antes que a nosotras mismas.

El control sobre nuestros cuerpos que se tiene al momento de dar a luz, indefensas, amarradas a una cama o conectadas a mangueras intravenosas mientras nos sedan para no sentir, ni intervenir en el proceso que tanto médicos como enfermeras están listos para practicarlos a nuestros bebés y a nosotras; se convierte en el espacio menos pensado para realizar prácticas violatorias a nuestros derechos. En la que el término humano pasa a segundo plano cuando nos convertimos en objeto de estudio, de trabajo y como medio de reproducción.

Este estudio surge como una necesidad para analizar la humanización del parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí. Las preguntas de investigación se centran en el nivel de conocimiento acerca de la humanización del parto, la percepción del ejercicio de la humanización en el embarazo, parto y puerperio que tienen las usuarias, parteras y el personal de salud y las repercusiones de experiencias de violencia obstétrica durante y después de la atención que tuvieron las usuarias.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es una forma nueva de violencia de genero. Un fenómeno que para la sociedad puede sonar nuevo pero que existe desde tiempo atrás y que surgió como resultado de la institucionalización de la medicina en la atención del parto. Desde el inicio de las civilizaciones este trabajo (parto) era llevado a cabo por comadronas o parteras, nombre con el que fueron conocidos las primeras mujeres dedicadas a esta labor.

La excesiva medicalización aplicada durante el parto, la falta de humanismo y empatía por las usuarias hacen que como mujer empiece a inquietarme sobre las practicas sanitarias aplicadas en materia de medicina obstétrica, en el que el ejercicio de esta nueva forma de atención genera cambios actitudinales hacia la atención prestada por el personal médico y de enfermería.

Esto provoca un rechazo a las practicas llevadas a cabo e incide en la preferencia de atención de las usuarias con respecto a los métodos tradicionales y la medicina moderna, pero más allá de eso en el trato recibido.

La creación y aplicación de normas que regulen el trabajo médico, es una forma de garantizar a la usuaria una amable atención, de la misma forma le permite al trabajador de la salud cuidar su trabajo y mantenerse a salvo de problemas por la incorrecta aplicación de mecanismos de atención a las usuarias.

El personal de salud debe cambiar la forma en que ve y trata a los pacientes, porque su razón de ser radica en el amor al prójimo y de brindar de la mejor manera posible los cuidados requeridos cuando las personas se encuentran en los hospitales.

En las ciencias sociales la investigación ocupa un lugar muy importante porque a partir de ella podemos analizar fenómenos sociales de gran complejidad que provocan malestar en las sociedades. La investigación cualitativa por tanto nos permite encontrar “fallas” en el entramado social y dar respuestas a través del desarrollo de nuevos métodos, estrategias o estudios que condensan la información recabada por los investigadores sociales.

La presente investigación que por su nivel de conocimiento respecto al tema en cuestión es carácter exploratorio-descriptivo, puesto que se realiza con “el objetivo de examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Sampieri, 2006). Asimismo, es descriptivo; “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Danhke, 1989).

Ya que en este estudio se pretende analizar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud del municipio de Estelí.

Los métodos utilizados en el estudio son: Análisis y síntesis, por medio de técnicas para la recolección de información las cuales fueron entrevistas, encuestas y grupo focal. El procesamiento de información se ordena mediante tablas las que permitieron la reducción de la información para su análisis y posteriormente la discusión de los resultados. Así mismo para una mejor comprensión se utilizaron gráficos que muestran los resultados obtenidos.

El estudio está estructurado de la siguiente manera: Introducción, antecedentes, preguntas directrices, objetivos, marco teórico, metodología utilizada, análisis y discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

II. ANTECEDENTES

En la década de 1980 empezaron a cuestionarse las praxis médicas, produciéndose cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas como de algunos profesionales de la salud, y reivindicándose un empoderamiento de la mujer.

En 1985, en Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres.

Esta conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía. Produce como resultado un documento que condensa Recomendaciones para evitar ciertas prácticas médicas, no justificadas, que estaban llevándose a cabo de manera sistemática. (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013)

El parto humanizado en Nicaragua tiene sus orígenes alrededor del año 1985 cuando surge en Estelí la Casa Materna Luz y Vida bajo la dirección del Programa Integral Atención en Salud (PIAS) como iniciativa de un grupo de enfermeras nacionales e internacionales para mejorar el deplorable estado de salud en que había quedado el país después de la derrota del somocismo.

En la Región I de salud, integrada por los departamentos de Estelí, Madriz y Nueva Segovia, un grupo de enfermeras en su mayoría enfermeras obstetras, parteras profesionales y enfermeras generales formaron el grupo Materno Infantil, quienes a la par que laboraban en distintos centros y hospitales de la región, también coordinaban acciones educativas promoviendo el auto cuidado materno en cada una de las instituciones donde laboraban.

A medida que se involucraban con las embarazadas, las familias y comunidades iban surgiendo nuevos problemas a los que se debía dar solución, por ejemplo, la mayoría de los partos atendidos por parteras tradicionales, se debía trabajar con ellas, embarazadas que no querían control prenatal; educación Prenatal para las embarazadas.

Se pensó en hacer un centro que tuviera los dos componentes: Psicoprofilaxis del parto y Escuela de Parteras Tradicionales, para mantener esta coordinación, además de seguir trabajando en las unidades de salud para garantizar la motivación del resto de personal de enfermería y médicos.

El parto psicoprofiláctico es aquel que se presenta de manera espontánea, después de que la mujer y su pareja han recibido una preparación física y emocional, para tener un parto sin anestesia, ni medicamentos y sin intervenciones quirúrgicas. Es decir, natural, pero con una preparación de por medio, la cual es brindada por instructoras, educadoras perinatales y en ocasiones por enfermeras, ginecólogos, psicólogos o pediatras. (Ministerio de Salud, 2010, pág. 15)

Unos años más tarde, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido publica el informe *Changing Childbirth*, elaborado por un grupo de expertos y en el que se incorporan una serie de recomendaciones fundamentales para un modelo humanizado de atención al parto basado en tres principios:

El primero considera que el cuidado maternal debe focalizarse en la mujer, haciéndole sentir que tiene el control sobre lo que está sucediendo, de forma que pueda tomar decisiones sobre su cuidado, e introduce el concepto de la comunicación entre usuarios y profesionales sanitarios, insistiendo en que debe existir un diálogo entre ambos.

El segundo sostiene que todas las mujeres deben tener un acceso sencillo a los servicios de maternidad y que éstos deben responder a las necesidades de la mujer.

Finalmente, el tercer principio afirma que las mujeres deben participar en los servicios de maternidad, para que éstos se adapten a sus necesidades; además, el cuidado debe ser eficaz y los recursos han de usarse de forma eficiente. (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013)

Respecto al término Humanización del parto, se contempla por primera vez en Ceará (Brasil) en el año 2000, recogido en el Programa de Humanización en el Prenatal y

Nacimiento, el cual fue instituido por el Ministerio de Salud de Brasil a través de la Portaria /GM n. 569, del 1/6/2000, con base en los análisis de las necesidades de atención específica a la gestante, al recién nacido y a la madre en el periodo posparto. El objetivo primordial del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN) es asegurar la mejora del acceso, de la cobertura y de la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía.

En la Declaración de Ceará en torno a la Humanización se pone de manifiesto la trascendental importancia de esta nueva visión del parto: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (Arnau Sanchez, y otros, 2012).

La Revista Antropológica Iberoamericana en su artículo (España, 2012) “**LOS CONCEPTOS DEL PARTO NORMAL, NATURAL Y HUMANIZADO. EL CASO DEL ÁREA 1 DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA**”, en que sus autores pretenden reflexionar sobre las representaciones simbólicas que los/as profesionales relacionados con el proceso reproductivo poseen sobre las categorías analíticas del parto normal, natural y humanizado, así como la influencia de estas concepciones sobre su práctica profesional pertenecientes a una determinada área de salud de la región de Murcia.

Un estudio en México realizado en 2012; “**Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio**” realizado por José Alejandro Almaguer González, Hernán José García Ramírez y Vicente Vargas Vite; se abordan los elementos centrales del nacimiento humanizado que ya se aplica en diversos hospitales y clínicas, pero del cual sigue existiendo desconocimiento y polémica, incluso, en cuanto al concepto utilizado. Se parte de las características de ese modelo y de cómo fue la experiencia de las mujeres en trabajo de parto, de acuerdo con la atención y trato que reciben en los servicios de salud; además de presentar una revisión histórica, algunas experiencias con la aplicación del modelo y las características de otros esquemas clínicos y

tradicionales, para centrarse en el modelo de atención humanizado, que incorpora el enfoque intercultural, el respeto a los derechos humanos y la perspectiva de género.

En otro estudio relacionado al tema (2013) *“La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía”*; cuyas autoras Ainoa Biurrun-Garrido y Josefina Goberna-Tricas; se plantean como objetivo de este artículo, conocer el origen y el significado del concepto de «humanización del parto» y sus características mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada al respecto. Los resultados de esta revisión muestran que se trata de un término polisémico, que se basa en tres aspectos fundamentales: convertir a la mujer en el centro de la atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica.

Otro artículo científico *“HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE EL PARTO”*, su autora Rosa Coral Ibarra nos muestra los resultados de su trabajo; que se llevó a cabo en el Departamento de Cundinamarca (Colombia) en donde surgió la necesidad de desarrollar un trabajo de investigación, cuyo objetivo general fue el de elaborar un modelo de atención de enfermería, con énfasis en el aspecto humanístico del cuidado a la mujer durante el trabajo de parto y parto, basado en fundamentos teóricos, resultados de un proceso de investigación y experiencias del investigador en esta área.

Y que a pesar de haberse llevado a cabo en los años 2005-2006 recoge información valiosa para entender el proceso de humanización y aspectos esenciales de la misma; en el cuidado de enfermería que pueden y deben ser retomados por los profesionales de la salud en tiempos presentes y futuros para mejorar la calidad en la atención a las usuarias de los servicios de salud en las Instituciones del estado.

En relación a la humanización del parto existen estudios a nivel de la Unan Managua en departamentos como Managua (PARTO LIBRE Y NATURAL, CON UNA MIRADA A LA HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE, NOVIEMBRE 2016 - ENERO 2017) y Jinotega (Conocimiento y atención del parto humanizado por el personal de salud. Hospital Victoria Motta de Jinotega, I y II semestre 2015.); en los que se plantean además de evaluar el conocimiento de la norma de humanización o parto humanizado, valorar la atención recibida y

caracterizar socio-demográfica y laboralmente al personal que trabaja en dichas instituciones, lo que no nos aporta mucho al estudio de la práctica hospitalaria de dicha norma, porque no presentan elementos facilitadores y obstaculizadores que permitan al personal de salud el correcto ejercicio del parto humanizado, ni ven las repercusiones que tiene la no aplicación de dicha norma y su consecuencia en la vida de las usuarias como lo es la violencia obstétrica.

La palabra Violencia Obstétrica es un nuevo término con el que se describe “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Villegas Poljak, 2009).

En la revisión de bibliografía para la presente investigación no se encontraron trabajos, artículos, estudios o tesis que visibilicen este tema en Nicaragua, pero en países del área como Costa Rica, Venezuela, México y Argentina se encontró información que permitió indagar un poco más sobre el tema de Violencia Obstétrica y como esta; se encuentra ligada a la Humanización del parto o mejor dicho, la no aplicación de la Norma de Humanización incide en el desarrollo de la misma violencia obstétrica.

Se presentan pues algunos títulos de dichos estudios que nos muestran que la violencia de género se ha hecho lugar hasta en los procesos biológicos y reproductivos de la mujer, en el que el personal de salud sin notarlo o querer se vuelve partícipes del problema.

Un estudio en 2014 titulado “*La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense*” por Gabriela Arguedas Ramírez. Este artículo contiene algunos resultados preliminares de un proyecto de investigación cuyo objetivo es teorizar acerca de la violencia obstétrica a partir del caso de Costa Rica. Para ello, propone un concepto teórico novedoso: el poder obstétrico. A partir de dicho estudio, este trabajo retoma fuentes teóricas relevantes y evidencia empírica relacionadas con el tema. Se considera que, entre las teorías disponibles, la desarrollada por Michel Foucault es referencia clave para el

análisis del problema. De ahí que sea posible identificar una particular forma de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas (Arguedas Ramírez, 2014).

En 2015 la Dra. Diana Galimberti (Coordinadora del Comité de Violencia de Género) con la colaboración del Dr. Pablo Mazzoli en un documento titulado *“Violencia Obstétrica”*, nos presentan algunas definiciones importantes que forman parte de este problema, así como una mirada crítica a la situación actual en Argentina, el marco legal con el que le hacen frente a este fenómeno y la responsabilidad de los profesionales respecto a este tema (Galimberti, 2015).

De igual forma el artículo *“SALUD Y GENERO. UNA MIRADA SOBRE LA VIOLENCIA OBSTETRICA”* Este trabajo pretende dar cuenta sobre como inciden las lógicas patriarcales en la medicina obstétrica, que tienen como consecuencia actos violatorios de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De este modo se presenta algunos datos del estado actual de esta problemática en Argentina. Para esto se ha realizado una revisión de tipo bibliográfico acerca de la temática, las políticas públicas existentes en nuestro país y su implementación actual (Barria Oyarzo & Rivera Leinecker, 2016).

Para agregar a la discusión el siguiente artículo *“¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos.”* Se aborda el embarazo y el parto como momentos de gran vulnerabilidad y, como en otros ámbitos en los que estamos en una posición de inferioridad y hay impunidad, surge la violencia hacia las mujeres. La judicatura, la fiscalía y los operadores jurídicos en general tienden a excluir a las mujeres embarazadas, consciente o inconscientemente, de las leyes que protegen los derechos humanos frente a las aplicaciones de la medicina. El argumento implícito – y falso –, es que sometiendo a las gestantes a la autoridad médica se protege a sus hijos. Este artículo sostiene que la violencia obstétrica es una categoría más de violencia hacia la mujer (Fernández Guillén, 2015).

Organizaciones como la *Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN)* que es un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer. La cual se formó luego del Congreso "Humanización del Parto y el Nacimiento" en Ceará, Brasil, en noviembre del año 2000. A través de esta Red, los grupos y personas intercambian información e interactúan como parte de una campaña continental por la humanización del parto.

Y otros medios como el Blog *El Parto es nuestro* que es una asociación sin ánimo de lucro, formada por usuarias/os y profesionales, que pretende mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y posparto en España. Nació en el año 2003 para prestar apoyo a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos y proporcionar información basada en la evidencia científica, desarrollan acciones para reivindicar un mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres y los niños, mejorar la atención obstétrica y difundir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la atención al parto, así como promover la lactancia materna.

En relación a los antecedentes **no existen estudios locales** realizados a nivel universitario, siendo este el primer estudio que se realiza al respecto en FAREM - Estelí.

2.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En un mundo globalizado donde la ciencia ha hecho grandes avances en la medicina; procesos tan naturales como el embarazo, parto y puerperio han venido “evolucionando” en materia de atención. Junto con ello el desarrollo de los derechos humanos vio una transformación en la que actualmente se incluyen también los derechos reproductivos.

En el caso de las mujeres en Nicaragua, no solo están afectadas por la violencia física, sexual, intrafamiliar; que son los tipos de violencia más conocidos por la población; esta abarca otros aspectos como son la violencia institucional sobre la que se enmascara a nivel de salud la violencia obstétrica.

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

A pesar de los esfuerzos desarrollados en la creación desde 2009 de Normas para la atención del embarazo, parto, puerperio y atención prenatal o en 2010 la Norma de Humanización del Parto Institucional la situación en las unidades de salud no ha sido la óptima, puesto que no muchos de los estudiantes que se preparan para ser profesionales de la salud no toman conciencia de esta información hasta que están en las unidades prestando sus servicios en las prácticas sociales, en las que vemos que la palabra humanización se excluye de su vocablo por la forma en que brindan atención a las usuarias de las instituciones de salud.

En consideración a lo anterior se plantea la pregunta general del problema ¿De qué manera la no humanización del parto incide en la violencia obstétrica durante la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2017?

2.2 JUSTIFICACIÓN

Por muchos años distintas organizaciones internacionales y nacionales han trabajado para reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. La mortalidad materna está relacionada con el acceso a los servicios de salud a los que tiene la mujer durante el embarazo y parto, e implícitamente con aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Muchas son las complicaciones que pueden presentarse en momento del parto, por esta razón el acceso que las mujeres tienen a las instituciones de salud es de vital importancia.

En Nicaragua el trabajo para erradicar las muertes maternas avanza a paso lento, y en sus esfuerzos por mejorar la calidad de atención de los servicios el Ministerio de Salud ha creado un conjunto de normas que regulan el quehacer de los trabajadores de la salud.

Actualmente en el proceso de reforma del sector salud se cuenta con instrumentos jurídicos y normativos (Ley General de Salud, Política Nacional de Salud, Plan Nacional de Salud, Modelo de Atención Integral en Salud), en donde se establecen metas y objetivos específicos para mejorar la salud de la población con énfasis en los grupos más vulnerables, que permiten dar cumplimiento a los compromisos internacionales de país (MINSA, 2005).

Durante la práctica que realizamos los estudiantes de Trabajo Social en instituciones como el Hospital, Casa Materna, Centros y Puestos de salud vemos muchas situaciones que afectan las relaciones trabajador de salud-paciente debido al desconocimiento de protocolos de actuación para los distintos contextos que se presentan en su quehacer.

Las experiencias compartidas por muchas mujeres albergadas en Casa Materna de circunstancias que ponían de manifiesto la falta de humanismo de algunos miembros del personal de salud, originó una inquietud que se tradujo en buscar respuestas ante estas faltas protagonizadas por las mujeres embarazadas en un momento tan vulnerable como lo es el parto.

Estudios como el que se abordan en esta tesis, son de vital importancia para comprender las relaciones de poder que se vislumbran en las instituciones de salud y como ellas afectan la percepción que las usuarias y sus familiares tienen del sistema. Además, permitirá entablar un diálogo entre la sociedad civil y las instituciones para proponer mejoras a los programas y políticas públicas que en materia de salud se vienen trabajando.

Hacer una visión crítica de dentro hacia afuera les permitirá a los trabajadores de salud poner en perspectiva su labor para brindar una mejor atención que incluya además de calidad la calidez que todo paciente que visita dichas instituciones merece. El personal médico debe estar capacitado en todos los sentidos posibles, ofrecer un trato de calidad y sobre todo humanizado.

2.3 PREGUNTAS DIRECTRICES

A continuación, se plantean las preguntas directrices que guían este estudio:

¿Qué nivel de conocimiento tienen las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio?

¿Qué percepción tienen las usuarias, parteras y personal de salud el ejercicio de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio?

¿Cuáles fueron las repercusiones que tuvieron las usuarias en sus vidas de experiencias de violencia obstétrica durante y después de la atención en el embarazo, parto y puerperio?

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la humanización del parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento de las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio.

- Valorar la percepción de las usuarias, parteras y personal de salud el ejercicio de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio.

- Describir las repercusiones en la vida de las usuarias de experiencias de violencia obstétrica durante y después de la atención en el embarazo, parto y puerperio.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Desde el principio de la creación la mujer ha jugado un papel menos perceptible en la historia y el desarrollo de las sociedades. Por doquier, en todo tiempo, el varón ha ostentado la satisfacción que le producía sentirse rey de la Creación. Entre los beneficios que Platón agradecía a los dioses, el primero era que le hubiesen creado libre y no esclavo, y el segundo, hombre y no mujer (Beauvoir, 1949).

Pero los varones no habrían podido gozar plenamente de ese privilegio si no lo hubiesen considerado fundado en lo absoluto y en la eternidad: del hecho de su supremacía han procurado derivar un derecho. «Siendo hombres quienes han hecho y compilado las leyes, han favorecido a su sexo, y los juristas han convertido las leyes en principios», añade Poulain de la Barre. Para los hombres siempre ha sido una inquietud la mujer. Y para ellos la pregunta es: ¿La mujer que es? Es muy sencillo, afirman los aficionados a las fórmulas simples: es una matriz, un ovario; es una hembra: basta esta palabra para definirla (Beauvoir, 1949).

Para el colectivo masculino y la historia eso hemos significado y significaremos, a pesar de todas las contribuciones que hagamos en materia de derecho, ciencias, cultura, arte entre otros aspectos y es esto lo que en su libro *El segundo Sexo*, Simone de Beauvoir reflexiona. Sin embargo, para poder entender la importancia que tiene para la mujer la maternidad y todo lo que ello implica es necesario también reconocer y definir las diferentes etapas por las que pasa durante este periodo crucial en su vida y que atañe de igual forma la del género opuesto y su perpetuación.

4.1.1 Embarazo

El embarazo es el periodo que pasa desde la concepción hasta el nacimiento del bebé. Abarca aproximadamente 9 meses, aunque los especialistas prefieren contabilizar la gestación por semanas. Puesto que se desconoce el momento exacto de la implantación del embrión en el útero, se considera que el embarazo se inicia con la última menstruación de

la mujer. A partir de este momento, pasarán 40 semanas de desarrollo fetal hasta el parto. Durante todo este tiempo, la mujer experimentará numerosos cambios físicos y emocionales como consecuencia de las variaciones hormonales. Estos cambios darán lugar a diferentes síntomas en función de la etapa del embarazo (Salvador, 2017).

4.1.2 Parto

Desde hace décadas, lo que se conoce como “enfoque de riesgos” ha determinado decisiones acerca de parto, el lugar, su tipo y las personas que lo asisten. El problema con muchos de estos sistemas es que han catalogado a un desproporcionado número de mujeres como “de riesgo”, con el riesgo de que acaben teniendo un alto grado de intervencionismo durante el parto (Organizacion Mundial de la Salud, 1996).

La OMS en su informe Cuidado en el parto normal: una guía práctica; al definir Parto Normal toma en consideración dos factores: el estado de riesgo del embarazo y el curso del parto y del nacimiento. Por lo tanto, según sus autores: “Definimos Parto Normal como: Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (Organizacion Mundial de la Salud, 1996).

Habiendo dicho esto, y en base a los conocimientos respecto a las existentes formas de nacer de las generaciones que nos preceden y suceden; es necesario entonces hacer un paréntesis y clasificar los tipos de parto que se manejan en la medicina obstétrica actual.

4.1.2.1 Tipos de Parto

Para lograr un sentido práctico del problema de trasfondo en materia (violencia obstétrica), nos centraremos en la clasificación de tres tipos de parto:

- ‡ **Parto Medicalizado:** Las bases del parto medicalizado son el control continuo del estado fetal, mediante una monitorización bioquímica y biofísica adecuada, y la regularización de las contracciones si es necesario. También es habitual la rotura precoz de la bolsa de las aguas, que acelera la dilatación y permite comprobar el aspecto y el color del líquido amniótico.

Razones médicas, como motivos maternos (hipertensión o diabetes) o motivos fetales (crecimiento restringido), puede hacer necesario finalizar un embarazo. También puede programarse por razones prácticas. A este tipo de parto se le llama programado por “motivo social”. Los resultados son relativamente buenos, pero provocan en ocasiones un excesivo intervencionismo médico. Hoy en día, se efectúa una inducción médica del parto aproximadamente en un 10% de ocasiones (Hospital Sanitas La Zarzuela).

‡ **Parto Natural:** El parto natural es aquel en el que no se recurre a ningún tipo de medicación para dar a luz. Consiste en dejar hacer a la naturaleza, sin que medie apenas tecnología ni medicación, recibiendo escasa o nula atención médica artificial, y permitiendo que sea la mujer la que conduzca el proceso del trabajo de parto y el alumbramiento, de la forma que le resulte más cómoda.

En la actualidad existe en algunos ambientes, el llamado “parto natural en clínica”, asistido por personal sanitario, en el que en todo momento se intenta preservar la naturalidad del acto de dar a luz. No se administran fármacos, no se aplican sedantes y se deja a la paciente deambular libremente, así como adoptar en el momento de la expulsión la posición que ella misma elija (Hospital Sanitas La Zarzuela).

‡ **Parto no Intervenido o Humanizado:** Trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren su fisiología. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial.

Es un intento de realizar una síntesis de todos los aspectos positivos de las corrientes obstétricas anteriores, añadiéndoles un enfoque ecológico. La idea se basa en el control y preservación del medio ambiente, es decir, del entorno ecológico del feto y de su madre. Se trata pues de reencontrar la sabiduría de la naturaleza y armonizarse con ella, pero poniéndose a cubierto de sus posibles accidentes.

Se caracteriza por una preparación física durante el embarazo mediante relajación y respiración, y vigilancia continua fetal durante el parto con monitorización del período expulsivo fetal. La presencia de la pareja durante el parto y la creación de un ambiente afectivo adecuado a la futura madre son muy importantes. Se trata, en suma, de la *humanización del acto del alumbramiento* al máximo.

La estimulación por goteo oxitócico y el uso de determinadas drogas son recursos que sólo se aplican cuando el parto se aleja de la normalidad. La madre adopta la posición fisiológica de semisentada. Si se produce la amenaza de un sufrimiento fetal, se procede a una extracción fetal profiláctica. Si todo transcurre con naturalidad (80% de los casos) el médico se limita a vigilar el expulsivo y sólo hará la episiotomía en caso necesario (Hospital Sanitas La Zarzuela).

4.1.3 Puerperio

El puerperio puede definirse como el periodo de tiempo que va desde el momento en que el útero expulsa la placenta hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino. Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas (involución puerperal). Tras un parto, siempre quedan señales indelebles que indican que lo hubo, aún después de muchos años, sobre todo si el parto fue intervenido (El Parto es Nuestro, s.f.).

Durante el puerperio se producen una serie de cambios involutivos del aparato genital y de todo el organismo de la mujer. Al mismo tiempo, se instaura una nueva función, la lactancia materna, y posteriormente, reaparecen la ovulación y la menstruación. Además, debe producirse la adaptación de la madre y del recién nacido a las nuevas circunstancias y al entorno familiar. El plano emocional cobra un gran protagonismo en esta etapa de la crianza (Lopez, 2015).

4.1.3.1 Etapas del Puerperio

‡ Puerperio inmediato

Supone las primeras 24 horas después del parto. En él podemos distinguir un periodo de tiempo de dos horas tras la terminación del parto, durante el cual el útero debe conseguir la hemostasia definitiva. Esto significa que las 2 primeras horas después del alumbramiento de la placenta hay mayor riesgo para la mujer por peligro de hemorragia. Es aconsejable que la mujer permanezca ese tiempo en una zona donde el sangrado pueda ser vigilado, que suele ser el paritorio. Además, la primera hora después del parto es un momento ideal para comenzar con el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna precoz.

‡ Puerperio precoz

La segunda etapa comienza a partir de las 24 horas hasta el décimo día posparto. Durante esta fase se producen los cambios involutivos más importantes. También se produce el establecimiento de la lactancia materna.

‡ Puerperio tardío

Es el tercer periodo de puerperio y comienza a partir del décimo día hasta los 40-45 días. Coloquialmente, en la cultura popular es lo que se conoce como cuarentena. Los cambios que se producen en esta fase son más sutiles y conllevan más tiempo para llevarse a cabo. La reanudación de la menstruación va a depender en cierta medida del tiempo de lactancia materna exclusiva (Lopez, 2015).

4.2 HUMANIZACIÓN DEL PARTO

El avance de la ciencia y la tecnología ha dado lugar a una excesiva **MEDICALIZACIÓN DEL PARTO**. La modernidad y el avance científico, en su afán de reducir peligros no necesariamente existentes en todos los casos, han llenado al evento del parto de rutinas innecesarias, tecnologías y uso de sustancias que pueden llegar a ser más peligrosas que el parto mismo (Velasco Alba).

Desde finales del siglo XIX la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica que el proceso del parto comience a ser atendido en los hospitales, a los que acuden las mujeres con partos complicados y en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013).

Hablar de parto humanizado no es hablar de una moda. Esta palabra sintetiza un conglomerado de acciones y definiciones que requieren un mayor entendimiento para lograr un cambio en la actitud de quienes asisten a las mujeres cuando están pariendo.

El hablar de humanización lleva consigo la particularidad de que los seres humanos son únicos e irrepetibles y, por lo tanto, se deben tener en cuenta las individualidades para la atención; de acuerdo con Trevizan et al. (2003), el profesional de enfermería es el responsable de gerenciar la atención a las personas con apoyo sustancial en la propuesta con visión humanista (Coral Ibarra, 2006).

Garzón (1998) afirma que la humanización comprende también los aspectos culturales, históricos y espirituales de hombre, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas. El mismo autor asegura que los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la igualdad de derechos; se hace énfasis en la necesidad del amor y la fraternidad para gozar el derecho al bienestar, la paz y el progreso; se solicita el respeto mutuo para la convivencia, se invita al diálogo y al respeto del otro como interlocutor. (Coral Ibarra, 2006)



En un estudio de Misago y Kendall de 2001, se afirma que para poder humanizar un parto es necesario «empoderar» a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. Además, los profesionales que atienden el parto deben trabajar como iguales, usando la tecnología basada en la evidencia y fomentando la atención primaria.

Davis-Floyd (2001) señala que hay que humanizar la tecno-medicina para hacerla compasiva, sensible, individualizada, relacional y orientada a la comunidad, y asegura que el mejor término análogo al del humanismo en la literatura es el de «biopsicosocial», que implica que el modelo humanista tiene en cuenta la biología, la psicología y el entorno social.

También aclara que uno de los aspectos más importantes del «nacimiento humanizado» es ser capaz de mirar a la mujer embarazada como una persona y no como una paciente, para poder establecer una conexión humana con ella. Esta conexión entre el profesional y la mujer constituye para la autora un punto fundamental en el enfoque de atención humanizada al parto. Para que la atención sea humanizada, Davis-Floyd también considera relevante que la mujer esté informada sobre las posibles opciones disponibles para dar a luz, que conozca los riesgos y beneficios de cada una de ellas, y que participe, de forma activa, en la toma de decisiones (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013).

El parto, que ahora conocemos como humanizado, era considerado un proceso natural, atendido generalmente por mujeres que entendían y conocían el cuerpo femenino. Sin embargo, siempre existía la sombra de una complicación, generando toda una serie de mitologías y tradiciones para enfrentarlas y darle sentido a las muertes concomitantes. Esas mujeres se fueron especializando en la atención de partos, y ahora continúan existiendo en la mayoría de los países del mundo, incluso en los industrializados, como parteras tradicionales (Almaguer Gonzalez, Garcia Ramirez, & Vargas Vite, 2012).

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado

que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De ahí que, se le llama “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia (Almaguer Gonzalez, Garcia Ramirez, & Vargas Vite, 2012).

4.3 NORMATIVAS PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

A nivel mundial medio millón de mujeres mueren al año por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99% de estas muertes maternas ocurren en países pobres. En América Latina cerca de 22,000 mujeres fallecen anualmente por estas causas que representan el 4% de las muertes totales.

Pese a todos los esfuerzos y a las políticas públicas que algunos países han puesto en marcha, las cifras de progreso son menos alentadoras para las regiones en desarrollo. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en regiones en desarrollo contra las que viven en regiones desarrolladas. Las muertes se deben a causas obstétricas directas como hemorragia, sepsis, abortos inducidos e inseguros, hipertensión inducida por el embarazo y partos obstruidos. Por cada mujer que muere, otras 30 sobreviven con algún tipo de complicación como anemia, infertilidad, dolor pélvico, incontinencia y fístula obstétrica entre otras (MINSa, 2005).

La intensificación o conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía) (OMS, 2015)

Si bien las intervenciones dentro del contexto de conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto.

Sobre la base de las consideraciones anteriores vale recalcar que organizaciones internacionales y nacionales trabajan en colaboración para mejorar los escenarios de atención a mujeres embarazadas en aras de reducir las muertes maternas por causas relacionadas al trabajo de parto y acrecentar los niveles en calidad de atención que reciben de las Instituciones de Salud.

Como consecuencia de esto se han creado y puesto en marcha normas y protocolos de atención para regular las acciones del personal médico en base a fortalecer su trabajo y evitar situaciones que violenten los derechos de las embarazadas y sus hijos.

Se presentan pues varios instrumentos con los que deben trabajar las instituciones de Salud a nivel internacional y nacional, así como los instituidos por el Gobierno de Nicaragua para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptado por el país en el año 2000.

4.3.1 Normativas Internacionales para el abordaje del parto

El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las causas subyacentes frecuentes se incluyen las contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de

partes blandas de la madre. En la práctica clínica puede ser muy difícil identificar la causa exacta de un trabajo de parto que avanza lentamente. Por ende, el “fracaso del progreso del trabajo de parto” se ha tornado en una de las indicaciones principales para la cesárea primaria, particularmente en madres primerizas. Hay una creciente preocupación porque en muchos casos la cesárea se realiza demasiado precozmente, sin explorar intervenciones menos cruentas que podrían permitir un parto vaginal.

Por estas y otras razones la Organización Mundial de la Salud en un primer encuentro elabora un documento que contempla algunas recomendaciones para la atención del parto, que conforme los avances de la ciencia y nuevos estudios en el tema, mejoro y sirve de guía para los países miembros como instrumento de apoyo para la reducción de muertes maternas y que se presenta a continuación, así como también otros documentos que sirven para identificar y clasificar las causas de las muertes maternas.

4.3.1.1 Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.

Para optimizar los resultados de las mujeres en el trabajo de parto a nivel mundial se necesita una orientación basada en la evidencia que permita a los trabajadores de la salud mejorar la atención seleccionando bien a las pacientes y usando intervenciones efectivas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recomendaciones para la inducción del trabajo de parto en 2011.

La meta de esta guía es consolidar la guía para las intervenciones efectivas que se necesitan para reducir la carga del trabajo de parto prolongado y sus consecuencias. El público objetivo primario incluye profesionales de la salud a cargo de desarrollar los protocolos y políticas nacionales y locales, así como obstetras, parteras, enfermeras, médicos generales, administradores de programas de salud materna neonatal, y diseñadores de políticas en todos los entornos. (OMS, 2015)

4.3.1.2 Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM

La reducción de la mortalidad materna en un 75% constituye el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Para alcanzar este objetivo, es preciso que los países tengan un diagnóstico exacto de las causas y los niveles de muertes maternas.

La Aplicación de la CIE - 10 de la OMS a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio CIE-Mortalidad materna (CIE - MM) busca facilitar la uniformidad de la recolección, el análisis y la interpretación de la información referente a las muertes maternas. Al mejorar la comunicación también se facilitará la codificación de las diferentes afecciones (OMS, 2012)

El documento procura facilitar el uso y la comparabilidad de las estadísticas de mortalidad materna generadas a partir de la información proveniente de la CIE. En ese mismo sentido pretende ayudar a los prestadores de servicios de salud, a quienes llenan los certificados de defunción, aclarando la aplicación de la CIE-10 y normalizando la identificación de las causas directas e indirectas de muerte (OMS, 2012).

Sus principios deben ser aplicables para categorizar la información sobre las muertes recabadas a partir del registro civil, las encuestas, los sistemas de información de los hospitales, autopsias verbales, investigaciones confidenciales y otros estudios especiales (OMS, 2012).

Y se recomienda que los países adopten la CIE-MM y que sus oficinas estadísticas y los organismos académicos recaben datos según la CIE-MM. Como resultado, se mejorará la información disponible a los codificadores, gestores de programas, oficinas de estadísticas y académicos e investigadores.

4.3.2 Normativas Nacionales para la atención del embarazo

El Ministerio de Salud en su calidad de ente Rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de

proveer salud gratuita y atención oportuna a los nicaragüenses, continúa impulsando acciones que contribuyan a mejorar la salud de la mujer, la familia y la niñez, mediante acciones concretas que contribuyan a operativizar los lineamientos orientados en la Política Nacional de Salud, así como, en el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario. (UNFPA, USAID, UNICEF, & OPS/OMS, 2009).

El Ministerio de Salud viene trabajando desde el programa de “**Atención Integral a la Mujer**”, en el desarrollo de la Maternidad Segura como una estrategia efectiva para mejorar la salud materna y perinatal en el país. Sus objetivos son reducir las posibilidades de: a) embarazos no deseados, b) complicaciones durante el embarazo o parto y c) muerte entre mujeres que experimenten complicaciones. (OPS/OMS, MINSA, 2005)

Como resultado de este arduo trabajo se crearon 5 normativas relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio; así como atención prenatal para la reducción de muertes maternas y el mejoramiento de la calidad de atención a las mujeres.

4.3.2.1 Normativa 011: Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de bajo riesgo

Esta normativa tiene por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, institucionalizando prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que puedan ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutive, permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se deriven de esta atención para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (MINSA, 2008).

4.3.2.2 Normativa 029: Normas de Alimentación y Nutrición para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años

Su fin es establecer parámetros para el manejo alimentario nutricional de la mujer durante su embarazo y puerperio, así como en la niñez menor de 5 años, a través de los programas de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez. Dada la importancia de estas etapas de la vida

donde el mal manejo, puede provocar deficiencias que marcaran negativamente las capacidades físicas y /o mentales, por el resto de la vida (MINSA, 2009).

4.3.2.3 Normativa 042: Norma de Humanización del Parto Institucional

Esta normativa pretende modificar la práctica obstétrica-neonatal mediante la organización de la atención del parto de bajo riesgo, para que responda a las necesidades, tradiciones y expectativas culturales de las mujeres y de su familia. Así como brindar al recién nacido la atención efectivo-emocional de su madre, apego precoz y los cuidados inmediatos según normas, favoreciendo la armonía entre padres y familias (MINSA , 2010).

4.3.2.4 Normativa 106: Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)

Esta norma se encarga de proporcionar al personal de salud un documento orientado al llenado e interpretación correcta de la HCP y la estandarización de la información, para incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco del MOSAFC.

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos del SIP, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de estos eventos desde una visión de Salud Pública (MINSA, 2013)

4.3.2.5 Normativa 109: Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas

En ella se establecen los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la Mujer embarazada que presente complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio institucionalizando prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, efectivas,

eficaces, menos costosa y que contribuirán a la reducción de la mortalidad materna e infantil (MINSa, 2013).

4.4 VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Antes de hablar de violencia de género es necesario entender el significado que engloba dicha palabra. “El concepto de Género se constituye como una perspectiva de análisis, y con éste se entiende a todas las construcciones sociales, culturales y psicológicas de las funciones, comportamientos, actividades y atributos, que cada comunidad considera apropiados para cada sexo” (Giddens, 1991; Cobo, 2005).

La OMS define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta que por el solo hecho de ser mujer la que la recibe cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. (González Pacheco, y otros, 2010)

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en instituciones de salud que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.

Las Naciones Unidas en su Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer reconoce que la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad se ha generalizado y trasciende las diferencias de ingresos, clases sociales y culturas, y debe contrarrestarse con medidas urgentes y eficaces para eliminar su incidencia.

Esta declaración en su artículo 3 nos dice que “La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole”. Entre estos derechos figuran:

- a) El derecho a la vida
- b) El derecho a la igualdad

- c) El derecho a la libertad y la seguridad de la persona
- d) El derecho a igual protección ante la ley
- e) El derecho a verse libre de todas las formas de discriminación
- f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar
- g) El derecho a condiciones de trabajo justas y favorables
- h) El derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes

Por tanto, hablar de violencia de género en el embarazo, parto y puerperio no suena desatinado, cuando decimos que en los espacios destinados para la atención en salud es donde más se presentan situaciones de violencia que vulneran los derechos fundamentales de la mujer.

4.4.1 Tipos y Modalidades de la violencia de Género

El Manual Prevención de la Violencia de Género en Diversos Contextos (Gobierno Federal de México) señala cinco tipos de violencia: (Secretaría de Seguridad Pública, 2012)

Psicológica. - “Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio”.

Física. - “Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas”.

Patrimonial. - “Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos

económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima”.

Económica. - “Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral”.

Sexual. - “Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto”. **Ver gráfico abajo**



Aun identificando estos tipos, es necesario indagar más en el tema para entender mejor el problema, por lo tanto, conocer acerca de las modalidades bajo las que se manifiestan estos tipos de violencia es la clave.

Argentina como uno de los pioneros en sancionar el maltrato hacia la mujer, creo en 2009 una ley denominada **LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES, Ley 26.485**

que tiene por objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Esta ley en su artículo 6 señala que se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

a) *Violencia doméstica contra las mujeres:* aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;

b) *Violencia institucional contra las mujeres:* aquella realizada por las/los funcionarios/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

c) *Violencia laboral contra las mujeres:* aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

d) *Violencia contra la libertad reproductiva:* aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los

nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: 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, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

4.4.2 Violencia Obstétrica

Hablar de violencia obstétrica no es asunto nuevo, a pesar del poco conocimiento que la sociedad tiene acerca de este tema, se viene debatiendo mucho desde los años 60. Algunos países tienen más experiencias que otros debido a la importancia que sus ciudadanos le han dado al tema, con investigaciones, estudios, reseñas y trabajos de expertos en sociología, psicología, antropología, medicina, derecho entre otros. Han calado en la historia de sus sociedades haciendo ver lo que por muchos años se viene considerando una práctica habitual en la medicina pero que atenta contra la vida, dignidad y salud de la mujer y el recién nacido.

Para comprender esta forma de violencia es preciso tener en cuenta el proceso por el cual la maternidad, y el parto en particular, se convirtieron en objetos de regulación por parte del sistema biomédico moderno y del aparato sanitario estatal (Belli, 2013). A partir de la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio, la mujer dejó de ocupar su lugar protagónico para dejar paso a los profesionales de la salud, que alcanzaron su poder gracias a su intervención en este preciso momento del ciclo de vida femenino. Las instituciones de

salud, orientadas por el ideal higienista y de asepsia, cobraron mayor importancia como espacios para que las mujeres den a luz, con lo cual se las privó del acompañamiento de los suyos, de la experiencia de las mujeres mayores y de la posibilidad de hacerlo conforme a las consideraciones y costumbres de su propia cultura (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016).

Analizando la atención obstétrica actual, se ha demostrado que numerosas intervenciones realizadas de forma rutinaria no se encuentran justificadas desde la evidencia científica, por ejemplo, el significativo aumento de cesáreas, episiotomías y otras prácticas experimentado en los últimos años. Los estudios consultados demuestran que existe una importante falta de conocimientos, tanto por parte de los profesionales como de las mujeres acerca de los derechos de las parturientas lo que incrementa la vulnerabilidad a su violación. Las competencias adquiridas por los enfermeros especialistas en obstetricia, les sitúan en una posición clave para disminuir la incidencia de este tipo de violencia contra la mujer (Cobo Gutierrez, 2016).

4.4.2.1 Orígenes de la violencia obstétrica

En la época feudal muchas mujeres eran sanadoras. Eran consideradas sabias pues tenían un importante conocimiento acerca de plantas medicinales que habían adquirido de generaciones anteriores y les permitía velar por la salud de su pueblo. Además, eran parteras, controlaban la fertilidad de las mujeres y podían provocar abortos, es decir, hacían el papel de consejeras y enfermeras.

En la edad media, las mujeres seguían ocupando un lugar de poder como sabias, curanderas, comadronas, hechiceras y magas, lo que creó cierta desconfianza para la iglesia e hizo que tuviesen que ser controladas. La caza de brujas supuso el control del cuerpo de las mujeres y la destrucción de todas las prácticas y creencias que fuesen incompatibles con los principios del trabajo capitalista.

Esto implicó una depreciación de las sanadoras lo que facilitó la llegada de la medicina profesional y la obstetricia a cargo de varones y cirujanos. Además, la necesidad de formación universitaria para su práctica, supuso la exclusión de las mujeres en ese ámbito.

En el siglo XVII, aparecen los primeros hombres parteros y paulatinamente la obstetricia pasa a ser competencia del poder estatal. La llegada de la Edad Moderna también tuvo su influencia sobre la caza de brujas. El ataque a esas mujeres sabias y curanderas, supuso la expropiación de su saber adquirido a través de las generaciones lo que posibilitó la aparición de la medicina profesional. La desvalorización de las prácticas y saberes tradicionales relacionados con el parto, supone que los profesionales de medicina sean los únicos autorizados a intervenir en dicho proceso y en los cuerpos de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto. (Cobo Gutierrez, 2016)

Gupta y Nikodem, investigadores en lo relacionado con la atención al parto defienden que el uso de la postura en decúbito está relacionado con la llegada de la Revolución Industrial. Se trata de un periodo histórico comprendido entre la segunda mitad del siglo XVIII y la entrada del XIX. Durante estos años, especialmente en los siglos XIX y XX, las prácticas sanitarias y sociales sufrieron ciertas modificaciones con las que se fueron adaptando al importante cambio económico, político y tecnológico que provocó la Revolución Industrial. Uno de los acontecimientos más significativos relacionados con la maternidad, es que el parto dejó de tener lugar en las casas y fue sustituido por el parto en el hospital.

Trasladar el parto a los hospitales, para los médicos suponía poder llevar a cabo un control más exhaustivo sobre aquellos casos patológicos. Estos defienden la idea de que el intervencionismo médico es la manera más efectiva de reducir la mortalidad materno-infantil. Lo cierto es que hoy día, ese intervencionismo se ha extendido al punto que embarazos y partos totalmente saludables son tratados como si fuesen patologías necesarias de intervención médica, constituyendo un ejemplo clave de violencia obstétrica.

En la década de 1960 surge un activismo feminista que lucha por la defensa del parto respetado y los derechos de las mujeres durante su atención perinatal. Uno de sus objetivos fue dar a conocer el término de **violencia obstétrica**, entendiéndolo como un tipo de violencia de género, ligado al modelo biomédico, que denuncia la excesiva medicalización e intervencionismo que caracterizan la atención obstétrica actual (Cobo Gutierrez, 2016).

En síntesis, la parturienta es la persona que mejor conoce los efectos fisiológicos y psicológicos que le está provocando el parto en ese momento, sin embargo, sus conocimientos, considerados ingenuos y acientíficos, son ignorados hasta no ser validados

por los profesionales sanitarios. Entre ellos no hay intención de establecer un dialogo, sino una relación de poder, en este caso, poder de conocimientos. La finalidad de la utilización del poder obstétrico es la producción de cuerpos dóciles, sexuados y disciplinados que permiten obtener la máxima efectividad de los embarazos y partos.

4.4.2.2 Consecuencias de la violencia obstétrica en el binomio madre-hijo

4.4.2.2.1 En la mujer

Durante la atención del embarazo existe un proceso de amaestramiento, despersonalización, infantilización y cosificación de la mujer que comienza durante las visitas prenatales, continúa durante la preparación al parto y culmina en el momento del parto. Al final de este proceso la parturienta queda reducida, con la excusa de la obtención de un feto vivo, a un cuerpo sin alma, un simple campo de trabajo quirúrgico.

Se ha demostrado científicamente que existe una importante relación entre algunas complicaciones obstétricas que sufre la mujer y el exceso de intervencionismo y la posición de inferioridad que estas adoptan en el momento del parto. Numerosos estudios han demostrado que ciertas intervenciones médicas, como la cesárea no justifican un descenso en la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Por ejemplo, con respecto a las cesáreas, se desconoce el grado del daño que puede ocasionar a la mujer, sin embargo, si está comprobado que existen ciertas complicaciones que se derivan de su realización como lo es una mayor administración de medicamentos posparto, aumento de la morbilidad y mortalidad materna, así como otras complicaciones médicas más generales. Las complicaciones derivadas de la episiotomía incluyen las dispareunias y diferentes tipos de incontinencia (urinaria, fecal o de gases). (Cobo Gutierrez, 2016)

Según Ibone Olza “Para algunas mujeres el parto puede convertirse en una experiencia realmente traumática”. La misma autora en su artículo Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica expone que bajo el término trauma se incluye todo aquello que durante el proceso de parto le resulte traumático a la mujer. Esto deja ciertas secuelas tanto para la mujer como a su

familia. En otras palabras, el trauma parece ser consecuencia de las acciones u omisiones de ciertos profesionales de la salud como parteras, médicos y enfermeras (Olza Fernandez, 2014).

Si bien la mayoría de las muertes maternas son evitables, las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas con esto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte (OMS, 2016).

Factores como los que se muestran a continuación que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto:

- La pobreza
- La distancia
- La falta de información
- La inexistencia de servicios adecuados
- Las prácticas culturales

Por tanto, para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso de servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

4.4.2.2 *En el recién nacido*

Las consecuencias de este tipo de intervenciones como el aumento de cesáreas y de inducciones al parto, ha provocado un incremento del número de parto pre termino o bebés con insuficiencia ponderal, que a su vez puede desencadenar ciertas complicaciones en el recién nacido. Además, entre otras posibles consecuencias derivadas de una cesárea se incluye una mayor morbilidad fetal y neonatal con respecto a los partos naturales.

La realización de estas prácticas incrementa el riesgo del bebé de ser ingresado al nacer, padecer patologías respiratorias, problemas de aprendizaje o trastornos del espectro autista. Además, numerosas secuelas también derivan de la separación de la madre y el recién nacido. A estas consecuencias hay que añadir las repercusiones que puede ocasionar al bebé el hecho que de su madre permanezca durante las primeras semanas de vida, aun si recuperarse del parto. (Cobo Gutierrez, 2016)

Numerosas intervenciones llevadas a cabo durante el parto, pueden ocasionar en las mujeres situaciones que le dificultan cuidar al recién nacido de la mejor manera posible, ni tampoco disfrutar del cómo seguramente le gustaría.

Prácticas inadecuadas, como dar oxitocina sintética hasta que se produce sufrimiento fetal (y entonces la cesárea es urgente) son también un abuso claro, aunque muy pocas mujeres sepan que esto es una forma de maltrato (Hodges, 2009).

El impedimento del apego precoz lesiona el vínculo entre la madre y el hijo, debido a que el contacto precoz ayuda al proceso temprano de interacción social, el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos.

El uso de fórceps, que es un instrumento que fracciona y rota, por lo que es el que más rápido logra sacar al bebé, puede ocasionar lesiones en las partes blandas de la cabecita, parálisis faciales o pequeñas fracturas en el cráneo. Cuando se usa en el parto, el niño puede nacer con un hematoma en la cabeza o con una erosión en la coronilla, que desaparece a los pocos días, aunque es muy poco frecuente que estas lesiones permanezcan para siempre. No resulta sorprendente que los bebés nacidos con la ayuda de fórceps estén más llorosos debido a las molestias en la cabeza (Guia Mama y Bebe.com, 2009).

Se han publicado estudios de investigaciones acerca de los efectos físicos, y algunos expertos creen que el aumento de daño cerebral y/o trastornos neurológicos en niños/as estadounidenses (a lo que hay que acompañar retraso e incapacidad de aprendizaje) se debe al uso cada vez más frecuente de procedimientos obstétricos, especialmente los relacionados con medicación durante el embarazo y el parto (Haire, 1972; Windle, 1969).

De manera que el resultado de todos estos malos tratos (y son sólo unos pocos de los muchos ejemplos de las situaciones que penosamente sufrimos con regularidad las mujeres, cuando nos toca relacionarnos con el mundo de la obstetricia) es en primer lugar la existencia de unos indicadores de cesáreas, partos instrumentales, episiotomías, separaciones rutinarias, etc. muy alejados de los criterios de calidad. Pero también:

- ‡ Una alta insatisfacción de las mujeres con su experiencia de parto, con el trato recibido y su estancia en las instalaciones sanitarias.
- ‡ Bajas tasas de éxito en la lactancia materna.
- ‡ Posteriores problemas con el vínculo y la crianza de los bebés.
- ‡ Mayores tasas de depresión posparto y la existencia de trastorno de estrés postraumático.
- ‡ Disminución de la confianza en sí misma y en el sistema sanitario, y condicionamiento de su vida reproductiva posterior.

Colateralmente esta inadecuada atención se traduce también en un importante despilfarro económico para el sistema público de salud, pues se realiza un gasto en materiales, aparatos, medicamentos, etc. innecesario para la atención de un parto normal (De Profesión Mami, 2014).

4.5 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En la sociedad occidental ha existido una tendencia a considerar a las mujeres como meras reproductoras biológicas. La paternidad ha sido vista como un hecho social y por tanto variable, mientras que la maternidad se ha pensado dependiente de la naturaleza, a partir de la separación absoluta entre lo doméstico y lo público, lo productivo y lo reproductivo (Barria Oyarzo & Rivera Lei, 2016).

Por tanto, para hablar de derechos sexuales y reproductivos debemos entender el contexto sobre el cual se ha venido tratando la sexualidad de la mujer en la esfera social y en lo referente a la salud reproductiva que es eje del presente estudio. Los actos violatorios de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente la Violencia Obstétrica, se sustenta en las concepciones de género patriarcales que atraviesan la ciencia médica y las prácticas de las trabajadoras y trabajadores de los

equipos de salud. Villegas Poljak (2009) expone que la medicina fue y es expresión del pensamiento patriarcal y en especial, la práctica médica de la obstetricia y la ginecología, que se ha apropiado de los procesos naturales de los diferentes ciclos de vida de la mujer a través de la historia de la humanidad, reproduciendo la subordinación de género; es puntual demarcar que esta violencia tiene como trasfondo la perpetuación de la violencia de género que en este caso se hace carne en la ciencia médica hegemónica (Barria Oyarzo & Rivera Lei, 2016).

Ahora bien; hablar de sexualidad siempre ha sido un tema incómodo para las personas. La sexualidad en países latinoamericanos se encuentra sojuzgada debido a la religión y la moralidad instituida desde la conquista española, en la que nos impusieron creencias y valores del “Nuevo Mundo” que distaban mucho de las que practicaban los grupos étnicos que ya habitaban nuestras tierras antes de su llegada.

Haciendo un paréntesis es de vital importancia recalcar que, a nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. El número de nacimientos en madres de 10 a 14 años se ha incrementado en la última década en un 47.9 por ciento, según datos de SILAIS, mientras el 25.0 por ciento de todos los nacimientos en Nicaragua viene de madres adolescentes de 15 a 19 años (Codeni, s.f.).

De acuerdo con el Estado de la Población Mundial 2013, América Latina y el Caribe es la única región con tendencias crecientes de embarazo en mujeres adolescentes. Este informe también indicó que América Latina y el Caribe es la única región en la que los nacimientos de niñas menores de 15 años aumentaron, y se espera que estos partos aumenten ligeramente hasta 2030. En la región, Nicaragua tiene las tasas más altas de adolescentes embarazadas, como ilustra el siguiente gráfico (Altamirano, Pacheco, Huelva, Saenz, & Lopez, 2016).



Volviendo al tema, de derechos sexuales y reproductivos en Nicaragua, es de obligatoriedad hacer mención de estos derechos y que para la población nicaragüense es algo novedoso, desconocido, embarazoso y hasta tabú. Para mayo de 2010 se propuso una iniciativa de ley “**Ley Sobre Salud Sexual y Reproductiva**” que tenía por objetivo la creación de un marco jurídico que garantice la correcta implementación de políticas, estrategias, planes y programas de salud sexual y reproductiva y proteja y promueva los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres jóvenes, adultos y personas adultas mayores.

Aunque no prospero, en sus elementos integrantes hacía mención a aspectos claves de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, atención calificada del parto y el aborto terapéutico como hilos conductores de la misma; dejó como resultado en el 2014 la promulgación de los tan esperados e importantes Derechos Sexuales y Reproductivos, entendiendo por tanto que:

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos interpretados desde la sexualidad y la reproducción. Nos ofrecen la posibilidad a mujeres y hombres de tomar decisiones libres sobre nuestro propio cuerpo y vida. Son parte inseparable del derecho a la salud y de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y de la reproducción.

Estos derechos se subdividen de la siguiente forma:

Derechos sexuales: Es el derecho humano a decidir acerca de su sexualidad, incluyendo las relaciones sexuales con responsabilidad, sin coacción, discriminación y sin violencia.

‡ **Derecho a la intimidad personal y a la vida privada**

Derecho a la intimidad personal y a la vida privada Este involucra el derecho a tomar decisiones y a comportarnos de manera individual en el ámbito de nuestra intimidad, recordando que no deben interferir con los derechos sexuales de otras personas. Este derecho protege nuestra vida privada. La intimidad es el espacio de nuestro cuerpo y nuestra mente a los cuales nadie puede acceder sin nuestro consentimiento. Todos y todas tenemos derecho a decidir quién entra en el espacio de nuestra intimidad.

‡ **Derecho explorar y a disfrutar de una vida sexual y placentera**

Sin temores, vergüenzas, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud sexual. Este derecho nos da

libertad para indagar alrededor de nuestras preferencias, cuidando siempre de no dañar a otras personas.

‡ **Derecho a la libertad**

Todas las personas tenemos derecho a decidir libre y responsablemente y según nuestra propia conciencia, sobre el ejercicio de nuestra sexualidad y nuestra fecundidad.

Derechos reproductivos: Estos incluyen los derechos que tienen las personas a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexual y reproductiva. Son parte integrante de los derechos humanos fundamentales y han sido reconocidos por el Estado de Nicaragua en leyes nacionales, políticas y planes públicos, decretos y normativas ministeriales. También en tratados y convenios internacionales de derechos humanos suscritos por el país.

‡ **Derecho a la atención y la protección de la salud**

Todas y todos tenemos derecho a servicios integrales para cuidar nuestra salud sexual y reproductiva, éstos deben garantizarnos seguridad, privacidad, confidencialidad y trato digno.

‡ **Derecho a la igualdad y a la no discriminación**

Mujeres y hombres somos iguales ante la ley, por tanto, tenemos derecho a las mismas oportunidades para desarrollar plenamente nuestras capacidades personales y sociales. Incluye el derecho a no ser discriminado por pertenecer a algún pueblo indígena o comunidad étnica, nuestro sexo, nuestra edad, condición de VIH, orientación sexual u otra condición que nos haga parecer diferente.

‡ **Derecho de las mujeres a no ser rechazadas en las escuelas o en el trabajo por estar embarazadas**

El embarazo no puede ser una razón de discriminación. Nuestra familia puede apoyarnos para gestionar que podamos permanecer en la escuela estando embarazadas, podemos conversar sobre estos temas con nuestras compañeras y compañeros para sensibilizarles antes de que se identifiquen compañeras embarazadas. Tampoco en el trabajo pueden echarme por estar embarazada, es más el código laboral te protege (Ministerio de la Juventud, 2014).

4.6 TRABAJO SOCIAL Y SALUD PÚBLICA

El trabajo social desde sus inicios se encuentra ligado al bienestar social, aunque en la práctica actual debe ser entendido en términos más amplios. Según Ezequiel Ander Egg, en su libro *La historia del trabajo social* se definen tres momentos esenciales: asistencia social, servicio social y trabajo social; definiendo este último sobre la base de una concepción operativa, expresando al respecto: "El trabajo social tiene una función de *concientización, movilización y organización del pueblo para que en un proceso de formación del autodesarrollo, individuos, grupos y comunidades* realizando proyectos de trabajo social, inserta críticamente y actuando en sus propias organizaciones, participen activamente en la realización de un proyecto político que signifique el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra plena participación del pueblo en la vida política, económica y social de la nación que cree las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre" (Ander Egg, 1994).

Dado que el Trabajo Social nació vinculado a la ciencia médica y se remonta a finales del siglo XIX, manteniendo desde entonces una estrecha relación con ella. Desde un principio, el Trabajo Social Sanitario se caracterizó por facilitar una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasaban por un proceso de enfermedad y a sus familiares, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias personales y familiares debido a los cambios sufridos, consecuencia de la enfermedad o la muerte (La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social).

El desarrollo del trabajo social en Latinoamérica estuvo marcado por la primera Escuela de Servicio Social surgió en Santiago de Chile, creada por el médico Dr. Alejandro del Río en 1925 con el apoyo del Dr. Rene Sand, director entonces de la Escuela Católica de Bruselas, en plena crisis del salitre y la formación de asentamientos perturbados generados por el desarrollo industrial. En sus fundamentos se señaló que "las experiencias realizadas demuestran que no siempre la buena voluntad basta para llevar a cabo la labor social (Kisnerman, 1997).

Todo nos lleva, pues, a la creación de una escuela para formar funcionarios del Servicio Social". El 27 de mayo de 1924 se aprobó el proyecto y el 4 de abril de 1925 inició sus actividades, dependiendo de la Junta Central de Beneficencia, con la dirección de la educadora belga Jenny Bernier. El primer currículo abarcó dos años de estudios y las asignaturas fueron, Derecho y Economía Política, Higiene y Profilaxis, Protección a la Infancia, Alimentación y Dietética, Atención de enfermos y heridos, Práctica de Secretaría y visitas a instituciones y obras de asistencia social. Sólo en 1971 fue incorporada a la Universidad de Chile.

En Argentina, el Servicio Social se instaló formalmente en plena crisis del treinta cuando, a partir del 23 de junio de ese año, una institución privada, Museo Social Argentino, creó la primera Escuela de Servicio Social, sobre la base de los cursos de visitadoras de higiene, creados por la misma institución en 1924 y a iniciativa del médico Dr. Germinal Rodríguez y de Alberto Zwanck, quien fue su primer director. Este último definió el Servicio Social "como el conjunto de métodos destinados a desarrollar la personalidad del individuo o de la familia asistida, reajustándolo con el medio ambiente en que vive. Quedaron así definidos los primeros objetivos de la formación: preparar personal idóneo para trabajar en la salud y en la justicia, lo que también fue característico en todas las escuelas latinoamericanas en una primera etapa (Kisnerman, 1997).

El Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrandó su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades (La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social).

Según lo expone Camacaro Cuevas (2009) la salud reproductiva de la mujer está intervenida por el poder médico, la práctica médica ha enajenado el cuerpo de la mujer. Esto ha traído como consecuencia la pérdida de su autonomía y la dependencia, marcando un hito de profundas repercusiones negativas en la vida de las mujeres (Barria Oyarzo & Rivera Lei, 2016).

La institucionalización de los procesos reproductivos no contempla la relación protagónica de y entre las mujeres durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico, sólo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología pueden tocar y fundamentalmente controlar a la parturienta: el tacto realizado por médicos/as y estudiantes constituye un evento significativo en la interacción mujer-autoridad médica. A través del tacto técnico, el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto, calificado como trabajo en la axiología obstétrica (Camacaro Cuevas, 2009).

La intervención desde el Trabajo Social Sanitario cobra importancia debido a que no solo podemos observar la necesidad de visibilización entre los y las profesionales del ámbito sanitario, sino también entre las propias víctimas de VO, debido a que son situaciones que se admiten de forma personal e individual por las afectadas y no como un problema estructural, pues durante

generaciones el modelo médico dominante en occidente ha logrado la normalización de este tipo de violencia, otorgándole así cierta legitimidad, a través del lenguaje conocemos y conformamos nuestro consenso acerca de lo que es la realidad, identificar y nombrar la VO como tal es necesario para saber en qué consiste, cuáles son sus mecanismos de perpetuación y así encontrar las herramientas necesarias para saber cómo combatirla (Britos Solian & López Antón, 2016).

La reciente introducción de consideraciones de género en el análisis de la situación de salud, ha venido a visualizar las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de mujeres y hombres. Estas desigualdades se manifiestan no solo en términos de la exposición diferencial a los riesgos, sino de manera fundamental, en la cuota de poder de que disponen mujeres y hombres para enfrentar dichos riesgos, proteger su salud e influir en la dirección el proceso de desarrollo sanitario. Dicha cuota, de manera generalizada, ha privilegiado a los hombres y ha situado a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación (Presno Labrador & Castañeda Abascal, 2003).

De aquí surge la imperante inquietud de dar respuesta a los problemas encontrados dentro de la práctica sanitaria Nicaragüense, específicamente en las instituciones de salud del municipio de Estelí, en lo referente a la violación de derechos humanos, sexuales y reproductivos que se ven mancillados en el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio; y del cual la Violencia Obstétrica se ha puesto de manifiesto y que lesiona el derecho de la mujer embarazada a tener un parto humanizado para su bienestar y el de sus hijos.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 ENFOQUE FILOSÓFICO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto al enfoque filosófico del estudio, responde al paradigma mixto que “es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema” (Teddlie y Tashakkori, 2003; Creswell, 2005; Mertens, 2005; Williams, Unrau y Grinell, 2005).

Esta investigación acerca de la Humanización del Parto e incidencia de la violencia obstétrica, que no pretende generalizar sus resultados, sino más bien obtener muestras representativas a partir de lo que dicen y hacen las personas en el escenario social escogido para el estudio; que nos permitan una concepción más acertada del tema en cuestión y buscar soluciones en conjunto con las instancias participantes para disminuir situaciones de violencia obstétrica debido a la escasa o nula práctica de la Norma de Humanización del Parto Institucional creada para mejorar la atención que reciben las mujeres embarazadas en las diferentes Entidades del Ministerio de Salud del municipio de Estelí.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación que por su nivel de conocimiento respecto al tema en cuestión es carácter **exploratorio-descriptivo**, puesto que se realiza con “el objetivo de examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Sampieri, 2006). Asimismo, es **descriptivo**; “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Danhke, 1989).

Ya que en este estudio se pretende analizar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud del municipio de Estelí.

Del mismo modo valorar desde la perspectiva así como también de las vivencias de sus actores principales, usuarias y prestadores de servicios de salud, y que necesita ser examinada de modo reflexivo e íntegro, para razonar cómo es y cómo se manifiesta este fenómeno y sus componentes, lo que permitirá al investigador identificar formas de conducta y algunas actitudes de las personas que se encuentran en el medio de esta investigación para dar respuesta a los objetivos planteados de dicho estudio.

De acuerdo al tiempo: El estudio es de corte transversal porque se realizó en el periodo de tiempo comprendido entre agosto y noviembre de 2017, en el cual se abordó el conocimiento de la humanización del parto e incidencia de la violencia obstétrica, repercusiones y perspectivas de la atención del embarazo parto y puerperio de mujeres atendidas en las instituciones de salud del municipio de Estelí. Debido a su orientación en el tiempo el estudio es retro-prospectivo, ya que se hizo un análisis del tiempo pasado y presente, con miras al futuro de dicha problemática y que por el periodo y secuencia del mismo es longitudinal.

De acuerdo al alcance. Este estudio es correlacional, pues “Tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2007). En lo que se refiere a analizar la influencia que tiene la aplicación de la norma de parto humanizado y su incidencia en la violencia obstétrica dentro de las Instituciones de salud del Municipio de Estelí.

5.3 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Dado que los términos universo y población son usados indistintamente dentro de la investigación para referirse a la totalidad de elementos o características que conforman el ámbito de un estudio o investigación., retomaremos que “El término universo designa a todos los posibles sujetos o medidas de un cierto tipo... y que la parte del universo a la que el investigador tiene acceso se denomina población”. (Fox, 1981).

En este caso el universo de la investigación lo conforman todas las mujeres embarazadas y puérperas del municipio además del personal de salud (enfermeras, médicos, especialistas, etc.) que laboran en instituciones de salud y las parteras que son capacitadas por la Casa Materna de Estelí.

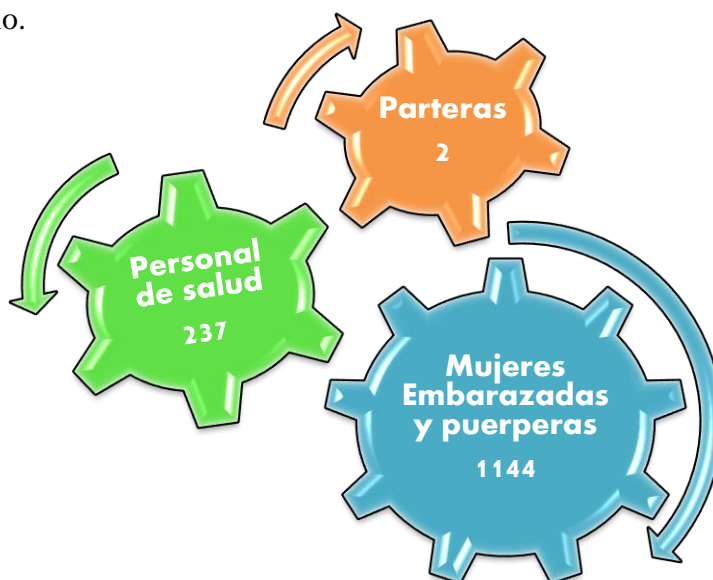
Población y Muestra

Para el obtener la información necesaria y que los resultados sean válidos el universo o la población objeto que conformará dicho estudio, y debido a sus características particulares, está representada por mujeres embarazadas y puérperas que fueron atendidas en las siguientes Instituciones de Salud en busca de atención médica:

- Hospital San Juan de Dios Estelí
- Centro de Salud Leonel Rugama
- Casa materna Luz y Vida

También el personal de salud que labora en estas 3 Instituciones, las parteras capacitadas en el último semestre del año 2017 y un grupo de expertos, especialistas en temas de salud materno-infantil que han laborado y laboran para el Ministerio de Salud (conformado por 2 ex directoras de Casa materna, 1 jefa del departamento de enfermería del Hospital San Juan de Dios y 1 partera certificada con más de 38 años de experiencia).

En el cuadro inferior se detallan la cantidad de personas que representan cada grupo que integra el estudio.



Actores	Población	Muestra	Porcentaje
Mujeres embarazadas	1144	20	1.75%
Mujeres Puérperas		25	2.18%
Personal de Salud	237	25	10.55%
Parteras	12	2	17%

Los criterios de selección para la muestra de cada grupo son:

Mujeres Embarazadas

- ‡ Disposición de participar en el estudio.
- ‡ Que hayan sido ingresadas en Casa Materna, hayan pasado consulta en el Hospital o Centro de salud Leonel Rugama al momento de la aplicación de instrumentos.

Mujeres Puérperas

- ‡ Disposición de participar en el estudio.
- ‡ Que hayan estado internadas en el Hospital al momento de la aplicación de instrumentos.

Personal de Salud

- ‡ Disposición de participar en el estudio.
- ‡ Que laboren para el Ministerio de Salud y presten sus servicios en Casa Materna, Hospital y Centro de salud Leonel Rugama.
- ‡ Que estén presente en las áreas de atención materna (Pre- Labor, Labor y Parto, Ginecobstetricia) al momento de la aplicación de instrumentos.

Parteras

- ‡ Disposición de participar en el estudio.
- ‡ Que hayan recibido capacitaciones de Casa Materna en el último año.
- ‡ Que tengan experiencia en atención de partos en sus comunidades.
- ‡ Que sean mujeres.

Expertos

- ‡ Disposición de participar en el estudio.
- ‡ Que hayan laborado o laboren para el Ministerio de Salud.
- ‡ Que tengan experiencia en temas relacionados con Salud materno-infantil, Salud Pública, Derechos sexuales y reproductivos, Parto psicoprofiláctico, partería.

VI. MATRIZ DE CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍAS

Objetivos Específicos	Categorías	Definición	Codificación	Subcategorías	Fuente de información	Técnicas de recolección de la información
Identificar el nivel de conocimiento de las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio	Humanización del parto (Parto humanizado)	Es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en	CHP01	Conocimiento de la norma de humanización Aplicación de la norma de humanización Facilitadores y obstaculizadores institucionales para el conocimiento y aplicación de la norma Requerimientos/requisitos para el conocimiento y aplicación de la norma	Usuarías de las instituciones Parteras Personal de salud Grupo de Expertos	Encuesta Grupo Focal Encuesta Entrevista

Objetivos Específicos	Categorías	Definición	Codificación	Subcategorías	Fuente de información	Técnicas de recolección de la información
		<p>el ambiente adecuado con privacidad de derecho a lo que cree que va a ser mejor, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria.</p>				
<p>Valorar la percepción de las usuarias, parteras y personal de salud el ejercicio</p>	<p>Percepción de usuarias, parteras y personal de</p>	<p>Percepción es el conjunto de conocimientos, captación, ideas, apreciación</p>	<p>VEPHP02</p>	<p>Opinión del ejercicio de la humanización del parto. Experiencias vividas</p>	<p>Usuarias de las instituciones</p>	<p>Encuesta Grupo Focal</p>

Objetivos Específicos	Categorías	Definición	Codificación	Subcategorías	Fuente de información	Técnicas de recolección de la información
de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio	salud	realizada de la humanización del parto.		Fortalezas Debilidades	Parteras Personal de salud	Encuesta
Describir las repercusiones en la vida de las usuarias de experiencias de violencia obstétrica durante y después de la atención en el embarazo, parto y puerperio	Repercusiones de experiencias de violencia obstétrica	Es el efecto y consecuencia de un hecho, que se obtiene al final de una determinada acción.	RVOEPP03	Tiempo de espera de atención. Problemas de salud asociados al proceso de atención Impacto social y económico	Grupo de expertos Usuaris de las instituciones	Entrevista Encuesta

6.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

En las ciencias sociales la investigación ocupa un lugar muy importante porque a partir de ella podemos analizar fenómenos sociales de gran complejidad que provocan malestar en las sociedades. La investigación cualitativa por tanto nos permite encontrar “fallas” en el entramado social y dar respuestas a través del desarrollo de nuevos métodos, estrategias o estudios que condensan la información recabada por los investigadores sociales.

“Una fuente muy valiosa de la investigación cualitativa son los documentos, materiales e instrumentales diversos que nos pueden ayudar a entender el fenómeno central del estudio” (Sampieri, 2006).

Para el presente documento fue preciso tomar en cuenta el uso de métodos empíricos y teóricos para profundizar en el problema de estudio, permitiéndonos el acercamiento al fenómeno de estudio y que favoreció el acceso a la información necesaria para la investigación en demanda de los objetivos planteados desde el principio.

Métodos Teóricos

Los métodos teóricos se utilizan en la construcción y desarrollo de la teoría científica, nos permiten profundizar en el conocimiento de las regularidades y características esenciales del fenómeno, estos para su mejor comprensión se subdividen en análisis y síntesis, deducción e inducción, histórico y lógico e hipotético deductivo.

Para esta investigación se partió de la deducción-inducción del problema de estudio al conversar con mujeres embarazadas que se encontraban albergadas en Casa Materna Luz y Vida del municipio de Estelí, en el que relataban los malos tratos que recibían de algunos miembros del personal de salud que laboran en las tres instituciones escogidas para el estudio, así como acciones u omisiones que ponían en riesgo la vida de sus bebés o las de ellas; y que provocaban un descontento general entre las féminas. Esto a su vez generaba una mala percepción de la calidad de atención ofrecida en dichos lugares por lo que muchas de estas mujeres (jóvenes y adultas) ya iban predispuesta al momento del parto, se sentían

mortificadas y tensas en un momento del cual deberían sentirse confiadas, felices y seguras como lo es el nacimiento de sus bebés.

Se hizo entonces una consulta al personal de salud de dicha casa acerca de si existían normas o algún documento que contuviera información acerca del trato que debe brindar el personal de salud a las usuarias embarazadas, también una revisión exhaustiva de material relacionado con la humanización del parto y violencia obstétrica (tesis, investigaciones, estudios, informes, practicas, normas, etc.)

Métodos Empíricos

Como es bien sabido el método empírico por su aporte al proceso de investigación científica es resultado fundamentalmente de la experiencia. Estos métodos posibilitan efectuar el análisis preliminar de las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, que son accesibles a la percepción sensorial, a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio, así como comprobar las concepciones teóricas que se tienen del problema u objeto de estudio.

Dicho esto, vale destacar que en el desarrollo de las prácticas universitarias se observó cómo eran tratadas las mujeres por el personal de salud que las atendía en el momento del embarazo y parto. En cuanto a las técnicas empíricas usadas para el estudio fueron la encuesta, entrevista y grupo de enfoques (focus groups).

6.2 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos de este trabajo investigativo se ordenan mediante tablas las que permitieron la reducción de la información para su análisis y posterior la discusión de los resultados.

Para lo cual se hizo uso de TICs (tecnologías de la información y comunicación) para recopilar información y todos aquellos recursos, herramientas y programas necesarios para procesar, administrar y compartir la información de dicho estudio a través de programas como Word y Excel 2016.

Todo ello para una proporcionar a los interesados en el estudio una fácil comprensión de los indicadores del estudio (subvariables) y que dieron respuesta a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

6.3 PROCESAMIENTO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

En este apartado se hizo uso de las etapas de investigación que se detallan a continuación como son:

6.3.1 Fase de Entrada y Negociación al escenario

Este estudio nació como resultado de las inquietudes suscitadas en el proceso de las Prácticas de familiarización que la autora vivenció durante su realización en Casa Materna Luz y Vida. En conversaciones con las protagonistas del estudio y el personal que labora en dicha casa, se planteó hacer en un futuro estudios relacionados con la problemática que se manejan en la casa.

Esto dio pie a mantener las relaciones con el personal que ahí labora, lo que propició el acercamiento a la directora a cargo la Lic. Ivania Salmerón para exponer el problema detectado, dándosele a conocer el nombre del tema, los objetivos apuntando a la importancia que tiene el estudio, para el mejoramiento de la atención que reciben las usuarias; en la que la calidad y calidez sean los pilares esenciales de la atención sanitaria que en ese momento tan importante de la vida de las mujeres.

Previamente se solicitó permiso y apoyo para el cumplimiento de la investigación, momento en el cual se nos orientó primero dirigiéndonos con el Dr. José Ángel Pino quien es el encargado de autorizar el ingreso de personal ajeno a la Institución así como de autorizar estudios en el lugar, a lo que este una vez visitado en la unidad de la que se encuentra a cargo (Centro de salud Leonel Rugama) nos informó que teníamos que dirigiéndonos a las oficinas del Ministerio de salud (MINSA) con una carta redactada al Dr. Víctor Triminio Zavala, (Director Departamental de Salud, SILAIS ESTELI) y la Dra. Jazmina Pérez Olivares encargada del Departamento de Docencia del SILAIS, ya que por ser un trabajo monográfico, los resultados de dicho estudio serían publicados y debían ser autorizados por ellos antes de aplicar los instrumentos de recolección de la información.

Posteriormente, se estableció contacto con el Dr. Nelson Moncada Robles, a través de la Lic. Miriam Laguna (Jefa del Área de Hemodiálisis del Hospital), en la que se le planteó la realización de un estudio relacionado con el abordaje del parto humanizado, enfocado en la

norma de Humanización del Parto Institucional y su relación con la Violencia Obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres usuarias del hospital, sin perder de vista la opinión del personal de enfermería y médico, son quienes se encargan de dicha atención. A lo que respondió positivamente el estudio para detectar las debilidades que presenta el personal de salud en relación a este tema y mejorar las deficiencias encontradas.

6.3.2 Fase de planificación y preparación

Ciertamente los problemas de Salud Pública, nos conciernen a todos (sociedad civil, Instituciones del Estado, Gobierno, etc.); de ahí parte pues que como profesionales de las ciencias humanas y sociales nos involucremos en temas tan sensibles como lo es la humanización del parto e incidencia de violencia obstétrica en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres atendidas en las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el periodo comprendido de agosto a noviembre del 2017.

Una vez seleccionado el tema de estudio se dio seguimiento al proceso de la investigación estructurando los objetivos, preguntas directrices, antecedentes, marco teórico, metodología utilizada y elaboración de instrumentos. De igual modo, para la aplicación de los instrumentos seleccionados para el levantamiento de datos, se tomó en cuenta los aportes de validación que brindaron los siguientes especialistas:

- ‡ Lic. Reyna Borge (jefa del departamento de enfermería Hospital San Juan de Dios)
- ‡ Lic. Elizabeth Toruño (Responsable de Servicio Ginecobstetricia Hospital San Juan de Dios)
- ‡ Lic. Sonia López (Responsable de la sala Labor y parto Hospital San Juan de Dios)
- ‡ Lic. Dina Chavarría (Responsable de Docencia Hospital San Juan de Dios)
- ‡ Dra. Gilma González (Responsable de la sala Ginecobstetricia Hospital San Juan de Dios)
- ‡ Lic. Mirna Montoya (Responsable de Enfermería Clínica Fundación Familias Unidad)

6.3.3 Fase de Ejecución o trabajo de campo

En esta fase se establecieron los contactos con los expertos que aportarían al estudio desde sus perspectivas y con conocimiento sobre el tema; con previas citas se aplicaron los instrumentos (entrevistas) que se dividía en 24 ítems. El fin de estas eras evaluar el conocimiento y aplicación de la norma de humanización, conocimientos, experiencias y percepciones acerca de violencia obstétrica en las unidades de salud y propuestas para su disminución o erradicación.

Las encuestas/cuestionarios a embarazadas y puérperas fueron aplicadas simultáneamente en las tres instituciones seleccionadas (Casa Materna, Hospital, Centro de Salud Leonel Rugama); por su cercanía entre ellas y porque en las salas de pre-labor y la sala de Ginecobstetricia, así como labor y parto, también en el albergue del hospital se encontraban las mujeres internadas esperando su turno para ser atendidas lo que permitió avanzar en el levantamiento de información. Ambas encuestas incluyen además de conocimiento de derechos sexuales y reproductivos, normas y violencia obstétrica, su percepción acerca de estos dos últimos y una valoración de la atención recibida por parte del personal

Durante la aplicación de estas encuestas a embarazadas, también se les aplico al personal de salud otra encuesta que condensaba además de sus datos generales e información laboral el conocimiento de la norma y la violencia obstétrica.

Para el trabajo con las parteras se planteó realizar un enfoque de grupo, que permitiría además de compartir los conocimientos en materia de normas, conceptos de violencia obstétrica y secuelas en la vida de las usuarias su experiencia como parteras.

6.3.4 Fase de Informe

Una vez recopilada la información de los grupos que conformaron el estudio se realizó la etapa de análisis y procesamiento de la información que se desglosa de la siguiente manera:

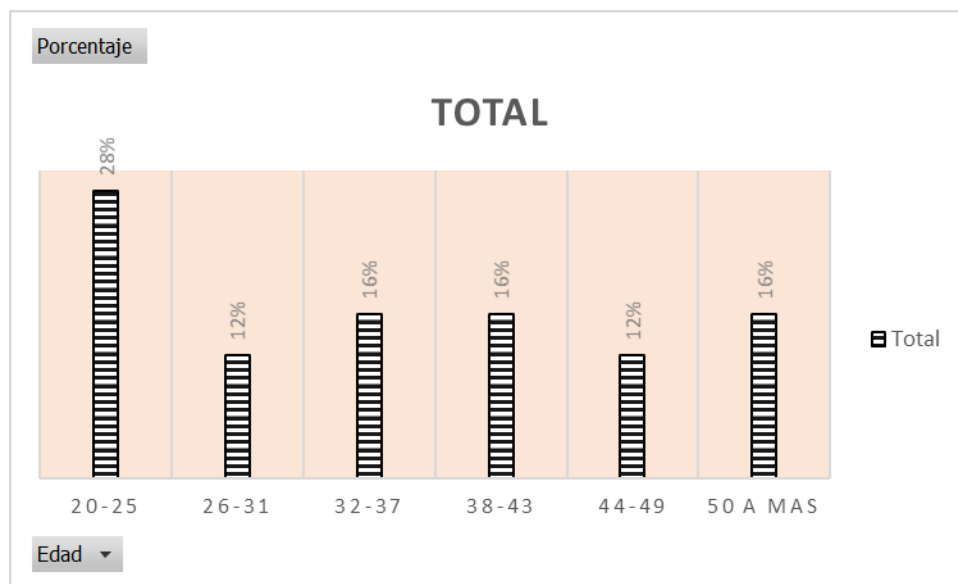
- Describir y analizar el nivel de conocimiento de las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio; por

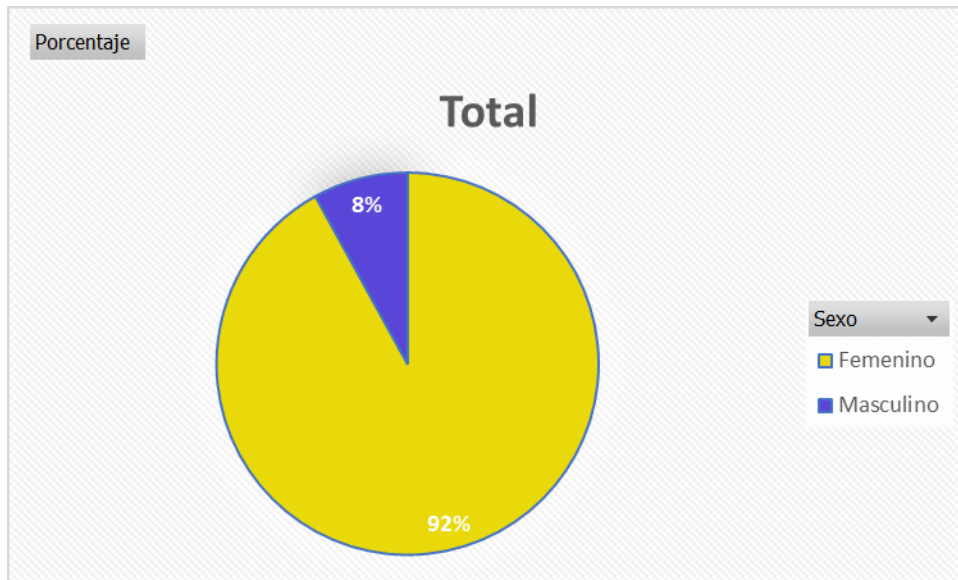
consiguiente, valorar en base a experiencias y percepción de las usuarias, parteras y personal de salud el ejercicio de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio. De igual forma identificar las repercusiones en la vida de las usuarias de experiencias de violencia obstétrica durante y después de la atención en el embarazo, parto y puerperio.

- Triangular las diferentes fuentes de información utilizadas
- Sintetizar las referencias bibliográficas usadas para el estudio con citas de la sexta edición de la normativa APA.
- Por último, después del procesamiento de los datos se procedió a organizar toda la información concluyente que se pronuncia en un documento escrito.

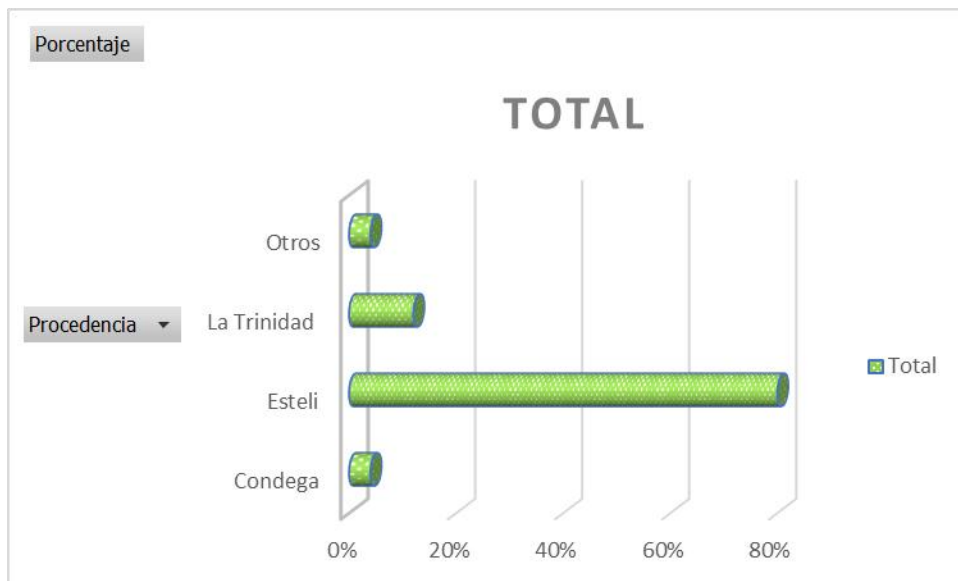
VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

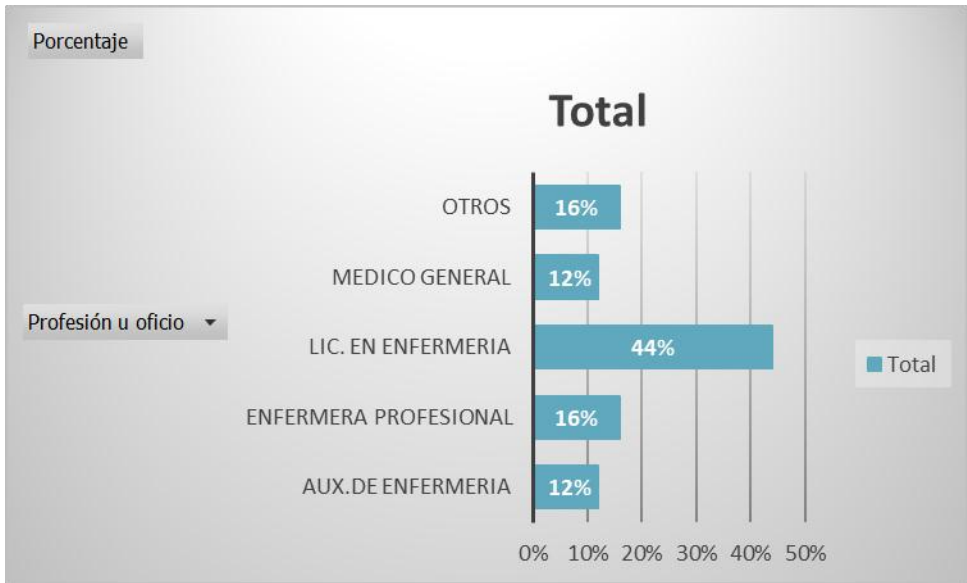
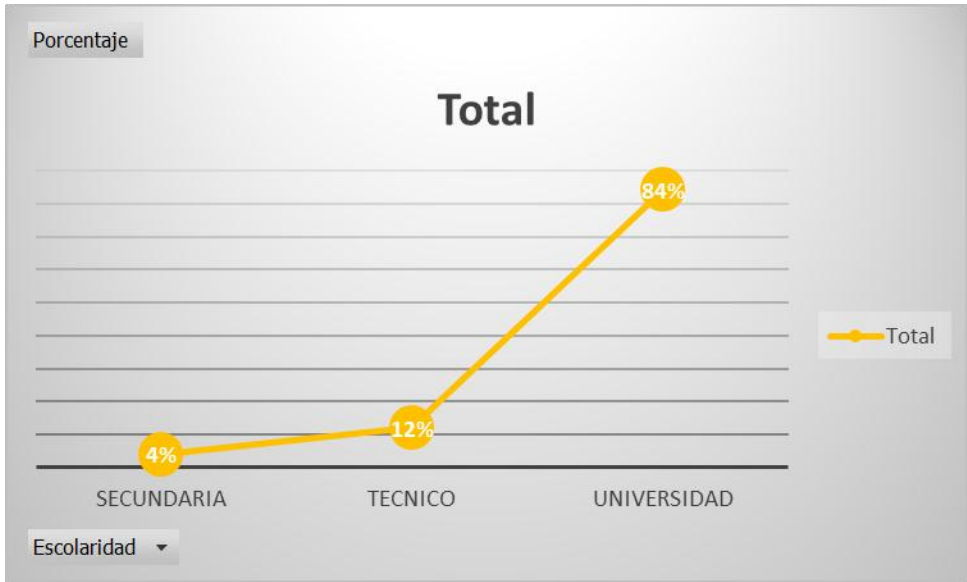
Gráficos de Encuesta Personal de Salud

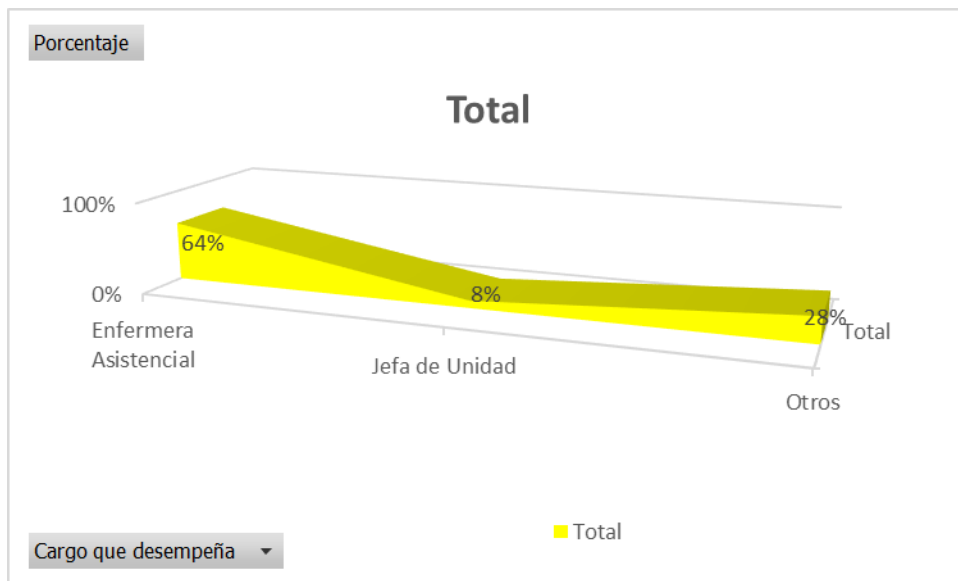
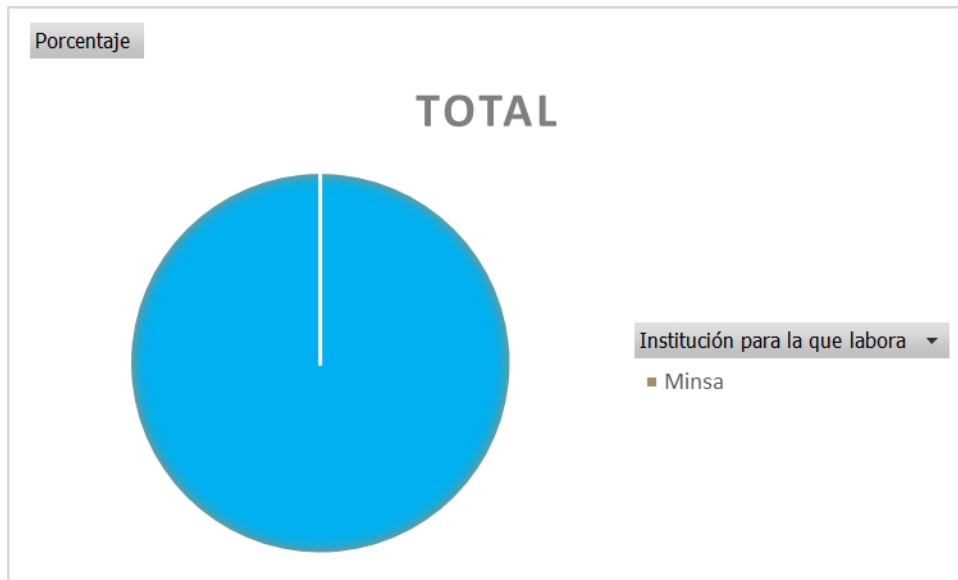




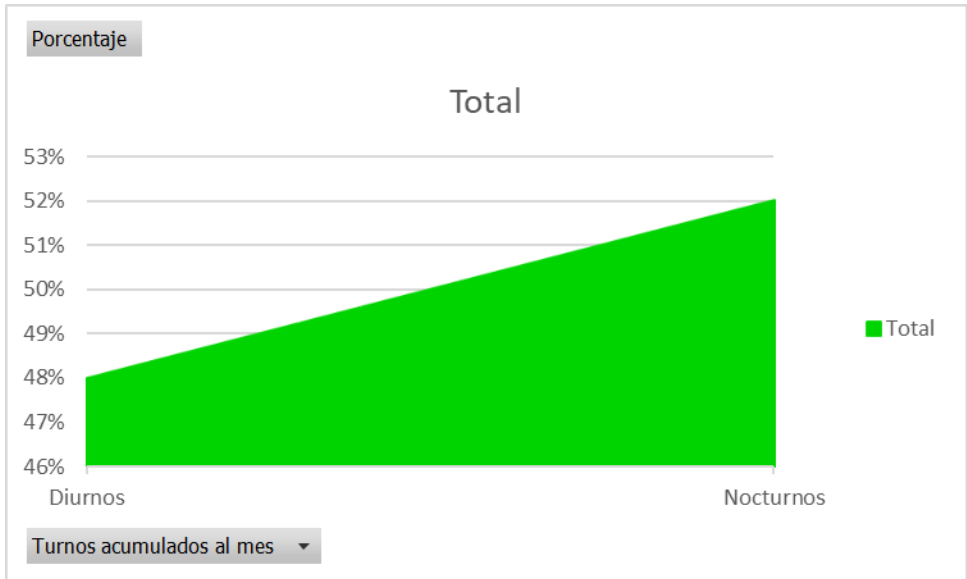
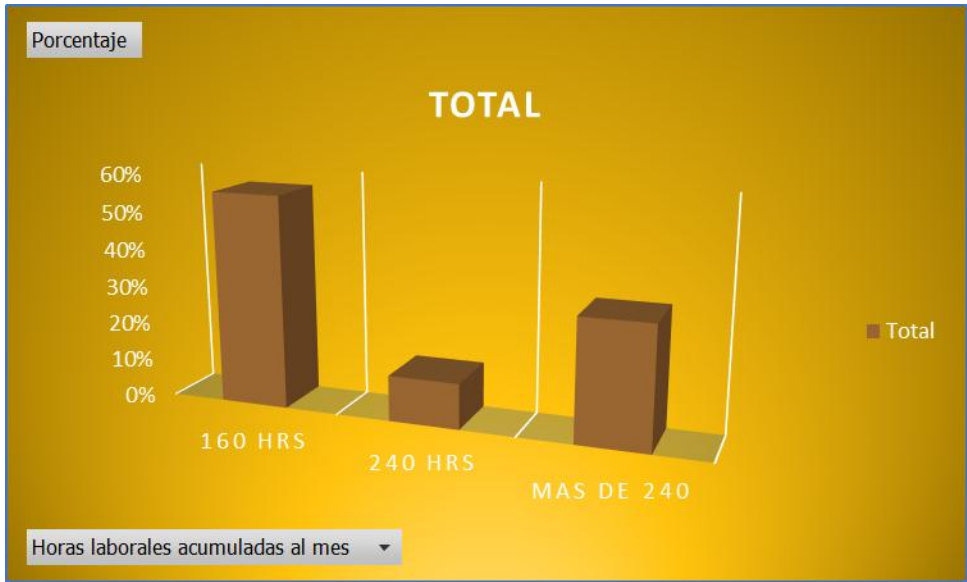
Los resultados de las encuestas muestran que la mayoría del personal que labora y atiende a embarazadas y puérperas en las instituciones de salud son mujeres y son ellas las que más maltratan a sus semejantes. Esto está relacionado a los patrones culturales, estereotipados, mensajes y valores que aún seguimos recibiendo de la sociedad hetero patriarcal que oprime las relaciones entre las mismas mujeres.

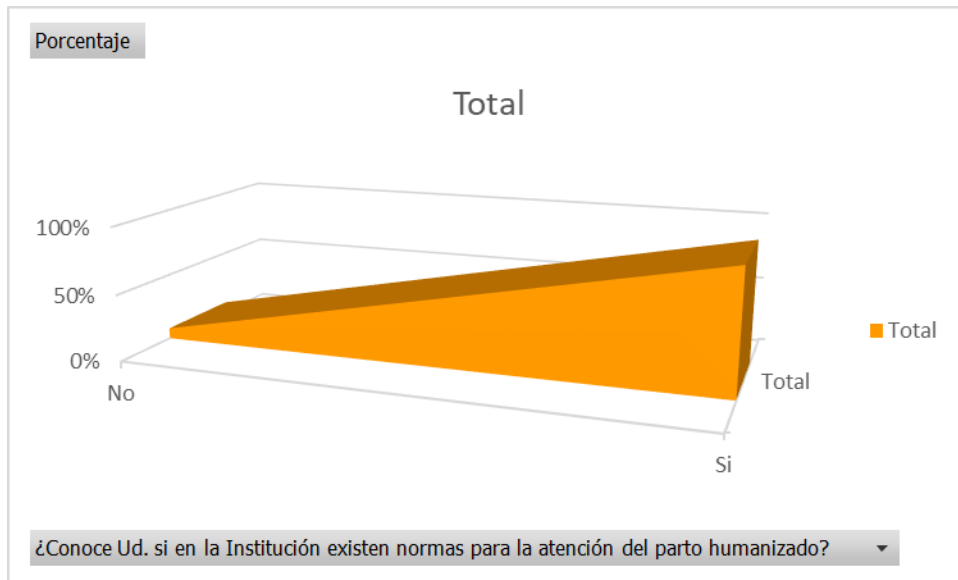




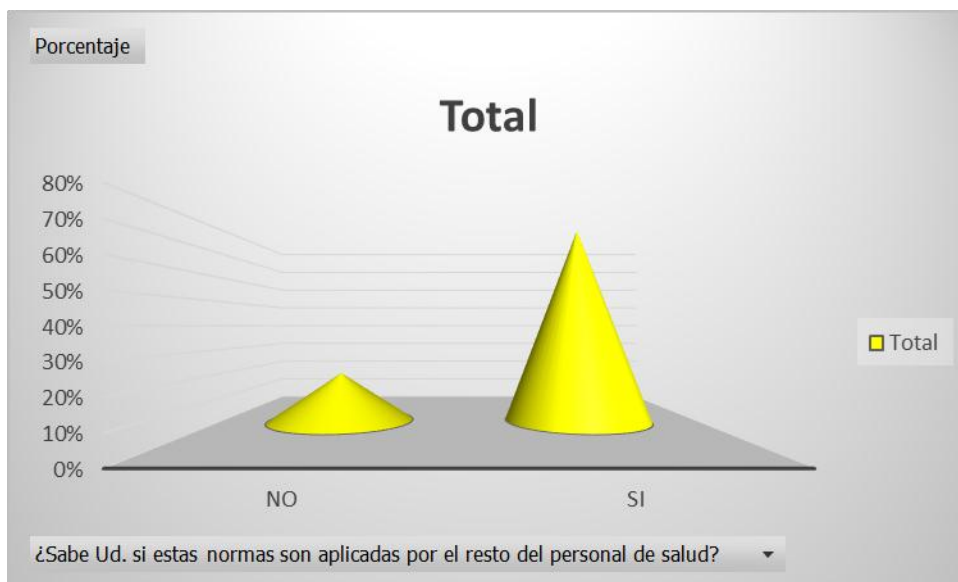


Los instrumentos aplicados reflejan también que entre los cargos desempeñados por el personal de salud se distribuyen mayoritariamente en Enfermera asistencial, jefa de unidad y otros. Quienes son las encargadas de atender las necesidades básicas y aplicar cuidados para la reducción de daños en momentos de enfermedad.





La mayoría del personal sabe de la existencia de las normas relacionadas con la humanización del parto, pero al momento de preguntarles el nombre de la norma no lo manejan del todo o solo manejan una parte de lo que contempla (el derecho a un acompañante), aun teniendo un resumen en una pancarta ubicada en la entrada de la sala de Ginecología y Pre- Labor. **Ver imagen adjunta en anexo No.10**

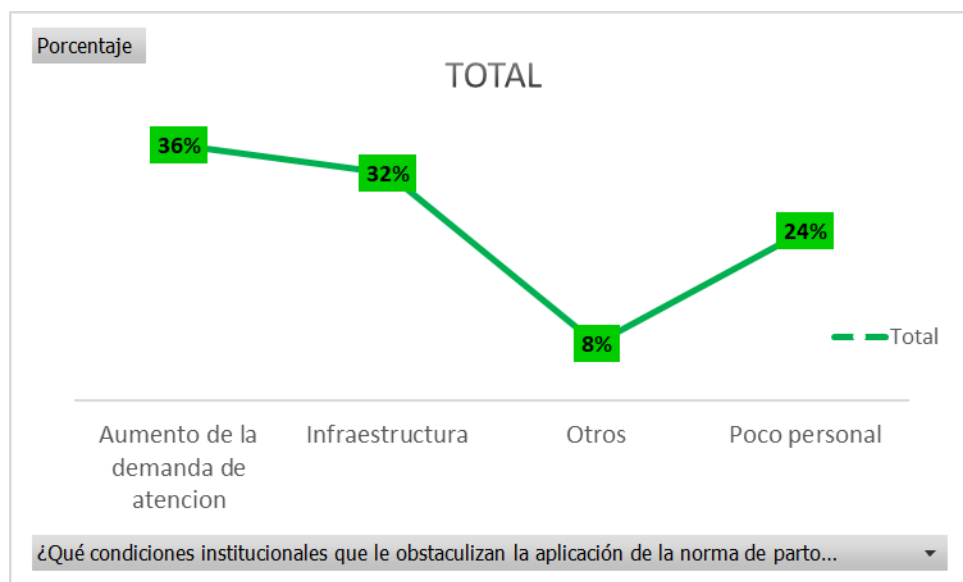
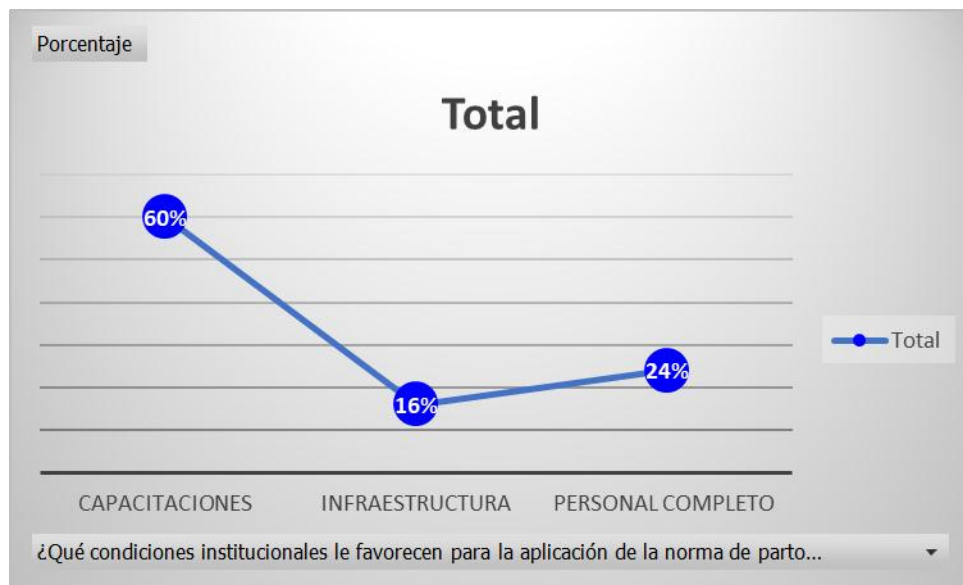


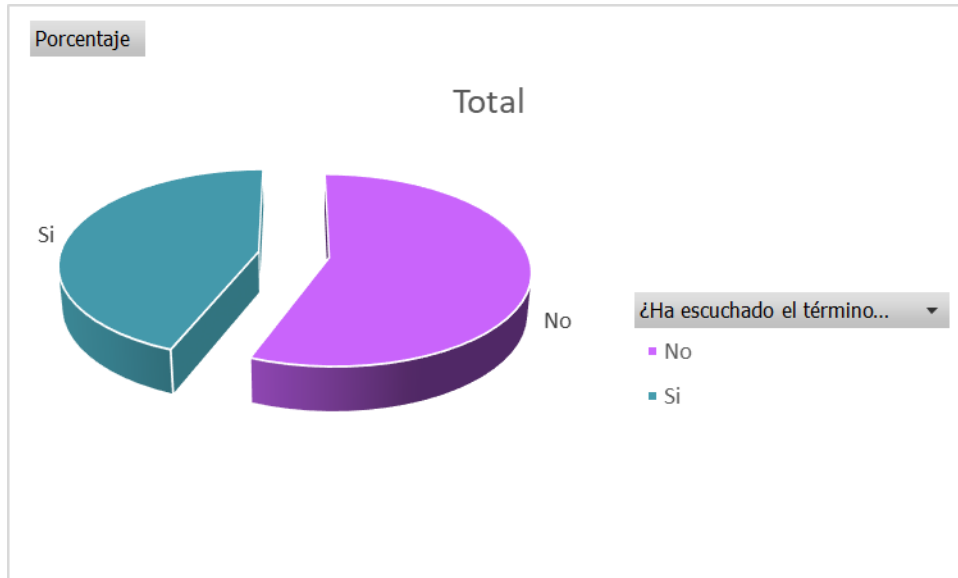
Según el mismo personal tiene conocimiento de que sus otros compañeros “aplican la norma” al permitir el ingreso del acompañante (mama o pareja) de la usuaria al momento

del parto, pero también subrayan que algunas colegas “Cuando quieren dejan entrar al acompañante y cuando quieren no”

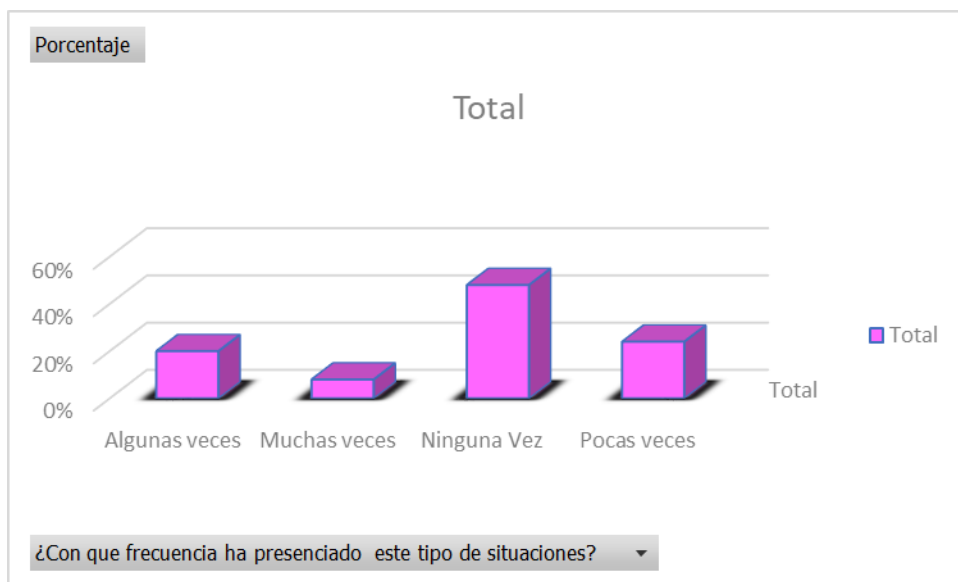
En forma de pregunta cualitativa se preguntó **¿Qué requisitos necesita para conocer y/o aplicar estas normas de atención del parto humanizado?**

Las respuestas fueron variadas y a continuación se mencionan los más relevantes: “Recursos materiales”, “ser trabajador de salud”, “personal de salud capacitado, líderes comunitarios, parteras, materiales para acondicionar las salas de parto”, tener empatía y trabajar con amor”, “leer las normas y ponerlas en práctica”.

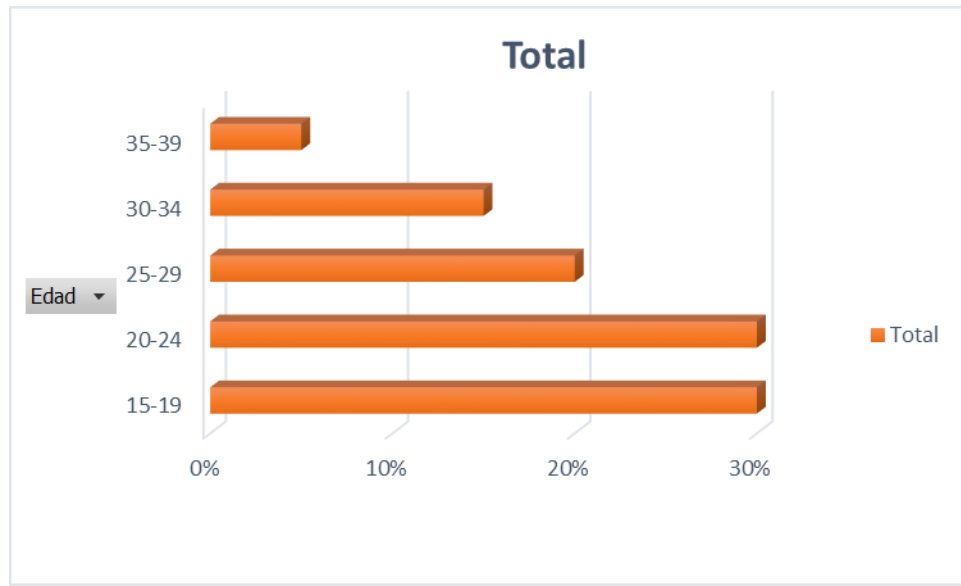




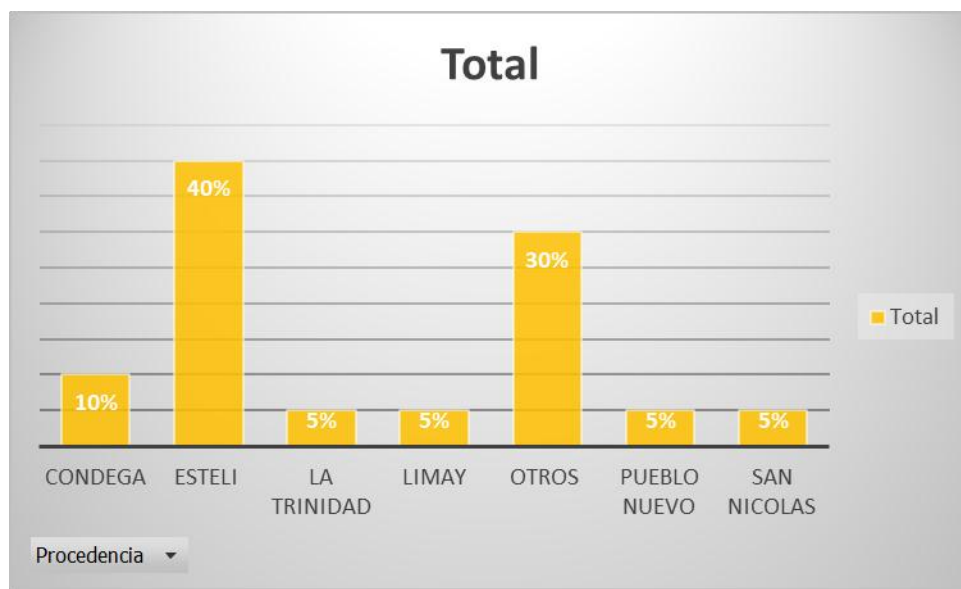
La mayoría del personal que labora en las áreas destinadas a la atención del embarazo, parto y puerperio desconoce el termino Violencia Obstétrica y muchos la relacionaron la “violencia dirigida a una mujer embarazada en forma de violencia física y emocional de la paciente durante la atención del parto, alumbramiento o puerperio”, aplicación de acciones y expresiones agresivas hacia una embarazada”, “ no brindar atención adecuada al momento del parto o no permitir a su acompañante en la sala de labor y parto” fueron algunas respuestas.

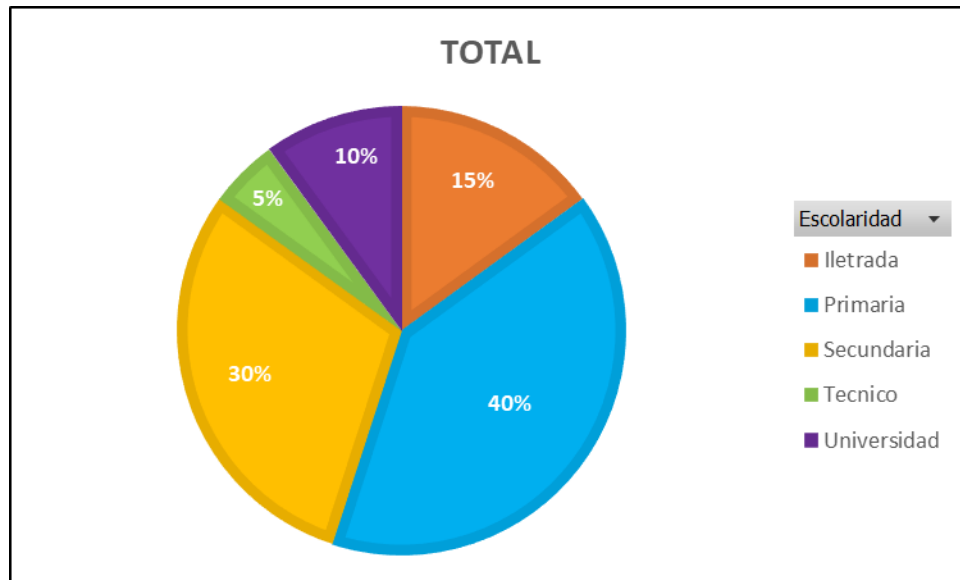


Gráficos de Encuesta a Embarazadas



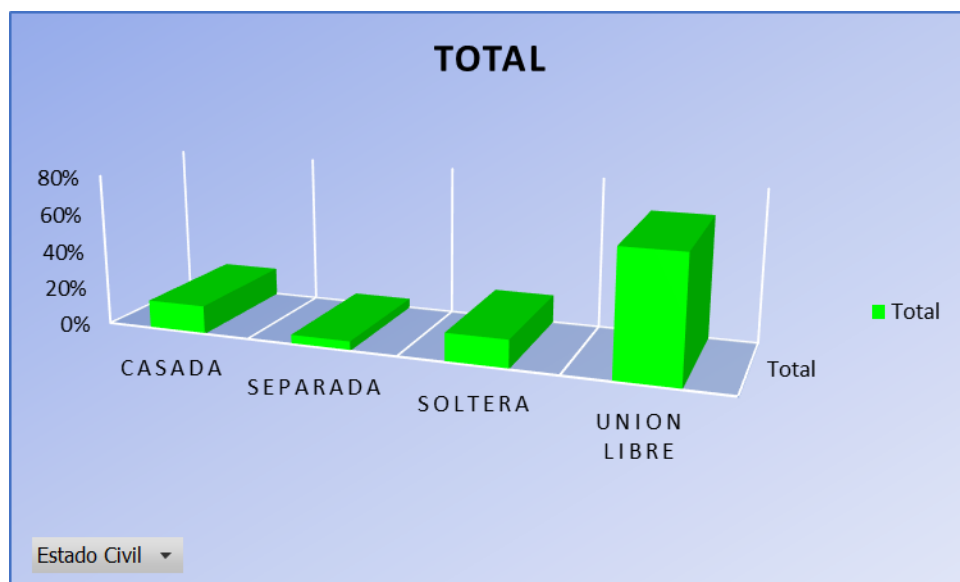
Una gran mayoría de las usuarias son mujeres jóvenes que comprenden los rangos de edades entre 15-19 y 20-24, que se encuentran en la edad reproductiva y confirman las estadísticas nacionales sobre el embarazo en adolescentes. Además de ser jóvenes que por su edad deberían estar estudiando, y que debido al tabú sobre la sexualidad que se maneja en las instituciones educativas y la sociedad en general, deberían tener información oportuna sobre métodos anticonceptivos y todo lo concerniente al disfrute correcto de su sexualidad.

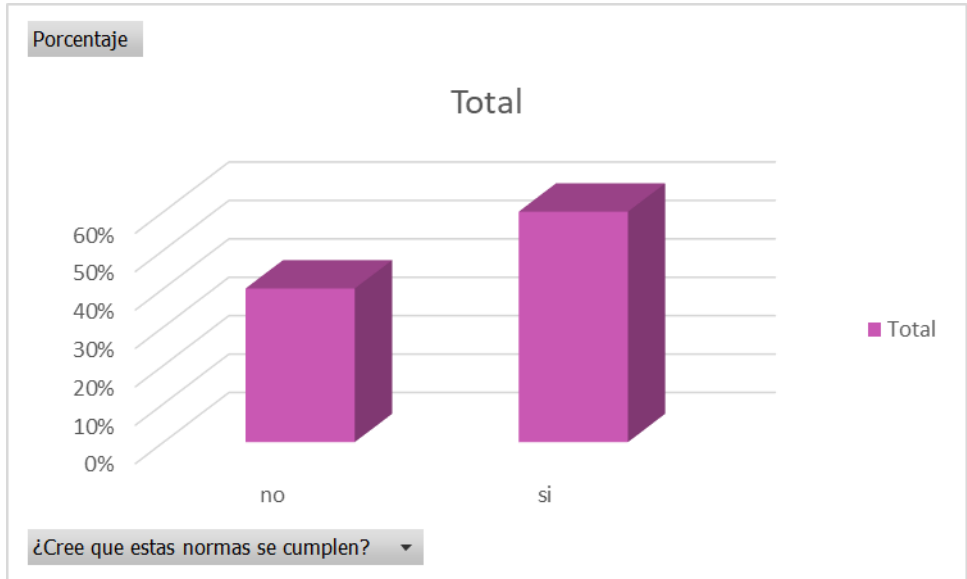
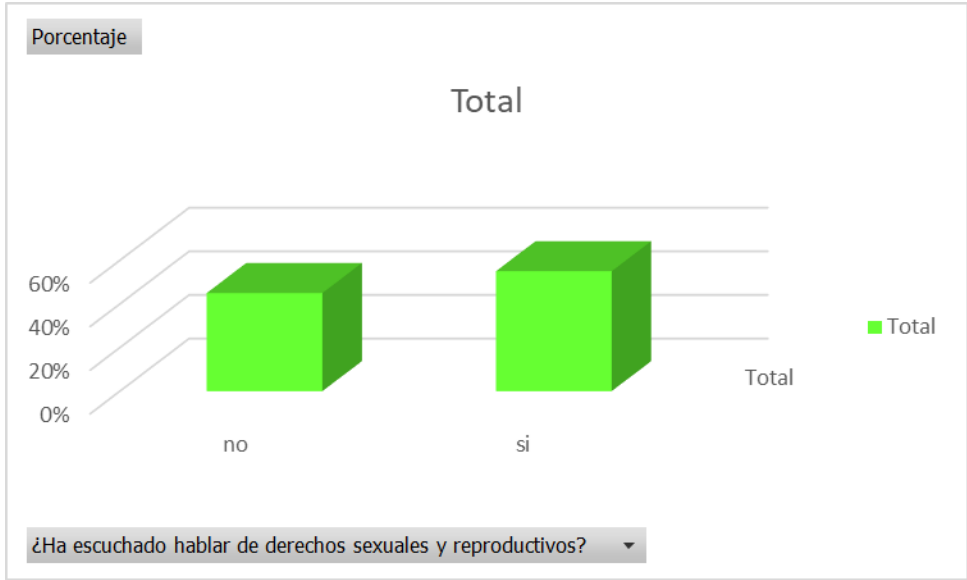


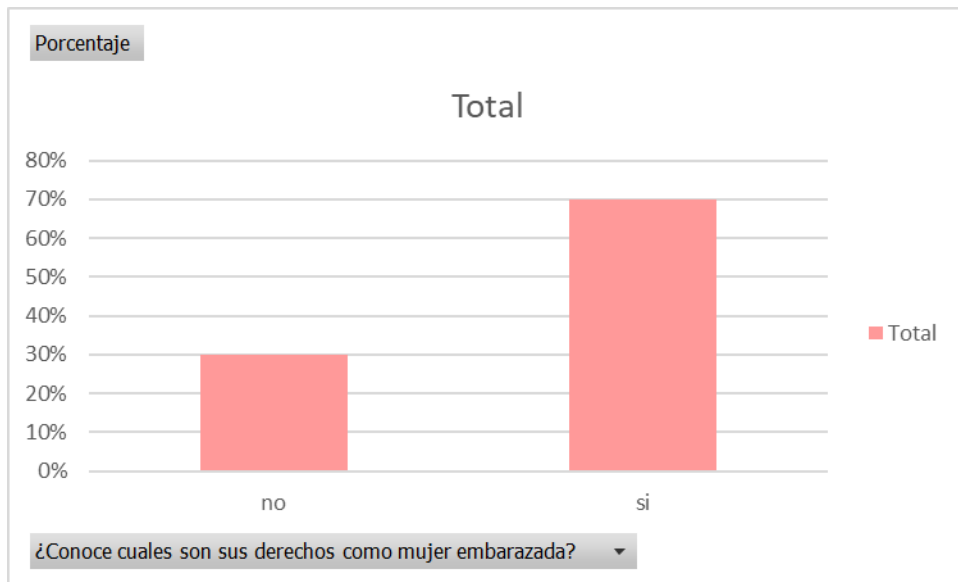
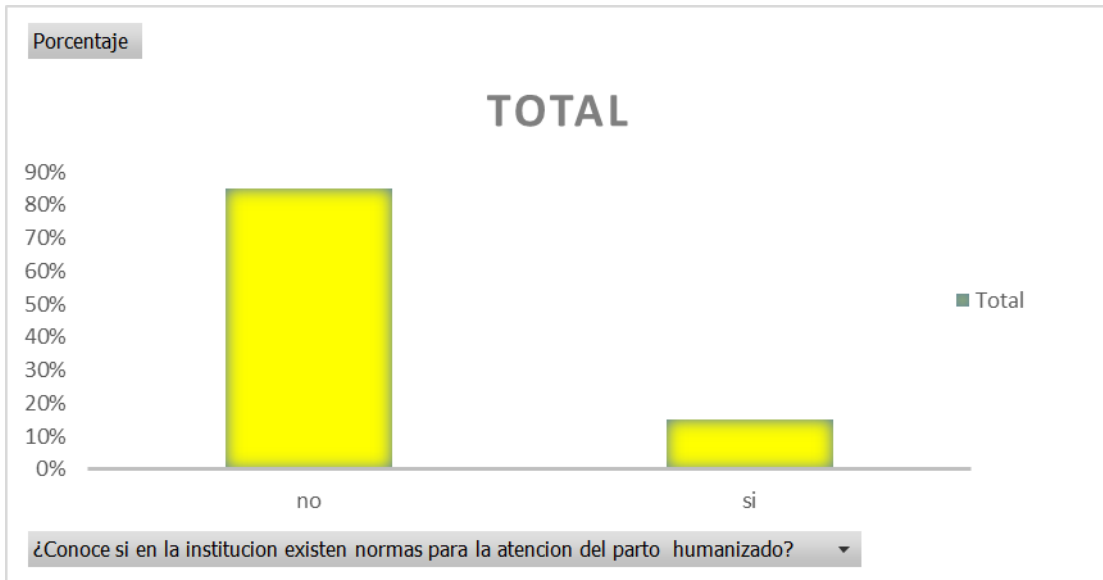


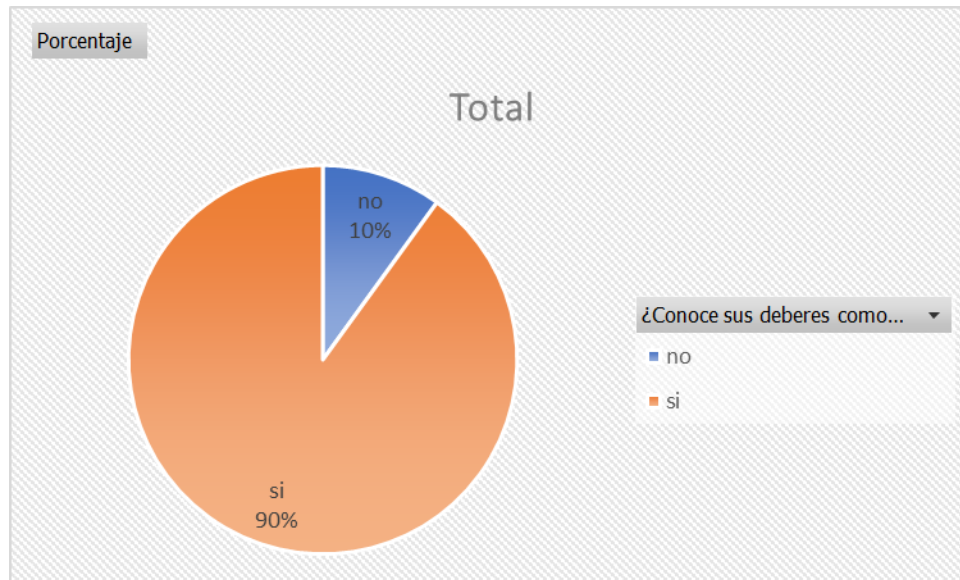
Una gran mayoría de las encuestadas presentan un menor nivel de escolaridad. Lo que demuestra de investigaciones anteriores al estudio que factores como más educación y mejores oportunidades de trabajo para la mujer tienden a reducir el número de hijos y aumentar la edad promedio del primer embarazo.

Por otra parte, estos riesgos del embarazo adolescente están asociados al desconocimiento que la joven tiene de su propio cuerpo, la poca capacidad de negociación, la falta de empoderamiento de su sexualidad y la carencia de información veraz y oportuna.

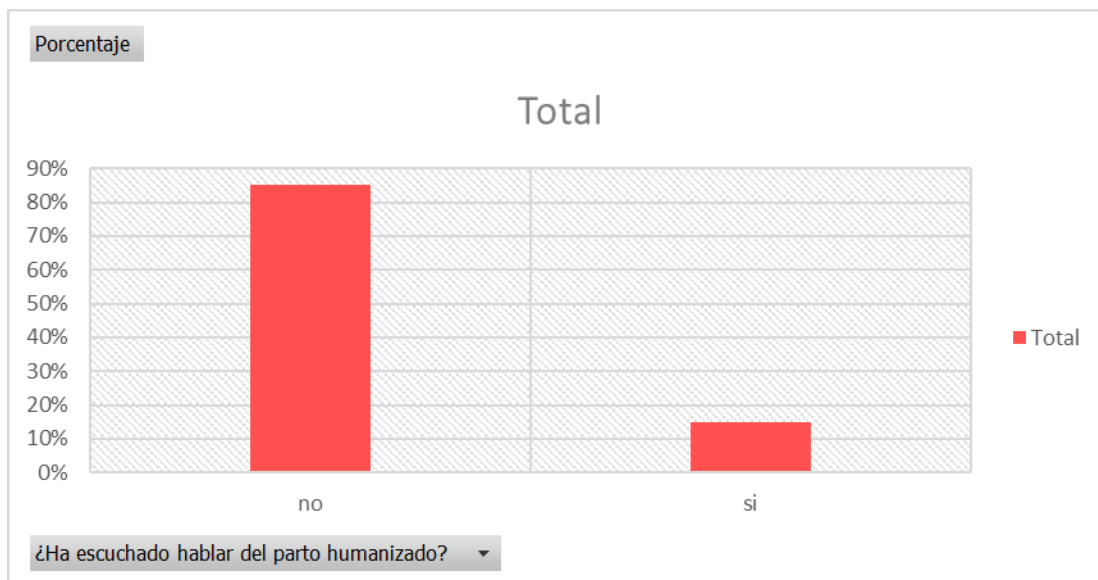






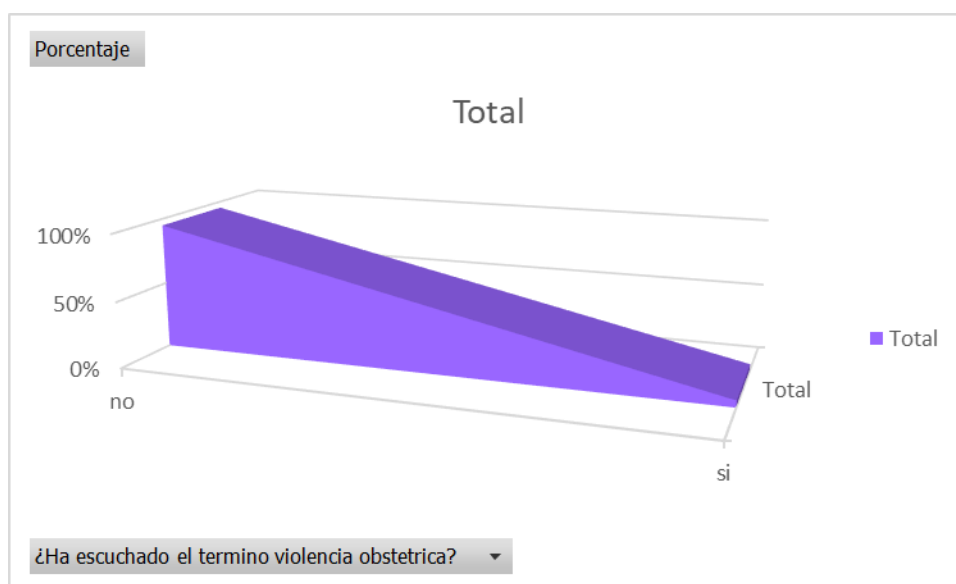


Un porcentaje muy bajo tiene conocimiento de la norma de humanización, y a pesar de que pocos la conocen la mayoría piensa que estas normas si son cumplidas por el personal de salud que las atiende. De igual forma la mayoría también señala haber escuchado de derechos sexuales y reproductivos, deberes y derechos de las mujeres embarazadas, sin embargo, al momento de mencionarlos divagan en la concepción de lo que significan e incluyen estos o tienen una noción muy corta.

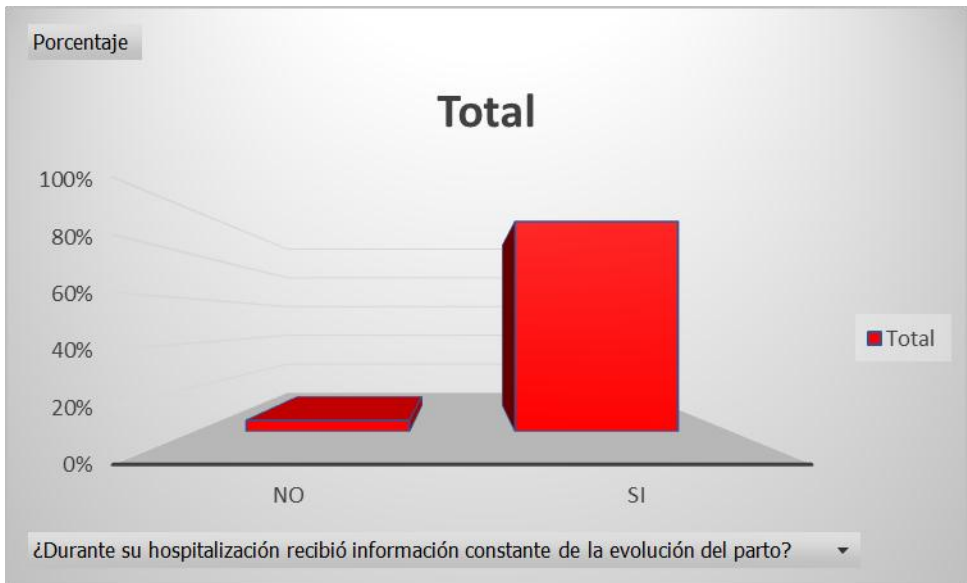
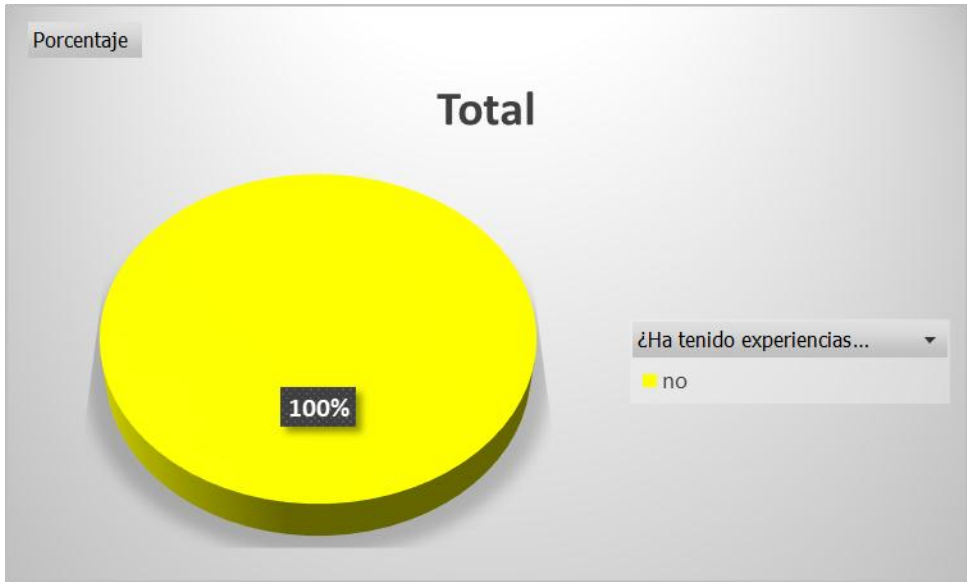


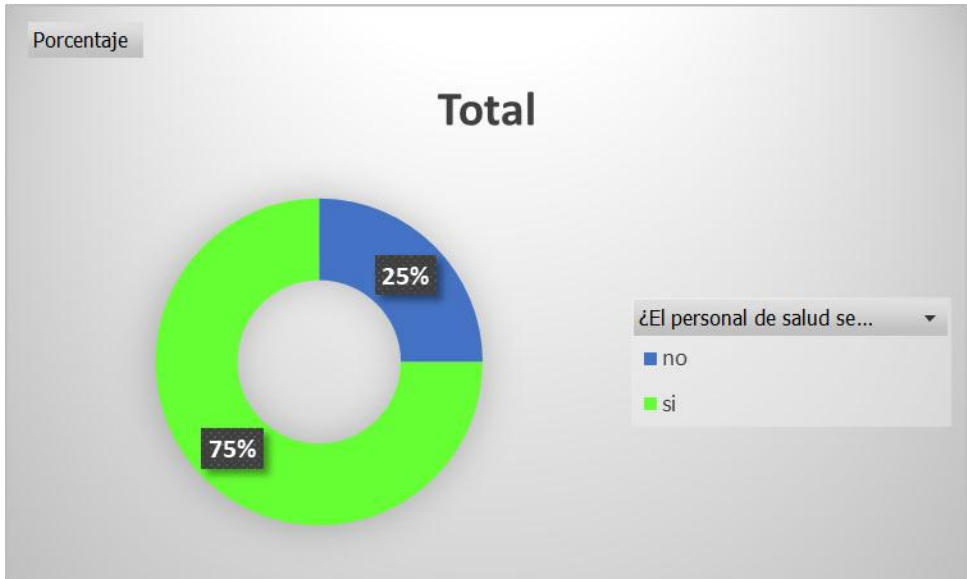
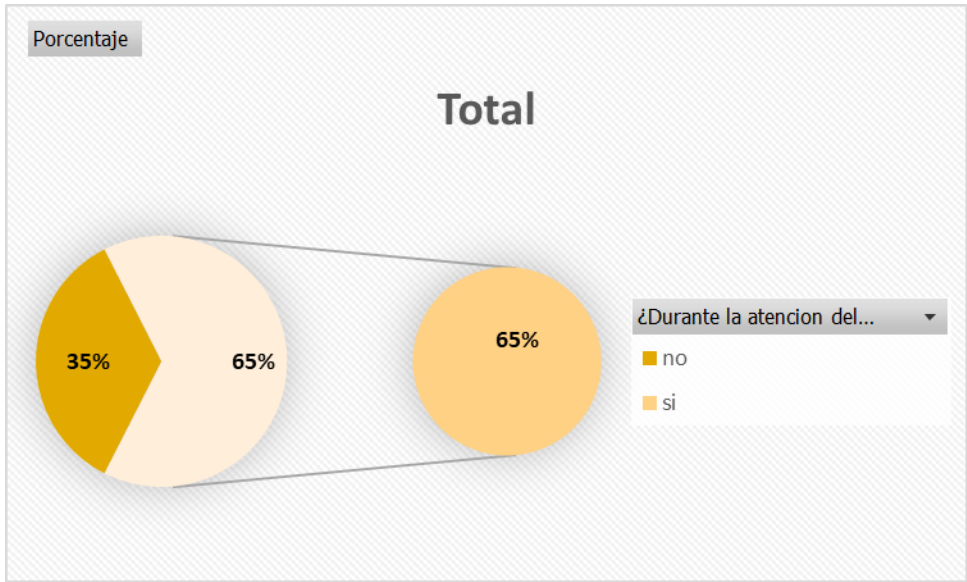
Al preguntarse acerca de parto humanizado y pedirles que expliquen lo que entienden por ello la mayoría dice nunca haber escuchado el término, así también desconocen la

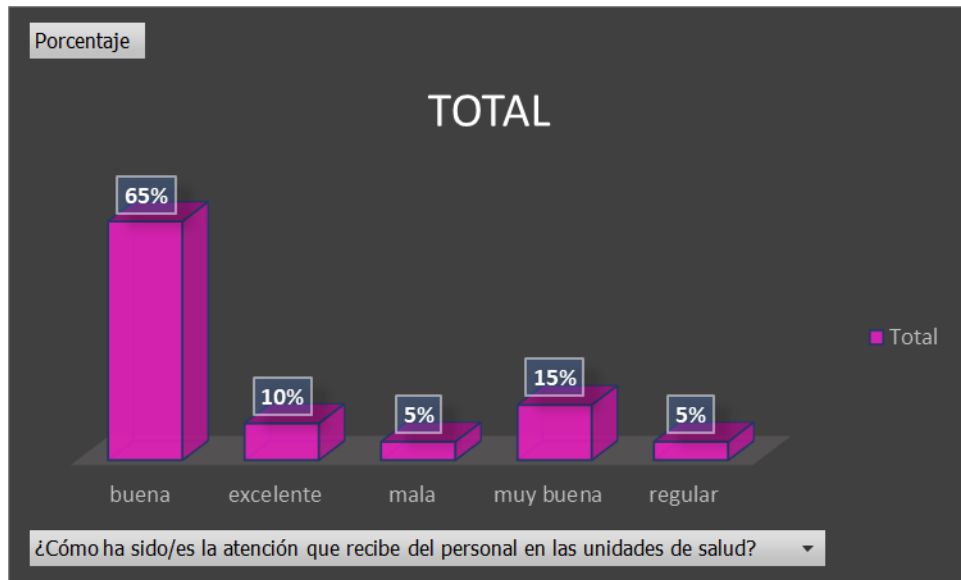
existencia de normas de humanización en las instituciones, siendo en su mayoría usuarias del Centro de salud y Hospital. En cambio, las que dijeron si conocer, son mujeres provenientes de la Casa Materna que llevan un proceso de capacitaciones, puesto que, aunque no sean capacitaciones a profundidad, les brindan herramientas para el manejo de su embarazo y parto al momento de su llegada al hospital y que les permite a su vez identificar debilidades, problemas o situaciones que atentan contra la vida de su bebe y las de ellas.



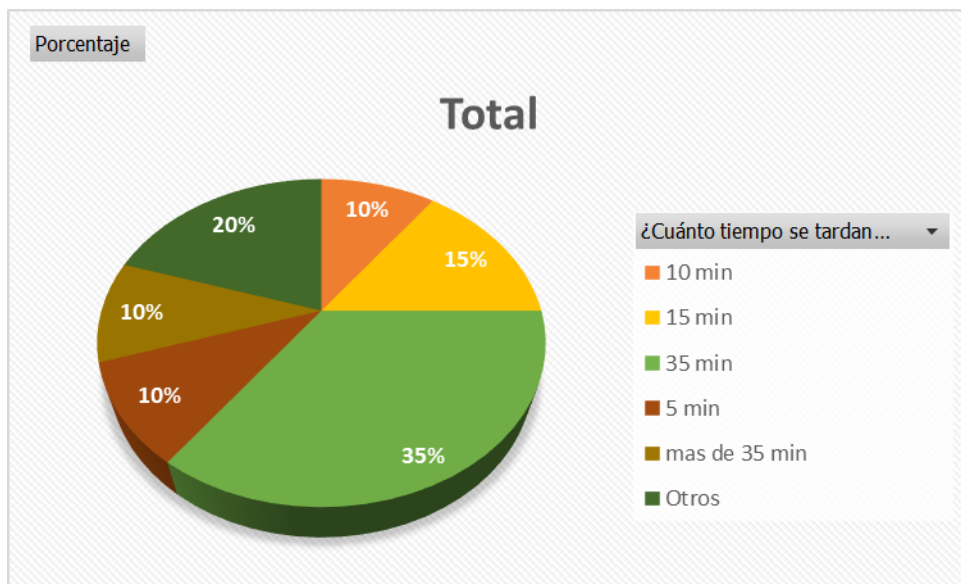
De todas las mujeres encuestadas embarazadas solo una afirmo tener conocimiento del término violencia obstétrica y las que no lo conocían, al preguntarles que entendían por ello señalaron entre algunas cosas que: “Es el maltrato físico y verbal” “empujones, golpes, malos tratos de cualquiera” “No se” “Nada” “Que el marido lo trate mal o golpee”. Lo que nos da entender que asocian violencia al maltrato físico y psicológico pero la violencia obstétrica no la identifican o categorizan como un tipo de violencia en las unidades de salud.

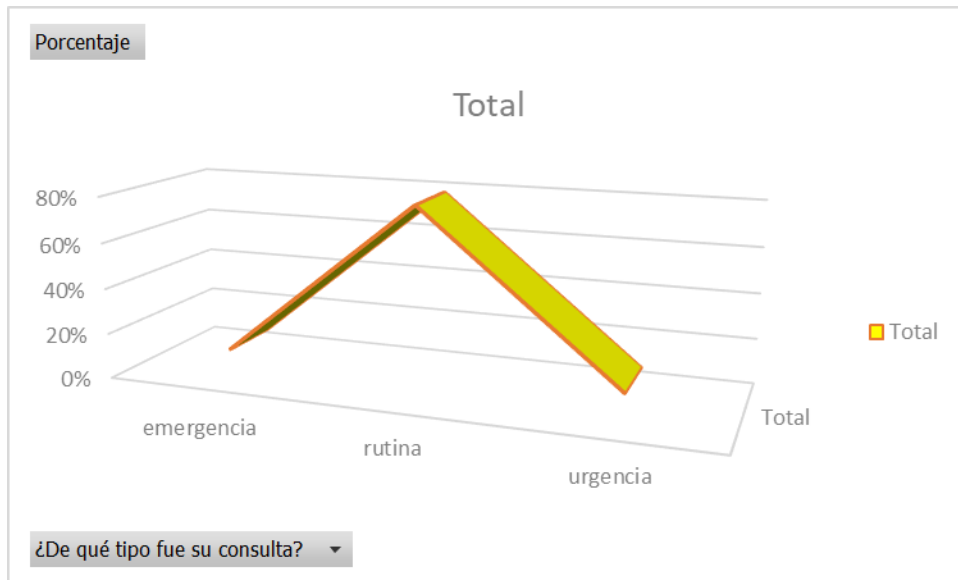




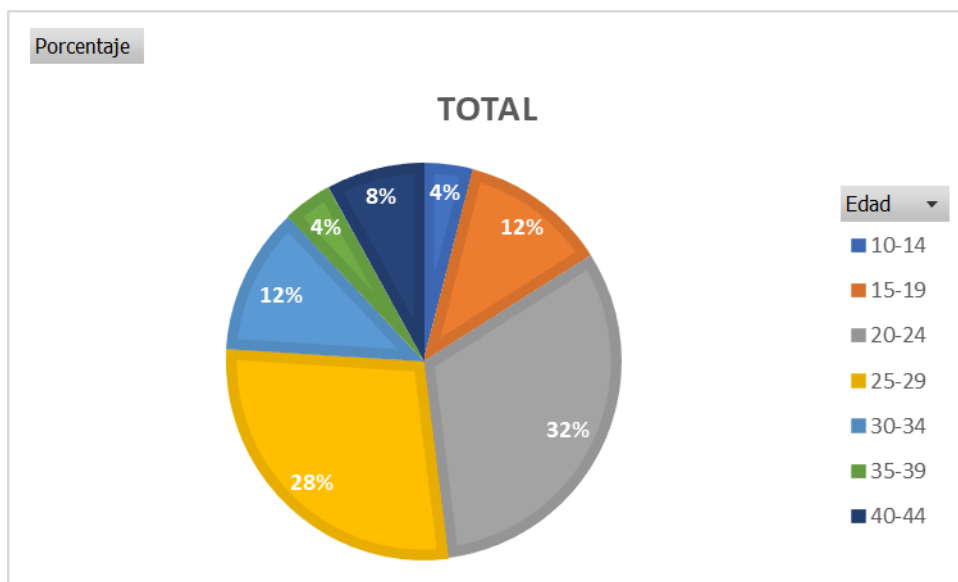


A pesar de las irregularidades detectadas en el estudio relacionadas a la atención un alto porcentaje de embarazadas califica de muy buena la atención recibida del personal de salud. Lo que nos indica que es durante el parto como nos ha mostrado la teoría en donde se dan más los episodios que violentan y vulneran los derechos de las embarazadas y sus bebés.



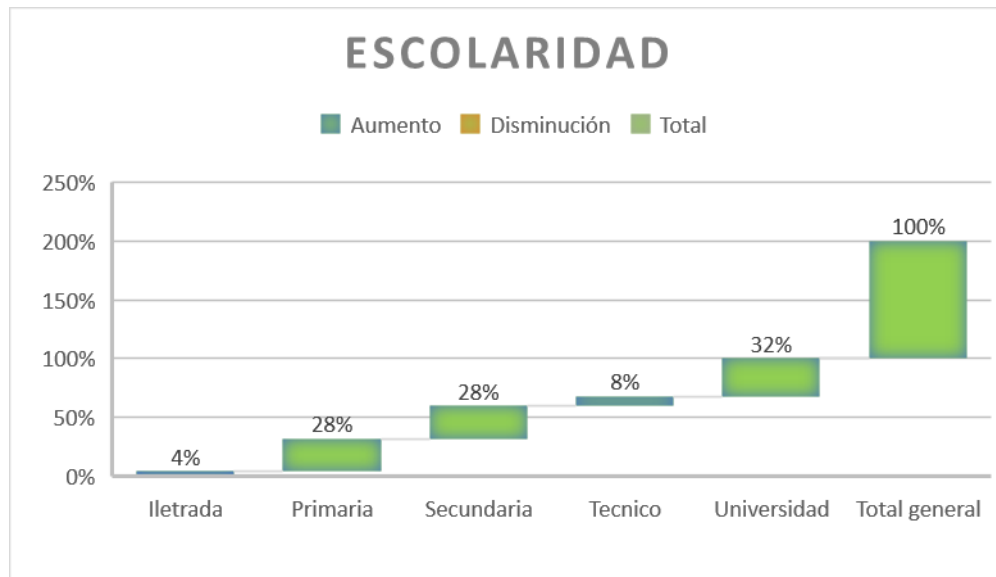
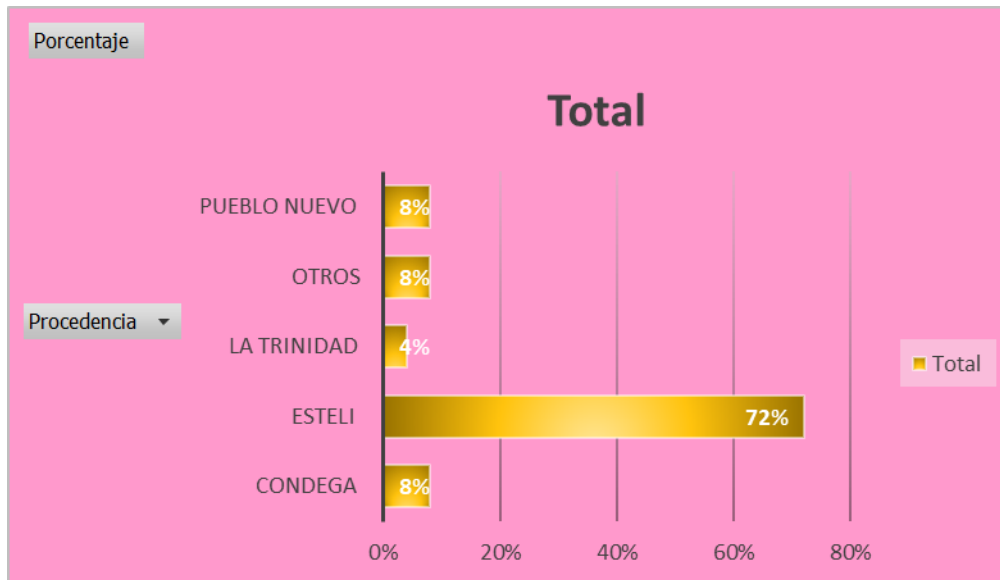


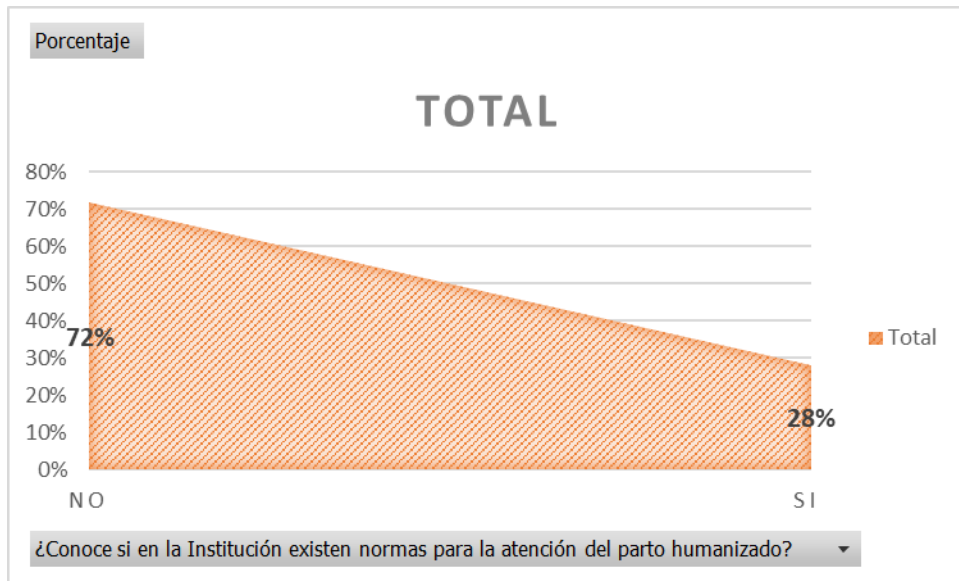
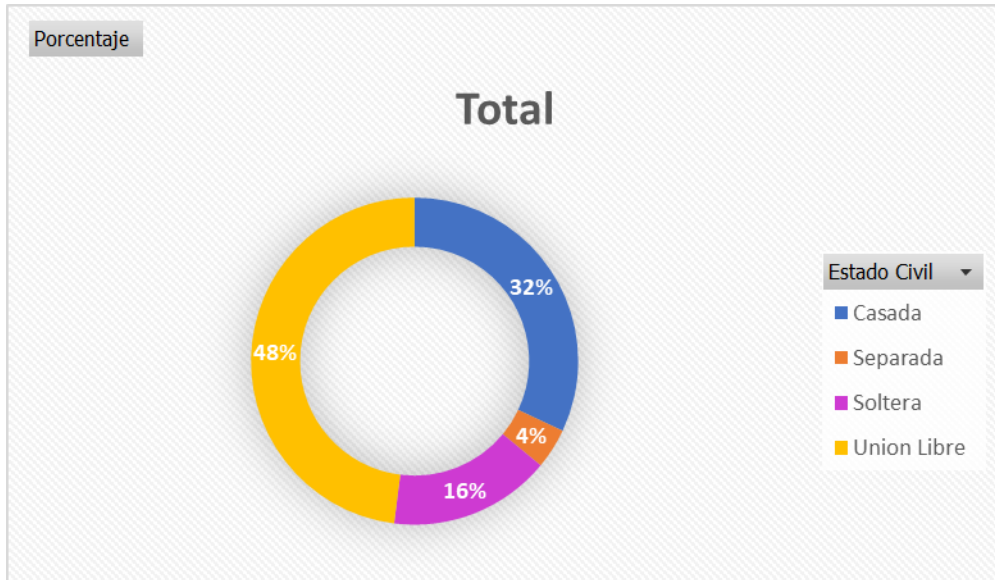
Gráficos de Encuesta Puérperas



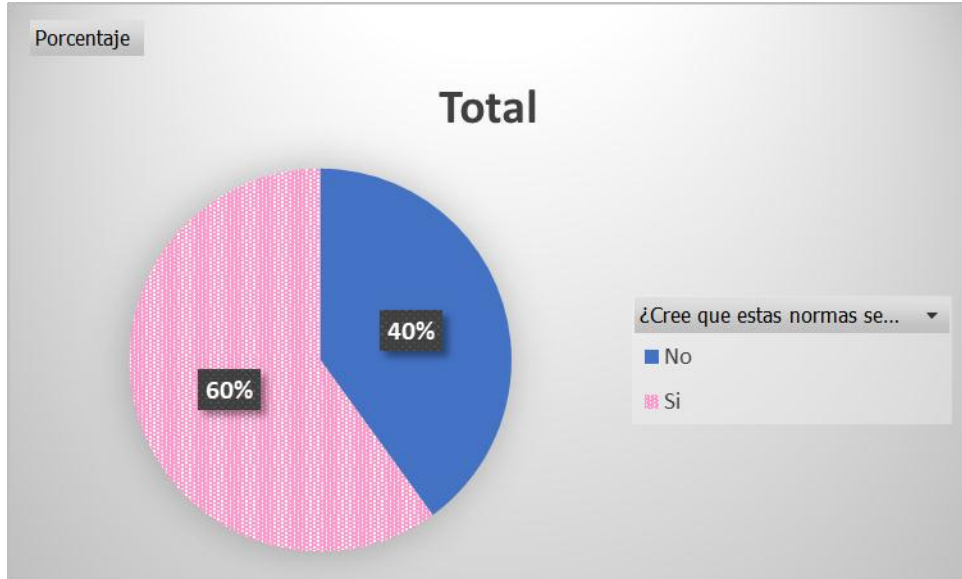
En los resultados de las encuestas a puérperas se encontró que una de las participantes era un niño 14 años, lo que se encuentra proyectado en un mural de información del Ministerio de Salud del municipio en el que para el último semestre del año 2017 se esperaba un promedio de embarazos de 5533 entre “Mujeres entre 10-14” a nivel departamental, tal y como se puede observar en las fotografías siguiente.



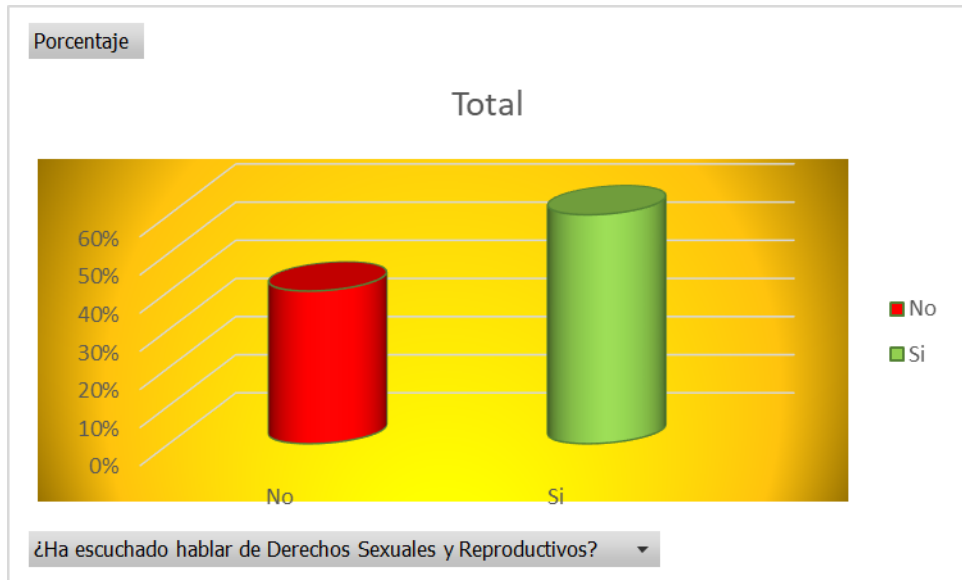


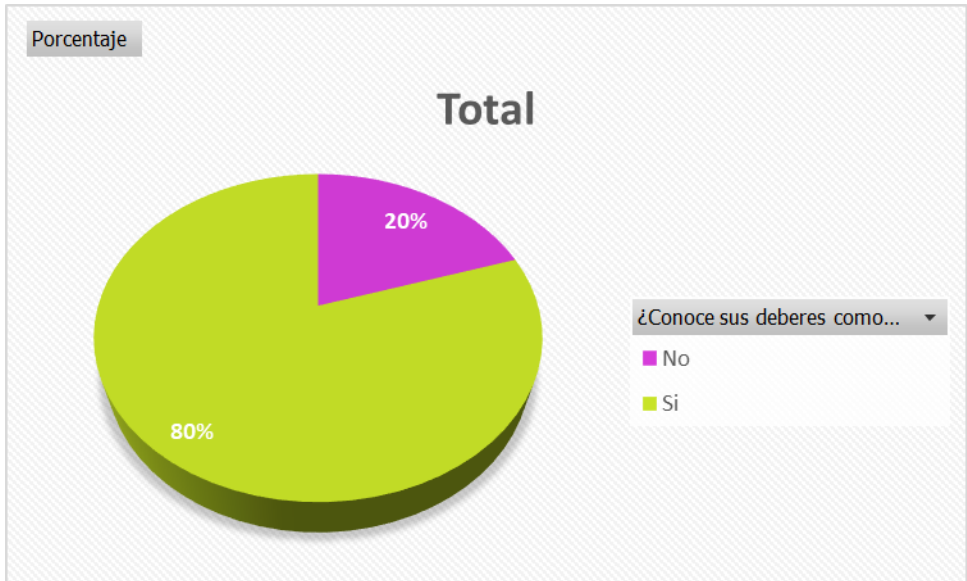
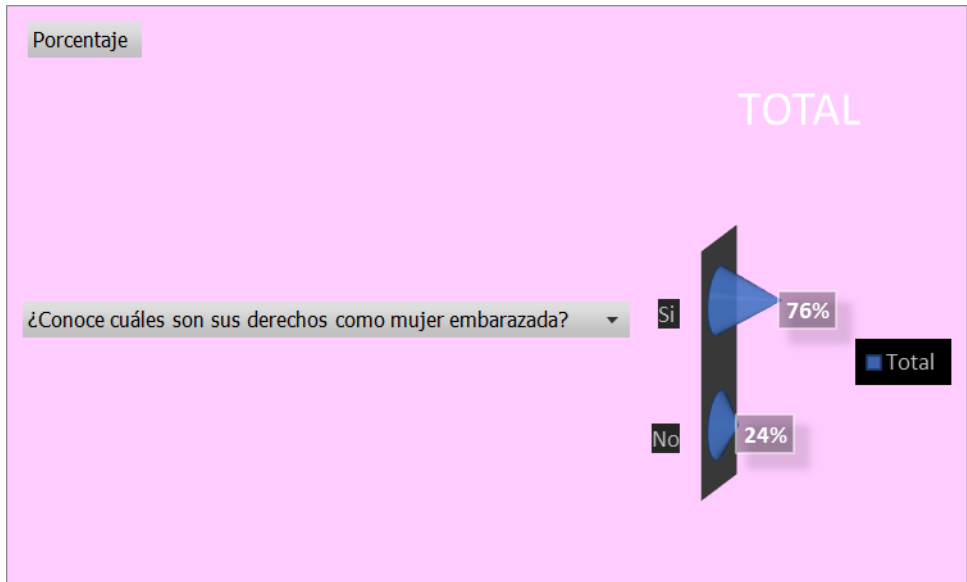


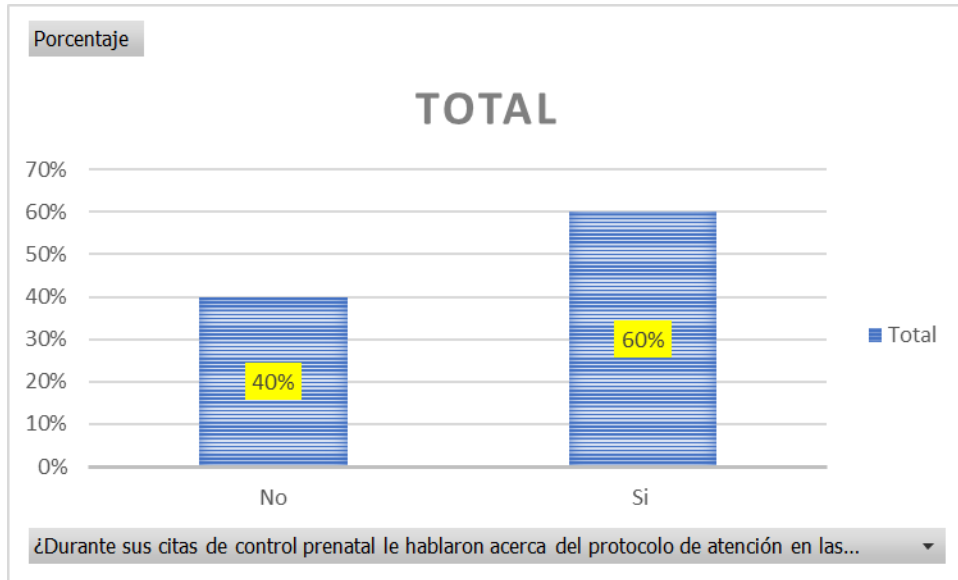
Para las participantes puérperas, también se les repitieron algunas preguntas incluidas en el instrumento diseñado para embarazadas, ya que se intentó conocer si en el desarrollo de sus embarazos o su estancia en el hospital habían recibido información relacionada con la norma de humanización del parto o las normas complementarias que se manejan a nivel institucional para la atención del embarazo, parto y puerperio.



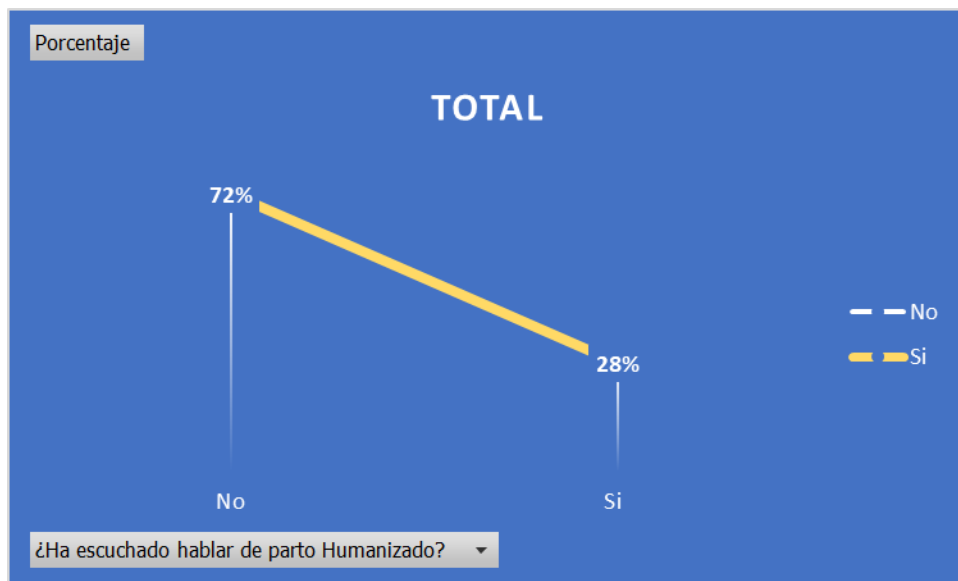
A pesar del desconocimiento que poseen de las normas de atención, para las usuarias estas si se cumplen en las instituciones prestadoras de servicios sanitarios.

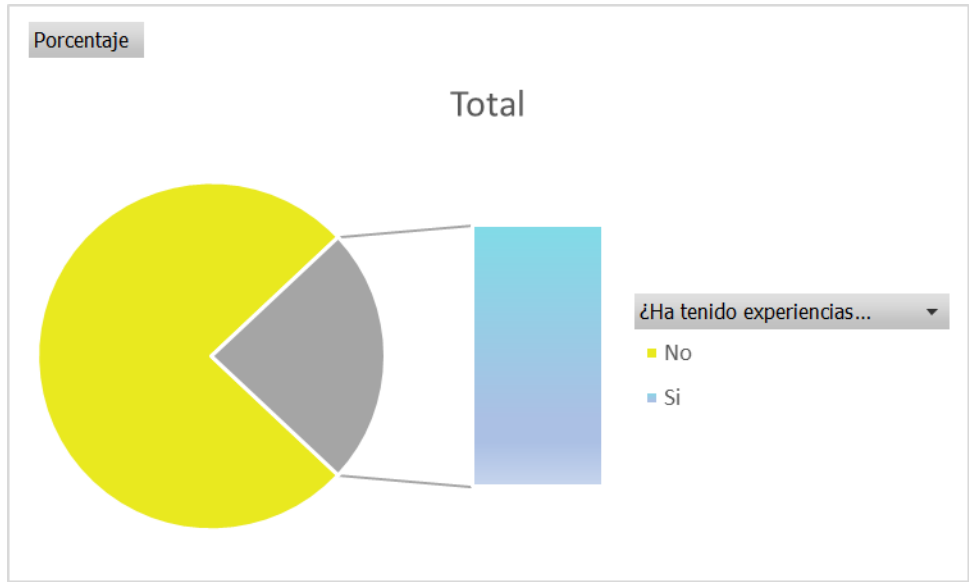






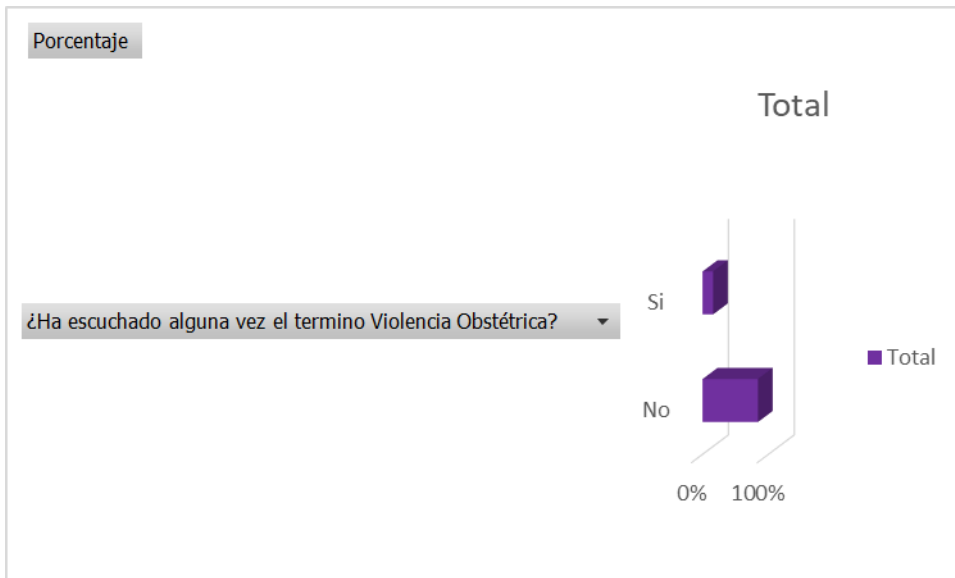
A este ítem le acompaño otra pregunta cualitativa en la que se les consultaba en que momento de su embarazo les hablaron acerca del protocolo de atención en las unidades una vez llegado a término su embarazo a lo que una buena cantidad respondió que fue en su primer trimestre de embarazo.





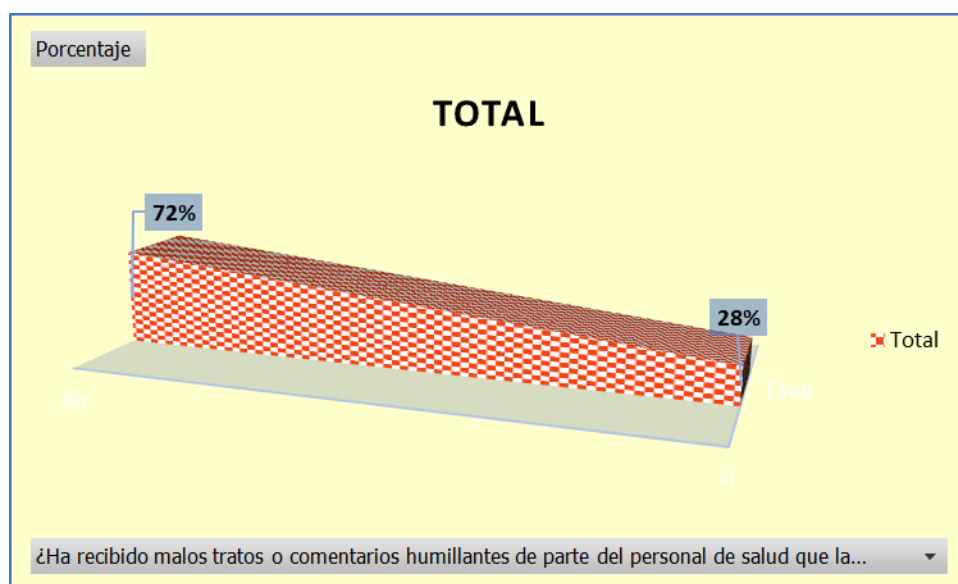
Dentro de las preguntas se planteó interrogar sobre experiencias relacionadas con el parto humanizado puesto que la norma fue creada y puesta en marcha desde el año 2010 y en estos 7 años que han pasado era probable que las mujeres que fueron madres en esos años pudieran estar nuevamente embarazadas y así poder hacer una comparación retrospectiva de su aplicación.

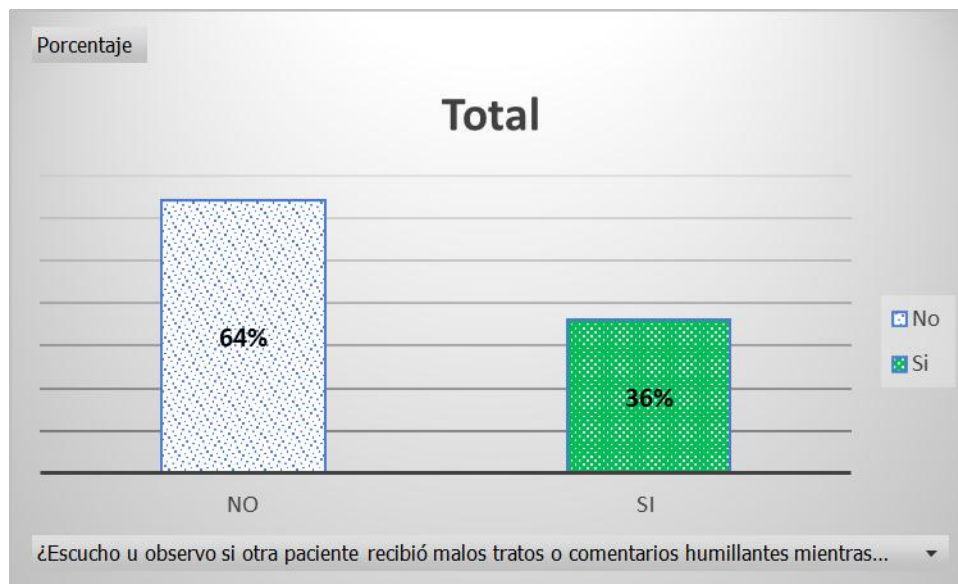




Como la encuesta a embarazadas reflejo anteriormente muchas mujeres desconocen este término y el 84% de las puérperas encuestadas así lo afirmo. Lo que nos muestra que la falta de información recibida por el personal, influye en la percepción que tienen las mujeres de este tema.

También la poca preparación que destina la mujer a buscar por sus propios medios información relacionada con la conducción de su embarazo, dejando en manos del personal de salud su vida y la de los bebes que llevan en sus vientres. Y solo una de ellas pudo identificar las acciones que definen este término.



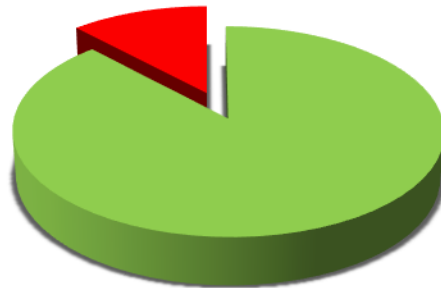


Un 28% de las encuestadas aseguro haber recibido malos tratos y comentarios humillantes de parte del personal de salud que las atendió. Al preguntarles por esas expresiones o manifestaciones señalaron entre otros las siguientes aseveraciones “Comentarios despectivos” “Señalándolas de cobarde” “Que porque cuando estaban con el hombre no gritaban así” y uno de los comentarios más fuertes como el que una paciente mayor de edad señalo al escuchar a dos doctores platicar acerca de que “Si miraban a una mujer de la Casa materna con hemorragia no la atendía porque estaba aburrido y cansado de ver chunches curtidos”

Y otros como que el medico se negó a atender a otra paciente mayor de edad que se presentó a consulta de rutina y que al expresarle fuertes dolores y que ya iba a parir le dijeron que “no sabía, que aún le faltaba” y al dirigirse al baño a orinar ella se agacho porque sentía que ya iba a nacer la niña a la que agarro para que no se lastimara estando y en ese momento llego una muchacha para hacer uso del baño y les aviso inmediatamente a los doctores que momentos antes habían minimizado sus malestares.

Porcentaje

Total



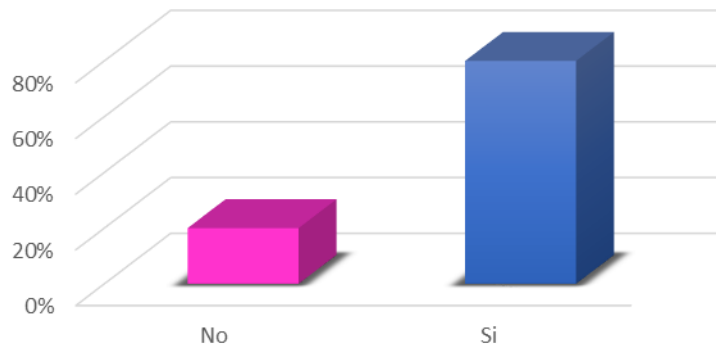
¿Durante su atención en la... ▾

■ No

■ Si

Porcentaje

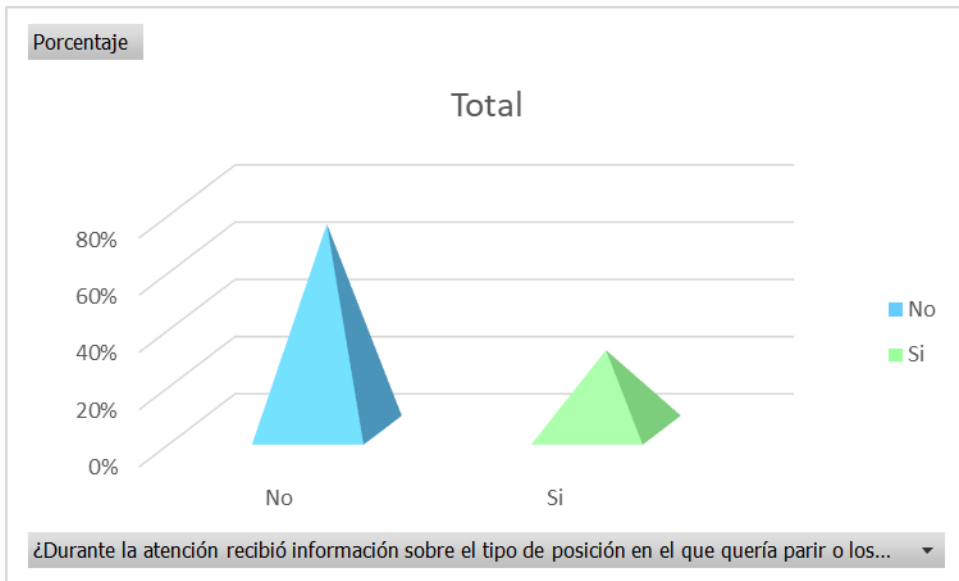
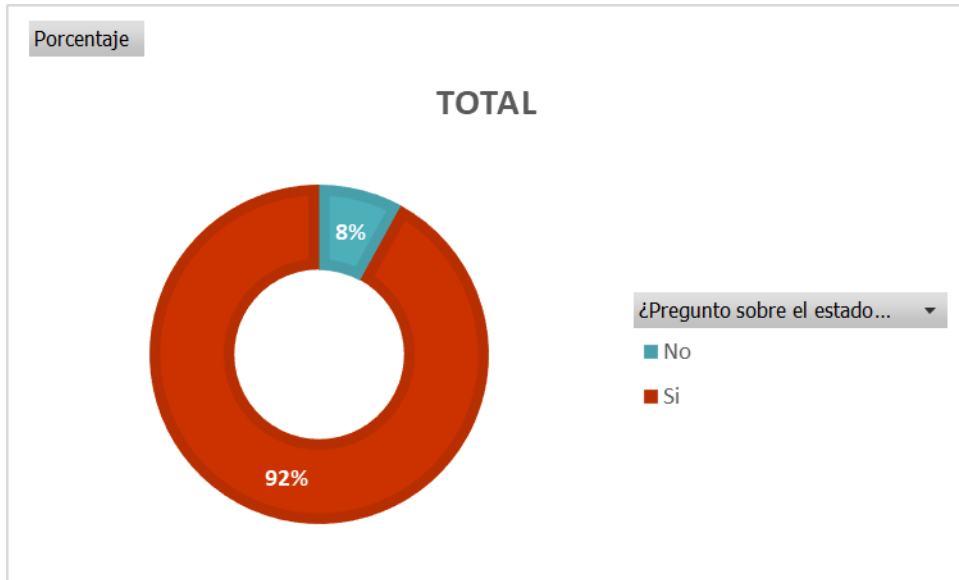
Total



■ No

■ Si

¿Durante su hospitalización recibió información constante de la evolución del embarazo o parto? ▾



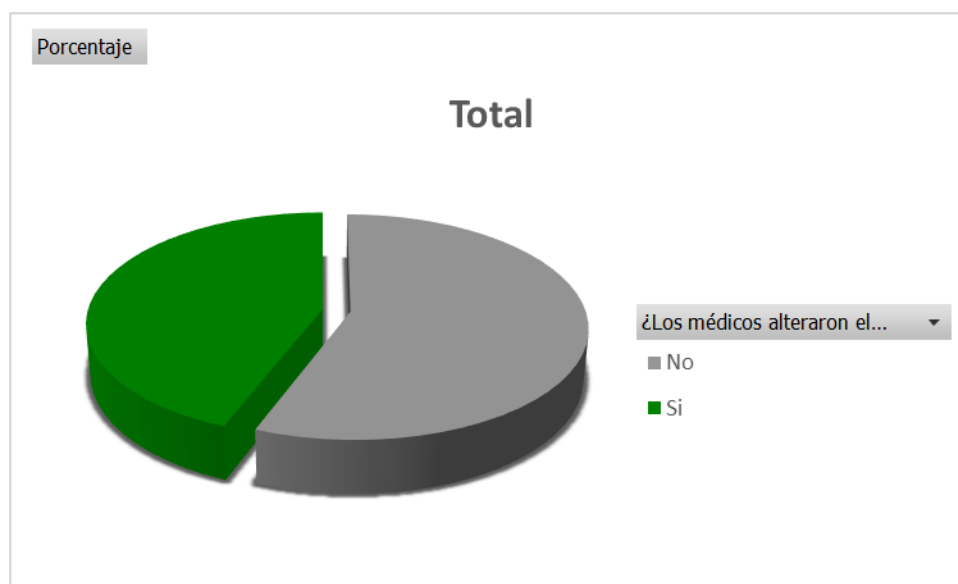
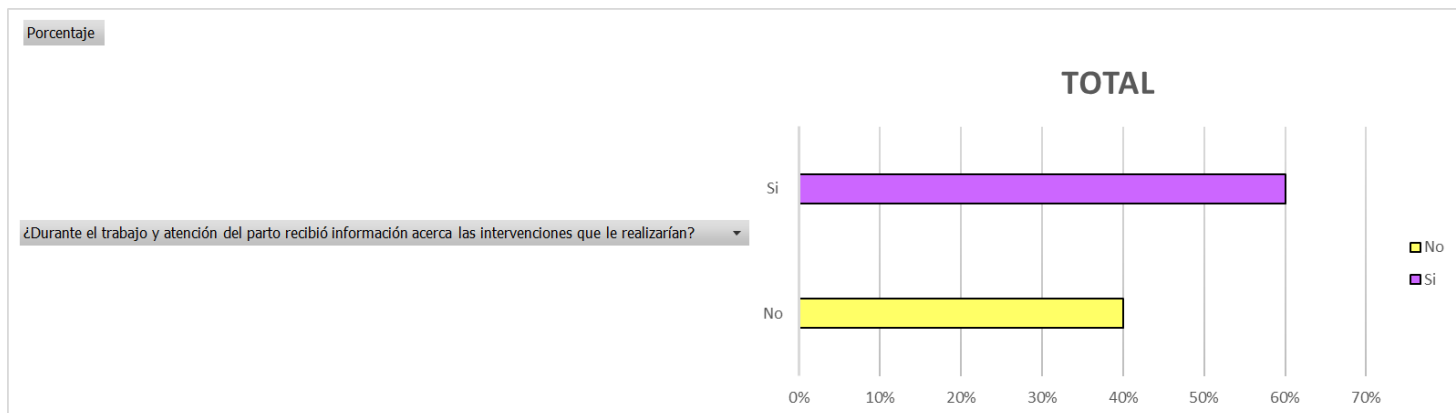
La Norma de Humanización del parto dentro de sus disposiciones generales cita que:

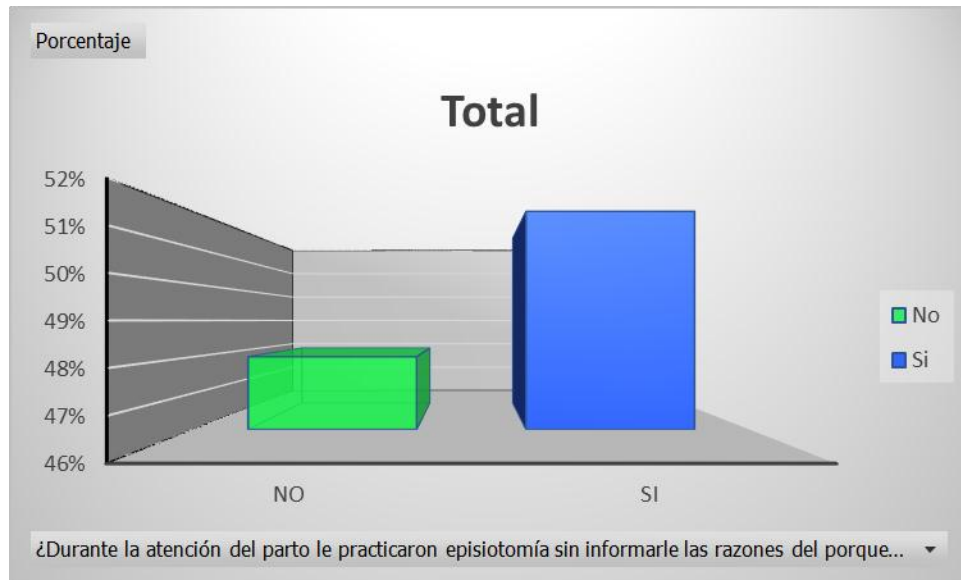
Durante el proceso de atención del parto se debe orientar y permitir a la madre escoger:

- a) La compañía de la pareja o familiar de preferencia.
- b) La posición del parto
- c) La participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y postparto
- d) Entrada de alimentos y bebidas tradicionales

e) La paciente tiene derecho a decidir quién atenderá el parto (medico, partera o familia), siempre y cuando el parto no curse con una complicación obstétrica.

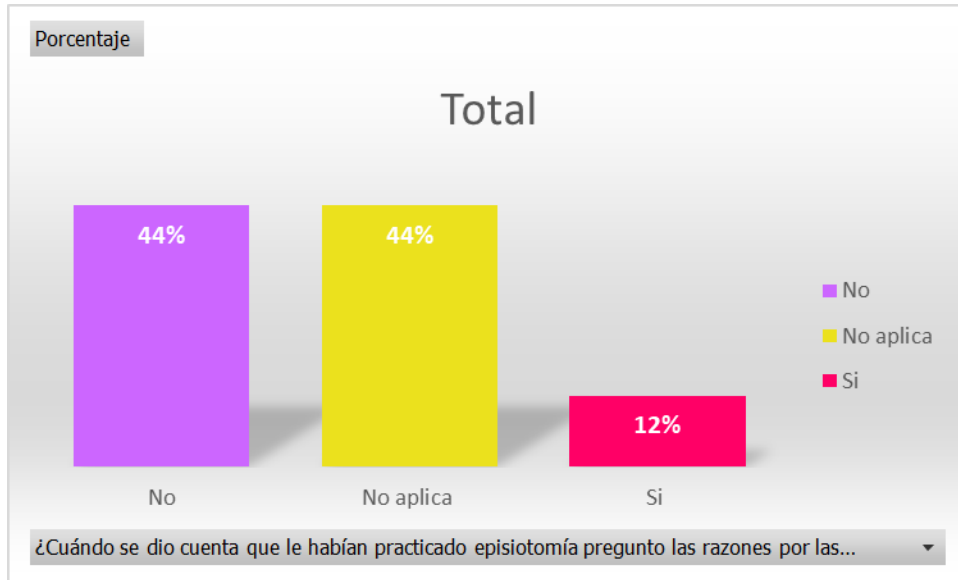
Y la gráfica refleja que el 72% de ellas no recibió este tipo de información.



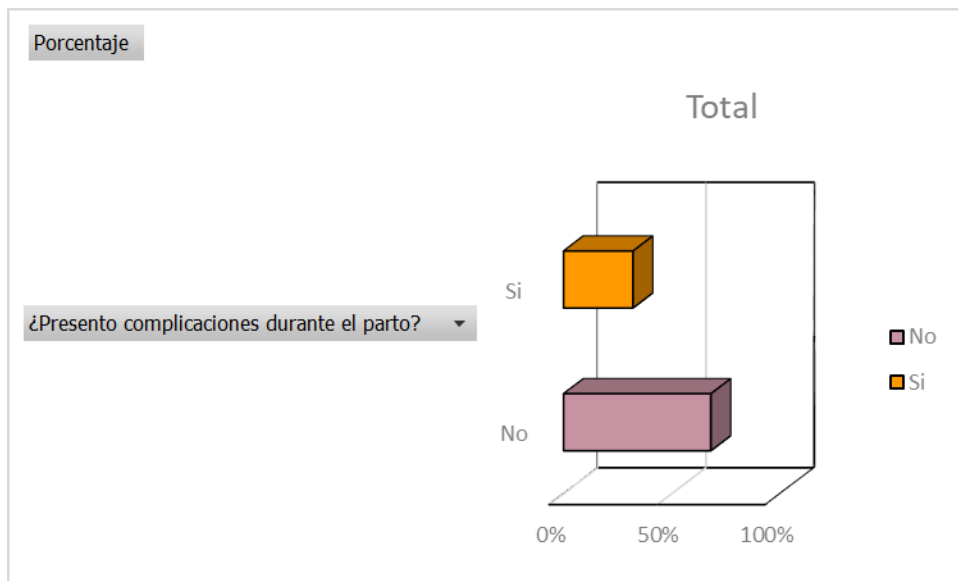


La norma señala que durante el proceso de atención del parto se debe eliminar la práctica rutinaria de episiotomía, rasurado de vello púbico, aplicación de enema y aspiración oro faríngea en el niño, más de la mitad de las encuestadas (52%) señala que si les aplicaron episiotomías. Cuando la misma norma indica que solo se realizaran episiotomías en los siguientes casos:

- a) Parto vaginal complicado
- b) Nulíparas con periné resistente
- c) Parto de nalgas
- d) Distocia de hombros
- e) Parto con fórceps
- f) Extracción por vacío o ventosa obstétrica
- g) Cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o desgarros de tercer grado o cuarto grado mal curados
- h) Sufrimiento fetal

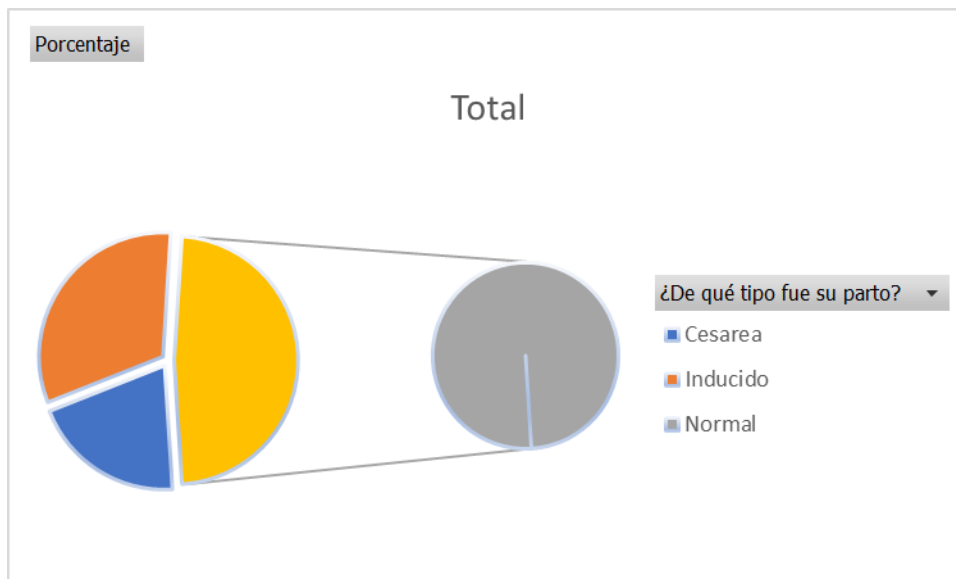


Las mujeres encuestadas admitieron que una vez que se dieron cuenta que les habían practicado episiotomía solo un bajo porcentaje pregunto las razones del porque se las habían realizado y el 44% restante no pregunto porque consideran que es algo “normal” en las mujeres que paren.

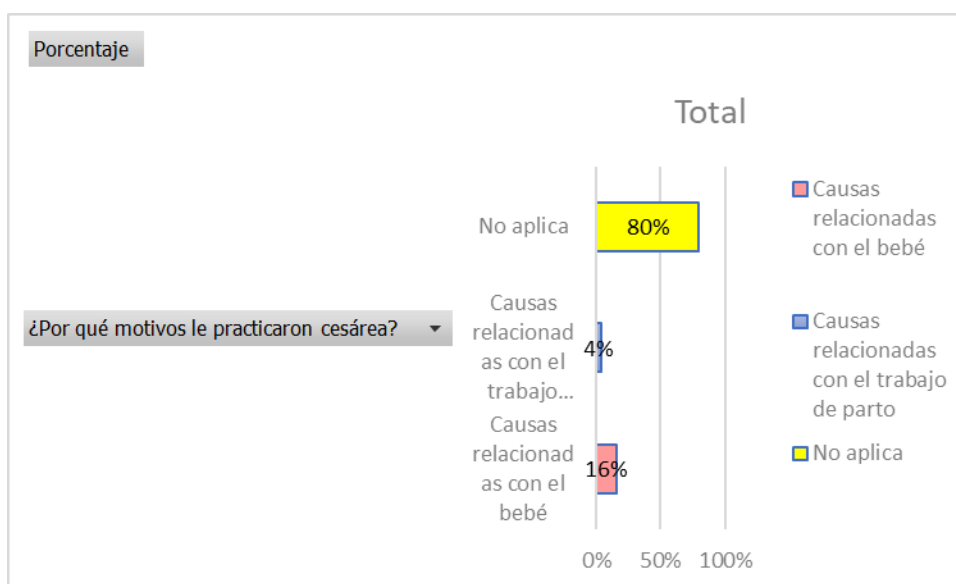


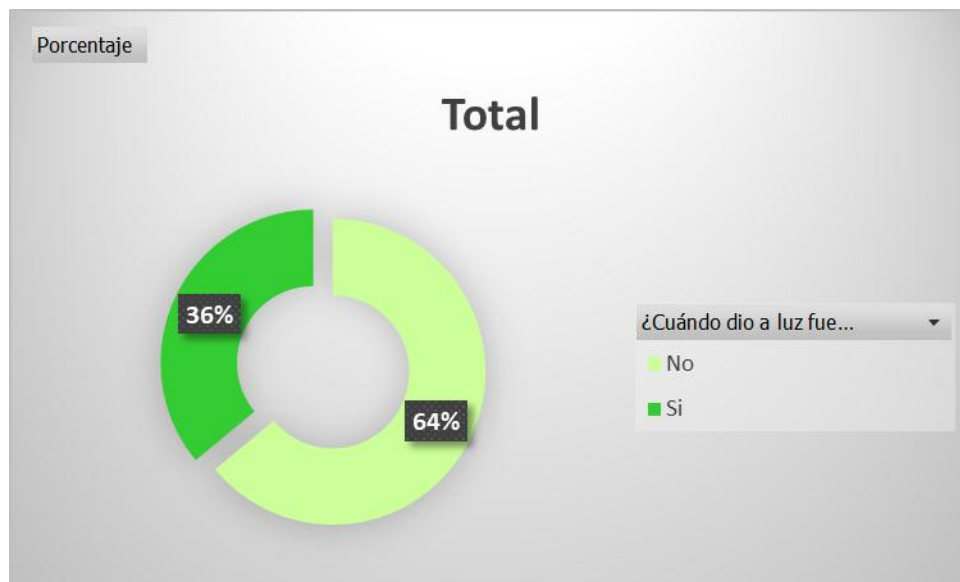
Ya que solo un 32% de ellas presento complicaciones durante el parto, no se ameritaba realizar ningún tipo de intervención como episiotomías en las mujeres que no las tuvieron, y más aún en las que respondieron que sí; ver qué tipo de complicaciones relacionadas con el embarazo o trabajo de parto presentaban como, por ejemplo; parto prematuro por una

rotura prematura de membranas, anomalías uterinas, enfermedad de la madre, malnutrición, infecciones u otras causas desconocidas. Sufrimiento fetal, contracciones no efectivas, posición del feto o problemas físicos en la madre.

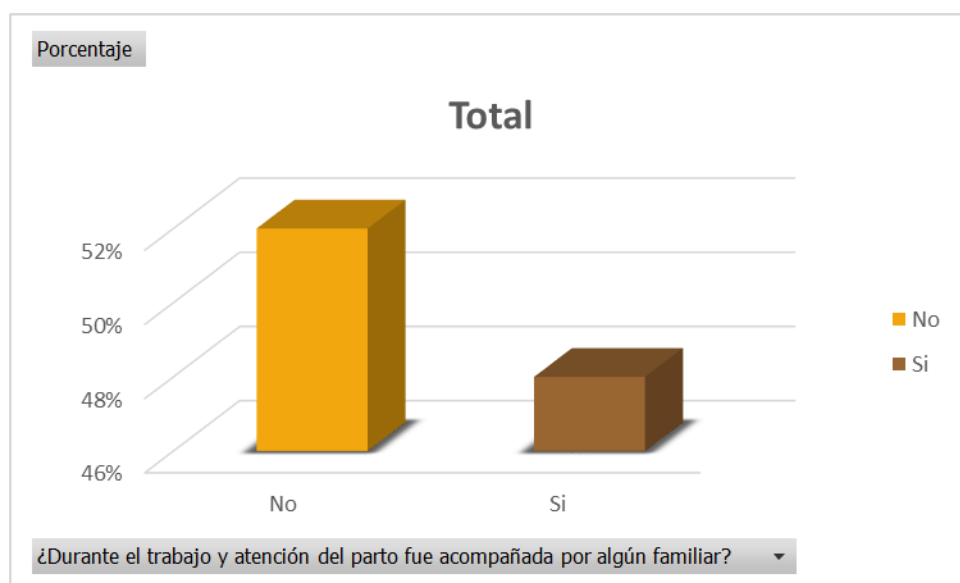


En cuanto al tipo de parto las estadísticas mostraron que un 20% corresponde a cesáreas, 32% a parto inducido y solo un 48% corresponde a un parto normal; lo que en medicina correspondería a un parto natural en el que él bebe *“se viene de manera natural, espontanea”* sin alteraciones médicas como lo es el parto inducido el que tiene altas probabilidades de acabar en cesárea.

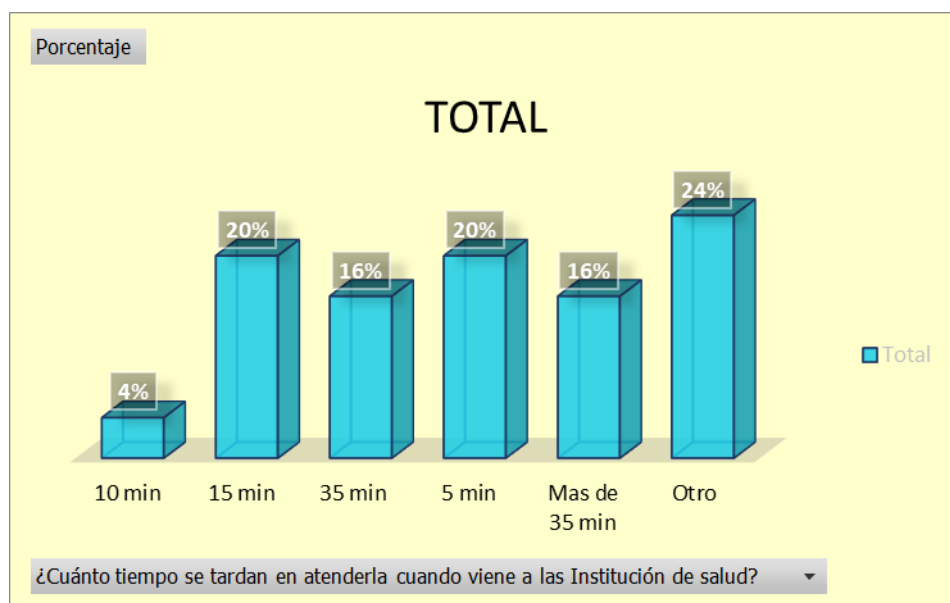
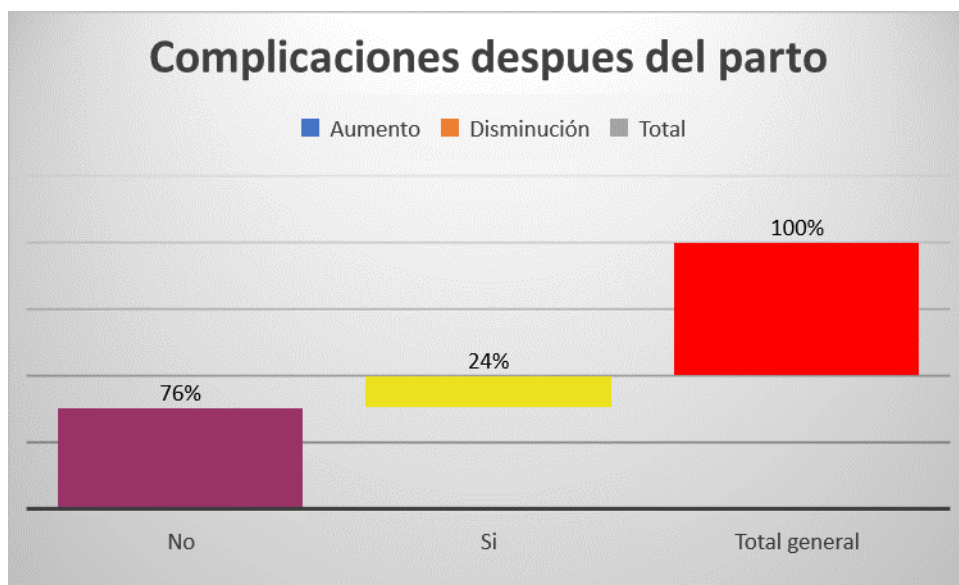


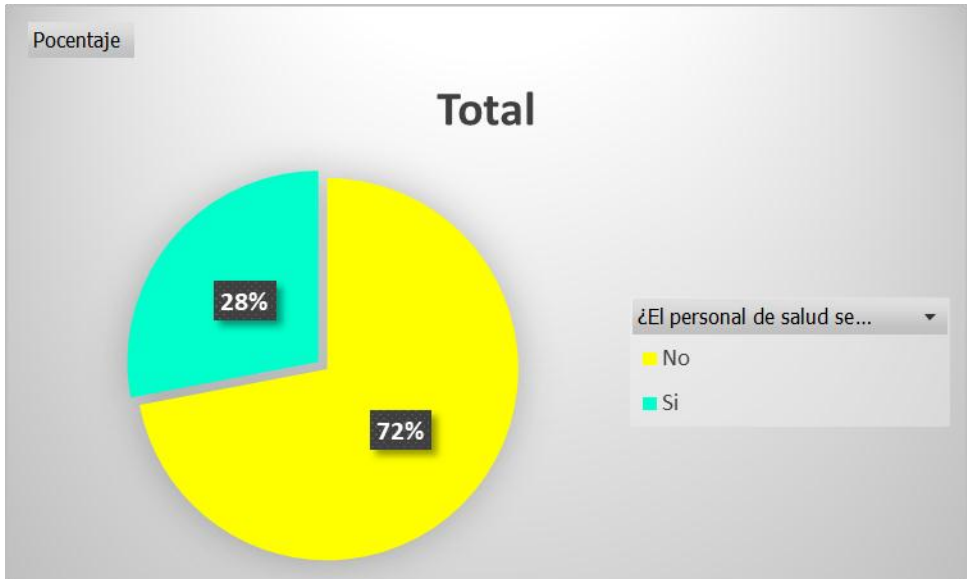
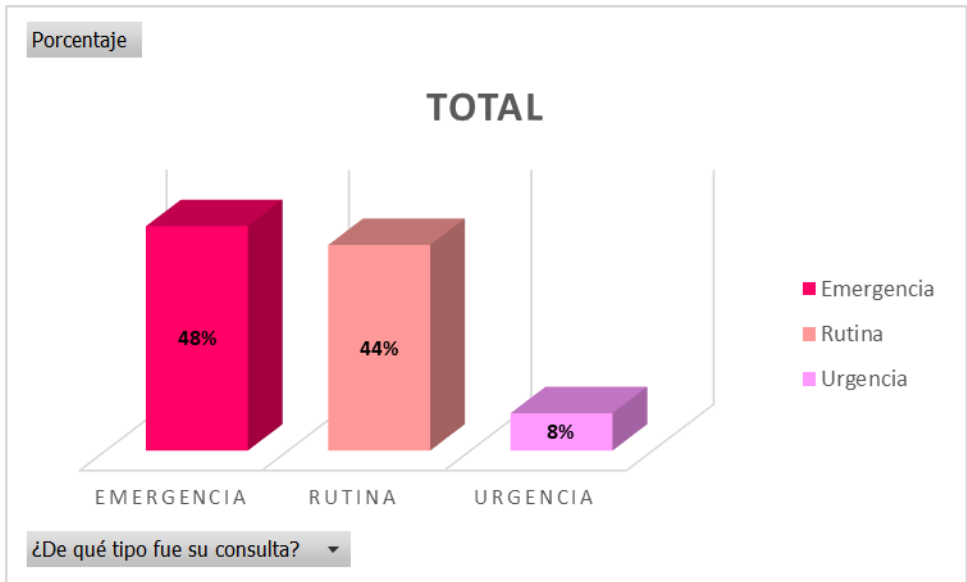


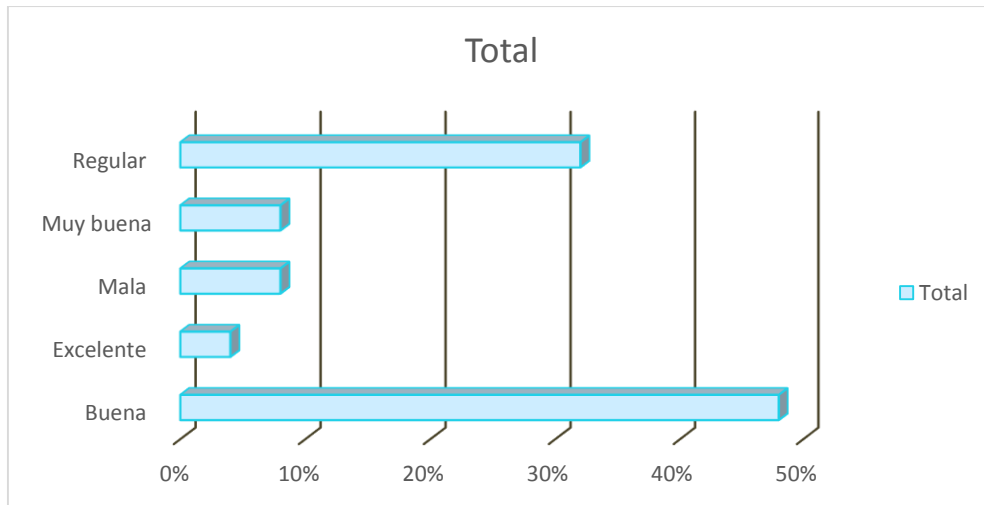
Para le siguiente ítem la norma señala que: Durante el proceso de atención del parto se promueve el acercamiento precoz y alojamiento conjunto de la madre-hijo/a, lactancia precoz (excepto VIH positivo) entre otros. Lo que nos indica la gráfica que, aunque un bajo porcentaje, 36% de las encuestadas no fue separada de su bebe al nacer pero que igual no corresponde al porcentaje de cesáreas practicadas (20%) en el que como parte del protocolo hospitalario es llevado a neonatología separándolo de su madre al nacer y retrasando el vínculo afectivo (apego precoz).



En la gráfica se muestra una diferencia de 4 entre el porcentaje de encuestadas que dijeron que si estuvieron acompañadas (48%) de las que dijeron no (52%). Las razones se sitúan en que no les permitieron dejar entrar a su acompañante, otras que sus familiares (esposo o madre) no estaban presentes pues procedían de comunidades u otros municipios aledaños a Estelí por consulta de rutina y no esperaban quedarse, otros que no les dejaron entrar a sus esposos o parientes no cercanos a su núcleo familiar (primas, tías, suegras) o amigas.







A pesar de las deficiencias reveladas en el estudio, un alto porcentaje califica de buena la atención recibida en las instituciones seleccionadas, especialmente la casa Materna y el Hospital San Juan de Dios, tanto así que varias de las encuestadas que no pertenecen al municipio y departamento de Estelí prefieren venir a parir a este hospital. Sin embargo, aunque en ocasiones reciben malos tratos del personal de salud, aseguraron que no eran todos ni todas, que hay buenos médicos y por eso siguen viniendo a recibir atención a Estelí.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

Una vez analizados los instrumentos de recolección de la información y todo el proceso llevado a cabo para su síntesis, las conclusiones a las que se llegaron fueron:

- ‡ La mujer embarazada desconoce a profundidad las implicancias de su embarazo, debido a la falta de información sexual oportuna y adecuada brindada en la adolescencia. Y por otro lado la escasa información recibida durante la atención del embarazo de parte del personal de salud, en muchos casos también por falta de iniciativa de ellas mismas, ya que a través de los años han dejado el manejo de sus cuerpos en manos de médicos y enfermeras que trabajan en ellos para traer nueva vida al mundo.
- ‡ La violencia obstétrica es una expresión más de la violencia de género vivida a lo largo de muchos siglos. El abuso hacia la mujer dejó de llevarse solo en casa y se trasladó a espacios públicos institucionalizando en el área de la salud. Al patologizar el parto como una enfermedad en lugar de un proceso natural en la vida del ser humano incrementado en abusos y estimulando conductas que antes no se daban (o no se reconocían) y que ahora están dentro del marco de la Violencia Obstétrica.
- ‡ Esta violencia puede manifestarse de las siguientes formas: burlas, regaños, insultos, amenazas, ironías, manipulación de información, humillaciones, negación a ciertos tratamientos, limitación de la información de las decisiones que el equipo médico va tomando avanzado el trabajo de parto, abuso de medicinas e, incluso, golpes. Saber reconocerla es la clave para evitar que se siga produciendo.
- ‡ Las mujeres de escasos recursos son las principales víctimas de este fenómeno debido a su nivel de educación, la falta de apoyo familiar; ya que en muchas ocasiones cuando vienen a consulta lo hacen solas o sus familiares por sus pocas condiciones económicas las dejan llevar a cabo el proceso sola y vienen a traerlas una vez que él bebe ha nacido por lo que no pueden intervenir ante situaciones de abuso que viva la mujer durante su ingreso a las instituciones de salud.

- ‡ El nacimiento debería ser atendido también por parteras quienes están capacitadas en el arte de nacer y los médicos deberían solamente atender el parto en situaciones extremas. El enfoque de riesgo utilizado para encasillar el tipo de parto que la mujer debe recibir hace que sea más complicado, lo no ayuda al desenlace fisiológico del parto.
- ‡ La excesiva medicalización del parto, las cesáreas como los partos instrumentales dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y SEPT (Síndrome de Estrés Postraumático) posparto que pueden afectar las relaciones sexuales de la mujer e incluso a sus relaciones familiares, además de reducir su fertilidad.
- ‡ Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños. Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo entre ellos.
- ‡ El parto humanizado en Nicaragua tiene como base la creación de las Casas Maternas en la década de los 80, en la que una gran parte de la población no tenía acceso a los servicios del sistema de salud y en el que las prácticas culturales para el nacimiento eran lo normal.
- ‡ Con la reproducción de Casas maternas y su integración al sistema de salud se logró incluir a las parteras a la red de atención del país, lo cual significó trasladar esas mujeres que parían en casa al hospital lo que redujo en gran medida las muertes maternas en los últimos 30 años.
- ‡ El Ministerio de salud ha venido trabajando en estrategias para mejorar la salud materna y perinatal del país, por lo cual se estableció la Norma de Humanización del parto institucional (2010) en el cual se integran elementos como la adecuación cultural, preferencias de las mujeres para la atención de su embarazo y parto, para de esta forma mejorar la calidad de atención, así como la seguridad de las usuarias.
- ‡ A pesar de la creación de esta norma, hay un escaso cumplimiento de la misma debido a que el personal de salud que labora en dichas instituciones no maneja al cien la norma y solo permite el acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto.

- ‡ La actitud del personal ante la aplicación de la norma y hacia las usuarias repercute en el nivel de satisfacción de los servicios que se prestan, especialmente en el hospital San Juan de Dios que está relacionado con la calidad de la atención.
- ‡ La falta de divulgación de la norma, así como las escasas capacitaciones al personal imposibilita la adquisición de información al público (sociedad) necesaria para que la mujer una vez que se encuentra en estado de embarazo se apropie de los elementos necesarios para la conducción de un parto seguro y satisfactorio, en la misma medida que tanto el personal como la usuaria trabajen juntos en pro de traer esa nueva vida al mundo.

8.2 RECOMENDACIONES

A. Personal de salud

- ‡ Al personal médico y de enfermería que labora en el área materno-infantil se insta a leer la norma de humanización y aplicarla en su totalidad.
- ‡ Desarrollar habilidades empáticas y de sensibilización ante las circunstancias de otros seres humanos.
- ‡ Promover la divulgación de la norma entre las usuarias, parteras y miembros en la institución (estudiantes de enfermería, de medicina).
- ‡ Divulgar la norma en los espacios de trabajo a través de círculos de embarazadas y charlas durante la atención de usuarias y con sus familiares.
- ‡ Solicitar a sus superiores capacitaciones de la norma de humanización y normas complementarias.
- ‡ A las enfermeras jefas realizar supervisiones constantes relacionadas con la aplicación de la norma para detectar fallas a nivel institucional y del personal que deterioren las relaciones, el nivel de calidad y la imagen del resto de personal que trabaja en el área materno-infantil.
- ‡ Garantizar y exigir los medios necesarios para la puesta en práctica de la norma y responder a las necesidades de las usuarias.

B. Usuarias

- ‡ Empoderarse de sus derechos (sexuales, reproductivos y de embarazadas) para evitar situaciones que pongan en peligro su vida y la de sus bebés en el parto. Mostrarse segura de sus convicciones y las decisiones tomadas para el nacimiento de su bebé.
- ‡ Informarse, leer o preguntar acerca de los procedimientos que le realizarán a ellas y sus bebés en el parto o después de él. Con amigas, familiares, otros médicos o enfermeras, es decir personas con conocimientos o que hayan pasado por situaciones similares.
- ‡ Establecer confianza y comunicación con su médico, cumpliendo con las citas, atendiendo las indicaciones y tomando las previsiones necesarias para un buen trabajo de parto y alumbramiento.

C. Trabajadores Sociales

- ‡ Leer, indagar, informarse sobre temas relacionados con la salud pública. Ya sea en el desarrollo de las clases o durante sus prácticas, detectando fallas o dificultades en las relaciones entre distintos grupos sociales.
- ‡ Divulgar sus conocimientos respecto al estudio presentado o las inquietudes originadas a partir de él con sus familiares, amigos, compañeros y especialmente con mujeres embarazadas o no, para despertar en ellas la curiosidad sobre este problema (violencia obstétrica) sus consecuencias y su alternativa de solución (humanización del parto).
- ‡ Realizar campañas de divulgación de la norma de humanización del parto y acerca de la violencia obstétrica en las instituciones de salud donde realicen sus prácticas o en la misma universidad.
- ‡ Desarrollar programas o proyectos que incluyan la capacitación o divulgación del tema en cuestión, en sus barrios o comunidades, a través de técnicas de educación popular, redes sociales, programas de radio o televisión al que tengan acceso de manifestarse.

IX. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Barria Oyarzo, C. S., & Rivera Leinecker, L. (2016). SALUD Y GÉNERO. UNA MIRADA SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. *Revista diáLogos*, 97-103.
- Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, eticos y juridicos . *Dilemata*, 113-128.
- González Pacheco, I., Romero Pérez, I., Sámano Sámano, R., Torres Cosme, J., Sanchez Miranda, G., & Chávez Courtois, M. (Enero-Marzo de 2010). *www.medigraphic.org.mx*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101h.pdf>
- MINSA. (2005). *Salud Materna e Infantil en Nicaragua : Avances y Desafios 2005*. Managua, Nicaragua.
- MINSA. (2005). *Salud Materna e Infantil en Nicaragua : Avances y Desafios 2005*. Managua, Nicaragua.
- Soto-Toussaint, L. (2016). Violencia Obstetrica . *Revista Mexicana de Anestesiología* , 55-60.
- Almaguer Gonzalez, J. A., Garcia Ramirez, H., & Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atencion intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Revista Genero y Salud en Cifras*, 44-59.
- Altamirano, A., Pacheco, C., Huelva, L., Saenz, M., & Lopez, A. (Octubre de 2016). Embarazo adolescente en Nicaragua. Causas y consecuencias economicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua. Nicaragua.
- Ander Egg, E. (1994). *Historia del Trabajo Social*. Argentina: Lumen.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 145-169. Obtenido de redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
- Arnau Sanchez, J., Nicolas Viguera, M., Martinez Roche, M., Bas Peña, E., Morales Lopez, R., & Alvarez Munarriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 225-247. Recuperado el 07 diciembre de diciembre de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
- Barria Oyarzo, C., & Rivera Lei, L. (2016). Salud y Genero. Una mirada sobre la violencia obstetrica. *Revista diaLogos*, 97-103.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo Sexo*. Paris: Gallimard.

- Biurrun-Garrido, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. *Revisión de la Bibliografía. Matronas Profesion*, 14(2): 62-66. Obtenido de *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66.
- Britos Solian, C., & López Antón, S. (2016). EL PODER DEL PARTO La Violencia Obstétrica desde los aportes del Trabajo Social Reflexiones sobre la realidad argentina. Argentina.
- Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo Natural, naturalizando lo Patológico..... Improntas de la praxis obstetrica. *Revista venezolana de estudios de la Mujer*, 147-162.
- Campero, L., Walker, D., Hernandez, B., Espinoza, H., Reynoso, S., & Langer, A. (2006). La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Pública de México*, 48(Supl. 2), 297-306. Obtenido de *Salud Pública de México*, 48(Supl. 2), s297-s306: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000800010&script=sci_arttext
- Cobo Gutierrez, C. (Junio de 2016). La Violencia Obstetrica . Cantabria .
- Codeni. (s.f.). Recuperado el Enero de 2018, de <http://www.codeni.org.ni/proteccion-especial/embarazos-en-adolescentes/embarazos-en-adolescentes/>
- Colanzi, I. (3-5 de 12 de 2014). *De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica*. Obtenido de <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>
- Coral Ibarra, R. (2006). HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE EL PARTO. *Revista U.D.C.A Actualidad y Divulgacion Cientifica*, 47-56.
- De Profesion Mami*. (Noviembre de 2014). Obtenido de <http://deprofesionmami.blogspot.com/2014/11/ejemplos-y-consecuencias-de-la.html>
- El Parto es Nuestro*. (s.f.). Recuperado el Diciembre de 2017, de <https://www.elpartoesnuestro.es>
- Fellner, E., Cobos, J., Hidalgo, E., & Estrada, J. (11 de Marzo de 2009). *InfoLeg*. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Galimberti, D. (2015). Violencia Obstétrica. Argentina.
- Guia Mama y Bebe.com. (30 de Julio de 2009). *Guia Mama y Bebe.com*. Obtenido de <http://www.guiamamaybebe.com/temas/Parto/Como-afectan-al-bebe-el-forceps-la-cesarea-y-la-epidural%E2%80%A6.asp>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2007). En *Metodología de la investigación* (pág. 105). Mexico: McGrawHill.
- Hospital Sanitas La Zarzuela. (s.f.). *Conoce todo lo importante sobre el parto humanizado*. Recuperado el 2017, de sanitas.es: <https://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>
- Instituto de Estudios Estrategicos y Politicas Publicas. (2011). Avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. *Serie Vos Politicas de Inclusion Social*, 7-44.

- Kisnerman, N. (1997). *Pensar el Trabajo Social. Una introduccion desde el construccionismo*. Buenos Aires- Mexico: Grupo Editorial Lumen Hvmánitas.
- La especializacion en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. (s.f.). Recuperado el 2018, de <http://www.cgtrabajosocial.es>
- Lopez, D. (21 de Enero de 2015). *Materna Birth Matters*. Obtenido de <https://www.materna.es/el-postparto/concepto-de-puerperio/>
- Ministerio de la Juventud*. (2014). Recuperado el Noviembre de 2017, de <http://www.minjuve.gob.ni/dsr/index.php/en/derechos-sexuales-y-reproductivos>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (julio de 2016). *Violencia Basada en Genero Marco Conceptual para las Politicas Publicas y la accion del Estado*. Peru, Peru.
- Ministerio de Salud. (Mayo de 2010). *Norma de Humanizacion del parto Institucional*. Managua, Nicaragua.
- MINSAL. (Mayo de 2010). *Norma de Humanizacion del Parto Institucional*. Managua, Nicaragua.
- MINSAL. (Agosto de 2008). *Normas y Protocolos para la Atencion Prenata, Parto, Puerperio y Recien Nacido de bajo riesgo*. Managua, Nicaragua.
- MINSAL. (Octubre de 2009). *Normas de Alimentacion y NUtricion para Embarazadas, Puerperas y Niñez menor de cinco años*. Managua, Nicaragua.
- MINSAL. (Enero de 2013). *Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal*. Nicaragua.
- MINSAL. (Abril de 2013). *Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas*. Managua, Nicaragua.
- Olza Fernandez, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atencion al parto. Aproximacioln al concepto de violencia obstetrica. *Revista Iberoamericana de Psicomatica*, 79-83.
- OMS. (2012). *Guia de la OMS para la aplicacion de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM*. En OMS. Ginebra: OMS.
- OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conduccion del trabajo de parto*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS, Organizacion Mundial de la Salud.
- OMS. (Septiembre de 2016). *Mortalidad Materna*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OPS/OMS, MINSAL. (2005). *Salud Materna e Infantil en Nicaragua : Avances y Desafios 2005*. Managua, Nicaragua.
- Organizacion Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guia practica*. Ginebra : OMS.

- Organizacion Mundial de la Salud. (2012). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision*. Obtenido de WHO:
<http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
- Presno Labrador, M., & Castañeda Abascal, I. (2003). *Enfoque de genero en salud. Su importancia y aplicacion en la APS*. Obtenido de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_3_03/mgi02303.htm
- Protocolo para la Atencion de las Complicaciones Obstetricas. (Enero de 2013). Managua, Nicaragua.
- Salvador, Z. (28 de 12 de 2017). *Reproduccion Asistida ORG*. Obtenido de
<https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-sintomas-etapas-del-desarrollo-fetal/>
- Secretaría de Seguridad Pública. (agosto de 2012). Manual Prevencion de la violencia de Genero en Diversos Contextos. Mexico, Distrito Federal, Mexico. Obtenido de
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/48440/Manual_Violencia_de_G_nero_en_Diversos_Contextos2.pdf
- UNFPA, USAID, UNICEF, & OPS/OMS. (Diciembre de 2009). <http://www.minsa.gob.ni>. Obtenido de PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD:
<http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2009/Normativa-%E2%80%93011-%E2%80%9CNormas-y-protocolos-para-la-atenci%C3%B3n-prenatal-parto-reci%C3%A9n>
- Velasco Alba, S. M. (s.f.). *Parto Humanizado*. Obtenido de
<http://partohumanizado.com.mx/parto.html>
- Villegas Poljak, A. (Enero-Junio de 2009). LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA ESTERILIZACIÓN FORZADA FRENTE AL DISCURSO MEDICO. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 125-146.

X. ANEXOS

Anexo No.1 Encuesta a Embarazadas



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria FAREM - Estelí
Departamento de Ciencias de educación y Humanidades
Licenciatura en Trabajo Social

Encuesta a Mujeres Embarazadas

Objetivo: Recopilar información sobre la aplicación de la normativa del parto humanizado y su incidencia en la violencia obstétrica dentro de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí desde la percepción de trabajadores de la salud y usuarias durante el segundo semestre del año 2017.

No. Encuesta: ____ Fecha: _____ Institución de Salud: _____

Nombre del Encuestador: _____

I. DATOS GENERALES

- 1) Edad: 10-14() 15-19() 20-24() 25-29() 30-34() 35-39() 40-44() 45-49()
- 2) Procedencia: Estelí () La Trinidad () San Nicolás () Limay () Condega () Pueblo Nuevo
() Otros ()
- 3) Escolaridad: Primaria () Secundaria () Técnico () Universidad () Maestría () Ilustrada ()
- 4) Estado Civil: Soltera () Casada () Unión Libre () Separada () Viuda () Divorciada ()

II. CONOCIMIENTO DE NORMAS

- 1) ¿Conoce si en la Institución existen normas para la atención del parto humanizado?

Si ____ No ____

- 2) ¿A través de que medio conoció las normas?
- 3) Mencione alguna norma que recuerde.
- 4) ¿Cree que estas normas se cumplen en las Instituciones de Salud (Casa Materna, Centro de Salud, Hospital)?

Si ____ No ____ ¿Por qué?

III. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

- 5) ¿Ha escuchado hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos?

Si ____ No ____

- 6) ¿Cuáles son esos derechos? Mencione algunos que recuerde.

- 7) ¿Conoce cuáles son sus derechos como mujer embarazada?

Si ____ No ____

- 8) ¿Cuáles son esos derechos? Mencione algunos que recuerde.

- 9) ¿Conoce sus deberes como mujer embarazada?

Si ____ No ____

- 10) ¿Cuáles son esos deberes? Mencione algunos que conozca/recuerde.

IV. PROTOCOLO DE ATENCION.

- 11) ¿Durante sus citas de control prenatal le han hablado sobre el protocolo de atención en las unidades de salud?

Sí ____ No ____

- 12) ¿En qué momento del embarazo le hablaron del protocolo de atención?

- 13) ¿Ha escuchado hablar de parto Humanizado?

Si ____ No ____

14) ¿Dónde le hablaron por primera vez del parto humanizado?

15) ¿Qué conoce Ud. acerca de parto humanizado?

16) ¿Qué cree Ud. que es Parto humanizado? Explíquelo con sus palabras.

17) ¿Ha tenido experiencias relacionadas con el parto humanizado?

Si ____ No ____

18) ¿Como ha sido su experiencia?

19) ¿Qué hizo para enfrentar esa experiencia?

V. VIOLENCIA OBSTETRICA

20) ¿Ha escuchado alguna vez el termino Violencia Obstétrica?

Si ____ No ____

21) ¿Qué entiende por Violencia Obstétrica?

22) ¿Durante el trabajo y atención del parto fue acompañado por algún familiar?

Sí ____ No ____ ¿Por qué?

23) ¿Durante su hospitalización recibió información constante de la evolución del parto?

Sí ____ No ____

24) ¿De parte de quien recibió esta información?

25) ¿El personal de salud se identificó con Ud. al brindarle atención?

Sí ____ No ____

26) ¿Cómo ha sido/es la atención que recibe del personal en las unidades de salud?

Mala _____ Regular _____ Buena _____ Muy buena _____ Excelente _____

27) ¿Cuánto tiempo se tardan en atenderla cuando viene a las Institución de salud?

5 min _____ 10 min _____ 15 min _____ 35 min _____ Más de 35 min _____ Otro:

28) ¿De qué tipo fue su consulta?

Rutina: Si ____ No ____

Urgencia: Si ____ No ____

Emergencia: Si ____ No ____

Anexo No.2 Encuesta a Puérperas



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria FAREM - Estelí

Departamento de Ciencias de educación y Humanidades

Licenciatura en Trabajo Social

Encuesta a mujeres puérperas

Estimadas participantes como parte de los requisitos de la clase de Seminario de Graduación estoy realizando una encuesta con mujeres embarazadas que se encuentran internadas en el Hospital San Juan de Dios y albergadas en la Casa Materna Luz y Vida con el objetivo de recopilar información sobre la aplicación de la normativa del parto humanizado y su incidencia en la violencia obstétrica dentro de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí en el segundo semestre del año 2017.

No. Encuesta: _____ Fecha: _____ Institución de Salud: _____

Nombre del Encuestador: _____

I. DATOS GENERALES

1) Edad: 10-14() 15-19() 20-24() 25-29() 30-34() 35-39() 40-44() 45-49()

2) Procedencia: Estelí()La Trinidad()San Nicolás()Limay()Condega()Pueblo Nuevo()
Otros ()

3) Escolaridad: Primaria()Secundaria () Técnico () Universidad () Maestría () Ilustrada()

4) Estado Civil: Soltera () Casada () Unión Libre () Separada () Viuda () Divorciada ()

II. CONOCIMIENTO DE NORMAS

1) ¿Conoce si en la Institución existen normas para la atención del parto humanizado?

Sí ____ No ____

2) ¿A través de que medio conoció las normas?

3) ¿Cree que estas normas se cumplen en las Instituciones de Salud (Casa Materna, Centros de Salud, Hospital)?

Si ____ No ____ ¿Por qué?

III. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

4) ¿Ha escuchado hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos? Si ha escuchado mencione algunos que recuerde.

Si ____ No ____

5) ¿Qué son para Ud. derechos sexuales y reproductivos?

6) ¿Conoce cuáles son sus derechos como mujer embarazada? Si ha escuchado mencione algunos que recuerde.

Si ____ No ____

7) ¿Conoce sus deberes como mujer embarazada? Si conoce mencione algunos que recuerde.

Si ____ No ____

IV. PROTOCOLO DE ATENCION

8) ¿Durante sus citas de control prenatal le hablaron acerca del protocolo de atención en las unidades de salud?

Sí ____ No ____

9) ¿En qué momento del embarazo le hablaron del protocolo de atención?

10) ¿Cuál es la costumbre de atención en la unidad de salud que visita?

11) ¿Ha escuchado hablar de parto Humanizado?

Sí ____ No ____

12) ¿Dónde le hablaron por primera vez del parto humanizado?

13) ¿Qué conoce Ud. acerca de parto humanizado?

14) ¿Qué es para Ud. parto humanizado? Explíquelo con sus palabras.

15) ¿Ha tenido experiencias relacionadas con el parto humanizado? Preguntar si ha estado embarazada anteriormente.

Si ____ No ____

16) ¿Cómo fue su experiencia? (si fue positiva o regular pasar a la pregunta 18)

Buena _____ Mala _____ Regular _____ ¿Por qué?

17) ¿Qué hizo para enfrentar esa situación?

V. VIOLENCIA OBSTETRICA

18) ¿Ha escuchado alguna vez el termino Violencia Obstétrica?

Si ____ No ____

19) ¿Qué entiende por Violencia Obstétrica?

20) ¿Ha recibido malos tratos o comentarios humillantes de parte del personal de salud que la atiende?

Si ____ No ____ ¿Cuáles?

21) ¿Escucho u observo si otra paciente recibió malos tratos o comentarios humillantes mientras era atendida?

Si ____ No ____ ¿Cuáles?

22) ¿Durante su atención en la institución fue revisada por el médico, enfermeras y estudiantes en múltiples ocasiones sin ser consultada? (Si responde si preguntar porque motivo fue revisada constantemente)

Si ____ No ____ ¿Por qué?

23) ¿Durante su hospitalización recibió información constante de la evolución del embarazo o parto?

Sí ____ No ____

24) ¿Pregunto sobre el estado de su salud y evolución de su embarazo o parto al personal médico o enfermeras?

Si ____ No ____ ¿Por qué?

25) ¿Durante la atención recibió información sobre el tipo de posición en el que quería parir o los procedimientos que le practicarían a Ud. o su bebe al momento del parto?

Si ____ No ____

26) ¿Durante el trabajo y atención del parto recibió información acerca las intervenciones que le realizarían?

Si ____ No ____

27) ¿Los médicos alteraron el proceso natural de su parto mediante el uso de técnicas de aceleración (oxitócina=suero abortivo, prostaglandinas=pastillas, ruptura de membrana=rotura artificial de bolsa, maniobra Kristeller=presión en parte alta del abdomen, etc.) sin su consentimiento voluntario, expreso e informado?

Si ____ No ____

28) ¿Durante la atención del parto le practicaron episiotomía sin informarle las razones del porque lo hacían? Si responde no, pasar a la pregunta 31

Si ____ No ____

29) ¿Cuándo se dio cuenta que le habían practicado episiotomía pregunto las razones por las cuales se la realizaron?

Si ____ No ____ ¿Por qué?

30) ¿Qué razones le dio el médico para practicarle la episiotomía?

31) ¿Presento complicaciones durante el parto? Si responde Si preguntar ¿Qué tipo de complicaciones presento?

Si ____ No ____

32) ¿De qué tipo fue su parto?

Normal (de comienzo espontaneo) _____

Inducido (provocado de manera artificial) _____

Instrumental (utilización de algún instrumento) _____

Cesárea (intervención quirúrgica) _____

33) ¿Por qué motivos le practicaron cesárea?

Causas relacionadas con el bebé _____

Causas relacionadas con el trabajo de parto _____

Causas relacionadas con la madre _____

34) ¿Cuándo dio a luz fue separada inmediatamente de su bebe sin causa medica justificada?

Si ____ No ____

35) ¿Durante el trabajo y atención del parto fue acompañada por algún familiar?

Sí ____ No ____ ¿Por qué?

36) ¿Le quedaron complicaciones después la atención del parto?

Si ____ No ____

- 37) ¿Qué tipo de complicaciones le quedaron?
- 38) ¿Cómo le afecta emocionalmente esa situación?
- 39) ¿Cómo le afecta económicamente esa situación?

VI. ATENCION DEL PERSONAL DE SALUD

- 40) ¿Cuánto tiempo se tardan en atenderla cuando viene a las Institución de salud?

5 min___ 10 min___ 15 min___ 35 min___ Más de 35 min ___ Otro: _____

- 41) ¿De qué tipo fue su consulta?

Rutina: Si ___ No ___

Emergencia: Si ___ No ___

Urgencia: Si ___ No ___

- 42) ¿El personal de salud se identificó con Ud. al momento de brindarle atención?

Sí ___ No ___

- 43) ¿Cómo ha sido la atención recibida del personal en las unidades de salud?

Mala _____ Regular _____ Buena _____ Muy buena _____ Excelente _____

¿Por qué?

Anexo No.3 Personal de Salud



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria FAREM - Estelí
Departamento de Ciencias de educación y Humanidades
Licenciatura en Trabajo Social

Encuesta Personal de Salud

Estimado/a Encuestado

Como parte de la clase de Seminario de Graduación de la carrera de trabajo social y la estrecha relación que tiene este con la Salud Pública se le está aplicando un instrumento de consulta en el que su participación es fundamental para que la comunidad tome conciencia de las dificultades que pueden presentarse durante la aplicación de la normativa del parto humanizado y que permitirá desarrollar estrategias de intervención desde nuestro contexto comunitario.

Este estudio trata de identificar los obstaculizadores y/o facilitadores que presenta el personal de salud y las instituciones para la aplicación de la normativa del parto humanizado y su incidencia en la violencia obstétrica dentro de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí desde la percepción de trabajadores de la salud y usuarias durante el segundo semestre del año 2017. Esto no es un examen o una crítica hacia su persona. No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo que se quiere es que cada uno exprese su criterio sobre la aplicación de la norma y otros elementos relacionados con ella, según el formato de la encuesta apelando a su honestidad en las respuestas.

No. Encuesta: _____ Fecha: _____ Institución de Salud: _____

Nombre del Encuestador: _____

I. DATOS GENERALES.

- 1) Edad: 20-25 26-31 32-37 38-43 44-49 50 a más
- 2) Sexo: Femenino Masculino
- 3) Procedencia: Estelí La Trinidad San Nicolás Limay Condega Pueblo Nuevo Otros
- 4) Escolaridad: Primaria Secundaria Técnico Universidad Maestría
- 5) Estado Civil: Soltera Casada Unión Libre Separada Viuda Divorciada

II. INFORMACIÓN LABORAL

- 1) Profesión u oficio: Auxiliar de Enfermería Enfermera Profesional Lic. En Enfermería Técnico Quirúrgico Medico General Médico Especialista Otros
-

- 2) Cargo que desempeña: jefa de departamento Supervisora Jefa de Unidad Enfermera Asistencial Asistente de Quirófano Ninguno Otros
-

- 3) Institución para la que labora: Minsa Ings Clínica Privada Otros

- 4) Horas laborales que acumula en el mes: 160 hrs 200 hrs 240 hrs Más de 240 hrs

- 5) Turnos que acumula en el mes:

a). Diurnos: 6 8 10 Mas de 10

b). Nocturnos: 6 8 10 Mas de 10

III. CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS

- 1) ¿Conoce Ud. sí en la Institución existen normas para la atención del parto humanizado?

Si _____ No _____

- 2) ¿Cuáles son esas normas? Nómbrelas.

3) ¿Sabe Ud. si estas normas son aplicadas por el resto del personal de salud?

Si ____ No ____

4) ¿Qué requisitos necesita para aplicar y/o conocer estas normas de atención para la atención del parto humanizado?

5) ¿Qué condiciones institucionales le favorecen para la aplicación de la norma de parto humanizado (Norma de Humanización)?

Capacitaciones ____ Personal completo ____ Infraestructura ____

6) ¿Qué condiciones institucionales que le obstaculizan la aplicación de la norma de parto humanizado (Norma de Humanización)?

Falta de personal ____ Poco personal ____ Infraestructura ____

Aumento de la demanda de atención ____

IV. VIOLENCIA OBSTETRICA

7) ¿Ha escuchado el término violencia obstétrica?

Sí ____ No ____

8) ¿Qué entiende por Violencia Obstétrica?

9) ¿Ha presenciado situaciones donde se pone de manifiesto la Violencia Obstétrica?

Si ____ No ____ ¿Cómo? (si responde no, pase automáticamente a la pregunta 12)

10) ¿Con que frecuencia ha presenciado este tipo de situaciones?

Algunas veces ____ Pocas veces ____ Muchas veces ____

11) ¿Qué actitud tomo Ud. ante tal situación?

12) ¿Qué repercusiones considera Ud. que tiene la aplicación de las normas de atención del parto humanizado en su vida profesional?

13) ¿Qué repercusiones considera Ud. que tiene la violencia obstétrica en su vida profesional?

Anexo No.4 Formato de entrevista a Expertos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria FAREM - Estelí

Departamento de Ciencias de educación y Humanidades

Licenciatura en Trabajo Social

Entrevista A Expertos

Objetivo: Recopilar información sobre la aplicación de la normativa del parto humanizado y su incidencia en la violencia obstétrica dentro de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí desde la percepción de trabajadores de la salud y usuarias

No. Entrevista: _____ Fecha: _____

Nombre del Entrevistado: _____

I. CARACTERIZACION LABORAL

- 1) ¿Para qué Institución trabaja usted?
- 2) ¿Qué nivel de formación profesional tiene?
- 3) ¿Cuál es su profesión y que cargo desempeña dentro de la Institución?
- 4) ¿Cuántos años tiene de trabajar para esta Institución?

II. CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE NORMAS

- 1) ¿Conoce Ud. sí en la Institución existen normas para la atención del parto humanizado?
- 2) ¿A través de que medio conoció las normas?
- 3) ¿Podría mencionar cuáles son esas normas?

- 4) ¿Sabe Ud. si estas normas son aplicadas por el resto del personal de salud?
- 5) ¿Qué requisitos se necesita para aplicar o conocer las normas de atención del parto humanizado?
- 6) ¿Qué condiciones institucionales considera Ud. favorecen la aplicación de la norma de parto humanizado?
- 7) ¿Qué condiciones institucionales considera Ud. obstaculizan la aplicación de la norma de parto humanizado?

III. VIOLENCIA OBSTETRICA

- 8) ¿Ha escuchado o conoce el termino Violencia Obstétrica?
- 9) ¿Qué entiende por Violencia Obstétrica?
- 10) ¿Ha presenciado situaciones donde se pone de manifiesto la Violencia Obstétrica?
Si responde que no pasar a la pregunta 13.
- 11) ¿Con que frecuencia ha presenciado este tipo de situaciones?
- 12) ¿Qué actitud tomo Ud. ante tal situación?
- 13) ¿Qué efectos considera Ud. que tiene la aplicación de la norma de Humanización del parto para la vida del profesional de la Salud?
- 14) ¿Qué repercusiones considera Ud. que tiene la incidencia de la violencia obstétrica en la vida del profesional de la salud?
- 15) ¿Qué repercusiones tiene para las Instituciones la incidencia de la violencia obstétrica?
- 16) ¿Qué efectos tiene la aplicación de la norma de Humanización del Parto en las usuarias?
- 17) ¿Cuáles son las repercusiones sociales y económicas que tiene en las usuarias la incidencia de la violencia obstétrica?

18) ¿Como impacta la aplicación de la norma del parto humanizado y la incidencia de violencia obstétrica en el uso de recursos (humanos) e insumos (materiales) en la Institución?

IV. ENTORNO Y PROPUESTA

19) ¿Qué problemas provoca el aumento de la carga laboral al personal de salud de las Instituciones?

20) ¿Que propondría usted para disminuir la violencia obstétrica y mejorar la atención a las mujeres embarazadas?

Anexo No.5 Guía de preguntas para Grupo Focal.



Facultad Regional Multidisciplinaria FAREM - Estelí
Departamento de Ciencias de educación y Humanidades
Licenciatura en Trabajo Social

Guía de preguntas grupo focal con parteras

Objetivo: Recopilar información sobre la aplicación de la normativa del parto humanizado y su incidencia en la violencia obstétrica dentro de las Instituciones de Salud del Municipio de Estelí desde la percepción de trabajadores de la salud, usuarias y parteras.

- 1) ¿Cuántos años tiene de ejercicio como partera?
- 2) ¿Recibió capacitaciones para ejercerse como partera?
- 3) ¿De que institución ha recibido capacitaciones?
- 4) ¿Conoce acerca de la norma de Humanización del parto?

- 5) ¿Qué aspectos relevantes contempla la norma para la buena atención a las embarazadas?
- 6) ¿Tiene conocimientos acerca de si estas normas son aplicadas o divulgadas por el resto de parteras en su comunidad?
- 7) ¿Ha escuchado el termino Violencia Obstétrica?
- 8) ¿Qué entiende por Violencia Obstétrica?
- 9) ¿Ha escuchado o presenciado en su comunidad situaciones donde se puso de manifiesto la Violencia Obstétrica?
- 10) ¿Qué repercusiones considera usted que provoca la violencia obstétrica en las embarazadas?
- 11) ¿Cómo le ayuda la norma de Humanización del parto en su trabajo como partera?

Anexo No.6 Tablas de Encuesta Personal de Salud

Etiquetas de fila	Porcentaje	Estado Civil
Casada	36%	9
Soltera	48%	12
Unión Libre	16%	4
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Profesión u oficio
Aux. De Enfermería	12%	3
Enfermera profesional	16%	4
Lic. En Enfermería	44%	11
Médico General	12%	3
Otros	16%	4
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Cargo que desempeña
Enfermera Asistencial	64%	16
Jefa de Unidad	8%	2
Otros	28%	7
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Institución para la que labora
Minsa	100%	25
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Horas acumuladas al mes
160 horas	56%	14
240 horas	12%	3
Mas de 240	32%	8
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Turnos acumulados al mes
Diurnos	48%	12
Nocturnos	52%	13
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Sabe Ud. si estas normas son aplicadas por el resto del personal de salud?
No	20%	20%
Si	80%	80%
Total, general	100%	100%

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Qué condiciones institucionales le favorecen la aplicación de la Norma de Humanización?
Capacitaciones	60%	15
Infraestructura	16%	4
Personal completo	24%	6
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Qué condiciones institucionales le obstaculizan la aplicación de la norma de la Norma?
Aumento de la demanda de atención	36%	9
Infraestructura	32%	8
Otros	8%	2
Poco personal	24%	6
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Ha escuchado el término violencia obstétrica?
No	56%	14
Si	44%	11
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Ha presenciado situaciones donde se pone de manifiesto la Violencia Obstétrica?
No	60%	15
Si	40%	10
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Con que frecuencia ha presenciado este tipo de situaciones?
Algunas veces	20%	5
Muchas veces	8%	2
Ninguna Vez	48%	12
Pocas veces	24%	6
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Conoce si en la Institución existen normas para atención del parto humanizado?
No	8%	2
Si	92%	23
Total, general	100%	25

Anexo No.7 Tablas de Encuestas a mujeres embarazadas

Categorías	Porcentaje	Edad
15-19	30%	6
20-24	30%	6
25-29	20%	4
30-34	15%	3
35-39	5%	1
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	Procedencia
Condega	10%	2
Estelí	40%	8
La Trinidad	5%	1
Limay	5%	1
Otros	30%	6
Pueblo Nuevo	5%	1
San Nicolás	5%	1
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	Escolaridad
Iletrada	15%	3
Primaria	40%	8
Secundaria	30%	6
Técnico	5%	1
Universidad	10%	2
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	Estado Civil
Casada	15%	3
Separada	5%	1
Soltera	15%	3
Unión Libre	65%	13
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Conoce si en la institución existen normas para la atención del parto humanizado?
no	85%	17
si	15%	3
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Cree que estas normas se cumplen?
no	40%	8
si	60%	12
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Ha escuchado hablar de derechos sexuales y reproductivos?
no	45%	9
si	55%	11
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Conoce cuáles son sus derechos como mujer embarazada?
No	30%	6
Si	70%	14
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Conoce sus deberes como mujer embarazada?
No	10%	2
Si	90%	18
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Durante sus citas de control prenatal le han hablado del protocolo de atención?
No	30%	6
Si	70%	14
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Ha escuchado hablar del parto humanizado?
no	85%	17
si	15%	3
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Ha tenido experiencias relacionadas con el parto humanizado?
No	100%	20
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Ha escuchado el termino violencia obstétrica?
No	95%	19
Si	5%	1
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Durante la atención del parto fue acompañada por algún familiar?
No	35%	7
Si	65%	13
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Durante su hospitalización recibió información constante de la evolución del parto?
no	5%	1
si	95%	19
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿El personal de salud se identificó con Ud. al brindarle atención?
no	25%	5
si	75%	15
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Cómo ha sido/es la atención que recibe del personal en las unidades de salud?
Buena	65%	13
excelente	10%	2
Mala	5%	1
muy buena	15%	3
Regular	5%	1
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿Cuánto tiempo se tardan en atenderla cuando viene a las Institución de salud?
10 min	10%	2
15 min	15%	3
35 min	35%	7
5 min	10%	2
más de 35 min	10%	2
Otros	20%	4
Total, general	100%	20

Categorías	Porcentaje	¿De qué tipo fue su consulta?
emergencia	10%	2
rutina	80%	16
urgencia	10%	2
Total, general	100%	20

Anexo No.8 Tablas de Encuestas a puérperas

Etiquetas de fila	Porcentaje	Edad
10-14	4%	1
15-19	12%	3
20-24	32%	8
25-29	28%	7
30-34	12%	3
35-39	4%	1
40-44	8%	2
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Procedencia
Condega	8%	2
Estelí	72%	18
La Trinidad	4%	1
Otros	8%	2
Pueblo Nuevo	8%	2
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Escolaridad
Iletrada	4%	1
Primaria	28%	7
Secundaria	28%	7
Técnico	8%	2
Universidad	32%	8
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	Estado Civil
Casada	32%	8
Separada	4%	1
Soltera	16%	4
Unión Libre	48%	12
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Conoce si en la Institución existen normas para la atención del parto humanizado?
No	72%	18
Si	28%	7
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Cree que estas normas se cumplen en las Instituciones de Salud (Casa Materna, Centros de Salud, Hospital)?
No	40%	10
Si	60%	15
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Ha escuchado hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos?
No	40%	10
Si	60%	15
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Conoce cuáles son sus derechos como mujer embarazada?
No	24%	6
Si	76%	19
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Conoce sus deberes como mujer embarazada?
No	20%	5
Si	80%	20
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Durante sus citas de control prenatal le hablaron acerca del protocolo de atención en las unidades de salud?
No	40%	10
Si	60%	15
Total, general	100%	25
Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Ha escuchado hablar de parto Humanizado?
No	72%	18
Si	28%	7
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Ha tenido experiencias relacionadas con el parto humanizado?
No	76%	19
Si	24%	6
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Cómo fue su experiencia?
Buena	12%	3
Mala	16%	4
Regular	4%	1
No aplica	68%	17
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Ha escuchado alguna vez el termino Violencia Obstétrica?
No	84%	21
Si	16%	4
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Ha recibido malos tratos o comentarios humillantes de parte del personal de salud que la atiende?
No	72%	18
Si	28%	7
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Escucho u observo si otra paciente recibió malos tratos o comentarios humillantes mientras era atendida?
No	64%	16
Si	36%	9
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Durante su atención en la institución fue revisada por el médico, enfermeras y estudiantes en múltiples ocasiones sin ser consultada?
No	88%	22
Si	12%	3
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Durante su hospitalización recibió información constante de la evolución del embarazo o parto?
No	20%	5
Si	80%	20
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Pregunto sobre el estado de su salud y evolución de su embarazo o parto al personal médico o enfermeras?
No	8%	2
Si	92%	23
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Durante la atención recibió información sobre el tipo de posición en el que quería parir o los procedimientos que le practicarían a Ud. o su bebe al momento del parto?
No	72%	18
Si	28%	7
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Durante el trabajo y atención del parto recibió información acerca las intervenciones que le realizarían?
No	40%	10
Si	60%	15
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Los médicos alteraron el proceso natural de su parto mediante el uso de técnicas de aceleración sin su consentimiento voluntario, expreso e informado?
No	56%	14
Si	44%	11
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Durante la atención del parto le practicaron episiotomía sin informarle las razones del porque lo hacían?
No	48%	12
Si	52%	13
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Cuándo se dio cuenta que le habían practicado episiotomía pregunto las razones por las cuales se la realizaron?
No	44%	11
No aplica	44%	11
Si	12%	3
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Presento complicaciones durante el parto?
No	68%	17
Si	32%	8
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿De qué tipo fue su parto?
Cesárea	20%	5
Inducido	32%	8
Normal	48%	12
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Por qué motivos le practicaron cesárea?
Causas relacionadas con el bebé	16%	4
Causas relacionadas con el trabajo de parto	4%	1
No aplica	80%	20
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Cuándo dio a luz fue separada inmediatamente de su bebe sin causa medica justificada?
No	64%	16
Si	36%	9
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Durante el trabajo y atención del parto fue acompañada por algún familiar?
No	52%	13
Si	48%	12
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Le quedaron complicaciones después la atención del parto?
No	76%	19
Si	24%	6
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Cuánto tiempo se tardan en atenderla cuando viene a las Institución de salud?
10 min	4%	1
15 min	20%	5
35 min	16%	4
5 min	20%	5
Mas de 35 min	16%	4
Otro	24%	6
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿De qué tipo fue su consulta?
Emergencia	48%	12
Rutina	44%	11
Urgencia	8%	2
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿El personal de salud se identificó con Ud. al momento de brindarle atención?
No	72%	18
Si	28%	7
Total, general	100%	25

Etiquetas de fila	Porcentaje	¿Cuánto tiempo se tardan en atenderla cuando viene a las Institución de salud?
Buena	48%	12
Excelente	4%	1
Mala	8%	2
Muy buena	8%	2
Regular	32%	8
Total, general	100%	25

Anexo No.9 Matriz de reducción de la información – Entrevista a expertos

Objetivos Específicos	Eje de Análisis	Entrevistado No 1	Entrevistado No 2	Entrevistado No 3	Entrevistado No 4	Análisis
Identificar el nivel de conocimiento de las usuarias, parteras y el personal de salud acerca de la humanización del parto en el embarazo, parto y puerperio	Conocimiento de la norma de humanización	Si, la conocí por medio de Capacitaciones.	Si, la conocí de forma escrita y luego a través de capacitaciones al personal.	No, la norma en si es nueva para nosotras, pero en los 80 en Managua una extranjera trabajaba con embarazadas para aplicar y promover el parto humanizado.	Si, en la Casa del parto cuando las facilitaba el Minsa.	La mayoría del personal que laboro para el Ministerio de Salud tienen conocimientos de que existen normas que regulan el quehacer y la buena atención en las áreas materno infantiles de las unidades de salud que forman parte del estudio.
		Normativa de la OMS, Norma de Humanización del parto institucional	Al principio se conocía como Adecuación Cultural del parto, de ahí parte la norma	Parto Humanizado, que también se tiene como base la psicoprofilaxis del parto como una alternativa a la	Humanización del parto	

			de humanización que tiene como referencia las prácticas culturales dentro del marco de la medicina tradicional	medicina moderna para minimizar los dolores del parto.		Algunas de ellas nos refieren a que esta norma no es nueva como se piensa, sino que tiene sus orígenes por lo menos en Nicaragua, desde los años 80 en que se retomó la adecuación del parto cultural para la disminución de las muertes maternas que en esos años se daba con mucha frecuencia en el país.
--	--	--	--	--	--	---

	<p>Aplicación de la norma de humanización</p>	<p>En su mayoría si</p>	<p>Desconozco en realidad. Nosotros lo enseñamos, pero como las mujeres ahora no paren en casa Materna entonces no lo sé.</p>	<p>En parte porque siempre hay sus contrariedades. El personal se cree que la humanización es permitirle un acompañante, pero es todo un proceso que va desde la presentación misma del personal y la atención que recibe, para hacerla sentir como en su casa.</p>	<p>No del todo, porque yo he acompañado a mujeres que vienen a que las atienda y las acompañe durante el parto y las tratan mal. No las miran, les dicen comentarios feos y así no les dan cariño.</p>	<p>Los expertos aseguran que a su parecer solo una parte del personal aplica esta norma en sus puestos de trabajo, ya que por experiencias propias y ajenas han podido apreciar la incongruencia entre la norma y las actitudes del personal que se encarga de atender a las usuarias.</p>
	<p>Requerimientos/requisitos para el conocimiento y aplicación de la norma</p>	<p>El requisito para aplicar la norma es más</p>	<p>Para conocerlo no hay ninguno, quien</p>	<p>Para aplicarla considero que mejorar las</p>	<p>La voluntad de conocerlas y aplicarlas.</p>	<p>Para este grupo de profesionales no existe ningún</p>

		<p>que todo el conocimiento de la misma.</p>	<p>quiera conocerlo solo que se vaya a la norma. Para aplicarla basta que la mujer quiera y que la institución preste las condiciones para su aplicación.</p>	<p>condiciones de las salas de parto, sillas obstétricas, cortinas. Se ha hecho propaganda para que las parteras lo divulgaran.</p>	<p>requisito en particular para conocerla, basta el interés y la voluntad de las personas para conocerlo, esto incluye personal del salud, usuarias, familiares, líderes comunitarios, especialistas de otras áreas (psicólogos, trabajadores sociales, etc.) ya que esto ayuda a una divulgación más efectiva y pueda ser reconocida por sus</p>
--	--	--	---	---	---

familiares al momento de la atención del embarazo, parto y puerperio para minimizar las repercusiones de la falta de aplicación de esta norma en sus vidas.

De la misma forma algunos elementos materiales que son indispensables para ofrecerle a la mujer un abanico de opciones para que ella pueda decidir la forma en

	<p>Facilitadores y obstaculizadores institucionales para el conocimiento y aplicación de la norma</p>	<p>Conocimiento por parte del personal de salud de las normas y gestantes apropiadas de sus derechos.</p> <p>Que faltan algunas condiciones para completar al 100% la norma</p>	<p>Que haya una sala con varios ambientes, el hospital debe tener un abanico de alternativas para ofrecerle a las mujeres</p> <p>La infraestructura porque no hay ambientes separados, salvo por cortinas que no</p>	<p>Infraestructura y voluntad</p> <p>La falta de voluntad del personal, el mismo comportamiento del personal ante la fiscalización de los familiares de la</p>	<p>El respeto a las mujeres y su proceso de parto</p> <p>La infraestructura</p>	<p>que quiere parir o como se siente más cómoda.</p> <p>Dentro de los facilitadores que resaltan en las respuestas esta sobre todo el conocimiento de la norma, la infraestructura del hospital y con mayor importancia la voluntad de aplicar estas normas y respetar el proceso de parto resaltando que en cada mujer es diferente.</p>
--	---	---	--	--	---	---

			ofrecen privacidad para ellas o sus familiares y el equipamiento. La disposición y el conocimiento del personal.	embarazada		
Describir las repercusiones en la vida de las usuarias de experiencias de violencia obstétrica durante y después de la atención en el embarazo,	Conocimiento del término violencia obstétrica	Si	No lo había escuchado	No como violencia, pero lo entiendo como maltrato.	No, no lo había escuchado hasta ahora que pregunto	Una mayoría de los expertos señalo que para ellos este término es nuevo y que no conocían mucho del tema.
	Identificación de violencia en la práctica sanitaria	Cuando la mujer embarazada es privada de sus derechos	El hecho de no brindarle opción a la mujer para parir es violencia,	El maltrato, por ejemplo, si la mujer está llorando mucho que la callen y le digan para que te	Es el maltrato que las enfermeras y los médicos le dan a las	Muchas de ellas pudieron reconocer actitudes como malos tratos,

parto y puerperio			<p>porque el parto es un proceso natural que necesita libertad. En el a veces se violan los derechos del bebe y la madre. Los comentarios, la actitud del personal ante las mujeres y sus prácticas. Tiene mucho que ver con actitudes y prácticas.</p>	<p>metiste a esto o cuando estabas con tu marido no gritabas así. Las episiotomías que se hacen indiscriminadamente en el hospital y cosas como el medicamento para inducir el parto para salir rápido del asunto.</p>	<p>mujeres, el menosprecio, las miradas y comentarios sobre porque se quejan.</p>	<p>gestos, comentarios y también procedimientos, aunque es necesario estudiar a profundidad todas las implicancias que tiene este tipo de violencia.</p>
	Experiencias vividas	No	En casa materna se	Si, algo me marco a mí, cuando mire a	No, pero me han contado	Algunas de nuestras expertas

			<p>tiene el cuidado de valorar la idiosincrasia de las mujeres, sus creencia, actitudes y prácticas. En el hospital uno no puede incidir en eso, pero en casa materna no se ha observado estas situaciones.</p>	<p>una muchacha y entro una muchacha muy bonita, bien arreglada, maquillada y cuando la doctora la vio el regaño y le dijo:” ve esta como que viene a una fiesta” y a la muchacha se le borro la sonrisa y tenía ganas de llorar. Como no le dejaron entrar a su familiar yo le dije que se alegrara y que tenía razón en arreglarse porque iba a conocer al amor de su vida”. Quizás como a mí me respetaban mucho no</p>	<p>mis estudiantes como las trataron en el hospital. De mi parte solo en dos ocasiones, pero mis mujeres (las estudiantes que vienen a aprender del parto profiláctico) me han contado bastantes situaciones parecidas.</p>	<p>dijeron ser testigos o tener referencias de situaciones de violencia obstétrica. También manifestaron la frecuencia con la que escucharon o presenciaron situaciones como estas.</p>
--	--	--	---	--	---	---

	<p>Actitudes o posturas ante situaciones de violencia</p>		<p>Las embarazadas de casa materna se quejaban mucho, con bastante frecuencia de la atención recibida en el hospital y de los comentarios que hacían. Se le planteaba a la dirección del Silais Municipal, sin encontrar respuestas a las</p>	<p>presencia muchas situaciones.</p> <p>Apoye y acompañe a la embarazada que estaba siendo víctima de maltrato por parte de la doctora.</p>	<p>Yo les digo que no se dejen, que peleen sus derechos porque lo que está en riesgo es la vida de ellas y de sus bebés. Que se preparen, que lean y hablen cuando algo las hace sentir incómodas.</p>	<p>Sus posturas se mantuvieron en acompañar a las usuarias con palabras de apoyo y brindándoles información oportuna en ese momento.</p>
--	---	--	---	---	--	--

			<p>quejas. Pero con todo eso como casa materna teníamos la obligación de decir los comentarios en el ámbito del mejoramiento de la normativa del parto.</p>			
	<p>Impacto de la norma en el personal de salud y a nivel institucional as de salud asociados al proceso de atención</p>	<p>La satisfacción de cumplir la normativa</p>	<p>Me parece que sería como darle vuelta a algo que debería incluirse en los planes curriculares de</p>	<p>Es un apoyo para la atención del parto, nos ayuda a mejorar la relación con el paciente ya que si no me sale del corazón ya sé que hay una norma que tengo que</p>	<p>Muchos porque facilita su trabajo, ofreciéndole una alternativa de conducción para el parto y disminuirían las</p>	<p>El impacto de la norma a nivel personal como institucional suelen ser positivos siempre y cuando se cumplan. La</p>

		<p>todo el personal de salud, así como las ciencias sociales y humanas. Para poner en práctica estos conocimientos ancestrales que por algo han quedado, todo esto en función de la reducción de muertes maternas y perinatales.</p>	<p>respetar. Porque a veces no sale del corazón sentir esa solidaridad por las mujeres. Que mejore las condiciones de las salas parto, porque si ya sé que hay una norma yo puedo exigir a mis superiores las cosas que me hacen falta y puedo equipar mi sala para brindar una mejor atención.</p>	<p>quejas sobre la calidad de atención en los hospitales.</p>	<p>norma en todo caso fue creada para beneficiar al personal porque los orienta en caso de situaciones extremas y como deben actuar, de la misma forma los protege en caso de denuncias, si siguieron todos los pasos para la atención del parto de las usuarias.</p>
	<p>Depende el tipo de falla realizada.</p>	<p>Lo pueden correr porque si está</p>	<p>Bueno porque sabemos de qué cuando hay algún</p>	<p>Despidos, sanciones y si es grave la</p>	<p>Y también señalan las repercusiones a nivel institucional</p>

			<p>maltratando a las embarazadas y él bebe, atenta contra la vida de los dos. También porque incumple las normas, puede ir a la cárcel o ser despedido si el incidente es grave. Además, que la norma me enseña el camino por donde seguir y además protege mi trabajo como</p>	<p>inconveniente en el parto, que hagamos algo indebido esto se va a divulgar y nos afectara la imagen ante otros usuarios, aunque hayamos atendido a 10 paciente muy bien y uno mal eso nos puede dañar la reputación. En caso de muertes maternas los castigos suelen ser severos; como meses sin goce de salario hasta despido o la cárcel.</p>	<p>cárcel.</p>	<p>y legal en la que pueden repercutir las acciones del personal que no la cumple.</p>
--	--	--	---	--	----------------	--

			profesional de la salud.			
		Para la institución son perdida de la confianza y la credibilidad.	La imagen porque va en contra de la imagen institucional. Por la inversión en capacitación para estar cambiando personal.	Para las instituciones por ejemplo en el pasado cuando comencé a trabajar pude notar que un 80% de mujeres paría en casa. Y luego fue aumentando ese número de partos en las instituciones, pero al consultarlos las mujeres decían que recibían maltrato en esas instituciones y por eso preferían hacerlo en su casa.	La confianza que las mujeres tienen a su personal.	Entre las cosas en las que puede impactar la violación de las normas la imagen de la institución, su personal y la confiabilidad que depositan las usuarias en esas instituciones.
Impacto social y	Para las	Positivos	En la usuaria todo es	Facilita y	Los impactos	

	económico	usuarias es satisfactorio y tiene derechos que no se pueden violar.	porque les permite ofrecer opciones para dar a luz, como usuarias las opciones me llevan a la satisfacción del servicio.	positivo, si se cumpliera porque la norma dice que voy usar la posición que yo quiera, por ejemplo, que voy a tomarme mi tecito azucarado y aumenta el nivel de confianza en las instituciones.	mejora su trabajo	radican en la satisfacción de las usuarias, respecto a la atención hacia ellas y sus hijos.
		Varía según el tipo de violencia ejercida	Puede haber complicaciones obstétricas, abandono de la unidad porque la están violentando. Hay un desprestigio para la	En lo social la mala imagen de la institución misma. En lo económico a veces hay complicaciones cuando a la mujer la empezamos a maltratar desde el embarazo podría terminar en cesárea y	Hay mayor gasto porque lo que se tenía destinado para criar y cuidar al bebe ahora se destinara para curar la enfermedad o tratar el	A nivel económico se gastan más recursos por el uso de oxitocina, materiales de curación entre otros, ya que al tratar los partos como complicaciones y

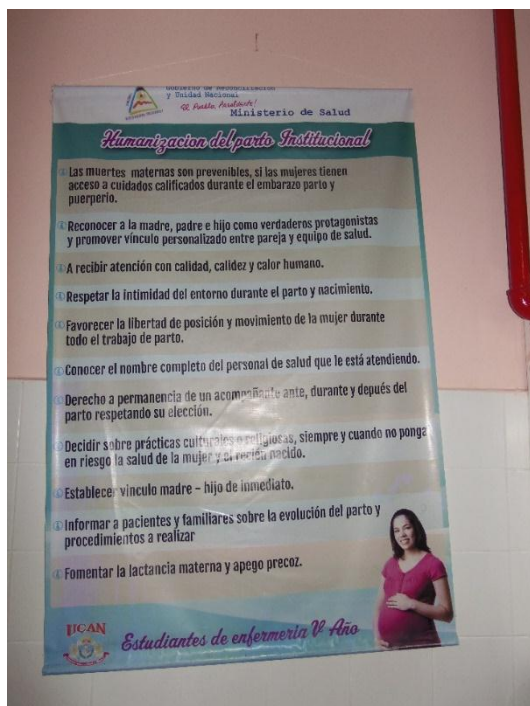
			institución y el que cometió la infracción.	repercute en más gastos.	problema que quedo después del parto.	cirugías (cesáreas) implica el uso de recursos materiales y humanos que podrían usarse en otras áreas que lo necesiten.
		No requiere de nuevos insumos materiales ni humanos solo es cambiar la actitud.	No se le ve el impacto al documento sino a lo que no se hace. Influye mucho la actitud y no hay que dejárselo todo a la infraestructura ya que no se necesitan grandes recursos para su ejecución	Yo considero que, si la norma se aplicara, sería lo contrario a la mala imagen de la atención de parto, las mujeres estarían felices de parir en el hospital. Los gastos serian menos ya que tendríamos menos uso de oxitocina menos complicaciones. En el uso de recursos humanos no se necesitan tanto, podemos hacer uso	Positivamente porque si se pone en práctica habría menos violencia.	

				de los mismos recursos, pero garantizando las condiciones básicas como aire acondicionado, la silla, la tina; cosas elementales y básicas que se pueden usar para atenderlas.		
--	--	--	--	---	--	--

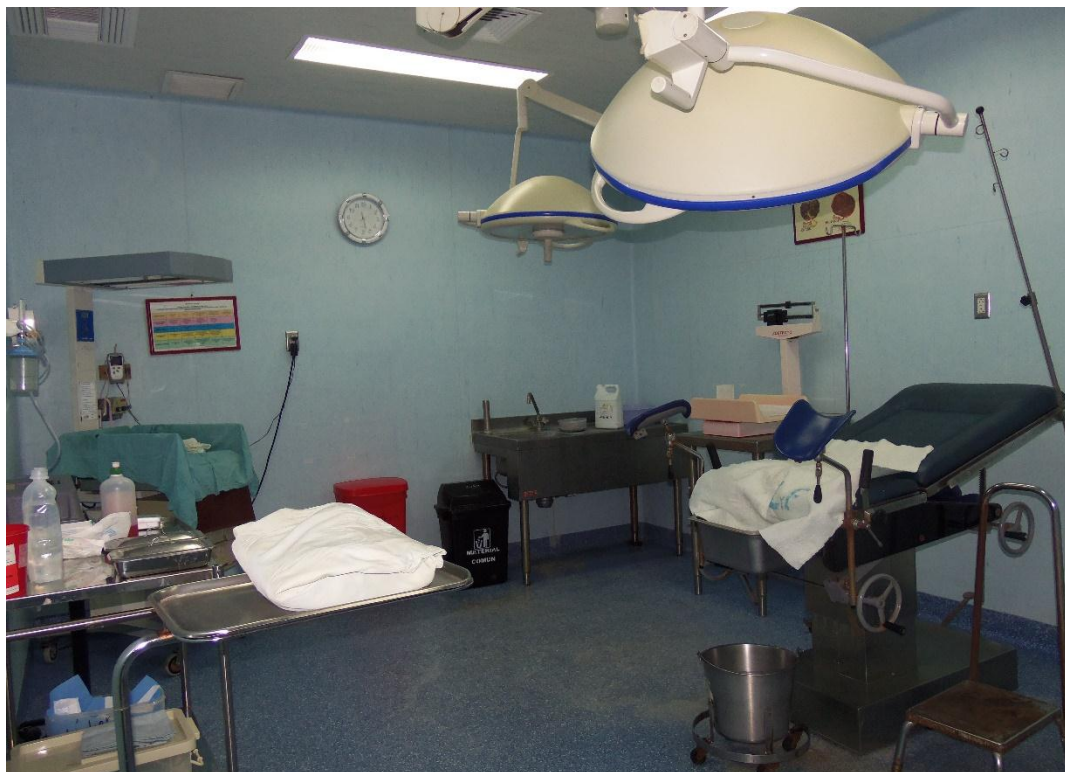
Anexo No.10 Entrada Principal Hospital San Juan de Dios



Anexo No.11 Norma de Humanización en las paredes de Pre- Labor y Sala de Ginecobstetricia del Hospital



Anexo No.12 Interior de una de las salas de expulsivo del hospital y sala de Labor y Parto



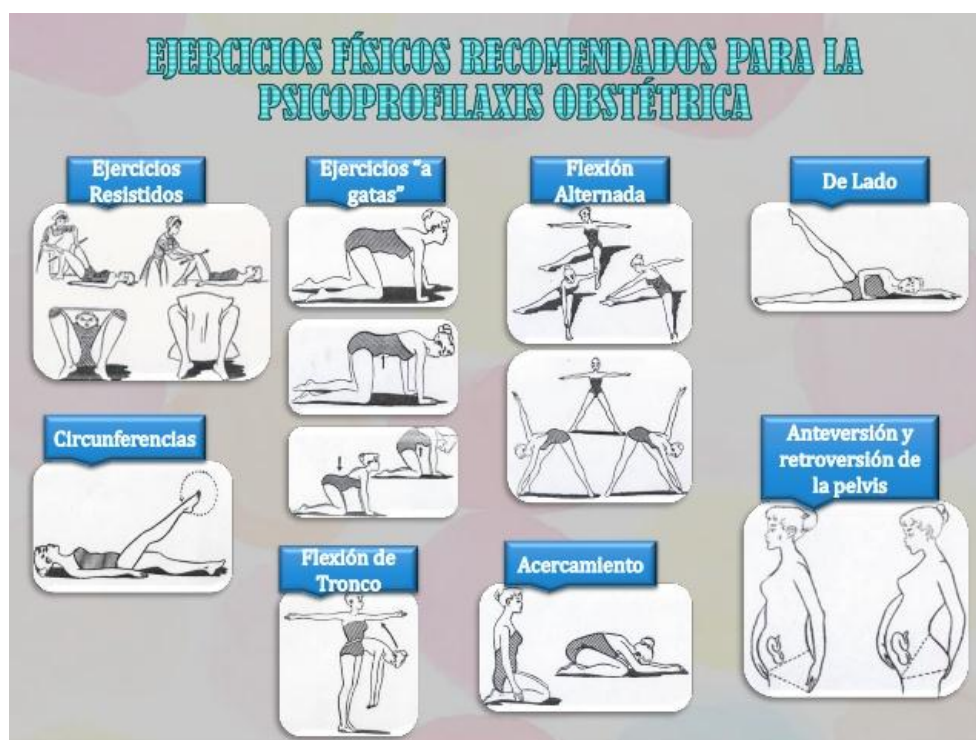
Anexo No.13 Bañera para uso de las embarazadas y cuna donde se realizan los procedimientos al bebe una vez que ha nacido.



Anexo No.14 Grupo de parteras capacitadas en Casa Materna en los años 80.



Anexo No.15 Ejercicios Psicoprofilácticos para el parto



Anexo No.16 Mural ubicado en el Centro de Salud Leonel Rugama alusivo a la maternidad



Anexo No.17 Mama Licha partera con-fundadora de la Casa Materna de Estelí



