



Universidad de la República

Facultad de Psicología

*Trabajo Final de Grado*

*Pre proyecto de Investigación*

*Percepciones de las Usuaris del Centro Hospitalario  
Pereira Rossell sobre los procedimientos recibidos en  
el proceso de parto.*

---

Estudiante: Analía Iguini

CI. 4.370.903-3

Tutor: Carolina Farías

*Montevideo, febrero de 2016*

## Índice

---

Índice.....	1
Resumen.....	2
Fundamentación y Antecedentes.....	3
Referencias teóricas.....	9
Género.....	9
Medicalización de la sociedad.....	11
Medicalización del parto.....	11
Problemas y preguntas de investigación.....	13
Preguntas de investigación.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	14
Estrategias o diseño metodológico.....	16
Cronograma de ejecución.....	17
Consideraciones éticas.....	17
Resultados esperados.....	18
Referencias bibliográficas.....	19

## Resumen

---

En ésta investigación se pretende conocer desde la perspectiva de las usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado la forma de concebir el proceso del parto. Indagando la vivencia y experiencia de las puérperas sobre la asistencia que recibieron durante su institucionalización en el Centro Hospitalario Pereira Roseell.

Con el proceso de medicalización, se comienzan a controlar y tecnologizar acontecimientos naturales de la vida. El parto que era considerado un proceso fisiológico natural, asistido por comadronas, pasa a ser institucionalizado y medicalizado bajo el control médico. En el transcurso de la hospitalización a la mujer se le realizan diferentes prácticas, rutinas y procedimientos; pretendiendo abordar si en la asistencia que se les brinda a las mujeres durante su proceso de parto, los mismos obstaculizan sus derechos sexuales y reproductivos, pudiendo constituir violencia obstétrica.

Se propone utilizar metodología cualitativa y como técnica se realizarán entrevistas en profundidad semi estructuradas. Para el estudio se plantean como características de inclusión a mujeres que estén entre su 1º y 3º mes de puerperio y que hayan tenido su hijo por parto vaginal o cesárea, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Realizándose la captación mediante la utilización de las diferentes redes sociales y la técnica de bola de nieve.

**Palabras clave:** Proceso de parto, experiencia de la usuaria, violencia obstétrica.

## Fundamentación y Antecedentes

---

Este proyecto de investigación fue elaborado como trabajo final para la obtención del título de Licenciada en Psicología.

En este estudio se pretende indagar sobre como desde la visualización y vivencia de las parturientas, se ejercieron prácticas sobre sus cuerpos alterando lo que sería un parto fisiológico. De esta forma se busca conocer aquellas prácticas que se naturalizan en el proceso de la institucionalización, medicalización y sobre el control que ejercen los profesionales de la salud sobre el cuerpo de la mujer antes – durante y después del parto. Dichas prácticas y procedimientos son realizados en forma rutinaria, tal como la inducción al parto, posición decúbito dorsal supino, episiotomía y cesárea.

En una investigación realizada por Magnone (2010), se plantea que en nuestro país la accesibilidad y cobertura del sistema de salud es buena, destaca también la descendida morbilidad de la madre y del bebé. Así mismo expresa que se da un incremento en las prácticas “*ineficientes*” o “*dañinas*” en el proceso del parto. Estas prácticas son las cesáreas y la realización de episiotomías cuando no existe una indicación fisiológica real. En el proceso de parto, según la OMS, varias mujeres son catalogadas como “*de riesgo*”, ocasionando que el parto se lleve a cabo con bastante intervención, tanto de medicamentos, análisis y controles (en Magnone, 2010). En relación al parto, el Ministerio de Salud Pública establece:

*Las normas de Atención al Trabajo de Parto, Parto y Puerperio del Ministerio de Salud Pública del Uruguay considera un trabajo de parto y parto de bajo riesgo, a todo aquel que no presenta ninguna condición que aumente el riesgo de presentar un mal resultado en la mujer embarazada de término, el feto o el/la recién nacido/a. Se refiere a una mujer sana, que haya tenido un embarazo bien controlado, que ha acontecido bajo criterios de normalidad, y que el trabajo de parto y parto se presenta bajo condiciones esperadas en tiempo y forma (Citado en Magnone, 2010, p.159).*

En el año 2014 el MSP elabora el “*Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*”. El programa surge como una forma de ajuste e integración de las guías publicadas con anterioridad. Las cuales son “*Normas de la Atención a la Mujer Embarazada*” en el año 2007 y posteriormente “*Normas de atención a la Mujer en el Proceso de parto y Puerperio*” en año 2009. Haciendo nuevamente referencia al “*Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*” (2014) se pretende orientar a los profesionales de la salud, en relación a la atención y a las prácticas

que no se recomiendan y por lo tanto se deben evitar. Dicho manual promociona un cuidado de forma integral de la mujer y de quien nace. Establece que el proceso de parto debe asistirse en los centros dispuestos para esta labor y con la presencia de profesionales, *“El MSP promueve el nacimiento institucional y humanizado”* (p. 69). Se menciona también que la mujer debe ser atendida por un equipo formado multidisciplinariamente en el trabajo de parto, para de ésta forma poder tomar las decisiones que sean necesarias en conjunto con la parturienta y su pareja (MSP, 2014).

Como resultado interdisciplinario y de la agrupación de distintas instituciones y organizaciones, en Uruguay se crean las *Guías en Salud Sexual y Reproductiva* (2005), dónde la sexualidad es considerada dentro de la esfera de lo privado y personal. En cambio, la reproducción es conceptualizada como de interés social, con intervención del Estado. Se expresa al respecto: *“(…) las acciones gubernamentales y no gubernamentales han privilegiado la defensa de los Derechos Reproductivos, en detrimento de la promoción de los Derechos Sexuales”* (MSP, 2005, p.13).

En el Programa de Acción de la Conferencia de el Cairo (1994) se expresa: *“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”* (Citado en MSP, 2005, p.14).

La definición para la salud sexual propuesta por la OMS es: *“(…) la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”* (Citado en MSP, 2005, p.15)

Alejandra López y Carlos Güida (2001) conceptualizan la sexualidad de la siguiente forma: *“(…) como un complejo proceso de construcción y producción socio – histórico, cultural, subjetivo y político”* (p.1). Agregando *“(…) la sexualidad como producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuales en intercambios que como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido”* (p.1). La sexualidad comprende aspectos relacionados al placer, al afecto y a la reproducción. En el siglo XVIII se encuentra relacionada con la importancia que se le da a la natalidad, en cuanto a la productividad en el ámbito socio – político – y económico (López & Güida, 2001).

En los siglos XIX y XX con la Revolución Industrial, se da un importante cambio en lo social, económico y político, acompañado de la implementación de la tecnología, ocasionando un cambio en la sociedad y en el modelo de salud. Uno de estos cambios

ocasionados es la atención del parto que pasará a realizarse en el hospital, imponiéndose la institucionalización de la mujer en su trabajo de parto, aun cuando el mismo se desarrolle sin patologías (Arguedas, 2014).

Al trasladarse el proceso del parto a la institución médica, se comienzan a controlar los procesos naturales y biológicos del mismo. Durante la internación son llevadas a cabo sobre la gestante prácticas y rutinas realizadas por los profesionales de la salud. Dichas prácticas consisten en controlar, monitorizar y medicalizar el proceso del parto. En su estadía en el centro hospitalario, la mujer es atendida por diferentes especialistas, los cuales poseen el saber. El conjunto de prácticas y atención de los profesionales de la salud llevan en ocasiones a alterar el proceso natural del parto; ocasionando que éste último deje de ser un proceso biológico natural, pasando a conceptualizarse como patologizado, constituyendo violencia obstétrica. Ésta última se define como:

*(...) Toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Medina, 2008 citado por Magnone, 2010, p. 94).*

La medicina ha tenido mediante la medicalización el control de procesos ejercidos sobre el cuerpo, sexualidad y reproducción. Los cuidados médicos comienzan durante el embarazo, con la realización de análisis de rutina y controles periódicos. Los partos comienzan a ser atendidos por profesionales de la salud y es mediante la institucionalización que éstos adquieren el control. Erviti (2010) señala al respecto: *“El parto se mantiene firmemente bajo el control médico y en ello participan tanto el imperativo tecnológico como las mismas mujeres que son renuentes a elegir alternativas, aunque éstas estén disponibles”* (p. 106). En el transcurso de la hospitalización para la atención del parto, la mujer se encuentra más vulnerable a que sus derechos sean violentados, o no se respeten. La autora denomina lo expuesto con anterioridad como violencia obstétrica (Erviti, J. 2010).

En la cultura Occidental, en algunas oportunidades las mujeres que están en su trabajo de parto, no tienen protagonismo sobre su cuerpo, de forma que el parto es visto desde los cambios biológicos y procesos uterinos que conllevan el proceder de los médicos (Arguedas, 2014).

La revisión de antecedentes sobre violencia obstétrica en Uruguay evidencia una escasa producción al respecto, no existiendo legislación que regule o sancione el procedimiento efectuado. El Parlamento en el año 2009 promulgó la Ley N°18.426 de *Defensa del Derecho*

a la Salud Sexual y Reproductiva, dónde se implementan y reúnen políticas públicas en salud sexual y reproductiva, promoviendo estrategias para que la atención en las instituciones de salud sea de buena calidad y eficaz, realizándose para este fin cambios en la forma de atención planteados en la Reforma de Salud (MSP, 2010). Retomando la Ley mencionada anteriormente, los derechos reproductivos son reconocidos y se establece en el Artículo 3º inciso c: *“promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”* (Uruguay, Poder Legislativo, 2008).

En el año 2007, Venezuela se convierte en el primer país en definir y sancionar la violencia obstétrica. Con la creación de la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. En dicha Ley, se establece en el artículo 51 lo siguiente:

*Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer* (en Belli, 2013, p. 29).

En Argentina, en el año 2004 se sanciona la Ley N° 25.929, conocida como *Ley de Parto Humanizado*. Haciendo referencia al Artículo 2, se identifican derechos que tiene la mujer en el embarazo, pre parto, parto y puerperio. La mujer tiene el derecho a recibir toda la información sobre los procedimientos médicos que se le aplicarán, y en caso de ser necesario tener la opción de decidir entre uno y otro. También el derecho a un trato con respeto, y que se le brinde el tiempo necesario biológico y psicológico en cada etapa con la particularidad que cada mujer y proceso presente. De esta forma se promueve evitar prácticas, procedimientos y la administración de medicación que no sean necesarios en el caso en particular, y que en cambio sean justificados por un protocolo (en Belli, 2013).

Un punto en común de la Ley con lo establecido en nuestro país, es que, desde el año 2001 la Ley N° 17.368 dispone que la mujer tiene derecho de estar acompañada por alguien de su elección y confianza en la institución durante el proceso de pre parto – parto y puerperio (Uruguay, Poder legislativo, 2001).

Un estudio realizado en Uruguay, en los hospitales públicos sobre las prácticas que son llevadas a cabo en la atención materna y perinatal (Colmar, et al. 2001) evalúa la calidad de la atención en relación a las prácticas benéficas y sus resultados. Su objetivo es indagar cuales prácticas se llevan a cabo en el embarazo, parto y recién nacido mediante una encuesta a las mujeres. Las mismas se agruparon en prácticas benéficas y aquellas que se consideraron perjudiciales o inefectivas. Las mujeres que se seleccionaron fueron aquellas que tuvieron parto vaginal sin complicaciones considerables y aceptaran participar, se les realizó la encuesta a 773 mujeres. De las prácticas consideradas como beneficiosas se plantearon: *“la administración de ácido fólico preconcepcional, acompañamiento durante el parto, manejo activo del alumbramiento y posición supina”* (Colmar, et al. 2001, p. 308). Como prácticas perjudiciales que superan un 50% de utilización se mencionan la episiotomía y el rasurado. La utilización de episiotomía en primíparas superó el 80% en todos los hospitales (Colmar, et al. 2001).

En relación a la asistencia pública, el estudio realizado por Magnone (2010), menciona que las mujeres que se atienden en éste sub sector, en su mayoría, suelen tener menores recursos socio – culturales. Es por esto, que son vulneradas en sus derechos y calidad de la atención que se les brinda. La vulnerabilidad se expresa como: *“Subjetivamente sería el sentimiento de indefensión experimentado por las/os usuarios debido al tipo de atención que no está centrado en los derechos”* (Magnone, 2010, p. 136).

Una investigación similar realizada en México, buscó indagar sobre la Violencia Obstétrica en salas de partos (Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez & Arenas-Monreal, 2013). Participaron 512 mujeres, en dónde, como resultado se dio que el 11% de las internadas estando en post parto en dos hospitales recibieron de alguna forma maltrato del personal de salud (enfermera, medico/a), tanto de forma verbal como física. Se manifiesta la violencia obstétrica conceptualizándola de la siguiente forma: *“(…) complejo problema social en donde converge un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género”* (Valdez-Santiago, et al. 2013, p.15). Se incluyeron a mujeres que habían dado a luz tanto por cesárea o por parto fisiológico. Otro dato de relevancia que ofrece el estudio, es que el 19% de las mujeres que participaron refieren haber tenido abuso verbal y casi un 8% de las mujeres manifestaron haber sufrido abuso físico (Valdez-Santiago, et al. 2013).

Por otro lado encontramos otros estudios referidos a Violencia Obstétrica. Coincidiendo dichas autoras (Camacaro, 2012 & Belli, 2013) en expresar que Venezuela fue el primer país en legalizar la violencia obstétrica. En dónde se establece una serie de actos o procedimientos impuestos por el personal de salud a cargo, que ejecutados constituyen violencia obstétrica. Belli (2013) enuncia que dichos actos hacen referencia a la carencia de



atención, el obligar a la mujer a que el parto se lleve a cabo en la posición “supina”, negar a la madre el cargar y el contacto inmediato con su hijo (siempre que no se indique lo contrario). También se señala el alterar el transcurso normal del pre parto y por último la realización de cesárea, cuando es un parto de bajo riesgo y mediante la realización de la misma, se evitó que el parto se diera de forma natural (Belli, 2013). Por otro lado Camacaro (2012) expresa la violencia obstétrica como violencia de género, en donde la salud sexual y reproductiva son los ámbitos de atención donde se dan más prácticas que justifican la violencia de género. Para ejemplificar, expone:

*Tanto en lo privado como en lo público, igual te despojan de tu parto, porque la obstetricia se sustenta en una lógica de intrusión médica concebido desde el paradigma bio – médico – tecnocrático., el cual convierte el hacer profesional en un proceso saturado de normas y rutinas inamovibles e incuestionables, que silencian a las parturientas, donde no cabe diálogo sino obediencia porque ellas están avasalladas por dichas normas y rutinas (...) (Camacaro, 2012, p.187).*

Arguedas (2014), en su investigación realizada en Costa Rica, prefiere referirse a la violencia obstétrica proponiendo el término de “poder obstétrico”, para dar cuenta de que es y cómo se produce la misma, dice: “*La violencia obstétrica sería, entonces, un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder*” (p. 157). A nivel social se ha dado la idea del embarazo y parto ya no como el proceso biológico normal de una mujer, sino como un proceso que es patologizado. Plantea que el término de violencia obstétrica tuvo su surgimiento en los grupos feministas, en el reclamo de éstas últimas por los derechos reproductivos. Retomando el término de “*poder obstétrico*” planteado por Arguedas (2014) expresa: “*El objetivo o función de utilidad del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos*” (p. 156).

## Referencias teóricas

---

### Género

---

La cultura en diferentes momentos socio – históricos le adjudica a los sexos hombre /mujer distintos significados, lo que es fundamental para las formas de interactuar de las personas. “(...) mujeres y hombres son percibidos por un entorno estructurado por la diferencia sexual” (Lamas, 1999, p. 84). Según el planteamiento del feminismo<sup>1</sup>:

*Conceptualizan el género como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y lo que es “propio” de las mujeres (lo femenino) (En Lamas, 1999, p. 84).*

Según Castoriadis (en López & Güida, 2001) el imaginario colectivo se construye desde la perspectiva social del poder. El imaginario social comprende desigualdad entre hombres y mujeres, encontrándose éste, en estrecha relación con la perspectiva de género. Ésta desigualdad se acentúa en la década de los años 60 con el *Movimiento de mujeres* y el *Feminismo*, expresando las diferencias existentes en las que viven las mujeres (López & Güida, 2001).

Retomando lo planteado por la feminista Marta Lamas (2000) toma la definición de género propuesta por Joan Scott (1996), expresando: “*el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder*” (Scott, 1996 en Lamas, 2000, p. 330). Los individuos se encuentran inmersos en la cultura de la cual forman parte, la misma está marcada por la dimensión del género y a su vez este último influye en las relaciones sociales, políticas y religiosas. Siguiendo con el planteamiento que realiza dicha autora: “*Lo que define al género es la acción simbólica colectiva. Mediante el proceso de constitución del orden simbólico en una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres*” (Lamas, 2000, p. 340).

Las personas no construyen su género de forma individual, sino que en conjunto con otros que se encuentran inter-relacionados en una misma sociedad, existiendo normas ya establecidas. Dicha construcción, comienza a edades muy tempranas del sujeto y durante el proceso de socialización la persona va adquiriendo costumbres, ideales, roles que son esperados para cada sexo en particular (Butler, 2007).

---

<sup>1</sup> Es un movimiento socio – político con el objetivo de que se reconozcan y respeten los derechos de la mujeres, sus planteos apuntan a hacer visible la desigualdad e inferioridad que ocupan las mujeres en la sociedad (Farías, 2014).

Continuando con los lineamientos de Butler (2007) la identidad de género que se va construyendo a través del proceso de socialización, se encuentra pautada dentro de modelos socioculturales. Mediante el proceso de socialización el sujeto va reafirmando su identidad mediante el vínculo con los demás.

Cultural y socialmente al cuerpo femenino se le otorgan significados construidos. Estos significados otorgados relacionan a la mujer – sexualidad – procreación como natural, dejando ajeno el deseo de la mujer, en relación a su cuerpo, sexualidad y maternidad. Las formas de pensar el cuerpo están relacionadas y vinculadas con las características de género.

Desde la perspectiva de género y de las teorizaciones de las feministas, se permiten analizar los significados socialmente construidos que se les da al cuerpo de la mujer, a su sexualidad y a la reproducción. La maternidad es para los movimientos feministas un estereotipo al que se identifica social y culturalmente a la mujer – madre, considerándose una forma más de poder y dominación sobre la misma.

Tomando el planteo de la feminista De Beauvoir (2011, en Farías, 2014) señala la maternidad como una construcción social y cultural, en dónde la relación mujer/madre con el advenimiento de la modernidad se ha ido cuestionado (Farías, 2014).

A partir de lo planteado por Badinter (1980), la autora realiza un recorrido de como la mujer llega a adquirir el rol de madre con el que se está familiarizado en la actualidad. En el pasado la conducta y el modelo esperado de ser madre es diferente al actual, en dónde la mujer – madre amamanta y cuida a su hijo con esmero y preocupación.

Continuando con la autora mencionada, en su libro *¿Existe el amor maternal?* (1980) expone el instinto maternal y como la mujer ocupó su rol paulatinamente, dadas las modificaciones sociales ocurridas entre los siglos XVII y XX. Es a partir del siglo XVIII donde se comienza a pensar un nuevo modelo de ser madre, el niño será el centro de su atención. Este cambio antes mencionado comienza a perfilarse con la voluntad de amamantar a su hijo en forma exclusiva. También se comenzaba a creer que los cuidados de la madre eran lo mejor para el bienestar de su hijo. A los cuidados maternos exclusivos se le suma la importancia de la higiene promoviendo la buena salud y crecimiento del niño, con el incremento de la atención y dedicación maternal. En el siglo XIX surge la figura del médico de familia, la madre que se preocupaba por la salud de su hijo requiere de los consejos y de su presencia de forma regular (Badinter, 1980).

## Medicalización de la sociedad

---

En Uruguay, la práctica médica y los servicios de salud se encuentran en estrecha relación con la producción y economía de la sociedad, el Estado pasa a ser el garante de la salud de la población (Portillo, 1995). Esta intervención del Estado en la salud se encuentra en estrecha relación con la producción y la capacidad de trabajo. Los cambios dados en el sistema de salud comienzan en el siglo XVIII debido a las vicisitudes socio-culturales y económicas (Portillo, 1995).

Otra función que realizó el Estado fue la creación de hospitales, en el año 1788 se funda el primer hospital civil dedicado a la caridad, con el propósito de mantener el orden, destinado a los pobres y desvalidos de la sociedad (Portillo, 1995).

Siguiendo con las líneas anteriores, el Estado adquiere la responsabilidad de la salud de las personas, con el fin de evitar las epidemias y enfermedades que azotaban a los pobladores. La salud deja de ser un aspecto de interés individual y pasa a ser un problema perteneciente a la esfera de lo social, dándose una creciente medicalización con innovaciones en la ciencia, las investigaciones y la tecnologización. En la medicalización de la sociedad se da según el autor *“una permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico”* (Portillo, 1995, p.16). El poder médico comienza a tener intervención en la cotidianeidad de las personas, medicalizando procesos biológicos y sociales como lo son: el nacimiento, la vejez y la sexualidad que pasarían a ser tratados en el hospital (Vincent, 1990, en portillo, 1995).

## Medicalización del parto

---

El proceso del parto es institucionalizado y medicalizado; en nuestro país se presenta culturalmente casi de forma inviable la opción de que la mujer dé a luz en su casa.

El control que se ejerce sobre el cuerpo de la mujer antes – durante y después del parto en su institucionalización, es considerado como lo más beneficioso para la salud de la mujer o del recién nacido durante su proceso (Hutter, 2010).

En éste sentido y siguiendo la línea de la atención del parto, a fines del siglo XVI, los médicos comenzaban a desempeñarse en la práctica que hasta el momento era exclusiva de las comadronas. Con la implementación de herramientas obstétricas el parto pasa de ser un proceso natural y espiritual atendido por las parteras, a visualizarse como un procedimiento atendido por médicos. El primer instrumento ginecológico que se conoce es el fórceps, creado por los médicos Chamberlen (Hutter, 2010).

En el año 1902 en Nueva York se creó el hospital “*Lying – In*”, con el propósito de poder atender a un número elevado de embarazadas y con la perspectiva de que se disminuiría la mortalidad. Disuadían a que las mujeres no cursaran sus partos en sus propias casas asistidas por las parteras. Al comienzo, la hospitalización del parto era sólo la opción de las mujeres pobres, o las que así lo necesitaran, ya que el riesgo de muerte era alto. A esto se le suma la falta de recursos y además era ámbito de práctica de estudiantes, a veces inexpertos y sin supervisión. (Cházaro, 2004 en Bellón, 2015).

Lo que sucedía en las maternidades que fueron creadas sin mucho éxito, era que se registraba una tasa elevada de mortalidad. Una mujer que fuera institucionalizada para dar a luz suponía luchar para poder sobrevivir, dado a la transmisión de gérmenes y a la fiebre puerperal. Las mujeres que daban a luz en las maternidades fallecían a causa de infecciones hospitalarias. Para las mujeres dar a luz en un hospital implicaba separarse de su familia y hogar, dejando así un entorno familiar para enfrentarse a lo desconocido. Fueron varios los intentos realizados en esta época que promovían los partos en las maternidades, sin que así se dieran. Mediante la promoción del cuidado e higiene que conllevaba dar a luz en un hospital fue que poco a poco se fue haciendo más popular esta práctica en un medio hospitalario. Se comienzan con prácticas de rutina como lo eran los enemas y el rasurado del vello púbico. Aun así se seguía cuestionando sobre la forma más conveniente de dar a luz, si se llevaba a cabo dicho proceso en la casa o en un centro hospitalario (Hutter, 2010).

Las infecciones hospitalarias que se daban en las puérperas causando su muerte tuvieron su descenso al descubrirse los gérmenes, el contagio y la prevención de las enfermedades. El proceso de parto se fue convirtiendo en una práctica que necesitaba el cuidado y la intervención médica. Con la implementación de la tecnología y los avances en la medicina se minimizaron los riesgos para la parturienta y el neonato, convirtiéndose el hospital en el centro de referencia para el parto (Bellón, 2015).

Por esta causa, a comienzos del siglo XX la cesárea dejó de ser una práctica mortal para incrementarse su realización como forma de dar a luz, procedimiento que se benefició con la utilización de la anestesia en la obstetricia. Una investigación realizada en el año 1933 en Nueva York registró que el 22% de los nacimientos fueron por cesárea. Posiblemente el incremento de la realización de cesáreas sea debido al decreto del doctor DeLee (en Hutter, 2010), quien expresó que una vez que la mujer tenía su hijo por cesárea también se debería realizar la intervención en los sucesivos partos. A pesar de esto, fueron varias las mujeres que decidieron parir por vía vaginal y que presentaban antecedente de cesárea (Hutter, 2010).

## *Problema y preguntas de investigación*

---

En el marco de la Ley N° 18.426 promulgada en 2009 de Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, en el Artículo 3 inciso C, se hace referencia a respetar el tiempo biológico y psicológico del proceso de parto. Evitando la administración de medicamentos, así como las prácticas invasivas que no estén justificadas. También se promueve que en dicho proceso se garantice la privacidad e intimidad y la realización de un parto humanizado.

El proceso de medicalización que se ha naturalizado paulatinamente, acompañado de los avances de la ciencia y la tecnología se encuentra arraigado en la esfera socio – cultural, ocasionando que procesos fisiológicos como el parto se realicen casi exclusivamente en la hospitalización. Esta investigación pretende conocer la vivencia y experiencia del proceso de parto desde la perspectiva de la usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en la ciudad de Montevideo.

Se pretende conocer que prácticas y rutinas le fueron efectuadas por el personal de salud a la mujer durante el transcurso de la institucionalización. Así como indagar si tales procedimientos favorecen u obstaculizan el ejercicio de sus derechos reproductivos.

### *Preguntas de Investigación*

---

La pregunta principal que guía este trabajo es conocer ¿qué sentido y significación le otorgan las mujeres al proceso de institucionalización al momento de dar a luz a sus hijos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (ASSE), en la ciudad de Montevideo?

Otras preguntas de investigación son:

- ❖ ¿Cómo desde la propia experiencia, las usuarias de la Salud pública vivieron su proceso de parto?
- ❖ ¿Durante la hospitalización, se le realizaron prácticas o procedimientos que pudieron afectar el ejercicio de derechos y la autonomía de la mujer?
- ❖ ¿Si le fueron realizadas intervenciones, que conocimiento previo poseía la usuaria de las mismas?
- ❖ Desde la experiencia de las usuarias, conocer: ¿Cuáles son las prácticas y procedimientos de rutina más realizados?

## *Justificación*

---

Se considera importante para la psicología conocer desde la subjetividad de las propias usuarias de la salud, el significado que le otorgan al proceso de parto y al parto, en el trascurso de su hospitalización. Generando conocimiento sobre el sentido que le dan a las prácticas y procedimientos que les fueron efectuados, así como a la naturalización que le adjudican a los mismos.

Se propone realizar la investigación con el propósito de aportar conocimiento sobre cuales prácticas y procedimientos son realizados por profesionales de la salud, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Desde la mirada y experiencia de las parturientas conocer si dichas intervenciones pueden alterar el proceso fisiológico del parto, ocasionando que no sean respetados los derechos reproductivos, constituyendo en ocasiones violencia obstétrica. Evaluando mediante la información obtenida en las entrevistas los beneficios y riesgos de las prácticas y procedimientos de rutina, poniendo énfasis en el proceso psíquico emocional que los mismos conllevan.

El estudio pretende conocer desde la perspectiva y vivencia de la usuaria, la experiencia del proceso de parto y parto, en el trascurso de la institucionalización en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se indagará sobre que prácticas y procedimientos se le efectuaron en dicho proceso, y si los mismos alteraron el proceso fisiológico del parto; afectando el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer. Los criterios de inclusión para la participación del estudio son: mujeres que se encuentren entre su 1º y 3º mes de puerperio, que su parto fuera realizado en CHPR y que no requirió de cuidados especiales. La captación para la participación se realizará mediante las diferentes redes sociales.

## *Objetivos*

---

### *Objetivo general*

---

- ❖ Indagar sobre la vivencia de las Usuarías de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante el proceso del parto institucional.

### *Objetivos específicos*

---

- ❖ Conocer cuáles son las prácticas que se le realizaron en el trascurso de su institucionalización.

- ❖ Investigar si la usuaria poseía el conocimiento de los procedimientos que se le desarrollaban, así como sus riesgos y beneficios.
- ❖ Indagar sobre la información otorgada durante el proceso y si les fueron requeridos consentimientos para realizarlos.
- ❖ Explorar sobre los aspectos psíquicos de la usuaria en el transcurso del parto en su hospitalización.



## *Estrategia o diseño metodológico*

---

El diseño metodológico por el que se optó en este estudio es de metodología cualitativa, que en palabras de Taylor y Bogdan (1984) es: “(...) *la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable*” (p. 20). El proyecto de investigación tiene características exploratorias.

Como método de investigación se optó la entrevista en profundidad, con características de semi - estructuradas. Retomando a los autores Taylor y Bogdan (1984) plantean: “(...) *reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras*” (p. 101).

Se optó por realizar la investigación en la ciudad de Montevideo, en el Centro correspondiente a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) que cuenta con Clínica Ginecológica, el cual es: Centro Hospitalario Pereira Rossell. Reúne los siguientes criterios de inclusión: es el centro de referencia nacional para los Usuarios de ASSE y cuenta con la mayor maternidad del país.

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio son: selección de usuarias puérperas cuyos partos hayan sido hospitalizados en el Centro de salud mencionado. El puerperio es definido en el “*Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*” propuesto por el MSP (2014) de la siguiente forma: “*El puerperio es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional*” (p. 101). Se incluirá a mujeres que tienen a su hijo por cesárea o por parto vaginal y que acepten de forma voluntaria participar de la investigación. Se excluye a mujeres cuyo embarazo hayan finalizado con pérdidas gestacionales, o que hayan requerido cuidados especiales (embarazo de alto riesgo obstétrico, CTI, prematuridad). La ejecución de las entrevistas se realizará a mujeres que estén cursando su pos parto, encontrándose entre 1º y 3º mes de puerperio.

Para realizar la captación de las mujeres puérperas se utilizarán las diferentes redes sociales. Mediante la confección de una breve presentación de la investigación, expresando el objetivo del estudio y los beneficios, convocar a las mujeres que reúnan los criterios de inclusión a participar de la investigación. Otro método previsto para aplicarse es la técnica bola de nieve, de manera de poder llegar a contactar a más mujeres para la participación.

## Cronograma de ejecución

<b>Fases</b>	<b>Mes 1</b>	<b>Mes 2</b>	<b>Mes 3</b>	<b>Mes 4</b>	<b>Mes 5</b>	<b>Mes 6</b>	<b>Mes 7</b>	<b>Mes 8</b>	<b>Mes 9</b>	<b>Mes 10</b>	<b>Mes 11</b>	<b>Mes 12</b>
<i>Búsqueda de Antecedentes y Revisión Bibliográfica</i>	X	X										
<i>Planteamiento y elaboración de la propuesta</i>			X									
<i>Captación y realización de entrevistas</i>				X	X	X	X					
<i>Procesamiento de la información. Análisis de resultados.</i>							X	X	X	X		
<i>Elaboración de informes y resultado del proyecto</i>											X	X

## Consideraciones éticas

El estudio se realizará teniendo en cuenta los *Aspectos éticos de la investigación con seres humanos*, dispuestos en el Decreto N° 379/008 del MSP promulgado en el año 2008. Destacándose los siguientes incisos: el consentimiento informado, la evaluación de los beneficios y riesgos, y evitar los daños que puedan ser previstos.

En el área de la psicología en Uruguay, según el Código de Ética del Psicólogo, en el “Artículo 65º” se especifica que el profesional debe dar a conocer a las personas e instituciones que el material recolectado será parte de una investigación. Garantizándole a cada participante (usuaria) la confidencialidad de sus datos personales y de la información que brinde. Se le informará brevemente del proyecto, en cuanto a sus objetivos, fundamentos y beneficios que se pretenden. Desde la creación del Código de Núremberg en el año 1947, se plantea la necesidad del “*consentimiento voluntario*” de las personas que participarán de la investigación, la cual se realizará con total libertad y con la suficiente información respecto a dicha investigación (en Vidal, s.f). En este sentido se le brindará a las mujeres una hoja informativa con los datos de la investigación y se requerirá su consentimiento explícito a participar en el estudio. La confidencialidad de los datos ofrecidos así como el resguardo de la identidad, se realizará a través de la codificación de las entrevistas. No aportando datos que puedan ser identificativos en ningún reporte.

## *Resultados esperados*

---

Se pretende generar información y conocimiento en relación a que prácticas, rutinas y procedimientos son efectuados por el personal de salud, durante el proceso de parto en las mujeres institucionalizadas.

Mediante el diseño metodológico propuesto, obtener de la realización de entrevistas, perspectivas en cuanto a cómo percibieron las usuarias su asistencia. Esto pretende aportar a mejorar prácticas benéficas y alertar sobre posibles prácticas que violenten sus derechos.

## Referencias bibliográficas

---

- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. Vol. 11(1): 155-180. Costa Rica.
- Badinter, E. (1980). ¿Existe el amor [instinto] maternal? Barcelona: Editorial Paidós.
- Bellí, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata. Universidad de Granada. Año 7, Nº 18, pp. 93 – 111.*
- Butler, J. (2007). El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. España: Barcelona. Paidós.
- Barran, J. (1994). Historia de la sensibilidad en Uruguay. El Disciplinamiento (1860 – 1920). Facultad de Humanidades y Ciencia. Ediciones de la Banda Oriental.
- Camacaro, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. Vol. 18 (40) pp. 185 – 192. Venezuela.
- Coordinadora de psicólogos del Uruguay. Código de Ética Profesional del Psicólogo/a Uruguay. Sociedad de psicología del Uruguay, Facultad de Psicología (UDELAR). Recuperado de: <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>
- Colomar, M. et al. (2001). Prácticas en la atención materna y perinatal en los hospitales públicos de Uruguay. *En: 2º Encuentro Universitario. Salud, Género, Derechos sexuales y Derechos reproductivos. Avances en investigación nacional. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.*
- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicas – usuarias de servicios ginecológicos. En Castro, R & López A., *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. (pp 101-122). *Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

Farías, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. (Tesis de Magister). Recuperado de:

[www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4473/1/Carolina%20Farias.pdf](http://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4473/1/Carolina%20Farias.pdf)

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

Magnone, N. (2010). Derechos y poderes en el Parto, una mirada desde la perspectiva de la humanización. (Tesis de Maestría no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Martell, M. et al. (2011). Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Edición Oficina del Libro FEFMUR, Facultad de Medicina, Universidad de la Republica.

Mesa, S & Viera, M. (2004). El cuerpo biomédico. En: *2º Encuentro Universitario. Salud, Género, Derechos sexuales y Derechos reproductivos. Avances en investigación nacional*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Lamas, M (1999). Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. En *Género, debate feminista*. (pp. 84 – 106) Año 10, Vol. 20, Octubre 1999. México. Recuperado de: [http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id\\_articulo=375&id\\_volumen=20](http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id_articulo=375&id_volumen=20)

Lamas, M. (2000). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. Programa Universitario de estudios de Género. PUEG. México.

Lopez, A & Güida, C. (2001). Sexualidad. Campo de investigación interdisciplinaria. Publicado en “Genero y Sexualidad en Uruguay” Araujo, Behares, Sapriza (comp.) Ediciones Trilce- Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo.

Ministerio de Salud Pública. (2005). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Anticoncepción (Métodos Reversibles). UNFPA. Programa nacional de salud de la mujer y género. Recuperado de: [http://www.bps.gub.uy/bps/file/8132/1/guias\\_de\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva\[1\].pdf](http://www.bps.gub.uy/bps/file/8132/1/guias_de_salud_sexual_y_reproductiva[1].pdf)

Ministerio de Salud Pública (2007). Guía en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada. Recuperado de:

[http://www2.msp.gub.uy/uc\\_1667\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_1667_1.html)

Ministerio de Salud Pública. (2010). Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. Dirección General de Secretaría. Departamento de Programación Estratégica en Salud.

Recuperado de: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Guia\\_SSyR.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_SSyR.pdf)

Ministerio de Salud Pública. (2014). Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Guías en salud sexual y reproductiva. Dirección General de la Salud División de Planificación Estratégica de Salud Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de Salud Integral de la Mujer.

Recuperado de:

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf)

Ministerio de Salud Pública (2014). Nacimientos según tipo de establecimiento de ocurrencia del parto y departamento de ocurrencia. Uruguay 1996 – 2014.

Dirección General de la Salud. División Epidemiología. Estadísticas vitales.

Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estad%C3%ADsticas-de-natalidad>

Organización Mundial de la Salud. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica.

Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de

Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra. Recuperado de:

[http://www.durga.org.es/webdelparto/images/cuidados\\_parto\\_normal.pdf](http://www.durga.org.es/webdelparto/images/cuidados_parto_normal.pdf)

Portillo, J. (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724 – 1930). Rev. Med.

Uruguay 1995 – 11. p. 5-18.

Taylor, S.J. & Bogdan (1984). Introducción a los métodos cualitativos. Buenos Aires,

Paidós.

Uruguay, Poder Legislativo (2001). Ley N° 17386, Dispónese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Publicado en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2001. Recuperado de:

<http://WWW.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Ancho>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Decreto N° 379/008, Reglamentación sobre Investigación Clínica en Seres Humanos. Ministerio de salud Pública. Recuperado de: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>

Uruguay, Poder Legislativo (2009). Ley N° 18.426, Defensa del Derecho de la Salud Sexual y reproductiva. *Publicada* en el Diario Oficial *10 diciembre 2009*. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor>

Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solorzano, E., Mojarro-Iñiguez, M., Arenas-Monreal, L. (2013). Nuevas evidencias a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. (Spanish) *Revista CONAMED*, 18 (1), 14-20.

Vázquez – Sixto, F. (2009). Protocolo orientativo para la redacción de una propuesta o proyecto de investigación. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/protocolo\\_proyecto\\_investigacion\\_felix\\_vazquez.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/protocolo_proyecto_investigacion_felix_vazquez.pdf)

Vidal, S. (s.f). Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Programa de educación permanente en bioética. Ética de la investigación en seres humanos. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, UNESCO. Recuperado de: [https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/aspectos\\_eticos\\_de\\_la\\_investigacion\\_en\\_serres\\_humanos1.pdf](https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/aspectos_eticos_de_la_investigacion_en_serres_humanos1.pdf)