

## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

**MODALIDAD: PRE-PROYECTO DE INVESTIGACION**

# **CESAREA ELECTIVA SIN MOTIVOS MEDICOS**

Estudiante: Dahiana Cherie Olivera Urioste

C.I. 4.998.301-1

Tutora: Asist.Mag. Carolina Farías

Julio 2016

Montevideo, Uruguay

# ÍNDICE

Fundamentación y antecedentes.....	1
Referentes teóricos.....	5
Formulación del problema y preguntas de investigación.....	11
Objetivos.....	12
Diseño metodológico.....	12
Cronograma de ejecución.....	13
Consideraciones éticas.....	14
Resultados esperados.....	14
Referencias bibliográficas.....	15

## **RESUMEN**

Entendemos por cesárea, a la intervención quirúrgica, una cirugía mayor abdominal por la cual se extrae el feto desde el cuerpo de la mujer, realizando un corte a través de la pared abdominal y uterina. El presente trabajo aborda el tema de la cesárea electiva, la cual refiere a: aquella operación cesárea, que se realiza sin trabajo de parto iniciado y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales.

Actualmente, el papel de las mujeres en el tema de decidir como traer a sus hijos al mundo ha tomado relevancia, apoyadas por normas que el ministerio avala, planteando así, derechos que todos como usuarios de los servicios de salud tenemos, motivo por el cual los derechos en salud sexual y reproductiva así como la autonomía y el poder de decisión de las mujeres, se ha vuelto un aspecto fundamental para el abordaje de esta temática.

Esta investigación pretende analizar los motivos que dan lugar a que las mujeres decidan terminar su embarazo con una cesárea sin razones médicas.

Busca conocer los factores que llevan a la mujer a elegir una cesárea sin motivo médico, teniendo en cuenta lo referente al principio de beneficencia médica y la autonomía de las mujeres, indagando además la incidencia directa o indirecta del profesional sanitario en esta decisión.

El diseño metodológico por el que se optó en el estudio es de metodología cualitativa, con características exploratorias, debido a que es un tema poco estudiado, motivo por el cual, se cuenta con escasa información previa.

Esta investigación se desarrollara en una institución médica privada de la ciudad de Montevideo. Con la cual se acordara previamente el desarrollo del estudio.

**Palabras claves: Cesárea electiva, Profesionales sanitarios, Autonomía**

## FUNDAMENTACION Y ANTECEDENTES

El elevado índice de cesáreas fenómeno que actualmente, preocupa, tanto en nuestro país como a nivel internacional, siendo esta la operación obstétrica más comúnmente efectuada (Piloto & Nápoles, 2012). Tal situación ha impulsado al MSP (Ministerio de Salud Pública) a realizar planteamientos de atención a esta problemática, en junio del 2015, propone las Estrategias Sanitarias para el 2020, entre las cuales, se enmarca la reducción de cesáreas como uno de los grandes puntos a mejorar de la salud perinatal dado que la tasa de cesáreas ha ido en continuo aumento en las últimas dos décadas (MSP, 2015). Este aspecto se vuelve algo fundamental ya que según UNICEF, entre el 2006 y 2010 el 38% de los nacimientos a nivel mundial ha sido por cesárea.

Durante el 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó para el periodo que comprende de 2005 a 2011, cifras cercanas a lo establecido en Suecia (17 %), Francia (21 %) y Argentina (23 %); en el otro extremo, se reportaron Alemania (32 %), Australia (32 %), Estados Unidos de América (33 %), Portugal (36 %), Corea (37 %), Chile (37 %), México (39 %), Irán (40 %), Mauricio (44 %) y Brasil (52 %). En México, hubo un incremento casi del 3 % con respecto al reporte del año 2009. (Martínez et al, 2015 pág. 610).

En Uruguay, según datos proporcionados por el sistema de información perinatal, la cesárea alcanza un promedio nacional del 50%, de las cuales, 33,4% se dan en el sub. Sector público y 55,3% en el sub. Sector privado (Farias, 2014).

La cesárea ha demostrado ser, cuando es necesaria su indicación muy eficaz, para reducir la morbilidad materno – perinatal. Por otro lado, se sabe que los riesgos superan los beneficios cuando su realización no está fundamentada. Generando riesgos a corto, mediano y largo plazo tanto para la mujer como para el bebe. (MSP, 2015).

Sin embargo también ha aumentado el número de mujeres que elijan la cesárea como método para traer a sus hijos al mundo, es decir, una cesárea electiva sin indicación médica que justifique dicha intervención (Tejera, 2011).

Es importante aclarar que al parecer, la incidencia de este fenómeno y su contribución al aumento general de la tasa de cesáreas no son bien conocidas pero se estima que el 2,5% de todos los nacimientos, por lo menos en los Estados Unidos serian producto de una cesárea electiva. Este tipo de intervención, no es una entidad clínica bien reconocida, y por el momento no hay medios precisos para su detección en estudios

de investigación o en registros institucionales (American College of Obstetricians and Gynecologists ,2013).

Dado el balance de riesgos beneficios, en el año 2013, American College of Obstetricians and Gynecologists, publica un artículo, donde se expone el tema de la cesárea por solicitud materna y se cree que dada la ausencia de patologías maternas o fetales, se debería de apuntar a indicar los beneficios del parto vaginal y en caso de que la mujer decida , teniendo en cuenta el balance riesgos – beneficios, realizarse la cesárea, el profesional no debiera aceptar realizar la misma antes de las 39 semanas de gestación, para poder de esta forma asegurar previamente la maduración pulmonar del bebe. Por otro lado, el artículo indica que no debiera realizarse tal cirugía como paliativo del temor al dolor en el parto. La cesárea por solicitud materna no estaría recomendada para mujeres que deseen tener varios hijos dados los potenciales riesgos que implica.

Esto nos aproxima a pensar el lugar y la posición que algunos médicos toman o deberían tomar ante la petición de una cesárea. Este aspecto se podría vincular a el quehacer del médico, muchos de ellos, a finales del siglo veinte, se preguntan si había que aceptar una cesárea a demanda, se cuestionan, si deben desde su rol de medico ofrecer a todas las mujeres embarazadas poder escoger una cesárea electiva (Odent, 2006).

Este fenómeno se ve en constante aumento, y es claro que el lugar del médico en la decisión final incide, directa o indirectamente. Al parecer algunos, apoyan y fundamentan, la elección de la misma incluso al tratarse de un embarazo a término y sin complicaciones. Planteando que esta manera de intervenir será probablemente mejor aceptada en el futuro (Odent, 2006).

Podríamos pensar además, sobre la razón, que lleva a muchas de estas mujeres a solicitar esta intervención. Como plantean Olza & Lebrero (2006), muchas, podrían ser mujeres con baja autoestima en relación al funcionamiento intimo de su cuerpo, incluso en un momento tan importante como ser el nacimiento de sus propios hijos, no pudiendo además empoderarse quizá de sus propios derechos.

Magnone (2010), plantea que este fenómeno (de la cesárea electiva) se ve más en mujeres de sectores medios y altos que en las mujeres de sectores bajos. Esto está asociado a la existencia de mitos en relación a los beneficios de la intervención, a la creencia de que es menos dolorosa y a las consecuencias del stress, la planificación

extrema y los mandatos sociales de las mujeres de estos sectores, estos son solo algunos de los aspectos que influyen para la toma de esta decisión.

Podríamos pensar además en el miedo al parto, al dolor, fenómeno conocido como Toco fobia. La toco fobia es un miedo patológico persistente, irracional y desproporcionado a quedar embarazada o al parto, esta patología puede ser de dos tipos primaria o secundaria, si la mujer que la padece no pretende tener hijos no se presentarían mayores dificultades, pero en caso de querer ser madre, en muchos casos suelen solicitar una cesárea a sus médicos, por miedo a la experiencia del parto. A menudo este miedo al parto no se toma en serio, se considera algo normal y que se debe afrontar. Tanto en estos casos como cuando el miedo es tan intenso que se convierte en una fobia o algo que genera mucho mal estar, sería conveniente que las mujeres pudieran contar con el apoyo adecuado para poder dar a luz a sus hijos de forma satisfactoria y pudieran vivir esta experiencia confiadas y seguras, y evitar así quedar traumatizadas por la experiencia (Borras, 2015).

Sin lugar a dudas esta situación depende de quien la vivencia, resulta fundamental la predisposición de la mujer implicada, el empoderamiento que la misma tenga sobre su cuerpo, y su embarazo, la confianza en sí misma. Se ha observado que las mujeres con mayor miedo al parto tienen una menor tolerancia al dolor (Marín, 2008). Por lo tanto se entiende que la presencia del miedo está muy vinculada a la no posibilidad de la mujer de afrontar y atravesar la experiencia del parto, terminando en muchas con la solicitud de la cesárea

En los últimos años, ha cobrado más importancia el papel que la mujer, ocupa a la hora de la elección de la cesárea, motivo por el cual, se vuelve este uno de los factores preponderantes que podrían influir en el fenómeno del aumento de la cesárea. Si bien no existen estadísticas o estudios científicos que den cuenta del aumento de este fenómeno, algunos de los argumentos que fundamentarían esta decisión son la creencia de poder evitar complicaciones, el miedo que algunas mujeres tienen al enfrentarse al parto y a atravesar un "doloroso" trabajo de parto, evitar la episiotomía, daños en el suelo pélvico, creer que el bebe nace mejor, sin daños ni marcas. La cesárea electiva, es en algunas sociedades una cirugía que da estatus social, la cual, además, es practicada por los médicos según la conveniencia de la mujer, de la propia familia, en función de vacaciones, viajes, los horarios e intereses del mismo médico, hacen de este un procedimiento quirúrgico pedido a la "carta". (Piloto & Nápoles, 2014).

La mayoría de estas creencias tiene su origen por mitos sociales que se instauran en la población sin ser realmente fundamentados, Coppola (2014), plantea que entre ellos tenemos por ejemplo, el falso concepto de que la cesárea es más segura que el parto. Según este autor muchos ginecólogos expresan la presión que sienten por parte de las mujeres para que se les realice esta práctica, pero al consultar a las madres, al parecer plantean sentir algún tipo de presión o sugerencia por parte del profesional. La realidad es que en nuestro país, no existen investigaciones ni estudios al respecto. En Estados Unidos donde si se han realizado estudios sobre el creciente fenómeno de la cesárea electiva, han llegado a la conclusión de que: “el papel de la presión de la responsabilidad civil en el aumento de la cesáreas, por el momento, es modesto” (Coppola, 2014, pag.10).

## REFERENTES TEORICOS

A continuación, abordaremos los conceptos de Cesárea, Hábitus – profesional. Género y autonomía de la mujer como referentes para contextualizar y pensar sobre lo antes mencionado y así reflexionar sobre el tema de la cesárea electiva y lo que implica dicha elección tanto para la mujer como para el bebe, y con esto la implicancia del médico ante esta decisión.

### **Cesárea y Autonomía de las mujeres**

La cesárea es una intervención quirúrgica, una cirugía mayor abdominal por la cual se extrae el feto desde el cuerpo de la mujer, realizando un corte a través de la pared abdominal y uterina (Odent, 2006; Olza & Lebrero, 2006).

En algunos casos la indicación de cesárea se plantea como algo incuestionable, algunos ejemplos de esto serian, prolapso de cordón, placenta previa, presentación del feto de hombros o de frente, desprendimiento prematuro de placenta, y por último la existencia de una cardiopatía materna. En algunos casos se plantean otras situaciones en las cuales la indicación pasa a ser relativa, donde debe estudiarse el posible riesgo para luego realizar la indicación, como ser, no progresión del parto, cesáreas previas, embarazo múltiple, desproporción céfalo- pélvica, que el bebe se encuentre posicionado de nalgas (Odent, 2006; Olza & Lebrero, 2006).

La cesárea paso de ser como ya hemos mencionado, una intervención que se realizaba de forma excepcional tras la muerte de la madre para poder salvarle la vida al bebe, a ser hoy en día la manera de nacer de uno de cada cuatro o cinco niños en distintos países del mundo. (Olza & Lebrero, 2006)

Actualmente, el papel de las mujeres en el tema de decidir como traer a sus hijos al mundo ha tomado relevancia, apoyadas por normas que el ministerio avala, planteando así, derechos que todos como usuarios de los servicios de salud tienen. Desde el año 2011 todos los prestadores de salud que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con Servicios de Salud Sexual y Reproductiva donde la atención sea para el usuario, amigable, inclusiva, integral, oportuna, de calidad, multidisciplinaria, confidencial y privada. Lo cual da cierto respaldo a las usuarias, empoderándolas en la situación (MSP, 2008). Tal es así que el tema de la cesárea electiva se ha vuelto un fenómeno que, al parecer, se encuentra en aumento, teniendo un mayor índice en las instituciones privadas, no siendo el método más utilizado en instituciones medicas públicas (MSP, 2008).



El término de cesárea electiva, o parto por cesárea a petición materna, refiere a: “aquella operación cesárea, que se realiza sin trabajo de parto iniciado y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales” (FASGO, 2014, pág.1).

Algunos de los potenciales riesgos que representa la realización de una cesárea electiva, serían una internación hospitalaria más larga, mayor riesgos de problemas respiratorios para el bebé, mayores complicaciones en futuros embarazos, incluyendo ruptura uterina, problemas de implantación de la placenta y la necesidad de una histerectomía. Como beneficios potenciales a corto plazo, de la cesárea electiva, en comparación a un parto vaginal programado, se plantean, un menor riesgo de hemorragias y transfusiones, menor número de complicaciones quirúrgicas, y menor riesgo de incontinencia urinaria durante el año después del parto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; Melchor,2008; Odent, 2006; Olza & Lebrero, 2006).

Para continuar, debemos plantearnos a su vez el tema de la autonomía de las mujeres y para ello, resulta pertinente contextualizar la noción de género entendiendo al mismo como:

Características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femenino y masculino dentro de contextos específicos. Se puede asumir como la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos y al mismo tiempo los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. (Castañeda et al, 1999 Pag.3-4).

Por lo tanto género es la red de rasgos de personalidad, valores, sentimientos, actitudes, conductas, y actividades que a través de un proceso de construcción social diferencia a los hombres de las mujeres (Castañeda et al ,1999).

Este concepto se encuentra en estrecha relación, con el concepto de autonomía, Magnone (2010), cita de Fernández (2006) planteando que la autonomía de género se refiere al grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de los otros. Implica además la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas para lograrlos; implica un doble movimiento de subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas. De aquí la importancia que tiene tomar la decisión de solicitar una cesárea. Magnone (2010), plantea que “Poder conceptualizar la atención en salud reproductiva desde esta noción de derechos y autonomías implicaría tener en cuenta aspectos culturales,

sociales, psicológicos, afectivos así como biológicos de las mujeres” (pág. 103). Podríamos preguntarnos entonces, si estamos ante un real cambio, donde se consideran los derechos de las mujeres que solicitan la cesárea, valorando su historia, entendiendo sus necesidades y respetándolas.

### **El rol de los profesionales sanitarios**

El lugar que ocupan los médicos en la elección de la realización del procedimiento se vuelve altamente prioritario. El médico, profesional, encargado de cubrir las necesidades de sus pacientes, y en especial de aquellos que intervienen en la salud, integridad o bienes de sus clientes en este caso de las futuras madres, se regula por medio de ciertos parámetros que reflejan lo que se considera como adecuado para el ejercicio de su profesión, tomando en cuenta su bienestar y el de sus clientes a corto, mediano y largo plazo (Vázquez, 2015).

Esto nos lleva a pensar sobre el ejercicio de la profesión, y de los actos que surgen de las decisiones que los médicos toman, con respecto al proceder para con sus pacientes, que a la vez, implica la información que a estos se les da para que finalmente tomen sus decisiones, libre de tecnicismos (Martínez et al, 2015).

Vázquez (2015) plantea relacionándolo a este aspecto el principio de beneficencia,

“Principio que se ha permeado en la ética profesional desde la tradición hipocrática y que hace referencia a la necesidad que tiene todo profesional de tender, en todo momento a hacer bien con su cliente” (pág. 65,66).

Esto implicaría que el médico, accionara en pro de proteger y minimizar todos los riesgos que pudiesen presentarse con sus pacientes, accionando éticamente dirigiéndose a preservar el bienestar de la madre y el bebe. Una obligación moral que tiene el profesional de actuar en beneficio de los otros, viendo por ellos en cada una de sus decisiones. Tal como se plantea en el Consenso de Obstetricia – FASGO (2014):

Cuando una mujer desea o solicita una cesárea electiva, su médico debería considerar los factores de riesgo específicos tales como ser, la edad, índice de masa corporal, la precisión de la edad gestacional estimada, los planes reproductivos de la paciente y su contexto cultural. Las experiencias de vida críticas (por ejemplo, trauma, violencia o malos resultados obstétricos cercanos) y la ansiedad sobre el proceso del nacimiento pueden inducir su demanda y deberían analizarse en conjunto (Pág. 8).

Dado que la cesárea debería ser indicada como último recurso, por el daño que podría significar tanto para la madre como para el bebé, se vuelve fundamental el papel del médico, quien debería aconsejar, orientar e instruir a los involucrados en los pro y los contra de la realización de este acto quirúrgico (Vázquez, 2015).

Tal como plantea el MSP en su guía de Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, en la cual se plantea:

Si bien la cesárea es la cirugía mayor con menor morbimortalidad (vinculado esto a la indicación, condiciones de realización, la técnica quirúrgica reglada y la experiencia de los ginecólogos), esto no implica que no presente mortalidad y morbilidad propia. La mortalidad puede llegar al 0.3% (México) y la morbilidad varía entre un 5 y un 20% según los criterios para considerar la misma y las condiciones sanitarias de asistencia. Se calcula que presenta 6 veces más riesgo que el parto vaginal eutócico. Se destaca una mayor prevalencia de hemorragias, infecciones, TEP (Trombo embolismo pulmonar), histerectomía y paro cardiorespiratorio (Pag.145).

Por las razones antes mencionadas, es necesario que toda paciente, sea informada, conocer toda la evidencia para poder tomar una acertada decisión, por este motivo el médico tendría la obligación de informar, ya que la paciente confía y pretende que este cumpla con este principio de beneficencia antes mencionado, preservando su bienestar. Esta situación es la que lleva a que aunque la intervención se realice con el respaldo de un consentimiento informado que la institución médica incorpora para proteger sus intereses y los del profesional se busca sin lugar a dudas respetar la autonomía del paciente. No podemos asegurar que la decisión de la madre al elegir una cesárea es realmente una decisión informada o más bien una respuesta a la información proporcionada por el médico pensando en sus propios intereses, como ser por ejemplo los beneficios económicos que significa el cobro por el acto quirúrgico o bien su propia comodidad por la coordinación de la misma (Ley N° 18.335,2008; SNIS MSP, 2011).

J.Vazquez (2015), afirma que: “Es obligación del profesional de la salud respetar la autonomía y la capacidad de decisión de sus pacientes, pero también es su obligación ver por el bienestar y el beneficio de su actuación profesional” (pag.69). Esto genera una contradicción entre los principios éticos de autonomía y beneficencia del médico para con la mujer en cuestión esto sería posible cuando la paciente cuenta con los medios para tomar una buena decisión coherente lógica consciente, el médico debe brindar toda la información solo de esta manera el principio de beneficencia se podrá ejercer respetando la autonomía de la paciente.

Esto nos llevaría a preguntarnos, si de alguna manera la decisión de la mujer de querer realizarse una cesárea, está influenciada o condicionada por el quehacer del médico, o por el contrario, es una decisión libre y autónoma de la misma. Para entender esto, debemos dirigir nuestra mirada al inicio, Castro (2014), plantea el concepto de Hábitus medico, entendiendo al mismo como:

El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales (pág. 173).

Los médicos, y los profesionales de la salud, institucionalizados tienen una determinada, forma de hablar, de vincularse, de referirse al “paciente”, poniéndolo muchas veces en un lugar de inferioridad, disciplinándolo, infantilizándolo, poniéndolo en un rol pasivo y cuando este es capaz de creer que está tomando la mejor decisión, esta podría no ser la más acertada, y podría estar siendo la decisión que el médico quiere que ella tome. Pensando solo en su beneficio, en lo que es mas practico para su función (Castro, 2014).

Desde la perspectiva del profesional, si lo pensamos en el tema de la cesárea, el manejo del tiempo, el tema económico y el temor a las posibles demandas médico legales, por negligencia, hacen que muchos profesionales opten por realizar la intervención. Lo cual se podría definir como una actitud defensiva por parte de los mismos (Gómez, 2010).

Los principios de autonomía y beneficencia aparecen como pilares fundamentales en el ejercicio de la profesión, según el Código de Ética Medico (1995), el médico tiene la obligación de procurar la mayor beneficencia posible a su paciente, posibilitando los medios terapéuticos adecuados, y brindando en este caso a la madre, la información adecuada, indicando posibles riesgos que presenta la intervención. El profesional, respetará el derecho del paciente a decidir libremente. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial y respetar la decisión final que este tome.

La mujer, haciendo uso de sus autonomía, puede elegir luego de ser correctamente informada por el profesional continuar con la idea de realizarse la cesárea, pero a la vez, el médico, podría al considerar este y cualquier acto quirúrgico como innecesario

por razones científicas o inaceptable, tras informarlo debidamente, negarse a realizar el procedimiento y según el código de ética no estaría infringiendo en una falta, quedando dispensado de actuar.

Otra óptica de este tema sería la que plantea El Conceso de Obstetricia – FASGO (2014), donde proponen en cuanto al accionar del médico que:

Si bien la realización de una cesárea a pedido materno en una paciente bien informada es médica y éticamente aceptable, los médicos, como defensores y promotores de la salud y el bienestar de sus pacientes en general, sin embargo y en ausencia de una indicación médica aceptada, deberían extremar el asesoramiento para que la decisión de las mujeres sea lo más autónoma posible. (No recomendar el parto por cesárea en forma rutinaria a todas las embarazadas.) En efecto, si bien creemos que la evidencia y la opinión de los expertos actualmente apoyan la actitud médica de acceder al pedido de una paciente informada, no parecería ser un escenario razonable el de aconsejar cesáreas electivas a todas las pacientes (Pág. 9).

## FORMULACION DEL PROBLEMA Y PREGUNATA DE INVESTIGACION

En Uruguay según datos proporcionados por el sistema de información perinatal en el sector público el índice es de 33,4% mientras que en el privado las cifras alcanzan el 55,3%, lo que da un total de 53,1%. Por otro lado la OMS considera que no existe justificación para que en un país se supere el 15% de cesáreas, luego de superada esta cifra, no se correlaciona con mejores resultados neonatales, sin embargo la cesárea es actualmente la intervención que se realiza con mayor rutina a nivel mundial. Dado que las cifras en nuestro país, en los últimos tiempos, ha crecido de forma alarmante, se puede pensar esta práctica como un problema social que involucra a diferentes actores, por este motivo la temática nos atraviesa y es relevante contribuir a la concientización y visualización de la misma (Farias, 2014).

Se planteara como pregunta principal de este estudio, conocer los factores que influyen en las mujeres a la hora de elegir una cesárea sin fundamentación médica, y ante esta decisión, cual es papel del médico obstetra.

Como preguntas subsidiarias nos planteamos:

¿Cuáles son los factores sociales y culturales que inciden en las mujeres para la elección de una cesárea sin justificación médica?

¿Qué lugar tuvo el médico, directa o indirectamente ante la decisión de la mujer?

¿Qué implicaciones éticas derivan de tal procedimiento?

¿Cómo se trabaja desde lo inter disciplinario para analizar este tema, como ser por ejemplo, consulta psicológica ante temor por el parto?

¿Cuál es la vivencia o la opinión de las mujeres que tuvieron una cesárea electiva luego de pasar por la experiencia?

## **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar los motivos que dan lugar a que las mujeres decidan terminar su embarazo con una cesárea sin razones médicas.

## **OBJECTIVOS ESPECIFICOS:**

- Conocer y comprender los factores que llevan a la mujer a elegir una cesárea sin motivo médico (Incidencia social, mitos, experiencias previas).
- Analizar lo referente al principio de beneficencia vs la autonomía de las mujeres.
- Analizar la información recibida por el personal de salud sobre los riesgos de tal intervención.
- Indagar la incidencia directa o indirecta del médico en este fenómeno.
- Conocer la experiencia de la mujer implicada luego de pasar por la cesárea.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

El diseño metodológico por el que se optó en este estudio es de metodología cualitativa, cuyo fin es comprender e interpretar los fenómenos humanos. “La investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tienen lugar” (Vasilachis, 2006, pág. 33).

Este proyecto de investigación tiene características exploratorias, debido a que es un tema poco estudiado y por esto, se cuenta con escasa información teórica previa, especialmente en nuestro país.

Dicha investigación se desarrollara en una institución médica privada de la ciudad de Montevideo, con la que se acordara previamente el desarrollo del estudio. Esta institución médica deberá contar con un alto porcentaje de socias en etapa reproductiva y un porcentaje de cesáreas que supere la media nacional.

Se optará por abordar al objeto de estudio a través de entrevistas en profundidad. Con las mujeres se tendrán dos entrevistas, una durante el embarazo y otra luego del nacimiento (puerperio). Con los profesionales se tendrá una sola entrevista sobre la solicitud y aceptación (o no) de la cesárea a petición de la mujer en cuestión.

## MUESTRA

Se consideraran sujetos de esta investigación, a las mujeres, socias de la institución médica seleccionada que acepten participar de la investigación, que se encuentren atravesando su embarazo y consideren o tengan definido realizarse una cesárea sin justificación medica, así como también al médico tratante de estas mujeres.

## CAPTACIÓN

Primeramente se coordinara una entrevista con autoridades de la institución médica privada, incluyendo jefe o referente encargado del equipo de ginecólogos, a fin de explicar la investigación y los objetivos del proyecto. Una vez que se logre la autorización pertinente de las autoridades de la institución y de los profesionales involucrados, se informara por medio de la página web de la institución y por distintas publicidades (carteles, folletos en policlínicos) a las socias embarazadas, convocándolos a participar de dicha investigación. En esta se informará acerca de la investigación y procedimiento de la misma. Coordinando a su vez la fecha de realización de entrevistas en profundidad, este mismo procedimiento se aplicara con el médico tratante.

## CRONOGRAMA DE EJECUCION

FASES	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Búsqueda de antecedentes y revisión bibliográfica	X	X	X	X	X							
Planteamiento y elaboración de la propuesta		X										
Coordinación con la institución		X	X	X								
Captación y realización de entrevistas				X	X	X	X					
Procesamiento de la información. Análisis de resultados							X	X	X	X		
Elaboración de informes y resultado del proyecto											X	X



## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio de investigación, se ajustará a los lineamientos éticos establecidos en el Código de Ética del Psicólogo del Uruguay y el Código Internacional de Nuremberg (1949), en el cual se establecen los criterios para la investigación con seres humanos, teniendo como fin proteger y respetar la integridad y los derechos de los participantes. Para la ejecución se solicitará la aprobación y el consentimiento del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, de acuerdo al Decreto CM 515 del Poder Ejecutivo 4/08/2008 sobre Investigación con seres humanos.

Siguiendo su prescripción es que se procederá a informar a los participantes involucrados todo lo referente a la investigación en un lenguaje claro y comprensible para los mismos. Se le hará entrega a cada uno la solicitud de consentimiento informado para asegurar que su participación sea enteramente voluntaria, protegiendo y guardando el derecho de decidir sobre su participación.

En el proceso de investigación y en la posterior difusión de los resultados se tomarán los recaudos que se estimen necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos aportados por los participantes y su identidad. A su vez, se ofrecerá información sobre los objetivos y el alcance de la investigación tanto a las autoridades de las Instituciones de salud en los que se desarrollará el estudio, como de solicitarlo a las participantes del mismo.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Se pretende como resultado de esta investigación, conocer y comprender, los factores que influyen en las mujeres a la hora de elegir una cesárea sin fundamentación médica, y ante esta decisión, cual es papel del médico obstetra.

Se espera, haber podido generar información pertinente y significativa en relación a los objetivos planteados y haber contribuido al campo de la salud sexual y reproductiva y a la autonomía de las mujeres sobre el derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Conocer y comprender la vivencia y la experiencia de las mujeres que solicitaron una cesárea sin indicación médica, ayudara a replantearnos y entender los distintos factores que llevan a estas mujeres a tomar dicha decisión. Poder pensar a través de esta investigación en estrategias para poder tratar y abordar la temática de la cesárea de forma integrada, e interdisciplinaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Cesarean Delivery on maternal request. Committee opinion, Number 559. Recuperado de: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/CommitteeOpinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Cesarean-Delivery-on-MaternalRequest>
- Borras, C. (2015). Toco fobia: Miedo a la gestación y al parto. Recuperado de: <http://www.psyciencia.com/2015/15/tocofobia-miedo-a-la-gestacion-y-al-parto/>
- Castañeda -Abascal, Il., Astraín-Rodríguez, M., Martínez-Rodríguez, V., Sarduy-Sánchez, C. y Alfonso -Rodríguez, A. (1999). Algunas reflexiones sobre el género. Rev. Cubana Salud Pública v.25 n.2. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661999000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000200004)
- Castro, R (2014) Rev.Med. Revista Mexicana de Sociología 76, núm. 2; (abril-junio, 2014): 167-197. Génesis y práctica del Hábitus médico autoritario en México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>
- 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>
- Consenso de obstetricia - FASGO (2014). Cesárea a demanda. Recuperado de: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_Cesarea\\_a\\_Demanda.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Cesarea_a_Demanda.pdf)
- Coppola, F (2015) Rev. Méd. Urug. 2015; 31(1):7-14. Cesáreas en Uruguay. Recuperado de: <http://www.rmu.org.uy/revista/2015v1/art2.pdf>
- Farias, C. (2014) Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Tesis de Maestría no publicada .Maestría en psicología, Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Fernandez, A (2006), Poder y autonomía: Violencias y discriminaciones de género, Madrid, Agencia Laín Entralgo, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

- Gómez, A (2010). Incrementa el número de cesáreas por solicitud materna en nuestro país. Redactado para ABC del bebe. Recuperado de: <http://www.abcdelbebe.com/etapa/embarazo/parto-y-posparto/salud/incrementa-el-numero-de-cesareas-por-solicitud-materna-en-nues>
- Ley N° 18.335 (2008). Pacientes y usuarios de los servicios de salud. Derechos y Obligaciones. Recuperado de: [http://www.bps.gub.uy/bps/file/8261/1/ley\\_18335\\_-\\_pacientes\\_y\\_usuarios\\_de\\_los\\_servicios\\_de\\_salud.pdf](http://www.bps.gub.uy/bps/file/8261/1/ley_18335_-_pacientes_y_usuarios_de_los_servicios_de_salud.pdf)
- Magnone, N. (2010). Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay
- Marín Morales, Dolores et al (2008) "Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal", Nure Investigación, no 37.
- Martínez-Salazar, G., Grimaldo-Valenzuela, P., Vázquez-Peña, G., Reyes-Segovia, C., Torres-Luna, G. & Escudero-Lourdese, G. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, Epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev, Med Inst Mex Seguro Soc, 53(5), 608-15. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=e3fca397-815a-4688-8c4e-17aa0257c6c8%40sessionmgr4005&hid=4208>
- Melchor, J. (2008). Cesárea a demanda. Sociedad española de ginecología y obstetricia (S.E.G.O). Recuperado de: [http://www.sego.es/Content/pdf/Cesarea\\_a\\_demanda.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/Cesarea_a_demanda.pdf)
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2008). Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Capítulo: Normas de atención a la mujer en proceso de parto y puerperio. Recuperado de: [www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,21588](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,21588).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2011). Derechos y Beneficios de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Derechos\\_y\\_Beneficios\\_y\\_su\\_correlato\\_legal.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Derechos_y_Beneficios_y_su_correlato_legal.pdf)

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2015). Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.

Recuperado de:

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%209%20JUNIO%202016.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%209%20JUNIO%202016.pdf)

Nápoles Méndez, D., Piloto Padrón, M. (2012). Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN vol.16 no.10. Recuperado de:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_10\\_12/san131012.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_10_12/san131012.htm)

Odent, M (2006). La cesárea. La Liebre: Barcelona.

Olza, I., Lebrero, E. (2006). ¿Nacer por Cesárea? Grupo editorial Norma: Bogotá.

Piloto Padrón, M., Nápoles Méndez, D. (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 40(1):35-47.

Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40\\_1\\_14/gin05114.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_1_14/gin05114.html)

Sindicato Médico del Uruguay (SMU) (1995) .Código de ética médica.

Uruguay. Poder Ejecutivo. Decreto CM/515, Decreto sobre Investigación con seres humanos. 4 agosto 2008. Recuperado de:

[http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto\\_investigacion-con-seres-humanos.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto_investigacion-con-seres-humanos.pdf)

Vasilachis, I. (2006) Estrategias de investigación cualitativa. Bs. As. Gedisa

Vázquez Parra, J. C. (2015). Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Revista Latinoamericana de Bioética, 16(1), 60-71. DOI:

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1441>.