



***Facultad de Psicología
Universidad de la República***

***Trabajo Final de Grado:
Pre-proyecto de Investigación***

Cesárea programada:

Mujeres que eligen vivir esta experiencia, sin la existencia de razones médicas que lo justifique.

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Estudiante: Carla Sabrina Latorre Ferreira

C.I: 4.810.950-3

Montevideo, julio 2016

Índice

Resumen.....	2
Fundamentación y Antecedentes.....	3
Medicalización, Sociedad y Cesárea.....	4
El carácter epidemiológico de la cesárea y la cesárea programada.....	5
Marco Referencial.....	7
La Salud Sexual y Reproductiva y la Sexualidad desde una perspectiva de derechos.....	7
Medicalización de la vida social: la patologización del cuerpo de la mujer y la pérdida de autonomía.....	9
Justificación de la Investigación.....	13
Problema y preguntas de investigación.....	13
Objetivos.....	13
Estrategia metodológica.....	14
Consideraciones éticas.....	15
Cronograma de ejecución.....	16
Resultados esperados.....	16
Referencias bibliográficas.....	17

Resumen

El presente estudio *Cesárea Programada: Mujeres que eligen vivir esta experiencia, sin la existencia de razones médicas que lo justifique*, pretende realizar un acercamiento a la problemática del exceso de cesáreas, problema que pertenece a Salud Pública y que resulta de gran interés para nuestra disciplina por formar parte de la agenda de la Salud Sexual y Reproductiva.

La cesárea es una cirugía mayor abdominal realizada cuando no es posible concretar el nacimiento por la vía vaginal. Ha pasado de ser una intervención de salvamento a ser la cirugía realizada con mayor frecuencia hoy día en nuestro país. Esto se debió en gran parte, a la expansión que adquirió la medicalización en la vida social, la cual propagándose al ámbito de la salud, atravesó en especial a las mujeres, generando la institucionalización y patologización de los procesos que antes eran vividos como fisiológicos.

Al mismo tiempo que la cesárea se convierte en una manera habitual de dar a luz, se reivindica el derecho a elegir, ingresando de esta manera, a la era de la cesárea a demanda (Odent, 2006).

Se pretende por tanto, a partir de una investigación cualitativa de carácter exploratorio, aproximarnos a conocer las experiencias, sentimientos y emociones de estas mujeres que se someten a ésta intervención quirúrgica. Como también, indagar sobre la información que se les otorgó y mantenían al respecto, el papel que jugó el médico tratante en esta decisión (riesgos-beneficios), la percepción mantenida acerca del parto vaginal, y la experiencia de la cesárea a posterior de la misma, encerrando los aspectos físicos, emocionales y psicológicos.

Palabras Claves: cesárea programada – autonomía de las mujeres - medicalización

Fundamentación y antecedentes

La humanidad tiene que adaptarse a una situación inesperada. A principios del siglo veintiuno, gran parte de ella ya no viene al mundo por vía vaginal

Michel Odent.

En la actualidad, el plano de la salud sexual y reproductiva, ha cobrado gran relevancia como campo interdisciplinario de investigación académica y del movimiento social. La misma posee una importante manifestación en los servicios de atención institucional a la salud, con relación a la atención integral, oportuna y de calidad en diversos temas, entre ellos la educación y atención durante el embarazo, parto y puerperio, así como también al recién nacido (López Gómez, 2013).

Tras la lucha por parte de los movimientos sociales, que comenzaba a mediados del Siglo XX, los Derechos Sexuales y Reproductivos fueron incluidos y reconocidos como Derechos Humanos, esto ocurrió a partir de la Conferencia de Población en El Cairo (1994).

En la conferencia se realiza el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, conjuntamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida (Galdos, 2013, p. 455).

Dichos derechos tratan de que cada persona obtenga la información necesaria para lograr la toma de decisiones de manera totalmente autónoma sobre temas respectivos a su sexualidad y vida reproductiva; así como también el poder adquirir los recursos necesarios para llevar a la práctica tales decisiones de manera responsable (López Gómez, 2013).

Sin embargo, el alto grado de medicalización de la sociedad ha llevado a patologizar los procesos fisiológicos como ser el embarazo y el parto, dando como resultados la vulneración de los derechos citados anteriormente, junto a una omisión de información que eleva el saber médico como única voz válida ante dichos procesos. Farías (2014) en la investigación *Vivencias y Significados de la Cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*, revelaba un importante porcentaje de mujeres desilusionadas con el sistema de salud al momento del nacimiento de sus hijos. Las desilusiones aparecían hacia la calidad de la atención, la frialdad en los procedimientos, así como también al atropello a la voluntad de las propias mujeres al momento de la hospitalización, la falta de protagonismo sobre las prácticas y de autonomía ante las decisiones.

De esta forma y partiendo del alto índice de cesáreas evidenciadas, se propone estudiar e indagar el impacto que produce dicha práctica en la salud sexual y reproductiva de las mujeres que pasan por ella. Cóppola menciona las diversas razones que normalmente se esgrimen para justificar este

gran aumento, citando entre las causas a las cesáreas a solicitud de las mujeres, alegando que esto se reproduce muchas veces por un “falso concepto de que la cesárea es más segura que el parto” (Cóppola, 2015; p.09). Se debe tener en consideración cuestiones como la alta medicalización que existe en la actualidad, la preponderancia del saber médico, y la desinformación, cuestiones fundamentales para que algunas mujeres prefieran la intervención quirúrgica.

Medicalización, Sociedad y Cesáreas

La cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal. Etimológicamente, proviene del latín *secare*, que significa cortar. En la antigüedad, solía ser temida como intervención, ya que producía elevadas tasas de morbilidad materno-fetal, las cuales fueron disminuyendo considerablemente a partir del uso de antibióticos, mejores técnicas quirúrgicas, anestesia-analgésica y creación de bancos de sangre, por lo que pasó a considerarse como una cirugía útil y muy apreciada. De este modo se ha propiciado su abuso y estadísticamente es considerada la cirugía mayor más practicada en la actualidad (Martínez-Salazar et al. 2015).

Entre los principales factores que favorecieron este gran aumento en las tasas de cesáreas, se debe apuntar al hecho de la expansión de la medicalización social y el saber médico.

A partir del siglo XIX observamos un movimiento de transformación dentro de la sociedad en general, Foucault (1991), lo atribuye como un fenómeno por el cual “el poder se hizo cargo de la vida” (p.22). La biopolítica traída a colación como la relación entre la vida y la política, fue el principal motor en esta transformación del poder sobre la vida, la misma fue explicada por Foucault (1974) a lo largo de su obra:

El control de la sociedad sobre los individuos no sólo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista es lo biopolítico lo que importa ante todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una entidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, 1974., p.209-210).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 15% como tasa aceptable de cesáreas, utilizando como criterio que luego de esa cifra el aumento de dicha intervención “no se correlaciona con mejores resultados neonatales” (Cóppola, 2015., p.08). Sin embargo, en nuestro país, esta tasa alcanza un promedio nacional del 50%, de los cuales 33,4% se producen en el subsector público y 55,3% en el subsector privado, según datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal (Farías, 2014).

En cuanto a los riesgos que conlleva realizar una cesárea, éstos son variados y se los puede clasificar según lo esté padeciendo la madre o el bebé.

Algunos de los riesgos asociados para la mujer serían: hemorragias, trombosis o embolias, infecciones, adherencias, cortes de otros órganos. Es importante aclarar que "...el riesgo de muerte materna en la cesárea es de cuatro a seis veces mayor que en el parto vaginal" (Olza, Lebrero, 2006, p.47). Los riesgos que atañen a la salud del bebé también son diversos: síndrome de distress respiratorio (al no pasar por el canal de parto no reciben el masaje en los pulmones necesario y los lleva a respirar más rápido y superficial), prematuridad iatrogénica (error en la fecha de parto programada), más riesgo de sufrir alergias o asma. Mientras tanto, existen motivos que son incuestionables a la hora de realizar la misma, y en dichos casos, la intervención resulta beneficiosa ya que de otra forma no se podría concretar el nacimiento o correría peligro la vida de la madre o el bebé, estos son: prolapso de cordón, placenta previa (auténtica), desprendimiento prematuro de la placenta, presentación del feto de frente u hombros, cardiopatía materna. Otras indicaciones pueden ser relativas; en algunas situaciones sería necesaria la evaluación del caso puntual, como ser: no progresión de parto, desproporción céfalo-pélvica, presentación de nalgas, embarazos múltiples, cesáreas previas, etc (Olza & Lebrero, 2006).

El carácter epidemiológico de la cesárea y la cesárea "a demanda"

Cóppola (2015) en su artículo *Cesáreas en Uruguay*, brinda otra visión sobre dicha temática, planteando éste aumento de la tasa de cesáreas como una problemática que pertenece a Salud Pública, y como tal ésta debe propiciar políticas que apunten a la aplicación de las recomendaciones de la OMS en las instituciones, así también a la incorporación de la partera "como recurso humano fundamental y autónomo para la asistencia del parto de bajo riesgo" (p.07).

Otros autores (Martínez-Salazar; Grimaldo-Valenzuela; Vásquez-Peña; Reyes-Segovia; Torres-Luna; Escudero-Lourdes; 2015) se refieren a la cesárea como una "epidemia", la cual en las últimas décadas ha pasado de ser un fenómeno propio de países latinoamericanos a extenderse a todo el mundo. El carácter "epidémico" de ésta intervención ha logrado que en América Latina aumente de 15 a 35% la tasa de cesáreas, es decir, 2 millones de cesáreas adicionales por año, cifra que debería alarmarnos de manera significativa (Martínez-Salazar et al., 2015).

En pocas décadas, una intervención de salvamento se ha convertido en una manera frecuente, es decir trivial de dar a luz. ¿Cómo ha sido posible llegar hasta aquí? (Odent, 2006; p.08).

Al mismo momento que la cesárea se convierte en una forma habitual de dar a luz, "se ha reivindicado el derecho a elegir, y hemos entrado en la era de la cesárea a demanda" (Odent, 2006; p.06). La cesárea electiva, se desarrolló por primera vez en Italia y en las grandes ciudades

latinoamericanas, propagándose luego al resto del mundo. A finales del siglo XX se vivía una situación en la cual los médicos se cuestionaban el aceptar realizar una cesárea a demanda, mientras que para el siglo XXI, la duda pasa por ofrecer a todas las mujeres el poder elegir una cesárea (Odent, 2006).

El comité de ética del American College of Obstetricians and Gynecologists se pronunció a favor de la cesárea por demanda de la mujer, por esta coincidir con los imperativos de la moralidad médica; también lo hizo de esta manera el National Institute for Clinical Excellence (NICE), sin embargo si bien este acepta la práctica de la cesárea electiva, resalta importancia al hecho de registrar y discutir los motivos para que esto ocurra (Odent, 2006).

Nos vemos en la obligación, de pensar las razones que determinan este incremento en las demandas de cesáreas sin justificación médica, por parte de las mujeres que atraviesan un embarazo.

Un artículo brasileño publicado en 2011 con respecto a la temática, define la gran influencia que conlleva la desinformación como también la cultura sobre esta problemática, agregando que se encuentra totalmente regida por el modelo biomédico predominante (Pereira, Franco & Baldin, 2011). Dicho modelo transporta la autonomía de los procesos hacia el profesional, haciendo de la mujer quien debería ser protagonista, simple espectadora.

Parece ser una cuestión cultural o poco dominio de la gestante sobre la fisiología del parto y sobre los beneficios para el bien estar materno fetal, las informaciones están restringidas al arsenal de conocimiento médico, sin embargo, pocas llegan de hecho al conocimiento de la mujer que debería ser la principal conocedora del proceso que ella protagoniza (Pereira; Franco & Baldin, 2011; p.582).

Otro artículo también brasileño pero publicado en 2015, evidenciaba mediante estudio cualitativo los factores determinantes para que las mujeres soliciten cesáreas. Por un lado identifica un grupo, quienes las programan durante el embarazo, y en las cuales influyen temas como la edad de las mujeres y muchas veces el deseo de realizarse la ligadura de trompas en la misma operación. Por otro lado, destaca otro grupo de mujeres que solicitan la cesárea durante el trabajo de parto, en este aspecto predominan cuestiones como ser el miedo al dolor, el tiempo prologando que puede durar dicho trabajo, la falta de información destacada ya con anterioridad, y la influencia del médico en dicho momento, quien aconseja la intervención quirúrgica como método seguro para salvar la vida del bebé (Fernanda Hannah da Silva, et al. 2015). Del mismo modo, otra causa precisa para la inclinación por cesáreas son aquellas mujeres cuyo primer parto haya culminado en cesárea. Se ha corroborado que la motivación de las mismas por el parto vaginal

disminuye significativamente ante el hecho de haber pasado por una cesárea previa (Faisal-Cury & Menezes, 2006).

En nuestro país como en muchos otros, predomina la cirugía mayor abdominal en sectores privados, mientras que en el sistema público de salud, en usuarias provenientes de clases sociales menos favorecidas, predominan los partos vaginales. Ferrari (2009) en un artículo que abarca el tema de la autonomía de las mujeres ante el derecho a la cesárea, menciona que este hecho no ocurre por opción de las gestantes sino por tratarse de rutinas del servicio que deben ser aplicadas a las mujeres, ya que acuden al mismo por la carencia de recursos que no les permite solicitar otro mejor. "... el alto índice de cesáreas impacta directamente en la equidad de derechos ya que la población de menores recursos es la más expuesta a las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la cesárea" (MSP, 2016; p.146).

Por otro lado, en las instituciones privadas de salud, las usuarias mantienen un nivel económico y educativo superior, prevaleciendo por tanto la intervención quirúrgica (Ferrari, 2009).

Mientras tanto, Odent (2006) alude a una encuesta realizada en Londres, donde el 31% de mujeres profesionales de la salud (ginecólogas) escogerían a la cesárea programada como vía de llegada al mundo de sus propios bebés. Cóppola (2015) por su parte, sugiere que este porcentaje resulta bajo en comparación a nuestro país, alegando que un 64,5% de ginecólogas o esposas de ginecólogos han pasado por una o más cesáreas, y un 23% por dos o más; destacando así la importancia que obtiene la influencia del saber-poder médico ante dichas prácticas.

En esta línea, cabe mencionar los dichos de un profesor de obstetricia de la ciudad de Londres, el cual defiende la demanda de cesáreas acentuando que:

El volumen del cerebro es la causa de las dificultades propias del nacimiento de los humanos (...) la cesárea hará posible una evolución de nuestra especie (...) representa la solución tecnológica del conflicto entre la necesidad de pensar y la necesidad de correr. Prevé que en el futuro los riesgos asociados al parto por las vías naturales ya no estarán justificados en la mayoría de las mujeres. Si la cesárea se convierte en la norma, el peso de nacimiento del bebé ya no estará condicionado a la medida de pequeña pelvis de la madre, de manera que la vía alta será necesaria casi siempre (Odent, 2006; p. 07).

Resulta necesario mencionar que si bien al momento de recopilar información, encontramos lo suficiente para fomentar los fundamentos que anteceden a las cesáreas a solicitud de la mujer, notamos una gran carencia de investigaciones al respecto, a nivel global y de nuestro país. La mayor parte de información proviene de artículos e investigaciones realizadas en la región.

Marco Referencial

La Salud sexual y Reproductiva y la Sexualidad desde una perspectiva de derechos

Las personas aprenden a vivir, sentir y ejercer la sexualidad desde la más temprana infancia a partir de los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización por los cuales transitan (Ramos; En: López Gómez, 2015; p. 23).

Foucault mencionó que fue durante el siglo XVIII que ocurrió el reemplazo del orden religioso por el racional, para hacer posible la regulación de la vida en sociedad. El discurso de las ciencias biomédicas fue sustituyendo a los mandatos religiosos, mientras que la figura del médico reemplazando al sacerdote (López, 2013).

Hacia el siglo XVIII la medicina y la psiquiatría se hicieron total cargo del tema de la sexualidad, controlando, ordenando y normalizando cuestiones acerca de la misma. Se instaló lo que conocemos como la sexualidad hegemónica, la pareja conyugal, monogámica y heterosexual, poniendo en discusión a las denominadas “sexualidades periféricas” las cuales no responden a este modelo social. La sexualidad se traslada a manos de profesionales volviéndose medicable (Burín & Meler, 1998). Este discurso hegemónico de la salud de la mano del gran bombardeo de información por parte de los medios de comunicación, han implantado una medicalización de la cultura pública, ésta culmina por generar cierta incertidumbre en la población, emplazando el problema de la salud al nivel de lo individual (Chrysanthou, 2002; en: Castro; López, 2010).

Durante el siglo XX, la salud sexual y reproductiva como temática pasó a formar parte de la agenda pública. En este aspecto surgen los derechos sexuales y reproductivos tras largas luchas políticas que pretendían su reconocimiento como derechos humanos. Estos derechos alcanzan estatuto y reconocimiento a raíz de variadas conferencias a nivel internacional, la más importante de ellas fue la Conferencia de El Cairo, la cual marcó un antes y un después en esta cuestión (López, 2013).

Como ya hemos indicado, a partir de dicha conferencia se concretaron cuestiones como el empoderamiento de las mujeres, como respuesta a la gran desigualdad social que existía hasta entonces entre ambos sexos. Los derechos a la salud sexual y reproductiva fueron catalogados como la principal estrategia en el camino a reducir la pobreza y optimizar la calidad de vida (Galdos, 2013).

La Salud Sexual y Reproductiva es un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (Galdos, 2013; p.457).

A partir de esta definición se establecen según Galdos (2013) entre otras cosas, el derecho de cada persona a decidir libremente y de forma responsable, cuándo procrear, y si hacerlo,

recibiendo la información necesaria para que ocurra la planificación de la familia como cada uno lo desee; así como también los métodos seguros de cuidados para la regulación de la fecundidad. Se establece el derecho a recibir los servicios adecuados al momento del embarazo y el parto, garantizando procedimientos sin riesgos e hijos sanos. En consonancia a esto se definió la atención de la salud reproductiva como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” (p. 457).

Para que esta libertad de ejercicio de los derechos ocurra de manera natural es preciso la apropiación de los mismos. Esto se hace posible más allá de la creación de leyes y documentos, a partir de la combinación del proceso de socialización junto al desarrollo cognitivo-intelectual y afectivo-sexual. Sin embargo también se hace evidente contar con condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que habiliten el goce pleno de ciudadanía. “Sentir que se tiene derecho a...” (Petchesky y Judd, 2006; citado por Ramos, 2015 en: López, 2015; p.24) es lo fundamental para la apropiación subjetiva de los derechos.

Si bien todos estos avances nos pueden parecer que se dieron tardíamente, sus repercusiones y posterior aplicación en nuestro país ocurrieron más tarde aún. Fue recién en 1996, dos años después de la Conferencia de El Cairo, que se comenzó a instaurar las políticas en Uruguay, sin embargo, no fue hasta el año 2008 que el tema se instauró en nuestra agenda política/estatal, con la aprobación de la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. En dicha ley se reafirma entre otras cosas, “la protección y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva” (López, 2013; p. 31), defendiendo el derecho a gozar de ésta de forma libre e independiente, respetando nuestros deseos y decisiones en base a ellos.

“En este marco se plantea a la maternidad como un acto de elección voluntaria y no como mandato social” (Magnone, 2014; p.05).

A su vez, la Ley 18.426 engloba también el hecho de “(...) 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, Art. 3, inc. c).

No obstante, cabe cuestionarse si se cumplen dichos derechos de tal manera como se explayan en la ley, si se respetan los cuerpos de las mujeres, sus tiempos y deseos al momento de la hospitalización. En este punto, resulta inevitable no pensar en las altas tasas de cesáreas tenidas hoy en nuestro país, presumiendo que no basta con la elaboración de leyes, si luego no se efectúan de manera precisa como debería transcurrir.

Medicalización de la vida social: la patologización del cuerpo de la mujer y la pérdida de autonomía

Todo este proceso de legislación se vio afectado por la gran evolución que conquistó la medicalización de la sociedad. La misma fue la responsable entre otras cosas, de que las mujeres perdieran autonomía al momento de pasar por estos procedimientos fisiológicos. Antiguamente los mismos se desarrollaban de modo más personalizados y en la intimidad del hogar; ejemplo de esto fue el parto, el mismo se llevaba a cabo en los domicilios, con la ayuda de parteras o matronas; y sin embargo hoy, es uno de los eventos que se encuentra más atravesado por la medicalización al punto de haberse convertido en un proceso cuasi patológico, en vez de un acto fisiológico (Hutter, 2010).

En Uruguay, hacia la segunda mitad del siglo XIX la capacidad científica de curar se centró en lo masculino y de la mano de esto tuvimos luego una obstetricia absolutamente en manos de hombres (Barrán, 1993). Se fue pasando de realizar rituales colectivos donde se buscaba la sanación de las enfermedades hacia consultas totalmente íntimas entre el médico y el paciente, sin que otros externos pudieran llegar a perturbar eso.

Resultado de este proceso de medicalización surgido en la modernidad, fueron parámetros médicos y técnicos, que emanados de la medicina, se expandieron pasando a intervenir en espacios que anteriormente no lo hacían; tales ejemplos fueron la concepción, el embarazo, el nacimiento, el crecimiento, el climaterio, la vejez y hasta la muerte. Los mismos dejan de formar parte de la esfera de lo individual y/o familiar para ser catalogados dentro del ámbito de la salud-enfermedad, y muchas veces como situaciones riesgosas (Magnone, 2010).

La medicalización del cuerpo se centró especialmente en el cuerpo de la mujer; de esta forma los procesos fisiológicos como el embarazo y el parto pasaron a ser eventos hospitalarios y quirúrgicos. El saber médico pasó a ser el centro de dichos procesos. La medicalización del parto hizo que la cesárea se fuera convirtiendo en manera casi común de llevar a cabo los nacimientos (Leão, Rêgo de Castro et al, 2013).

Para los profesionales que atienden a las mujeres en las salas de atención de parto, las mujeres embarazadas se constituyen en “objetos” de atención, construidas desde la noción médica del cuerpo-máquina, como “receptores” del feto que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, así como colaborar para el resultado exitoso del trabajo médico que es el nacimiento de un ser vivo en óptimas condiciones (Erviti, 2010; p. 110; en: Castro; López, 2010).

Al revés de lo que alude el paradigma de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el cual le otorga a las personas “su autonomía y su capacidad de tomar las decisiones en el centro de la

atención a la salud” (López, 2013; p. 33), lo cual trastoca las prácticas de los profesionales; nos encontramos con una realidad muy distinta, donde el protagonismo de los procesos y las decisiones pasan por el saber médico y las tecnologías que facilitan la practicidad del equipo de salud. “Al convertirse en acto médico aquello que correspondía a un proceso fisiológico y no necesariamente patológico se han impuesto intervenciones médicas de rutina que son innecesarias en la mayoría de los casos” (Magnone, 2014; p.10).

Toda esta invasión de la medicalización, generó un constante cuestionamiento de las formas de accionar de las mujeres al momento del embarazo y el parto.

El parto medicalizado llevó a que las mujeres que no se atienden en condiciones hospitalizadas sean criticadas y cuestionadas por ello (Castro; López, 2010).

El papel que cumple tanto la medicina como los profesionales, con respecto al uso de las tecnologías ante el control del embarazo y la atención al parto, se problematiza, afirmando una realidad donde éstos profesionales son quienes deciden de qué manera acceden a las tecnologías reproductivas que se encuentren disponibles. Esto “facilita los abusos en la atención obstétrica en función de la posición social de las mujeres y de valoraciones ideológicas y morales” (Erviti, 2010; p. 107; en: Castro; López, 2010).

Siguiendo dicho lineamiento, se puede afirmar que lo desarrollado al inicio, tanto con respecto a la perspectiva de salud reproductiva como a las recomendaciones acerca de los derechos a una atención digna, resultan ajenas a la lógica de las instituciones médicas, esto ocurre según Erviti (2010) a partir de los roles sociales que asumen los mismos protagonistas, los profesionales médicos. Estos roles se relacionan a una especie de obligación a intervenir sobre los cuerpos de las mujeres, adjudicándose la responsabilidad de delimitar acciones que aseveren la vida y la salud, tanto del bebé como de la mujer en cuestión. Persiguiendo esta lógica es que las mujeres se descubren presionadas a acatar las indicaciones médicas, más allá de si éstas respetan sus derechos reproductivos o no, sin embargo, no es visto de esta forma sino que la intervención de los médicos durante el embarazo y parto se vuelve algo justificable y hasta deseable por las propias mujeres (Erviti, 2010; en: Castro; López, 2010).

Por contraparte, la existencia de otra realidad nos manifiesta la importancia de esta intervención en situaciones donde el parto vaginal se complica o no es posible concretarlo y la cesárea se convierte en la técnica más efectiva para lograr un buen resultado perinatal.

Mientras tanto, la preocupación mundial por el alto índice de cesáreas pone en cuestionamiento si realmente se da el acceso a la información necesaria para decidir responsablemente acerca de un aspecto fundamental para el ser humano como ser la salud sexual y reproductiva.

No es posible establecer una tasa ideal de cesáreas para un país o una población, pero la evidencia científica avala que tasas de cesárea superiores al 10% no se relacionan con una reducción de la mortalidad materna y neonatal (MSP, 2016; p. 143).

Sin embargo, el acceso a esta intervención resulta muy injusta en el mundo, ejemplo de esto es África, presentando porcentajes muy bajos de cesáreas y al mismo tiempo la tasa más alta de mortalidad materna del mundo (Magnone, 2014).

Quizá más que discutir la tasa “ideal” de cesárea se debe realizar los esfuerzos necesarios para realizar cesáreas a todas las pacientes que lo requieran por razones médicas y evitar la misma en aquellas que no la necesitan (MSP, 2016; p.143).

Se trata por tanto de un problema de múltiples factores, y en esta dirección, las posibles soluciones tendrán que seguir la misma línea. Entre ellas, entiendo pertinente señalar la influencia de la cultura con respecto a los partos, donde se determina una menor tolerancia al dolor, enfocando el parto como un acontecimiento médico y no como un suceso fisiológico. Por otra parte, el requerimiento de resultados médicos absolutos por parte de las usuarias, le otorga a la cesárea una visión de seguridad y rapidez mayor que el parto vaginal. Y por último, el aspecto del empoderamiento de las mujeres en relación a las decisiones médicas. Se desarrolla un conflicto entre la noción de autonomía de la usuaria y el de no maleficencia médica, resaltando que el profesional debe permitir y buscar el uso de la libertad finalizada al bien integral de la persona (MSP, 2016).

Justificación de la Investigación

La cesárea es actualmente, un problema de salud pública que alcanza tanto la preocupación de organizaciones internacionales como nacionales. Más allá del hecho de que la eficacia de la cesárea ha permitido reducir en gran medida la morbilidad materna y fetal; “los riesgos superan los beneficios” (MSP, 2016; p.143) si esta no se encuentra justificada.

Galdos (2013) determina que la salud sexual y reproductiva es un derecho inherente a cada persona, le otorga la capacidad de decidir libre y de forma responsable, cuando procrear y si hacerlo, recibiendo la información necesaria para que ocurra la planificación de la familia así cada individuo lo desee.

Es así, que partiendo de lo desarrollado hasta el momento, el hecho de la cesárea como una problemática a nivel mundial, que inquieta tanto a los países desarrollados como los en vía de desarrollo, señalando también que se trata de una intervención donde los riesgos superan los beneficios si no existe una real causa de su ejecución, nos planteamos investigar que posibles razones y en qué condiciones, las mujeres se inclinan por esta vía para el nacimiento de sus hijos, cuando existen certezas científicas para que no lo hicieran.

Problema y preguntas de investigación

A partir de lo planteado, se propone investigar los motivos por los cuales las mujeres solicitan cesárea como medio elegido para dar a luz, teniendo en cuenta que no existe justificación médica para dicha intervención y considerando que la evidencia científica asegura el parto vaginal como la vía más segura para el nacimiento.

Como preguntas guías, nos planteamos:

¿Qué información disponen las mujeres sobre los riesgos y beneficios de la cesárea al momento de elegirla?

¿Qué visión mantienen con respecto al parto vaginal?

¿Qué información se les proporciona en el centro de salud donde se atienden?

¿Cuál es la opinión de su médico tratante con respecto a la vía de nacimiento elegida?

¿Cuál es la valoración de las mujeres luego de pasar por la experiencia?

Objetivos

Objetivo general

- Conocer los factores que conducen a que mujeres programen cesáreas como la vía elegida para el nacimiento de sus hijos sin razón médica que lo justifique.

Objetivos específicos

- Indagar acerca de qué información mantenían las mujeres sobre la cesárea al momento de su elección.
- Conocer la opinión con respecto al parto vaginal.
- Identificar qué información les proporcionó el centro de salud y los profesionales con que se atendieron.
- Indagar con respecto a la opinión del médico tratante sobre la decisión de la vía de parto y la influencia del mismo (riesgos-beneficios).
- Conocer la experiencia de la cesárea a posterior de la misma incluyendo los aspectos físicos, emocionales y psicológicos.

Estrategia metodológica

Para este estudio se optó por una metodología cualitativa de carácter exploratoria que nos permita acercarnos a conocer los deseos de las mujeres que solicitan y planifican la cesárea como forma de nacimiento de sus hijos, así como las posibles repercusiones tanto físicas y emocionales que deja este procedimiento.

La metodología cualitativa es entendida como:

aquella capaz de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo éstas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas (De Souza, 2009; p.20).

La elección de esta metodología responde a que resulta la más conveniente para los objetivos propuestos. Asimismo, permitirá acercarnos a las vivencias y experiencias de las mujeres que programaron su cesárea, desde la individualidad de cada una, y no como grupo social homogéneo. Por tanto, se apuntará a descubrir y explorar cada experiencia como única e irremplazable.

Como técnica de investigación, se optó por la entrevista en profundidad semiestructurada.

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos 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 (Taylor; Bogdan, 1987; p. 101).

Las entrevistas cualitativas se caracterizan por ser no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas (Taylor; Bogdan, 1987), lo cual permitirá un mayor acercamiento al discurso de las mujeres.

Se estima la realización de aproximadamente 15 entrevistas, realizadas a mujeres durante el puerperio, considerando el criterio de saturación de la muestra de ser necesario.

Muestra

Con respecto a la delimitación de la muestra, el criterio de inclusión será mujeres de todo el país y de cualquier franja etaria, cuyos hijos no tengan más de 2 años, y que hayan optado por programar una cesárea, por requerimiento propio sin existir justificación médica que lo indique. Como criterio de exclusión de esta investigación serán mujeres que hayan optado por la cesárea al momento del parto (cesárea intraparto), ya sea por demoras, alertas médicas, complicaciones fetales, o cualquier otro motivo que llevase a la mujer a la cesárea como única salida para el nacimiento o cesáreas programadas por razones médicas justificadas.

Captación

Se prevé realizar la captación de las mujeres a entrevistar por distintos medios, ya que suponemos se trata de una población que no será tan fácil acceder. Por un lado, se realizará la convocatoria a través de instituciones y/u organizaciones que se encuentren involucradas con las mujeres en todas sus etapas: embarazo, parto, lactancia y puerperio. Asimismo, se invocará a las instituciones de salud y sus profesionales médicos, ya que este quizás sea el ámbito donde se juega con mayor frecuencia esta decisión de la cesárea electiva. Igualmente resulta necesario demandar a una comunicación a través de redes sociales y la técnica de bola de nieve.

Consideraciones éticas

El presente estudio se encuentra fundamentado de acuerdo a las normativas que rigen las consideraciones éticas en la realización de investigaciones con seres humanos.

De esta forma, contamos con la Ley 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de “Habeas Data”, que constituye que todo individuo que participa de un proyecto de investigación mantiene el legítimo derecho a que se preserven sus datos personales. De la misma manera, los registros escritos y/o electrónicos que se realicen de las entrevistas serán conservados bajo el compromiso estricto del personal que lleva a cabo el proyecto de investigación. Dicho proyecto se regirá bajo condiciones de seguridad y secreto de tal forma que personas ajenas no obtengan acceso a ellos.

De la misma manera, se encuentra regida por las consideraciones éticas expuestas en el Código de ética profesional del psicólogo/a (2001). En estas, se protege y otorga mayores garantías a los participantes. Al igual que el decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública, que apunta a la protección integral de los seres humanos que participan de una investigación, brindando un informe explicativo de la misma conjuntamente al consentimiento informado, como requisito previo, solicitando su lectura y firma. Se garantizará la confidencialidad y resguardo de la identidad a las mujeres, a la vez que se ofrecerá información sobre los objetivos y el alcance de la investigación.

Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Revisión Bibliográfica	■	■										
Elaboración de Pautas de Entrevista y Consentimiento Informado		■										
Captación de las Entrevistadas			■	■	■							
Ejecución de las entrevistas					■	■	■					
Desgravación de las entrevistas						■	■	■	■			
Codificación y análisis de las entrevistas								■	■	■		
Elaboración de Resultados										■	■	
Informe final y conclusiones											■	
Presentación y Difusión de los resultados												■

Resultados esperados

Las mujeres tenemos que contarnos muchas cosas. De mujer a mujer, de mujer a niña, de madre a hija, de vientre a vientre...

Casilda Rodríguez.

Con la realización de este estudio, se apunta a lograr la máxima aproximación a las motivaciones que condujeron a las mujeres a elegir la cesárea como vía para dar a luz, sin justificación médica. Ante la ausencia de investigaciones sobre este tema en lo referente a nuestro país, se intentará al finalizar, volcar nuevos aportes que sirvan de disparadores a pensar la problemática de la cesárea desde la perspectiva de las mujeres, aproximándonos a conocer el pensamiento, los sentimientos y las emociones, de las que son las protagonistas de todo el proceso, y resultan en su mayoría olvidadas por el sistema social que mantiene el poder-saber médico.

Es una problemática que sin duda corresponde a Salud Pública como campo disciplinar y político ya que implica consideraciones sobre la salud reproductiva de la población, sin embargo, las posibles soluciones deben ser formuladas en base a las propias mujeres, esto es, considerando sus vivencias y deseos, teniendo en cuenta que existen tantas experiencias como mujeres hay. Permitiendo de esta forma, profundizar a cerca de ¿Qué valor como sociedad estamos dando a esta intervención quirúrgica? La naturalización de la cesárea como vía de nacimiento, es para las mujeres que solicitan programar la cesárea durante el embarazo, ¿falta de precaución? ¿carencia de información? Si remitimos a pensar en la medicalización de la vida social, ¿se tratará realmente de una medida autónoma por parte de las mujeres? ¿Qué miedos y qué deseos se juegan en esta decisión de ir por sí mismas y sin razón médica alguna a un quirófano?

Referencias bibliográficas

- Barrán, JP. (1993) La medicalización de la Sociedad. Uruguay. Editorial Nordan
- Burin, M. y Meler, I. (1998): Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad, Buenos Aires, Paidós.
- Castro, R; López, A (2010). Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.
- Código de ética profesional del psicólogo/a. (2001). Recuperado de <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>
- Cóppola, F. (2015) Cesáreas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay.* ; 31(1): 07-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002&lng=es. [extraído: 21 de Mayo de 2016]
- De Souza, M (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Erviti, J (2010) Poder médico y ciudadanía. Capítulo: Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En: Castro, R; López, A (2010). Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional
- Farías, C. (2014) Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Tesis de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. (2006). Fatores associados à preferência por cesareana . *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 226-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S003489102006000200007>
- Fernanda Hannah da Silva, C., Larissa, R., Maria de Fátima Mota, Z., Vitória Regina Petters, G., & Zaira Aparecida de Oliveira, C. (2015). Determinants of women's preference for cesarean section / Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana /

Determinantes para la preferencia de las mujeres por cesárea. *Texto & Contexto – Enfermagem*, (2), 336. Doi: 10.1590/0104-07072015000430014.

Ferrari, J; (2009). A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Bioética*, 17() 473-495. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533251011>

Foucault, M (1974). “La naissance de la médecine sociale” en *Dits et écrits II*, París, Gallimard, 2001, n° 196., p.207-228.

Foucault, M (1991) «Hacer vivir y dejar morir: la guerra como racismo», en *Fin de siglo* 1:18-33.

Galdos Silva, S; (2013). La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30() 455-460. Recuperado de <http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476014>

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

Leão, M., Riesco, M., Schneck, C., & Angelo, M. (2013). Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), 2395-2400. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>

Ley de Habeas Data (2009). Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/ley-habeasdata2009.pdf>

Ley 18426, 2008. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicada D.O. 10 dic/008 - N° 27630, República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado de la página de internet de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

López Gómez, A (2013) Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos. Conferencia Inaugural Actividades Académicas 2013. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Uruguay.

Magnone, N. (2010) Derechos y poderes en el Parto, una mirada desde la perspectiva de la

humanización. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República

Magnone, N. (2014) "Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia del parto" en XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. ISSN/ISBN 2301-1734

Martínez-Salazar, G. J., Grimaldo-Valenzuela, P. M., Vázquez-Peña, G. G., Reyes-Segovia, C., Torres-Luna, G., & Escudero-Lourdes, G. V. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Revista Médica Del IMSS*, 53(5), 608-615.

Ministerio de Salud Pública (2016) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Hacia un abordaje integral. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%209%20JUNIO%202016.pdf

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

Olza I; Lebrero, E. (2006). ¿Nacer por cesárea?. Colombia: Edición para América Latina, Grupo Editorial Norma.

Pereira, R. Franco, S., & Baldin, N. (2011). Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 579-589. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>

Ramos, V (2015) Adolescentes y Sexualidad. Capítulo 1: Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos. En: López Gómez, A (coord.) (2015) Adolescentes y Sexualidad. INVESTIGACIÓN, ACCIONES Y POLÍTICA PÚBLICA EN URUGUAY (2005-2014). Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA.

Robles, Bernardo. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Recuperado en 22 de julio de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es.

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