

Manifestaciones de violencia durante el parto percibidas por mujeres y profesionales de la salud

Manifestations of Violence during Childbirth as Perceived by Women and Health Professionals

Lareisy Borges Damas^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5764-5713>

Rolando Sánchez Machado² <https://orcid.org/0000-0002-2202-8368>

Ana Gladys Peñalver Sinclay¹ <https://orcid.org/0000-0002-1684-4182>

Alicia González Portales¹ <https://orcid.org/0000-0003-0948-5625>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Artemisa. Artemisa, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Artemisa. Hospital General Docente "Comandante Ciro Redondo García". Artemisa, Cuba.

*Autor para la correspondencia: lareysi@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La existencia de determinadas manifestaciones de violencia hacia la mujer durante su parto, frecuentemente, no posee su reconocimiento ni por las mujeres que la padecen ni por los profesionales que la acometen, lo que naturaliza e invisibiliza el fenómeno.

Objetivo: Identificar las manifestaciones de violencia obstétrica que ocurren en el parto y la percepción que poseen mujeres y profesionales de la salud del fenómeno.

Métodos: Estudio cualitativo entre marzo del 2017 al 2019, en un hospital de la provincia de Artemisa, Cuba. Con el criterio de saturación teórica, la muestra se constituyó por 12 mujeres que habían tenido un parto fisiológico, 10 profesionales de la enfermería obstétrica y 10 médicos obstetras seleccionados por un muestreo no probabilístico por criterios. El análisis de la información de las entrevistas y la observación no participante se realizó siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada. Los datos se recogieron, analizaron y procesaron mediante el software informático ATLAS. ti 8 Windows.

Resultados: Las entrevistas evidenciaron las manifestaciones emitidas de violencia contra la mujer, así como la observación mostró la ocurrencia de intervencionismo que, unido a las actitudes de profesionales del área obstétrica y las normativas del sistema de salud, influyeron en la perpetuación de la experiencia negativa del parto en la mujer.

Conclusiones: El estudio manifestó la violencia obstétrica durante el parto, a partir de las relaciones que se establecen entre las categorías identificadas e indagó nuevas posturas para concebir el parto como un evento gratificante con la naturalidad que lo caracteriza.

Palabras clave: Burnout; normas; ética; actitud; derechos humanos; parto humanizado; Teoría Fundamentada.

ABSTRACT

Introduction: The existence of certain manifestations of violence against women during childbirth is frequently not recognized either by the affected women or by the professionals involved, which makes the phenomenon natural and invisible.

Objective: To identify the manifestations of obstetric violence that occur in childbirth and the perception that women and health professionals have concerning the phenomenon.

Methods: Qualitative study carried out, from March 2017 to 2019, in a hospital in Artemisa Province, Cuba. Using the theoretical saturation criterion, the sample was made up of twelve women who had physiological delivery, ten obstetric nursing professionals, and ten obstetrician physicians, selected by nonprobabilistic sampling by criteria. The analysis of the information from the interviews and nonparticipant observation were carried out following the principles of grounded theory. Data were collected, analyzed and processed using the computer software ATLAS.ti 8 for Windows.

Results: The interviews showed the manifestations of violence against women, while observation showed the occurrence of interventionism that, together with the attitudes of professionals in the obstetric area and the regulations of the health system, influenced the perpetuation of the negative experience of childbirth in women.

Conclusions: The study revealed obstetric violence during childbirth, based on the relationships established between the identified categories, and investigated new positions to conceive childbirth as a gratifying event with the naturalness that characterizes it.

Keywords: burnout; standards; ethics; attitude; human rights; humanized delivery; grounded theory.

Recibido: 25/04/2020

Aceptado: 07/07/2020

Introducción

Una visión integral de la violencia hacia las mujeres debe incluir un análisis de factores educativos, económicos, culturales, políticos y de salud.⁽¹⁾ La violencia es productora de alto grado de sufrimiento y, en ocasiones, es exhibida de una forma tan sutil que problematiza su visibilidad, situación que acontece durante el parto, producida mediante un tratamiento deshumanizado de los profesionales de la salud y conocida como violencia obstétrica (VO).⁽²⁾

Estudios sobre VO sustentan que las mujeres, una vez que ingresan en las salas obstétricas hospitalarias, son evaluadas desde una concepción biologicista que conduce a su clasificación como pacientes obstétricas de alto o bajo riesgo. Estas últimas conformarían un grupo una probabilidad baja de morbimortalidad. Sin embargo, las normas médicas exigen que sean sometidas a conductas protocolizadas que no individualizan sus necesidades psicosociales y más allá de ello, ocasionan efectos colaterales cuya evaluación por la obstetricia académica oficial es prácticamente nula.⁽³⁾

Desde las premisas anteriores, se entendería la existencia de determinadas manifestaciones de violencia hacia la mujer durante su parto, en muchas

ocasiones sin el reconocimiento de esa existencia por parte de las mujeres que la padecen y los profesionales que la acometen. En Cuba, los estudios sobre la VO son extremadamente escasos y poseen tendencia a la confusión con la crítica o el cuestionamiento.

Por tal razón, los autores realizan esta investigación motivados por la importancia de investigar el tema desde las vivencias de mujeres y profesionales de la salud, donde se incluyen los profesionales dedicados a la enfermería obstétrica que logre, en primer lugar : el reconocimiento de la VO, el análisis y reflexión de sus causas, así como el desarrollo de una base teórica con un respaldo que le permita plantear la adopción de un modelo teórico con las propuestas de solución en las áreas asistenciales del servicio obstétrico del nivel hospitalario.

Unido a lo anterior, se identifica la necesidad de explorar el tema, desde el paradigma cualitativo de la investigación, con el objetivo de identificar las manifestaciones de VO que ocurren en la atención durante el parto y la percepción que poseen mujeres y profesionales de la salud del fenómeno.

Métodos

La investigación se compone de dos momentos. En el primero se realizó una revisión exhaustiva mediante el análisis documental de la literatura científica sobre el tema, que incluyó artículos, tesis, libros, informes de diversos autores y perspectivas, incluidos en bases de datos como PubMed, CUMED, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), CUIDEN PLUS, Lilacs, Elsevier Instituciones, Science Direct, Ebsco Host y SciELO que suscitó un artículo de revisión contextualizado al panorama nacional.

Posteriormente, se realizó un estudio cualitativo y como estrategia de análisis se empleó la Teoría Fundamentada en datos (TFD) por la utilización de una serie de técnicas de codificación que generan inductivamente una base teórica explicativa para explorar en los aspectos vivenciales de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica y de los profesionales que han podido ser agentes o espectadores de dicha violencia. Se asumen los procedimientos que establecen *Strauss y Corbin* (2008)^(4,5) para crear una teoría con base en entrevistas y observaciones.

La investigación se desarrolló en un hospital de la provincia Artemisa, Cuba, por su carácter provincial y docente, con más de 2000 partos al año (36,4 % del total de la provincia). El 97 % de los profesionales de enfermería eran Licenciados y 34 %, másteres; en el periodo correspondiente de marzo del 2018 a marzo del 2019. Para determinar el tamaño de la muestra se empleó el criterio de saturación teórica o de categorías para evitar posibles redundancias. Finalmente, la muestra se constituyó por total de 12 mujeres, 10 profesionales de la enfermería obstétrica y 10 médicos especialistas en obstetricia y ginecología seleccionados por un muestreo no probabilístico por los siguientes criterios:

- Para las mujeres: mayores de 18 años y hospitalizadas en el Servicio de Puerperio por haber realizado su parto de forma fisiológica.
- Para los profesionales de la salud: experiencia laboral mayor de 10 años y que se desempeñen en la atención a gestantes en el nivel secundario de salud.

Para las mujeres y profesionales de la salud se realizaron entrevistas semiestructuradas (Anexos 1 y 2). Las entrevistas duraron, aproximadamente, de 30 a 60 minutos y se realizaron varias sesiones en lugares íntimos, tranquilos y con la confidencialidad asegurada (se usaron métodos de encriptación de los datos personales). Se grabaron con previa autorización del entrevistado y se tomaron notas en el diario de campo. Las transcripciones de las entrevistas se elaboraron después de finalizadas y se reflejaron todos los aspectos fundamentales para su mejor comprensión. Se tomaron notas manuales con respecto al componente extraverbal (gestos, miradas, tono de voz). Cada entrevista fue leída por los investigadores al menos tres veces y se subrayaron los enunciados que más aportaban para la descripción del fenómeno de interés. Durante las entrevistas se omitió intencionalmente el empleo el término VO, al valor las características personológicas de los participantes.

Se utilizó, además, la observación no participante dirigida a evaluar las actividades asistenciales de los profesionales de la salud en la atención al parto en la unidad de estudio. Se utilizó la técnica de observadores simultáneos que realizaron la acción de forma independiente dentro del mismo servicio. Se realizó en cuatro sesiones de trabajo con diferentes turnos laborales, en dependencia de la duración del trabajo de parto y el parto de las mujeres atendidas. Las notas de las observaciones se realizaron, manualmente, para el análisis de los resultados. La aplicación de estas técnicas en conjunto facilitó la detección de la congruencia o discrepancia entre los discursos y las prácticas.

El análisis de la información se realizó en forma simultánea con su recolección, siguiendo los principios de la TFD, lo cual implica un proceso de codificación abierta, axial y selectiva.^(4,5)

Todos los datos se recogieron, analizaron y procesaron mediante el software informático ATLAS. ti 8 Windows de análisis y gestión de datos cualitativos.⁽⁶⁾ Se incluyeron todas las transcripciones de las entrevistas, con el propósito de obtener triangulaciones, interacciones, significados entrecruzados y relaciones entre los datos. También se exportaron todos los datos del cuestionario inicial a Excel e introducido, igualmente, en Atlas, lo que permitió codificar las entrevistas mediante una serie de códigos clave. Se crearon 456 códigos, en una red semántica compleja con infinidad de interrelaciones entre sí. Se combinaron para llegar a la codificación axial, donde emergieron 4 subcategorías. En la codificación selectiva, códigos similares o los que tuvieron significados y conceptos similares se catalogaron en una categoría para proceder al análisis.

Se tuvo en cuenta el espacio para las anotaciones personales, las impresiones después de cada entrevista (llamadas «memos» en Atlas. ti), las ideas que venían a lo largo de la investigación y que convenía anotar para que no se extraviaran. Los vídeos que se autorizaron a grabar en las entrevistas se procesaron también dentro del programa Atlas, primero, para transcribir los contenidos y, segundo, para revisar nuevamente los pequeños gestos (que pudieron además haber pasado desapercibidos en la primera interacción) y demás comunicación más de tipo simbólica.

Para la presentación de los resultados, cada una de las categorías emergidas se acompañó, según recomendación de *Hernández* y otros,⁽⁷⁾ de fragmentos de discursos para su descripción.

El estudio fue aprobado en el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa (Dictamen 14/18) y en el de la propia unidad de estudio (Dictamen 01/18). En cada caso mostraron su conformidad con la firma del documento de

consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de la información mediante un código para cada participante: Especialistas Médicos (EM), Especialistas de Enfermería (EE) y mujeres (P) acompañado del número de entrada a cada grupo de estudio.

Resultados

Se realizaron 32 horas de observación y se entrevistaron 10 médicos, 10 profesionales de enfermería y 12 mujeres. Los 10 médicos especialistas de II grado en obstetricia y ginecología poseían experiencia en la especialidad por más de 20 años en la atención hospitalaria, investigadores, docentes, residentes en la provincia de Artemisa y La Habana, 4 hombres y 6 mujeres. En el caso de los 10 profesionales de enfermería, 6 eran licenciados y 4 especialistas en enfermería materno-infantil, con experiencia en la atención secundaria, investigadores, docentes, residentes en la provincia de Artemisa, todas mujeres.

Las mujeres eran residentes de la provincia de Artemisa, todas casadas y con un promedio de edad entre 20-35 años, sin enfermedades asociadas o dependientes del embarazo, 5 de ellas con categoría universitaria, 3 con nivel medio y 4 cuentapropistas, pero con nivel escolar universitario.

De los discursos de los profesionales médicos, de enfermería, de las mujeres y de la observación realizada, emergió como categoría central la violencia obstétrica a la mujer durante el parto, a partir de cuatro subcategorías que le dan dimensión: las intervenciones obstétricas, las actitudes de los profesionales de la salud (Médicos y enfermeras-os), la perpetuación de la experiencia negativa en la mujer y las normativas establecidas por el sistema de salud. A continuación, se presentan dichas categorías siguiendo la lógica de la matriz paradigmática ofrecida por Hernández Sampiere que muestra un fenómeno central con sus posibles causas, contextos, intervenciones y consecuencias.

La violencia obstétrica hacia la mujer durante el parto

El análisis del discurso de las mujeres mostró que, a pesar de expresar sus experiencias negativas o positivas durante el trabajo de parto y el parto, su respectiva simpatía o aversión con determinados profesionales médicos y de enfermería, así como su satisfacción o insatisfacción con la atención recibida, nunca existió el pleno conocimiento de la práctica de VO, sino que estas manifestaciones fueron percibidas como algo normal que toda mujer debe pasar para traer al mundo a su hijo.

Cuando se analizan las notas de campo se identifican expresiones corporales y faciales en todas las mujeres entrevistadas interpretadas como inconformidad, frustración y enojo.

El discurso de los profesionales médicos y de enfermería resultó desigual sin homogenizar opiniones. Los profesionales médicos direccionaron la entrevista hacia la carga laboral, la frecuencia de guardias, las condiciones para realizarlas en la mayoría de las veces, el abatimiento que provoca desempeñarse en el Programa Materno Infantil (PAMI) y el poco reconocimiento hacia la especialidad. Por su parte, los profesionales de la enfermería obstétrica debatieron con mayor profundidad el reconocimiento social y del gremio médico a partir de la coacción existente en limitar su desempeño desde sus conocimientos y lo que establece la Resolución Ministerial 396/07.

Al abordar el tema de la VO al final de cada entrevista, se evidenciaron dos grupos: un grupo correspondiente al insulto marcado que provocaba el tema hacia ellos y la identificación de ciertas conductas y actitudes como propias de la especialidad y otro grupo que reconocía su existencia unido al temor de estar llevándola a cabo. Cuando se analizan las notas de campo se identifican expresiones de ira y de irritación en algunos entrevistados, en cambio en otros de vergüenza y meditación.

(...)” El parto es algo que te enamora, por eso estamos acostumbrados a maltratar, a atropellar y a humillar, aunque a veces cerremos los ojos para no verlo ...” (EE4)

(...) Le puedo decir que me ofende su pregunta.... ¿cómo cree usted que yo soy violento si traigo al mundo a un ser humano?, lo que pasa que es muy fácil criticar para el que no esté haciendo guardia con esta presión sobre uno... (EM1)

Las intervenciones obstétricas

Durante la observación se evidenció que a todas las mujeres que entraban a la sala de parto se les canalizaba una vena. A todas se les realizó en varias ocasiones la medición de la frecuencia cardiaca fetal con un cardiomonitor y a la mayoría se les dejaba colocada al monitor por más de 10 minutos. Los tactos se realizaron a las 3 horas, nunca antes y, en algunos casos, demoraron más. Al 100 % de las mujeres se les realizó episiotomía.

El tema de las prácticas declaradas como intervencionismo obstétrico es asumido desde varias posiciones por los médicos al coincidir en que el parto es un acontecimiento que solo puede considerarse fisiológico una vez que transcurre y esto hace, unido a la presión de la especialidad, adoptar un grupo de medidas en su atención. Por lo general, las numerosas intervenciones médicas, por su importancia, se definen como necesarias y protocolizadas para la obtención de resultados favorables.

(...) No puedo criticar al colega que prefiera aplicar un fórceps o hacer un procedimiento por salvar una vida o evitar una hipoxia con sus consecuencias en contra de la voluntad de una futura madre temerosa. También he escuchado decir “médico gracias por no hacerme caso”... (EM4)

Un elemento importante lo constituyó el abordaje del manejo de la cirugía ampliatoria del parto. Los médicos entrevistados se refirieron a los riesgos que implican para las mujeres su no realización y la presión de las posibles complicaciones para ellos como profesionales. Es por tanto un elemento que corrobora los aspectos que confirman el intervencionismo obstétrico.

(...) Siempre hago episiotomía porque previene consecuencias en la mujer a largo plazo con respecto al cuidado del suelo pélvico y, además, es salud mental para mí en una guardia... (EM4)

Las actitudes de los profesionales de la salud (personal médico y enfermero)

Durante la observación se evidenció que las mujeres no fueron llamadas por su nombre y la comunicación profesional-mujer obedeció, esencialmente, a indicar u ordenar y en algunas ocasiones para explicar algún procedimiento. No pudieron elegir una posición para el parto que no fuera la ginecológica. El familiar la acompañó solo durante el trabajo de parto. No fue empleado ningún método de alivio al dolor.

En el discurso de los especialistas se reveló que la posición de ginecológica para el parto se asume sin evidencias científicas que avalen sus ventajas sobre la mujer o el proceso, el hecho de que la única opción sea la mesa ginecológica impone dicha posición para parir.

(...) es más fácil para nosotros a la hora de hacer el parto la posición de litotomía, nos da más campo... (EM1)

Al abordar el tema del manejo del dolor, según los profesionales médicos y de enfermería, el dolor es algo inevitable durante el desarrollo del trabajo de parto y el parto y que durante la historia la mujer lo ha asumido y manejado de forma fisiológica y que en Cuba algunas carencias han obstaculizado la implementación de métodos farmacológicos y alternativos.

(...) el tema del dolor del parto está más que discutido, pero no hay otra opción que seguir a la antigua y solo establecer apoyo y comprensión con la mujer... (EM1)

La perpetuación de la experiencia negativa en la mujer

En el análisis del discurso de las entrevistas realizadas a las mujeres se evidenció su total inconformidad con el dolor y el trato recibido. Referenciaron, además, la relación médica, enfermero-paciente, la percepción del calor humano en los cuidados recibidos. Se mencionó en gran número de ellas la presencia de un trato frío con lenguaje corporal y extraverbal que provocó temor y desasosiego.

(...) cada rato me decía que la vida de mi niño dependía de cómo yo me portara e imagínese cuando a una madre le dicen eso... (P8)

Sus declaraciones aportaron su conformidad sobre las intervenciones obstétricas en función del bienestar de su bebé, pero a su vez describieron la incomodidad que implicó y la experiencia negativa que constituyó haber parido.

(...) Yo me siento satisfecha porque mi bebé está bien y no se me separó la enfermera de al lado, pero a veces me trataron mal, el médico me llegó a decir que yo era una carga, si me dan a escoger... no paro más... (llora)... (P2)

(...) fue la noche más larga de mi vida, no sé si lo que me hicieron fue malo o bueno lo único que no paro más seño... (P7)

Las normativas establecidas por el sistema de salud

Durante la entrevista se declara de forma unánime en los entrevistados la presión sobre la especialidad desde el PAMI como un programa de salud que rige los indicadores nacionales, pero que a veces limita la prescripción sobre

determinadas situaciones psicosociales a los que se pueden enfrentar los profesionales de la salud del área comprometiendo a un ser humano, ya sea médico o enfermera-o, a enfrentar situaciones para las cuales no recibió formación y transforma así la naturalidad y fisiologismo del proceso del parto en un acontecimiento patológico que limita no solo a las propias mujeres, sino a los profesionales que las atiende.

(...) Los obstetras somos diferentes hasta en el carácter, en la forma de vestir, tenemos la presión de una tasa y a veces no nos podemos equivocar... (EM4)

(...) no da el tiempo para dejarla que ella escoja lo que quiere hacer si a veces ni las camas nos alcanzan y a veces eso no se ve..., es como si no pudiéramos hacer nada más de lo que está escrito (EM3)

Discusión

Para la reconstrucción teórica de las relaciones entre las categorías y subcategorías encontradas se procedió a la codificación selectiva.⁽⁸⁾ Las actitudes tanto del personal médico como enfermero, por la importancia que reportan en el desarrollo del parto como un evento trascendental en cada mujer, es la categoría emergente del discurso que define la necesidad de ofrecer respetuosidad al proceso en las maternidades hospitalarias y se considera como condición causal por su influencia en la categoría central.

La tendencia al incremento de la violencia y su falta de reconocimiento dentro de los espacios institucionales por mujeres y profesionales de la salud, desde la identificación del intervencionismo obstétrico como uno de los mayores mecanismos mediante los cuales se ejerce la VO, son las categorías identificadas como condiciones contextuales que estipulan las particularidades y el contexto donde ocurre la VO.

Es evidente que las experiencias de las madres resultan únicas para ellas pues no son pocas las mujeres con un número de partos limitados, sin embargo, los profesionales del área obstétrica asisten partos diariamente. Estudios consultados afirman que en estos profesionales las rutinas producen, con mucha frecuencia, insensibilización que influye en una atención monótona y una despersonalización de los pacientes.^(9,10)

Desde esta perspectiva, el término “violencia obstétrica” genera polémica para algunos profesionales, mujeres, gestores y administrativos quienes no han reparado en que no se trata de una denuncia para los profesionales sanitarios, sino que la VO está totalmente institucionalizada y, resulta por ello, algo estructural.^(11,12)

Las manifestaciones de violencia dadas por un trato incorrecto, la posición para parir, las exigencias de omnipotencia, la desvalorización del parto como proceso natural y fisiológico y la estandarización de protocolos y normas sobre una base puramente biologicista que cosifican a la mujer, se conciben como condiciones intervinientes por la influencia que ejercen en las condiciones causales y la categoría central.

Los datos relativos a la ocurrencia de VO son escasos y difíciles de medir. Se debe en gran medida al hecho de que muchas mujeres ignoran que son violentadas. La jerarquía existente propicia las condiciones para que la autoridad médica no sea

cuestionada.⁽¹³⁾ La homogenización de las gestantes convertidas en un objeto, en espectadoras de una parte de su propia sexualidad como lo es el proceso del parto, son situaciones asociadas a la deshumanización que caracteriza a la VO al protocolizar conductas y tratamientos sin reconocer individualidades.^(13,14)

A tono con lo anterior, la psiquiatra y activista por los derechos de los bebés y las madres en primera infancia, *Ibone Olza*,^(9,15) expone que existen razones que llevan a los profesionales a la violencia obstétrica: físicas (cansancio, *Burnout*, condiciones laborales), personales (prejuicios, desconocimiento, temor) y profesionales (económicas, miedo a demandas, vergüenza al error). La misma autora refiere, además, que el sistema sanitario también resulta violento contra los profesionales de la salud. En su desempeño dentro del sistema sanitario adquieren un desarrollo científico-tecnológico apreciable, aprenden a seguir protocolos y aplicar procedimientos clínicos y quirúrgicos, pero adolecen de formación sobre técnicas de comunicación, relación terapéutica o incluso trabajo en equipo.

La influencia de las condiciones intervinientes en las condiciones centrales y de causa en este estudio son evidentes, las manifestaciones de VO que recibe la mujer durante el parto se relacionan con el intervencionismo obstétrico, las actitudes de los profesionales del área obstétrica así como el enfoque biológico, el tecnicismo y la protocolización que sucede como indicaciones institucionales y de sistema, restringe la participación y el derecho de las mujeres a convertirse en protagonistas de su propia experiencia de parto.

Cuba, pese a los derechos y programas que brindan una protección al proceso reproductivo de la mujer y su hijo, no está ajena a una práctica profesional cuyo objetivo principal es la obtención de un binomio madre-hijo en óptimas condiciones bilógicas, pero para ello no solo limita los derechos de las mujeres, sino que los violenta.

En junio del año 2019, durante el XVII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, celebrado en La Habana, la VO fue reconocida como una problemática en el país relacionada a la violencia de género. Al respecto, *Atienza* destacó que entre las manifestaciones de violencia a las que pueden ser sometidas las mujeres cubanas de forma no intencional por parte del personal sanitario se encuentran: la posición para parir, la negación del vínculo inmediato madre-hijo, la premura de atención de las emergencias obstétricas, la realización de procedimientos innecesarios o sin una explicación a la mujer; la violencia verbal; la falta de acompañamiento; la medicalización y enfatizó que esta violencia no solo se vincula a quienes asisten el parto, sino a todo el servicio. Destacó, además, la determinación de acciones legales, así como la utilización del consentimiento informado.⁽¹⁶⁾

Desde este análisis y, en opinión de los autores, permanecerían pendientes estrategias que aborden las causas y consecuencias para cada parte (mujeres y profesionales de la salud), las reflexiones en torno a las posibles soluciones, comenzando por los aspectos educativos sin dejar a un lado los elementos legales, encontrar un punto de equilibrio entre la seguridad del parto, el respeto al trabajo de cada profesional y la necesidad de las madres de ser escuchadas, respetadas y tratadas como personas con autonomía y poder de decisión y, desde esta fusión, convertir el acto del parto en un acontecimiento gratificante sin un culpable rivalizado entre desconciertos y obligaciones.

Las limitaciones del estudio radican en la naturaleza "local" de la investigación pues sus explicaciones se circunscriben a un ámbito determinado pero, a pesar de

ello, el estudio posee riqueza interpretativa y aporta nuevas visiones al fenómeno de estudio.

En conclusión, el estudio permitió valorar las manifestaciones de VO hacia la mujer durante el parto, a partir de las relaciones que se establecen entre las actitudes de cada miembro del equipo de salud, el intervencionismo obstétrico ejercido y las normativas establecidas, así como las características de la experiencia de cada mujer desde un enfoque vivencial de gran valor.

La propuesta teórica resultante de la aplicación de la TFD, a pesar de circunscribirse a un contexto en particular, indagó nuevas posturas para concebir desde el cambio de actitud de los profesionales médicos y de la enfermería, el proceso del parto como un evento gratificante con la naturalidad que lo caracteriza. Además, aportó una nueva visión al fenómeno que servirá para reflexionar en torno a la calidad de la atención integral que brindan los profesionales del área obstétrica.

Referencias bibliográficas

1. Al Adib Mendiri Miriam, Ibáñez Bernáldez María, Casado Blanco Mariano, Santos Redondo Pedro. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med. leg. Costa Rica*. 2017 [acceso: 04/04/2020];34(1):104-11. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en
2. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3069. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
3. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2015 [acceso: 04/04/2020];20(68):113-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009>
4. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
5. Corbin JM, Strauss AL. *Basis of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: Sage Publications; 2008.
6. Friese S. *ATLAS.ti 8 Windows. Guía rápida*. Scientific Software Development GmbH. Alemania, Berlín: 2019 [acceso: 04/04/2020]. Disponible en: http://downloads.atlasti.com/docs/quicktour/QuickTour_a8_win_es.pdf
7. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 4ta ed. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006 [acceso: 28/07/2018]. Disponible en: <https://administracionpublicauba.files.wordpress.com/2016/03/hernc3a1ndez-samipieri-cap-15-disec3b1os-del-proceso-de-investigac3b3n-cualitativa.pdf>
8. Alilu Leyla, Zamanzadeh Vahid, Valizadeh Leila, Habibzadeh Hosein, Gillespie Mark. A Grounded theory study of the intention of nurses to leave the profession. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 [acceso: 18/06/2018];25:e2894. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100344&lng=en
9. Margarita García E. *la violencia obstétrica como violencia de género [tesis]*. Universidad Autónoma de Madrid. España; 2018 [acceso: 04/04/2020]. Disponible

en:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1

10. Sadler M, Rivera M. El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales. 2015 [acceso: 04/04/2020];6:60-72. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/287661072>

11. Shea-Lewis A, Eckardt P, Stapleton D. An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor. Am J Nurs. 2018;118(3):24-31. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530913.80349.53>

12. Flores Yesica Yolanda Range, Ledezma Alexia Guadalupe Martínez, Ibarra Luis Eduardo Hernández, Acevedo Claudia Elena González. Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México. Rev. esc. enferm. USP. 2019;53:e03464. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018028603464>

13. Lafaurie Villamil MM, Rubio León DC, Perdomo Rubio A, Cañón Crespo AF. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2018;18(36):18-36. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>

14. Domínguez V. Violencia de género y victimización secundaria. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2018 [acceso: 04/04/2020];VI(1):3-22. Disponible en: https://psicociencias.org/pdf_noticias/Violencia_de_geneo_y_victimizacion_secundaria.pdf

15. Olza I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicosomática. 2014 [acceso: 04/04/2020];111:79-83. Disponible en: https://www.academia.edu/12501115/Estr%C3%A9s_postraum%C3%A1tico_secundario_en_profesionales_de_la_atenci%C3%B3n_al_parto_Aproximaci%C3%B3n_al_concepto_de_violencia_obst%C3%A9trica

16. Ponencia presentada en el XVII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Atienza Barzaga AM, Rodríguez Iglesias G. Cuba. La Habana, junio del 2019 [acceso: 04/04/2020]. Disponible en: <http://www.ginecobstcuba.com/es/expo>

Anexo 1- Entrevistas a profesionales de enfermería y médicos

Guía general de entrevista

- ¿Por qué escogió trabajar el área de la Obstetricia?, ¿Cuántos años de experiencia posee?
- ¿Cómo es el sistema de trabajo en su institución?, ¿Ha trabajado en otro hospital?
- ¿Cuáles son las mayores dificultades que identifica en sus turnos de guardias?
- ¿Recibe actualizaciones constantes sobre el manejo del parto?, ¿Cómo?
- ¿Está de acuerdo con todas las indicaciones sobre el manejo del parto?, si pudiera ¿cambiaría cambiarías algo o incluiría algún elemento en estas normativas?
- ¿Qué opina del intervencionismo obstétrico?

- ¿Cree que la mujer tiene un papel activo en el parto?
- ¿Cree que el nacimiento en Cuba piensa en primer momento en la mujer como un ser humano?
- ¿Conoce el término “violencia obstétrica”? ¿Qué opina de ella? ¿Cree que se ejerce? ¿Conoce cuáles son sus manifestaciones más frecuentes? ¿Alguna vez se habla de ella dentro del gremio? ¿Por qué cree que pasa? ¿Ha pensado que opina de ello la mujer que atiende?

Anexo 2- Cuestionario de entrevista aplicada a las mujeres

Guía general de entrevista

- ¿Cómo se siente?, ¿el bebé está bien?
- ¿Cómo la trataron en el parto?, ¿la llamaron por su nombre, se presentaron ante usted, le permitieron acompañamiento, respetaron su privacidad, le dieron información?, ¿se siente satisfecha con ese trato?
- ¿En qué posición le permitieron parir?, ¿tuvo contacto con tú bebé de forma inmediata?, ¿le realizaron episiotomía?, ¿le aliviaron el dolor?
- ¿Cuáles son las mayores insatisfacciones o inconformidades que tiene?
- ¿Está de acuerdo con todas las indicaciones que te dieron?
- ¿En algún momento se sintió agredida o violentada dentro del servicio de parto?
- ¿Conoce el término “violencia obstétrica”? ¿Cree que se ejerce? ¿Conoce cuáles son sus manifestaciones más frecuentes? ¿Cree que te ejercieron violencia obstétrica?

Conflicto de intereses

Los autores de la investigación no declaran conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Lareisy Borges Damas: Participó en la revisión de la bibliografía sobre el tema, aplicación de los instrumentos de la investigación y confección de la memoria escrita. Aprobó la versión final del manuscrito.

Rolando Sánchez Machado: Participó en la revisión de la bibliografía sobre el tema, aplicación de los instrumentos de la investigación y confección de la memoria escrita. Aprobó la versión final del manuscrito.

Ana Gladys Peñalver Sinclay: Realizó la corrección de estilo del manuscrito, aportó sus experiencias, además, para la confección de los instrumentos aplicados. Aprobó la versión final del manuscrito.

Alicia González Portales: Realizó todo lo relacionado con las referencias bibliográficas, su ubicación en el texto, así como la correcta aplicación de las normas Vancouver en cada una de las fuentes bibliográficas referenciadas en la investigación. Aprobó la versión final del manuscrito.