UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

CALIDAD DE ATENCION OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE CCASAPATA, HUANCAVELICA – 2017

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNA, PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

Obsta. Judith Pilar PARI ENRIQUEZ

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCAVELICA – PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los veintiún días del mes de octubre a las 15:40 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

PARI ENRIQUEZ JUDITH PILAR

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Dr. Leonardo LEYVA YATACO
Secretario : Dra. Lina Yubana CARDENAS PINEDA
Vocal : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

"CALIDAD DE ATENCION OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE CCASAPATA, HUANCAVELICA – 2017"

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 419-2018-FCS-UNH, concluyendo a las 16:20 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:
.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 21 de octubre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
Dra. LINA Y. CARDENAS PINEDA
DOCENTE NOMBRADA
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
PAULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
Kelly Y. Rivéros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N°36759
VºBº SECRETARIA DOC.

TITULO

CALIDAD DE ATENCION OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE CCASAPATA, HUANCAVELICA – 2017

AUTORA

JUDITH PILAR PARI ENRIQUEZ

ASESORA

Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

DEDICATORIA

A mi madre, Angélica, por la motivación y el esfuerzo que me brinda día a día para alcanzar mis objetivos.

Pilar

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien en todo momento está cerca de mí, la luz que guía nuestros pasos y nos ayuda a superar las pruebas que encontramos en nuestro camino.

A mi madre, por el apoyo incondicional, por los ánimos que me dio para que en ningún momento deje de luchar por mi objetivo.

A mi asesora Dra. Rossibel Juana, MUÑOZ DE LA TORRE por brindarme la orientación y enseñanza, fortaleciendo los conocimientos que adquirimos y sobre todo por sus valiosos consejos en la realización del presente proyecto.

Con especial consideración agradezco a todo personal que labora en el centro de salud Ccasapata por su apoyo desinteresado en la realización del proyecto, dando recomendaciones vitales.

La autora

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA i
ACTA DE SUSTENTACION ii
TITULO iii
AUTORA iv
ASESORA v
DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTOS vii
TABLA DE CONTENIDO viii
RESUMEN x
ABSTRACT xi
INTRODUCCION xii
CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1 Fundamentación del Problema 13
1.2 Formulación del problema 14
1.3 Objetivos 15
1.4 Justificación 15
1.5 Limitaciones: 16
CAPÍTULO II
MARCO
TEORICO 17
2.1. Antecedentes de la Investigación
2.2. Bases Teóricas: 20
2.3. Definición de términos 35
2.4. Variable 35
CAPITULO III
MATERIALES Y MÉTODOS
3.1. Ámbito de estudio 36
3.2. Tipo de Investigación 36
3.3. Nivel de Investigación 36
3.4. Método de Investigación 36
3.5. Diseño de Investigación: 36

3.6. Población, Muestra y muestreo 37
3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos 38
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos. 38
CAPÍTULO IV
DISCUSION DE RESULTADOS 40
4.1. Presentación de resultados y discusión 40
CONCLUSIONES 45
RECOMENDACIONES 46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 47
APÉNDICE 49
APÉNDICE A: CONSENTIMIENTO INFORMADO 50
APÉNDICE B:GUIA DE ENTREVISTA 52
APÉNDICE C: IMÁGENES 57

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Interpretar la calidad de la atención obstétrica recibida por las puérperas adolescentes durante el trabajo de parto en la Comunidad de Ccasapata, Huancavelica -2017. El estudio fue de tipo interpretativo de nivel exploratorio o cualitativo, con los métodos investigativos de hermenéutica y conceptual inductivo, el diseño fue hermenéutico porque se enfocó a las experiencias vividas subjetivas de las puérperas sobre la calidad de atención del parto al momento de ingresar al establecimiento, durante el periodo expulsivo, su estancia hospitalaria y finalmente la experiencia vivida sobre la calidad de atención obstétrica, La muestra estuvo conformada por 12 parturientas adolescentes que residen en Ccasapata; el muestreo que se utilizó fue por conveniencia donde se interactuó de forma directa y personal con cada una de las parturientas adolescentes a fin de conocer las experiencias de la atención del parto y también se tuvo en cuenta las historias clínicas de las entrevistadas, hallándose que las parturientas pertenecían a la adolescencia tardía, la mayoría tenía 16 años y ninguna tuvo complicaciones; las calidades de atención en el momento del ingreso al Establecimiento describieron como atención rápida con un ambiente provisiona, donde se les permitía caminar de forma libre; no afirmaron tal generalización puesto que eran usuarias únicas en esa condición. En cuanto a la estancia observaron actos violentos o incorrectos después del parto como ventilar los ambientes cuando ellas pasaban frio. Despertaban temor frente al mundo por conocer sin contar con la seguridad de preguntar. En el momento del parto todas fueron ordenadas o recomendadas a tener un parto horizontal, recuerdan los gritos del personal de salud para que colabore. Casi todas negaron que tenían una episiotomía. La calidad de atención obstétrica recibida por las puérperas considera como buena. Se concluye que la atención obstétrica percibida por las parturientas está limitada al trato del personal probablemente a la falta de empoderamiento en sus derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: Atención obstétrica, calidad de parto, puérperas adolescentes.

ABSTRACT

The purpose of this research work was to interpret the quality of obstetric care received by teenage mothers during labor in the Community of Ccasapata, Huancavelica -2017. The study was interpretive of an exploratory or qualitative level, with the investigative methods of hermeneutics and inductive conceptual, the design was hermeneutical because it focused on the subjective experiences of the postpartum women on the quality of delivery care at the time of entering the establishment , during the expulsion period, his hospital stay and finally the experience lived on the quality of obstetric care, The sample consisted of 12 teenage parturients residing in Ccasapata; The sampling that was used was for convenience where direct and personal interaction with each of the adolescent parturients was carried out in order to learn about the experiences of childbirth care and also took into account the clinical histories of the interviewees, finding that the parturients belonged to late adolescence, most were 16 years old and none had complications; the qualities of care at the time of entering the Establishment described as fast attention with a provisioned environment, where they were allowed to walk freely; they did not affirm such generalization since they were unique users in that condition. As for the stay, they observed violent or incorrect acts after childbirth, such as ventilating the environments when they were cold. They woke up fear in front of the world to know without having the security of asking. At the time of delivery all were ordered or recommended to have a horizontal delivery, remember the screams of health personnel to collaborate. Almost all denied they had an episiotomy. The quality of obstetric care received by the puerperal women considered as good. It is concluded that the obstetric attention received by parturients is limited to the treatment of personnel, probably due to the lack of empowerment in their sexual and reproductive rights.

Keywords: Obstetric care, quality of delivery, teenage puerperal women

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es un problema socioeconómico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea (11); este debe ser considerado como un embarazo de alto Riesgo Obstétrico simplemente por su edad, aunado a la asociación de múltiples factores físicos, socioeconómicos y psicosociales que puedan influir en el embarazo.

Actualmente existe una controversia sobre la vía de parto ideal en la adolescente embarazada, independientemente de la edad de la misma se debe realizar una valoración obstétrica integral, para así, determinar de una manera objetiva la conducta a seguir (13).

Hablar de calidad de atención obstétrica es hablar de parto humanizado enfatizando los derechos sexuales y reproductivos de la gestante en todas sus etapas; tomando en cuentas las 16 recomendaciones dadas por la organización mundial de la salud (14). Es así que en la presente investigación se planteó el objetivo de interpretar la calidad de atención obstétrica recibida por la parturienta adolescente en el Centro de Salud Ccasapata.

La presente investigación está conformada por cuatro capítulos; el I capítulo sobre el planteamiento del problema, justificación y objetivos; el II capítulo; Marco Teórico; III Capitulo, Metodología de la investigación y finalmente el IV capítulo sobre los resultados.

La autora

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del Problema

Cada año cerca de 600.000 mujeres en el mundo mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y muchas más sufren de discapacidades a largo plazo, como por ejemplo dolor crónico, fístulas, falta de movilidad, daños en el sistema reproductivo e infertilidad (1). Veintitrés millones de mujeres (15% de todas las mujeres embarazadas) desarrollan cada año complicaciones que amenazan sus vidas. El problema es aún más grave en los países en desarrollo, donde las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto son las causas principales de discapacidades y muerte entre las mujeres en edad reproductiva (1).

La desigualdad en los accesos a los servicios de salud, incluyendo la maternidad es mucho más marcado en las localidades rurales y con población indígena (2). Las mujeres rurales e indígenas tienden a sufrir una mayor carga de exclusión y discriminación en sus múltiples facetas de género, etnia, raza y clase, elementos ligados a la falta de respeto de sus derechos (3). La pobreza se acompaña por la desigualdad social, incluyendo la de género, como características que presentan un gran desafío tanto en las condiciones de salud que enfrenta la población, como para que el sector salud garantice la cobertura en atención médica de manera universal, gratuita y con calidad (4).

Según Defensoría del Pueblo, el servicio de salud más quejado es obstetricia, con un 37 % de las quejas en Perú ; sin embargo, El Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector ha desarrollado importantes iniciativas para mejorar la calidad de la atención, en cooperación con varias organizaciones del sector y ha respaldado de manera firme las iniciativas legislativas destinadas a proteger los derechos de los

usuarios y mejorar la participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud (5).

La calidad de atención obstétrica, abarca temas como el gozo de los derechos a la salud, que implica tres tipos de obligaciones como el respeto, protección y garantía; el respeto implica la obligación del Estado de abstenerse de intervenir en el disfrute del derecho a la salud. La protección, donde se adopte las medidas necesarias para impedir que terceros interfieran negando el disfrute del derecho a la salud para otros. La garantía en adoptar todas las medidas necesarias para dar plena efectividad al derecho a la salud. La atención de calidad incluye medidas de la atención primaria a la salud, una alimentación nutritiva, el saneamiento, el agua limpia potable y el acceso a los servicios curativos y a los medicamentos esenciales (4).

Hoy en día, la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer; este tipo de atención obstétrica "reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual y reproductiva" y resta protagonismo a las mujeres durante la vivencia de sus embarazos, partos y puerperios. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico (3), De este modo, se refuerza la idea de legitimización de la intervención y control por parte de los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres (4).

En el Centro de Salud Ccasapata, muchas veces se observa al espera a las atenciones sobre todo en gestantes adolescentes talvez por el contextp sumiso y callado; sin embargo, existe poca información sobre la calidad de atención obstétrica desde el enfoque de aplicar el derecho a la salud, por ello se pretende describir cómo es la atención de la mujer durante el embarazo y parto en las gestantes adolescentes.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo es la atención obstétrica durante el trabajo de parto en puérperas adolescentes de la Comunidad de Ccasapata, Huancavelica -2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

- Interpretar la calidad de la atención obstétrica recibida por las puérperas adolescentes durante el trabajo de parto en la Comunidad de Ccasapata, Huancavelica -2017.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar a las adolescentes puérperas según edad, paridad y complicación del embarazo.
- Analizar la calidad de atención obstétrica a la adolescente al ingresar al Centro de Salud.
- Analizar la calidad de atención recibida por la adolescente durante su estancia en el Centro de Salud.
- Analizar la atención recibida por la adolescente en el momento del parto.
- Argumentar la experiencia vivida durante el trabajo de parto en las adolescentes de la comunidad de Ccasapata, 2017.

1.4 Justificación

De acuerdo con la Declaración de 2014 de la OMS para la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, establece acciones entre ellas realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de salud digna y respetuosa en el embarazo y parto; e involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas. Asimismo, la imposición del saber médico desacreditando las experiencias y vivencias de las mujeres y la atención institucional del parto, se traduce en conductas de diversa naturaleza que pueden configurar una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Por tanto, la presente investigación permitirá identificar la calidad de atención obstétrica por el personal de salud enfatizando el derecho de las mujeres en el trabajo de parto, la misma que servirá como base para investigaciones de mayor complejidad.

1.5 Limitaciones:

Este trabajo de investigación estuvo limitado por la falta de participación de las obstetras quienes se limitan a ser parte del estudio; sin embargo, hubo la predisposición de brindar las historias clínicas para revisión de datos.

CAPÍTULO II
MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Sachse et al (4), en Calidad de atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en Centros de Salud, Oaxaca. Donde se construyó un Índice de Calidad de la Salud Materna de acuerdo a leyes, normas, lineamientos, manuales y recomendaciones nacionales e internacionales; la información se recopiló en una muestra representativa a nivel estatal con los responsables de 63 centros de salud (CS) rurales de primer nivel y 303 mujeres que habían recibido atención prenatal en los CS en los doce meses anteriores a la implementación del estudio. Resultados. Se encontró que la mayoría de los CS tiene una disponibilidad y accesibilidad limitada porque no brinda atención durante los turnos nocturnos y de fines de semana. La atención es gratuita aun si las mujeres, casi todas afiliadas al Seguro Popular, gastan para exámenes de laboratorio y/o ultrasonido. La atención en la etapa prenatal en general se realiza de acuerdo a normas. En la atención del trabajo de parto y parto se emplean comúnmente maniobras innecesarias y hasta dañinas. Información por parte de las mujeres acerca de la atención hospitalaria en el parto indica que la misma situación prevalece en el segundo nivel. La mayoría de los CS sí citan a control puerperal, pero las mujeres sólo acuden para el cuidado de sus bebés y no para ellas mismas. Existe desabasto de medicamentos e insumos necesarios para la atención del parto y las emergencias obstétricas (EO). La mayoría de las usuarias se sintieron satisfechas con la atención recibida, lo cual evidencia su desconocimiento acerca de sus derechos como personas y como usuarias. Conclusiones. Con base en los estándares de calidad establecidos por el estudio, se

puede concluir que estos CS brindan una atención oportuna durante el embarazo, pero no así durante el parto o el puerperio; y en todos los casos necesitan reforzarse a nivel de infraestructura, equipo, insumos, medicamentos y recursos humanos para poder dar una atención obstétrica oportuna y de calidad de acuerdo al nivel normativo para este nivel.

Belli (6), en la violencia obstétrica, otra forma de violación a los derechos humanos; desde los inicios de la medicina moderna, la idea de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico, fue tomando cada vez más fuerza. Estas maternidades intervenidas se desarrollan en su gran mayoría en torno de saberes científicos diseñados para su regulación y control. Objetivo fue explorar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos muchas veces ignorada. La metodología fue una revisión bibliográfica sobre un tema de actualidad que, a pesar de su pertinencia para la bioética, ha sido desestimado. Se intentará sistematizar las cuestiones asociadas con este fenómeno y ofrecer un análisis del mismo dentro del marco de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

Raquel (7) en la ginecoobstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica; en un análisis bibliográfico donde se aumenta la problematización de la violencia obstétrica. Es a partir de estos dos fenómenos que el artículo se propone describir las diferentes posturas que los actores han tomado en torno de la introducción de prácticas de parto humanizado clasificadas como abiertas, intermedias y de resistencia, en tanto y en cuanto éstas buscan disminuir la violencia obstétrica. En especial, se subrayan las explicaciones y reacciones de las mujeres gineco obstetras ante la violencia obstétrica. El análisis busca mostrar cómo el género como construcción y la antropología como método y enfoque contribuyen a entender el fenómeno y hacer inteligible esta aparente paradoja. Como conclusión, se plantea que establecer relaciones entre la feminización de la ob-gyn y la problematización de la violencia obstétrica nos permiten una entrada a la comprensión de los alcances y limitaciones del proceso de feminización de la profesión médica.

Andrade (8) en atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?; tuvo por objetivo analizar la atención al parto bajo la mirada de embarazadas adolescentes, en la perspectiva de la humanización fue un estudio exploratorio descriptivo que. Se realizó en un hospital del distrito de Fortaleza-CE, en el período de marzo/abril de 2003 por medio de encuesta semiestructurada aplicada a 30 adolescentes. Algunos aspectos de la dinámica de los servicios fueron observados e informaciones juzgadas importantes fueron registradas en un diario de campo. La mayoría de las embarazadas desconoce y/o confunde la categoría de los profesionales que la asiste, aspecto negativo para la verdadera representación social en cuanto a la identidad profesional de los mismos. Necesidades en el campo del apoyo emocional y de recibir informaciones fueron destacadas por las deponentes y las prácticas que son útiles y que deben ser enfatizadas en la atención del parto (categoría A de la Organización Mundial de Sanidad - OMS) aparecieron de manera no-sistemática e implementadas a veces.

Adib (9), en la violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer; donde se hizo una revisión bibliográfica en el que analizamos la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer y de violación a los derechos humanos, con gran frecuencia ignorada, llegando a ser en ocasiones desestimado un tema de gran actualidad e interés para la bioética. La violencia obstétrica como violencia simbólica contra la mujer manifiesta la asimetría existente entre hombres y mujeres siendo imprescindible el desarrollo normativo encargado de regular el conjunto de prácticas en los procesos reproductivos de las mujeres a la par que permita alertar sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante, los logros conseguidos desde estas iniciativas, las desigualdades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.

De Olivera (10) en el estudios sobre vivenciando el parto humanizado: un estudio fenomenológico bajo la óptica de adolescentes; este estudio tuvo como objetivo comprender lo que significa para las adolescentes el hecho de pasar por un parto dicho humanizado. Para esto, utilicé la fenomenología como trayectoria de

investigación, para llegar a la esencia del fenómeno. Participaron del estudio adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Sofía Feldman, institución filantrópica, sin fines de lucro Belo Horizonte/MG. Para la colecta de datos utilicé observación de campo y entrevista abierta. El estudio posibilitó aprender tres categorías de análisis: Pre-parto y Parto: el cuerpo siendo controlado; Pre-parto/Parto: mixto de dolor y de placer; Parto Humanizado: la asistencia deseada y esperada.

2.2. Bases Teóricas:

2.2.1 Embarazo en la adolescencia

Es el período de la vida donde se adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica (11).

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para nosotros como seres humanos, ya que es un estado de inmadurez en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo en la salud. El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo (11).

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento (11).

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea (11).

Las adolescentes que comúnmente quedan embarazadas son aquellas que tienen un estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables, por lo que sus hijos son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbimortalidad neonatal aumentada (12).
Un embarazo en la adolescente debe ser considerado como un embarazo de alto Riesgo Obstétrico simplemente por su edad, aunado a la asociación

de múltiples factores físicos, socioeconómicos y psicosociales que puedan influir en el embarazo.

Actualmente, existe una controversia sobre la vía de parto ideal en la adolescente embarazada, independientemente de la edad de la misma se debe realizar una valoración obstétrica integral, para así, determinar de una manera objetiva la conducta a seguir (13).

2.2.1.1 Calidad de Atención obstétrica

Un embarazo en la adolescente debe ser considerado como un embarazo de alto Riesgo Obstétrico simplemente por su edad, aunado a la asociación de múltiples factores físicos, socioeconómicos y psicosociales que puedan influir en el embarazo (11).

.

2.2.1.2 Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos de las mujeres, que empiezan a tener lugar en numerosas convenciones, pactos y tratados que debaten y analizan en forma decidida la temática. Prueba de ello son:

- La Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado en 1974.
- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1979: Referida a las discriminaciones voluntarias y aquellas no intencionales que afectan a las mujeres en todos los ámbitos de interacción social y en todas las etapas de su ciclo vital. Dicha Convención fue aprobada por la ONU en 1979 y ratificada en la Argentina en 1985 a través de la ley 23.179. Fue consagrada a la constitución del 94, a través del artículo 75 inciso 22. estableció que los estados deben garantizar a las mujeres "servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto".
- La Convención sobre los Derechos del Niño en1989 ratificó, en su artículo 24, que los estados deben "asegurar atención

sanitaria prenatal y posnatal apropiada para las madres" y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo "orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar".

- **16 Recomendaciones de la Organización Mundial De La Salud "**El nacimiento no es una enfermedad" (14)

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como el puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc).
- No existe justificación en ninguna región geográfica para más de un 10 al 15% sean cesárea.
- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de preparto.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

- No se justifica el uso rutinario de episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal.
- No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región Geográfica deba tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
- Debe evitarse durante el trabajo de parto la administración por rutina de fármacos analgésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto de rutina.
- No se justifica científicamente la ruptura artificial de las membranas por rutina.
- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

2.2.1.3 Derechos Reproductivos enfocados a calidad

Así la convención de Beijing, sostiene que el disfrute integral del derecho a la salud, por parte de la mujer, "es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada". Señala que diversos factores contribuyen a determinar la salud de la mujer, tales como los factores biológicos, el contexto social, político y económico en que vive. Afirma que, el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud, es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos.

El derecho a la intimidad garantiza una esfera que nadie puede invadir, un campo de actividad que es absolutamente propio de cada individuo.

Ha dicho la Plataforma de Beijing que hay realidades sociales que tienen efectos perjudiciales sobre la salud de la mujer. Así menciona, "la incidencia de la pobreza y la dependencia económica en la mujer, su experiencia de la violencia, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, la discriminación racial y otras formas de discriminación, el control limitado que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la adopción de decisiones"

La Partera Elvira Lutz de la Relacahupan de Uruguay en un boletín del año 2007 enumeró de la siguiente manera los derechos de una mujer embarazada (11):

- Toda embarazada tiene derecho a un parto natural, y a negarse a intervenciones innecesarias como rasurado, enema, rotura de membranas, episiotomía rutinaria, que alteran su normal desarrollo.
- Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho

a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

- La mujer embarazada tiene derecho a escoger la posición en el trabajo de parto y en el momento de nacimiento, que le resulte más apropiado y menor tensión.
- Tiene derecho al contacto inmediato con su bebé (si el mismo está en buen estado de salud) en su cama, y amamantando según sus necesidades independientemente de las normas institucionales.
- Tiene derecho después del parto a ser informada sobre su estado de salud y el de su hijo/a recibiendo información clara en caso de cuidados especiales que pudiera requerir antes de retirarse de la maternidad.
- Tiene derecho de disponer de la Historia Clínica.
- Tiene derecho a recibir información sobre su salud sexual y reproductiva que favorezca en el ejercicio de una sexualidad plena, incluyendo información sobre anticoncepción y los servicios privados y públicos que los brindan.
- Tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso del personal de salud.
- Tiene derecho a ser escuchada y atendida en sus apreciaciones y sentimientos, respetándola en su intimidad y privacidad.

Para Carlos Burgo (15) el cuidado no está solamente vinculado a la atención tecnológica, sino que lo esencial pasa por ese "cuerpo a cuerpo" de la relación entre la futura madre, el padre, y el equipo profesional que les brinda asistencia. Su decálogo de derechos intenta restablecer los conceptos de dignidad, respeto, continencia, placer, permisos y tolerancia. Entre estos derechos tenemos:

- **Derecho a tener miedo**; el miedo al movimiento, a las malformaciones fetales, al dolor, al sufrimiento, y a la muerte

de la madre o del bebé, son emociones que con mayor o menor intensidad, y mayor o menor negación, acompañan siempre a la embarazada. Frente a la aparición de estas emociones y la tentativa de apaciguarlas es necesario tomar conciencia de que no se pueden detener. Si se analizan los orígenes, los momentos y motivos en que estos temores aparecen, la embarazada podrá aceptarlos y buscar contención afectiva y respuestas adecuadas. Las fantasías de muerte, son la base de todos los temores. En otras épocas había muchos casos de muerte en embarazos y partos, cuando no existía control de la natalidad ni medios técnicos para controlar adecuadamente el embarazo, y para atender las urgencias o accidentes que pudieran surgir. Esto fue así desde siempre hasta el siglo XX, y entonces; ¡Cómo no tener miedo! Los miedos son irracionales y muy profundos, tienen que ver con lo ancestral y más primitivo de nosotros. Desde tiempos remotos el ser humano creó rituales para conjurar lo temido y hoy de distintas maneras seguimos haciéndolo. Cuando una embarazada pide un "curso de parto sin temor y sin dolor" está solicitando un ritual mágico para resolver su miedo. En verdad prepararse para el parto implica asumir el temor y el dolor como una realidad que ella va a transitar, pero con la que puede operar y no paralizarse.

Otra cuestión que asusta es la posibilidad del sufrimiento. Debemos diferenciarlo del dolor, que es una sensación física displacentera pero que no está asociado a las emociones. Cuando hay mucho temor, el dolor puede transformarse en sufrimiento que supone sentimientos de pérdida y de abandono. El temor más conscientemente reconocido es el de la malformación del bebé. Tal vez por ser el más simple de descartar (antecedentes, estudios, etc.) los médicos pueden tranquilizar mejor a la mujer. Es decir que puede haber un mayor diálogo sobre este temor en particular, porque de alguna manera estamos hablando de otro que es el bebé.

Pero si en el vínculo entre el equipo y la pareja se pueden compartir otros temores y hablar de ellos, seguramente dejarán de tener un efecto adverso. La cuestión no reside en no tener miedo, sino en reconocerlo y aceptarlo para poder actuar y no cerrarse.

Cuando el equipo de asistencia acepta los temores y ayuda a la pareja a no paralizarse, está admitiendo el derecho a tener miedo.

- **Derecho a elegir,** los modelos de asistencia rutinarios, toman muy poco en cuenta las modificaciones intensas que suceden en las emociones de la embarazada.

  Prácticamente se ocupan exclusivamente de los cuidados físicos de la madre y el hijo, para lo cual se han elaborado extraordinarias técnicas al servicio de la seguridad biológica, pero nada o casi nada al cuidado de la salud afectiva (11).

  Pero en el modelo propio, que cada mujer puede construirse para sí misma, tiene que estar implícita -además- la certeza de no ser mentida ni engañada. Sentirse libre y contenida al mismo tiempo. Dudar, preguntar, obtener respuestas. Ser contradictoria e incoherente y comprendida en esos cambios.

  A partir del esfuerzo de reflexión, es cuando se afirma el derecho a elegir estar mejor.

- Derecho a sentirse dueña de su cuerpo; éste "poder sobre sí mismo" implica adueñarse de uno quitándole al otro el poder. Después del parto las mujeres suelen decir refiriéndose al médico o a la partera: "lo hizo nacer", así entrega su poder a los otros. En realidad, es ella la que desde "su" cuerpo hace nacer. De igual modo durante el trabajo de parto, a veces la parturienta recibe consignas muy rígidas que le impiden actuar libremente, se la obliga a la obediencia y a la inmovilidad.

  Aquí los otros se adueñan del cuerpo de ella, ignorando sus necesidades y deseos. Esta situación suele estar ya planteada en los "cursos" en los cuales se "instruye" a la futura mamá

para "portarse bien en el parto". Sería deseable que todos los sistemas de preparación prenatales estimularan el descubrimiento propio, la creatividad, la posibilidad del placer para que la embarazada se reafirme en su derecho a sentirse dueña de su cuerpo; antes que preparar la ejercitación mecánica muscular que responde a consignas y necesidades de otros (médicos y/o parteras) y no a tienen en cuenta las necesidades de las mujeres.

- **Derecho a no someterse a rutinas médicas innecesarias**; durante el embarazo existen una serie de procedimientos que se realizan sistemáticamente, pero muchos de ellos responden a pautas necesarias de establecer y que no resultan cruentas ni injustificadas (por ejemplo: análisis biológicos, control de tensión arterial, etc.).

  Pero es en el momento del parto en donde surge con toda claridad la violencia de las rutinas innecesarias.

  Podríamos hacer una descripción de todas estas rutinas, pero solo para aclarar que cada una puede llegar a tener una indicación precisa en determinado momento.

  "¿Por qué hacer enemas si durante el trabajo de parto las contracciones uterinas despiertan el peristaltismo intestinal de modo que casi siempre se llega a la sala de partos después de una o varias deposiciones?" Solo se puede justificar si es que hay una severa constipación lo que sucede muy pocas veces.

  "¿Por qué poner goteos para apurar un trabajo de parto que tiene su propio tiempo, su propio ritmo, su propio modo?" Será necesario cuando de verdad se produzca una alteración tal de la dinámica que así lo exija.

  ¿Para qué romper la "bolsa de las aguas" a fin de acelerar el proceso de dilatación si esta elástica membrana protege la cabecita del bebé de serios esfuerzos al apoyar sobre el cuello del útero? Será necesario solo en casos excepcionales.

¿Por qué impedir que la parturienta se levante, se mueva, pueda ir al baño, camine, tome líquidos si tiene sed? Seguramente en ciertos momentos hay una explicación médica para cada prohibición, pero estas son situaciones muy poco frecuentes.

¿Y la obligación de ir en camilla a la sala de partos? ¿En cuántos sanatorios está prohibido que la parturienta camine acompañada por su equipo? ¿Por qué someter verbalmente con órdenes y exigencias, y a veces con amenazas veladas (por ejemplo: "Si no haces fuerza, te voy a hacer un Fórceps"), ¿a la mujer que expresa con llantos o con gritos su ansiedad y su miedo?

¿Y la prematura realización de anestesia en la zona vulvar (que edematiza los tejidos e impide su distensión), con la consiguiente episiotomía, sin esperar exactamente el instante en que una adecuada valoración permita saber si es necesario?

Cada uno de estos procedimientos se realizan como un hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin reflexión, transformándolos en un ejercicio de poder en el que la mujer es sometida.

Nada de esto debe funcionar como "rutina", y debe ser usado como consecuencia y alternativa individual frente a problemas concretos. Partiendo de la base de que la mayoría de los partos evolucionan espontáneamente, cada mujer debiera intentar ejercer su derecho a que no se intervenga innecesariamente para que así sea.

- **Derecho a expresarse según su necesidad;** en la situación de embarazo, los intensos cambios que se suceden se expresan en los pensamientos y en las emociones como actitudes contradictorias, que asustan no solo a la embarazada, sino y especialmente a su entorno: familiares, amigos y también profesionales.

  Estos contrastes se resuelven en sus gestos y en sus palabras, generando a veces incoherencia y contradicción, a tal punto que remiten al fantasma de la locura. Fantasma que surge con el miedo al descontrol o al ridículo, y hace aparecer la

obligación a la coherencia, al punto que impide o censura hasta la más simple de las expresiones.

Tan es así, que desde el principio del vínculo con su médico, este suele plantear los límites - hasta donde está dispuesto a tolerar las expresiones de ella. Cuando la mujer comunica sus miedos o inquietudes durante el embarazo: no ser escuchada o atendida se constituye en la más precoz limitación a su posibilidad de expresión. Nadie puede reconocer la propia necesidad mejor que uno mismo.

¿Cómo entonces establecer cuando el otro necesita llorar, cantar, gritar o reír? "Dejarse fluir" es fundamental también para el placentero desarrollo del parto: movimientos, voces, sonidos, palabras, miradas; se convierten además en la posibilidad de comunicar lo que se siente.

Frente a la aparición libre de cualquiera de estos episodios en el parto, habrá distintas actitudes del equipo o del personal auxiliar. Estarán quienes la penalicen o agredan, quienes la ignoren, y otros escucharán atentamente para contenerla y acompañarla; y en esas intensas horas le propondrán, por el contrario, que exprese a su modo todas sus sensaciones sin inhibiciones. Es importante que la embarazada sepa que los transitorios momentos de confusión o de angustia, o de "descontrol" o la sensación de "no poder", presentes en el parto, son naturales y frecuentes.

La mejor manera de ejercer el derecho a la expresión, es demandando esto anticipadamente y buscando vínculos permisivos que lo posibiliten.

- **Derecho al buen trato;** la agresión franca que se puede jugar en la sala de partos sería extensa de describir. Pero el buen o el mal trato suele comenzar desde el embarazo. Desde las primeras consultas se pone en evidencia el respeto, o todo lo contrario. Un médico que dedica solo diez minutos, que ni siquiera recuerda su nombre, que no da espacio para preguntas, ni da

respuestas, son los primeros ejemplos de la modalidad que se construye en este vínculo.

El buen trato se manifiesta en el respeto a los tiempos propios de este suceso de parir, a la actitud comprensiva, tolerante y contenedora de los que la acompañan, alentando el sentimiento de poder de la embarazada más allá de aquellos miedos que la paralizan, como el miedo a agredir, a romper o a ensuciar. El equipo debe entender estas contradicciones. Porque la sensación de falta de afecto, o de desinterés, o las actitudes agresivas llevan a la mujer a un desconcierto que transforma en poco tolerable la situación del parto.

Lo verdaderamente trascendente es el respeto a ella como persona, como ser individual que sabe de sus propias necesidades.

La mejor alternativa es considerar a la mujer en su integridad de cuerpo, emociones y pensamientos. Y este es su principal derecho. Por lo tanto, el no cumplimiento de estos derechos implica directamente Violencia Obstétrica por Cavia S.

Sonia Cavia (Partera independiente de Bs. As.) dice: "Es importante que la violencia obstétrica se considere en una norma, en primera instancia, para reconocer su existencia y desnaturalizar modos de atención y procedimientos en un trabajo de parto y nacimiento. Insultar, pegar, amenazar, ignorar, burlar son parte cotidiana de estos procedimientos incorporados al trato habitual. Por eso, es urgente que la ubiquemos como una violación de derechos humanos cotidiana, reiterada y sistemática perpetrada por las instituciones tanto públicas como privadas".

2.2.1.4 Calidad de atención desde la mirada de Género

Cuando se realiza la atención desde una perspectiva psicosocial y de género, se contempla la satisfacción de necesidades y el respeto por la condición humana de las personas que consultan.

Esto último supone tener en cuenta la noción de salud integral y eliminar diferentes formas de discriminación, en particular las que derivan del sexo de pertenencia y los derechos de las personas.

Si la atención está centrada en el concepto de salud integral que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales, las personas atendidas en este marco, se sentirán fortalecidas en su condición humana y se favorecerá su autodeterminación, su autonomía.

En lo que se refiere a la calidad de atención en salud de las mujeres, el empoderamiento significa apropiación de sí misma, cargarse de poderes de afirmación. Esto es: afirmación de su corporalidad, su sexualidad, su preferencia sexual, su autoestima, y sus decisiones, las cuales han sido negadas en el proceso de construcción de su identidad de género. El modelo biomédico tiene determinadas características patriarcales que hace que las personas que trabajan en los centros de atención en el sistema institucional se manejen en forma despersonalizada y con escaso respeto a las inquietudes de las personas que consultan.

Considero que calidad de atención es, en definitiva, atención humanizada. Es la atención que cuestiona el marco patriarcal autoritario para dar paso al marco humanista, solidario.

Para entender que estas formas de atención María Isabel Matamala y Pilar Maynou Osorio en MYSU - Mujer y Salud en Uruguay (16) diferencian un marco patriarcal y de un marco humanista caracterizados de la siguiente manera:

- **Marco Patriarcal**

Las/ los profesionales y el personal de salud son los que:

• Deciden qué hacer.

• Su tiempo es lo más importante.

• Deben ser objetivos, ocultar sus sentimientos.

• Se olvidan de la comunicación clara y sencilla, usan lenguaje esotérico.

• Sienten que tienen autoridad, se enojan, se fastidian.

• Creen que la persona consultante es ignorante, que no entenderá ninguna explicación.
• Sin darse cuenta, pueden ser coercitivos, utilizar la amenaza.
• Les molesta que una consultante regrese por los mismos síntomas.
• Se guían más por las normas de la institución, que por las necesidades humanas.
• Se sienten autoridades indiscutidas

La usuaria, por su parte:

• Sabe que el profesional es el que sana
• Va dispuesta a pasar toda la mañana o toda la tarde en el consultorio.
• No se atreve a preguntar.
• Los términos que no entendió le hacen pensar que tiene algo grave.
• Es una relación de sumisión, no tiene ni busca información científica, está educada para creer que no la entenderá.
• Acepta lo que el personal de salud le dice, aunque tenga dudas o no esté de acuerdo.
• Teme molestar, que la vayan a tratar mal o que su inquietud no es importante.
• Mejor se lo pregunta a una amiga.
• Es una paciente

Desde el marco humanista:

• Aceptación plena de la consultante.
• La respeta como un ser igual con derechos y necesidades de información.
• Si no sabe lo que le está pasando, es imposible que colabore y que se responsabilice por su salud.
• Le informa sobre efectos colaterales, ventajas y riesgos de tratamientos y cirugías.
• Desestimula la dependencia y alienta la autodeterminación.

• Investiga, observa, aprende de la consultante, de sus valores, de su historia y de su entorno. Sólo así podrá comprender sus enfermedades.

• No impone sus criterios para la aplicación de nuevos medicamentos.

• Es flexible sencillo. Comprende.

• Escucha, presta atención a los temores, intuiciones y sentimientos de la consultante.

• Se comporta espontáneamente sin máscaras rígidas.

• Se siente una persona solidaria, no "la autoridad". Papel y actitudes de la consultante Tranquilidad, confianza, seguridad.

• Si no entiende no podrá responsabilizarse; necesita conocimiento sobre su estado.

• Asume responsabilidades acerca de su cuerpo, es decir, de ella misma.

• Se expresa con amplitud y sin "guardarse" la información.

• Crece y siente su importancia como persona por el trato que recibe.

• No tiene temor de ser ella misma ni de cómo la vayan a calificar

• Ella decide y asume los riesgos después de ser informada.

• Se siente con derecho a cambiar de opinión, a equivocarse.

• Es alentada a ser ella misma, crece en la relación.

• Acude a buscar una ayuda que valora y siente necesaria

• Se siente una persona que está consultando, no "una paciente"

2.2.1.5 Trabajo de parto

El parto normal, se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional.

Luego, tanto la madre como el niño están en "buenas condiciones."; “En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”.

2.3. Definición de términos

Calidad de atención obstétrica percibida; es la forma como fue percibida por la parturienta adolescente frente a la atención obstétrica

2.4. Variable

Univariable: Calidad de Atención obstétrica

CAPITULO III
MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito de estudio

El Centro de salud Ccasapata, ubicado en el distrito de Yauli, Provincia de Huancavelica; se encuentra a 60 minutos del Centro de Salud de Yauli.

3.2. Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación es una investigación observacional, prospectivo, observacional porque solo se requiere la observación de fenómenos, con la finalidad de identificar variables que más adelante serán analizadas y prospectivo, porque se utilizan datos que de fuentes primarias con mediciones a propósito del investigador. (17)

3.3. Nivel de Investigación

El presente trabajo de investigación es exploratorio (17), porque estuvo dirigida a observar un fenómeno que debe ser analizado y en este caso nació la anécdota.

3.4. Método de Investigación

General: Se utilizó el inductivo, en el cual los investigadores parten de hechos particulares o concretos para llegar a conclusiones generales; este método se fundamenta en la experiencia.

3.5. Diseño de Investigación:

El diseño es hermenéutico por que se enfocó en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. El centro de indagación residió en la experiencia del participante.

3.6. Población, Muestra y muestreo

3.6.1 Población

Estuvo constituido por todas las puérperas adolescentes de la comunidad de Ccasapata, siendo un total de 14 usuarias que acudieron al Centro de Salud Ccasapata durante los meses de enero a julio de 2017.

3.6.2 Muestra

Estuvo conformada por todas las puérperas de la comunidad de Ccasapata quienes cumplieron los criterios de selección siendo 10 adolescentes.

Criterios de inclusión:

- Puérperas adolescentes residentes de la comunidad de Ccasapata
- Puérperas cuyo trabajo de parto fue en el Centro de Salud Ccasapata.
- Adolescentes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Puérperas migrantes de otras comunidades.
- Adolescentes puérperas mentalmente discapacitadas.
- Adolescentes parturientas referidas a otro establecimiento.

3.6.3 Muestreo

Por conveniencia o muestreo abierto, porque se seleccionó a cada uno de las adolescentes puérperas de manera no arbitraria, entre las unidades que se tenía al alcance; la representatividad no es estadística no tienen representatividad socio estructural.

3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica:

- **Entrevista a profundidad,** se interactuó de forma directa y personal con cada una de las adolescentes puérperas a fin de conocer la calidad de atención obstétrica recibida durante el trabajo de parto.

3.4.1 Instrumentos:

- **Guía de entrevista,** estructurada en preguntas abiertas con validez de contenido, que ayudaron a identificar la calidad de atención obstétrica durante el trabajo de parto.
- **Ficha de recolección de datos,** para tomar en cuenta la edad de las adolescentes puérperas, la fecha y lugar del trabajo de parto para poder identificar la muestra.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Para la recolección de la información se procedió a:

- Reconocer la comunidad de Ccasapata del distrito de Rosario, Provincia de Acobamba, Huancavelica.
- Se solicitó la autorización del Centro de Salud de Ccasapata para acceder al registro de puérperas adolescentes y la autorización para desarrollar la entrevista a profundidad.
- Se llenó la ficha de recolección de datos.
- Se solicitó el consentimiento informado por escrito a las adolescentes puérperas que aceptan participar de la entrevista.
- La entrevista a profundidad se realizó en el consultorio de atención post natal del Centro de Salud Ccasapata y en domicilio de algunas que no pudieron asistir.

Después de recolectada los datos se procedió al análisis de cada una de las respuestas dadas en la entrevista a profundidad, basados en la teoría de Taylor y Bodgan quienes desde los años 90 proponen un enfoque de análisis en progreso basados en tres momentos (descubrimiento, codificación y relativización), las cuales están dirigidos a buscar el desarrollo de una comprensión en profundidad de las unidades de estudio.

Tal es así que se seguirá el método usual:

- Se efectuó la primera lectura de las respuestas, para tener una idea general; mientras se realiza la lectura se escribirá las bitácoras.
- Luego se procedió a agrupar las ideas por saturación.
- Se retroalimentaron las ideas agrupadas volviendo a revisar las fuentes originales.
- Se reagrupó las ideas en términos más generales, retroalimentando nuevamente a partir de las fuentes originales.
- Se revisó la agrupación realizada.
- Los datos obtenidos a través de la entrevista fueron analizados y finalmente se emitieron las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV
DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados y discusión

4.1.1. Edad y complicaciones de las puérperas atendidas en el Centro de Salud Ccasapata.

Las puérperas adolescentes cuyo parto fueron en el Centro de Salud Ccasapata tenían las edades de 15 a 17 años, siendo la edad con mayor frecuencia 16 años (7/10); es decir todas cursaban la etapa de adolescencia tardía; acorde a los cambios señalados por la Organización mundial de la salud; por otro lado, todo embarazo en esta etapa están expuestas a tener mayores complicaciones como bajo peso al nacer, prematuridad y morbimortlidad materno perinatal (12); sin embargo, ninguna las adolescentes atendidas en el Centro de salud Ccasapata tuvo complicaciones relevantes, solo dos de ellas manifestaron circular de cordón umbilical simple; probablemente porque las adolescentes mantienen una buena alimentación con productos propios de la zona además de otras características favorables para el parto vaginal.

4.1.2. Calidad de atención obstétrica a la adolescente al ingresar al Centro de Salud Ccasapata

Un embarazo en la adolescente debe ser considerado como un embarazo de alto Riesgo Obstétrico simplemente por su edad, aunado a la asociación de múltiples factores físicos, socioeconómicos y psicosociales que puedan influir en el embarazo. (13)

Las puérperas adolescentes narran que la atención para el trabajo de parto fue rápida, creen ellas porque no había pacientes, algunas de ellas avisaban al personal a través de las vecinas y la ambulancia llegaba hacia ellas; sin embargo, cuando se acercaban para atenciones prenatales a veces les hacían esperar; así mismo todas las puérperas adolescentes manifestaron que tuvieron un ambiente estable desde el nacimiento del (a) niño (a). Pues antes estaban caminando en un cuarto provisional. La mayoría (8/10) de las puérperas no saben si trataran igual a todas, pero si consideran que el trato fue bueno porque estaban dando parto solitas. He aquí algunas manifestaciones:

"Fui atendida de inmediato, porque mi parto fue al medio día y como trabajan, ahí estaban todos…. El trato igual si seguro señorita… pues yo estaba solita ese día… caminando por toda la posta para dar parto rápido… después que nació mi bebé, me mandaron a una cama para que descanse" (Lula)

"Me atendieron rápido…pués ya tenía dolores desde hace más de un día y cuando llegué a la posta estuve derramando líquido… mi bebe llegué a las justas… No sé si tratarán igual señorita … me llevaron a mi cama y estaba una señora que había dado a luz en la mañana". (Lupe)

4.1.3. Calidad de atención obstétrica recibida por la adolescente durante su estancia en el Centro de Salud Ccasapata.

Durante la estancia en el ambiente del Centro de Salud Ccasapata, la mayoría de las puérperas (8/10) observaron actos violentos o incorrectos que les hacía sentir mal, como mantener los ambientes ventilados, no apoyarnos en las camas del cuarto, cuando el ambiente estaba lleno.

Por otro lado, una de las puérperas 1/10 señaló que estaba triste y temerosa después del parto porque el personal la gritó, por no avisar que su bebé no lactaba y dormía demasiado, hasta que fueron referidos al Hospital Regional de Huancavelica. Al respecto, entre los derechos reproductivos

se encuentra el derecho a tener miedo, puesto que son emociones que acompañan siempre a la embarazada y parturienta. La cuestión no reside en no tener miedo, sino en estrechar el vínculo entre el equipo y la pareja para compartir temores y hablar de ellos.

"Lo movía al bebe, pero no podía despertarlo… pensé que era así, no me explicaron… cuando llegó la doctora me empezó a gritar, no entendía y llamaron la ambulancia y me fui con el bebe …" (Lupe)

"Mi familia estaba apoyado en la otra cama, vino la señorita y nos molestó… de pronto, abrió las ventanas y puertas hacía frío y dijo que olía mal… no le importó que nos pase frío". (Lucía)

4.1.4. Calidad de atención recibida por la adolescente en el momento del parto (expulsivo).

El buen trato se manifiesta en el respeto a los tiempos propios de este suceso de parir, a la actitud comprensiva, tolerante y contenedora de los que la acompañan, alentando el sentimiento de poder de la embarazada más allá de aquellos miedos que la paralizan, como el miedo a agredir, a romper o a ensuciar. El equipo debe entender estas contradicciones. Porque la sensación de falta de afecto, o de desinterés, o las actitudes agresivas llevan a la mujer a un desconcierto que transforma en poco tolerable la situación del parto. (16)

Todas las puérperas señalaron tener un parto horizontal por recomendación o imposición del personal que la atendió; solo 1/10 terminó sentada sobre la camilla; así mismo, la mayoría (9/10) recuerdan tratos con voz fuerte que no consideran como mal trato; aunque algunas profesionales mencionaban que esto era cosa de grandes y que colaboren porque si no iba a ser culpa de ellas si se moría el bebé, las adolescentes no tomaron en cuenta estas frases; ninguna puérpera pudo informar sobre la episiotomía practicada y la rotura artificial de membranas, sin embargo en la revisión de las historias clínicas detalla el tipo de episiotomías en todas las adolescentes y en algunas la rotura de membranas, ello indica

que ellas no saben los procedimientos practicados quizá porque el personal no explicó o porque ellas no recuerdan.

Durante el nacimiento del bebé, las adolescentes ingresaron a sala de partos en su mayoría acompañadas por las parejas o algún familiar cercano.

"Ya en sala de partos, me pidieron que me eche a la camilla…para que me ayuden dice… estuve en todo momento con mi esposo, que sepa no me hicieron ningún corte, creí que el ardor fue por la sangre, el bebé… la Doctora me hablaba fuerte y rápido, no la antendía…" (Lola)

"Me subieron a la camilla, no pude controlar el dolor y me sente en la camilla, decían que era cosa de grandes… colabora,.. tu hijo se va a morir por tu culpa… gritaba muy fuerte…"

"La doctora dijo que me tire en la camilla, tenía miedo… le hablaba y no me entendía;… yo tampoco entendía lo que decía la doctora…estuve con mi mamá en todo momento vi a mi bebé y se llevaron para vestirle, luego me quedé dormida" (Lucía).

4.1.5. Experiencia vivida durante el trabajo de parto en las adolescentes de la comunidad de Ccasapata, 2017

Hablar de calidad en la atención obstétrica es referirse a una atención humanizada (16), La calidad de atención obstétrica, es un tema diverso, entre sus elementos tenemos el gozo de los derechos a la salud, que implica para los Estados tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y garantizar. El respeto implica la obligación del Estado de abstenerse de intervenir en el disfrute del derecho a la salud. La protección exige que el Estado adopte las medidas necesarias para impedir que terceros interfieran negando el disfrute del derecho a la salud para otros. El garantizar implica que el Estado cumpla en adoptar todas las medidas necesarias para dar plena

efectividad al derecho a la salud. Estas medidas tienen que incluir la atención primaria a la salud, una alimentación nutritiva, el saneamiento, el agua limpia potable y el acceso a los servicios curativos y a los medicamentos esenciales (4)

Todas las puérperas atendidas en el Centro de Salud de Ccasapata, tuvieron una experiencia final bonita porque finalmente hicieron todo lo indicado y los niños (as) nacieron bien sin complicaciones; sin embargo, analizando los ítems anteriores no podemos señalar atención humanizada, puesto que todavía se atropellan derechos sexuales y reproductivos, aunque los resultados finales sean satisfactorios; es decir, de las experiencias gravadas en cada una de ellas queda cierta incertidumbre lejos de un parto completamente feliz.

"…finalmente todo terminó bien, hice todo lo que me dijeron…di todo lo que pude… las señoritas dicen que casi las vuelvo sordas… si casi todas me trataron bien" (Lupe)

"sentía no poder, me gritaban pero me ayudaron…terminamos bien aunque no completamente feliz, porque pensé que mi bebe se moría… eso me repetían, no creía estar al lado de mi bebita"

CONCLUSIONES

1. Las puérperas atendidas en el Centro de Salud Ccasapata, durante los meses de enero a julio de 2017 fueron 14 de ellas, 10 de ellas residían en el distrito de Ccasapata y cursaban la adolescencia tardía y no hubo complicaciones en el parto.

2. La atención para el momento del parto fue rápida, con buen trato probablemente porque eran pacientes únicas en esta situación.

3. Durante la estancia en el Centro de Salud de Ccasapata, hubo tratos variados que depende de la persona mas no del profesional; se notó actos incorrectos que se oponían a la voluntad de las parturientas.

4. La calidad de atención obstétrica a través del trato fue buena para las parturientas, más aún falta trabajar por el parto humanizado.

RECOMENDACIONES

- Al personal de salud del Centro de Salud Ccasapata, reflexionar sobre los actos que se adopta en la atención de las parturientas adolescentes.
- Al director del Centro de Salud Ccasapata, velar por el cumplimiento de funciones obstétricas y neonatales, entre ellas explicar los procedimientos a realizar y enseñar los signos de alarma pos parto.
- Al director del Centro de Salud Ccasapata, fomentar el parto humanizado de acuerdo a nuestras normas respetando las costumbres propias de la comunidad.
- A las colegas obstetras, empoderarse sobre los derechos sexuales y reproductivos para velar por su cumplimiento en beneficio de la madre y el niño por nacer.
- A las estudiantes de la carrera de Obstetricia, revisar información sobre procedimientos cuyos beneficios a la parturienta o neonato se vean cuestionados; con la finalidad de buscar un sustento científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. program Amdd. Mejoramimento de la calidad para atencipon obstétrica de emergencia. USAID. 2005.

2. Informática INdEe. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014. salud materna. 2015.

3. Freyermuth PSyG. La muerte materna. CIESAS. 2009.

4. Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Revista Conamed. 2012;17(1):4-15.

5. Alavaro LGOySP. Atencion de Salud con calidad. Colegio Medico Regional III Lima. 2018.

6. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos Red Bioética/ UNESCO. 2013;1(7):25-34.

7. Pozzio MR. The Gynecology Obstetrics in México: Between" Humanized Childbirth" and Obstetric Violence. Revista Estudos Feministas. 2016;24(1):101-17.

8. Andrade Sampaio Á, Vasconcelos Silva ÂRd, Rejane Ferreira Moura E. Atención humanizada del parto de adolescentes:¿ norma, deseo o realidad? Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2008;73(3):185-91.

9. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Medicina Legal de Costa Rica. 2017;34:104-11.

10. de Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2002;36(2):133-40.

11. Salud OMd. Desarrollo en la adolescencia. OMS. 2015.

12. Bojanini JF, Gómez JG. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004;55(2):114-21.

13. Monterrosa-Castro Á, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016;58(2):108-15.

14. Salud OMdl. El nacimiento no es una enfermedad. Tecnologías de Parto Apropiadas. 1985.

15. Burgo C. Los derechos de la embarazada. Buenos Aires: Parto y Nacimiento Humanizados. 2013.

16. Lutz E, Misol PS. Parto Humanizado. Recuperado de http://www. 1267200481PartoHumanizado; 2006.

17. Supo JA. Metodología de la Investigación. Bioestadístico. 2012.

APÉNDICE

APÉNDICE A:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVLICA
ESCUELA DE POS GRADO
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:
……

He sido invitada para participar en una investigación sobre calidad de atención obstétrica en el trabajo de parto, entiendo que ello significa que debo colaborar con la información solicitada por la Obsta. Judith Pilar Pari Enriquez, por medio de preguntas y respuestas, soy consciente que no habrá ningún beneficio económico. Tendré la oportunidad de preguntar dudas sobre ella y ser respondida con la sinceridad del caso.

Consiento voluntariamente el deseo de participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del este estudio en cualquier momento sin que eso me afecte de alguna manera. Entiendo que puedo pedir resultado del presente estudio cuando este haya concluido. Paso a dar mi consentimiento mediante mi firma que da fe de mi participación.

Huancavelica, ……de..... de 2017.

Firma ( )

Apellidos y Nombres

APÉNDICE B:
GUIA DE ENTREVISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
ESCUELA DE POS GRADO
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

GUÍA DE ENTREVISTA

"ATENCION OBSTÉTRICA DURANTE TRABAJO DE PARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE CCASAPATA-2017"

Código:

Edad:

Complicación del embarazo: …….

I. Cuando ingreso al Centro de Salud, con contracciones uterinas:

a) ¿Fue atendida de inmediato?

……
……
……
……
……

b) ¿El trato fue igual para las otras gestantes? O le dieron alguna prioridad por tener algunas alteraciones en el embarazo?

……
……
……

c) ¿Cuánto tiempo pasó para que le asignaran un ambiente estable?

……
……
……
……

……
……

2. Mientras estaba internada en el Centro de Salud, con contracciones de trabajo de parto:

a) ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?

……
……
……

b) Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

……
……
……

c) ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?

……
……
……

d) ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

……
……
……

f)- ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?

	Si	No	
Rasurado genital			
Enema			
Permanecer acostada todo el tiempo			

Rotura artificial de la bolsa de agua			O llegó con la bolsa rota?
Administración de medicación o goteo para apurar el parto			
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas			
Compresión del abdomen en el momento de los pujos			
Episiotomías			

3. En el momento del parto

a) ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

……
……

b) ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

……
……

c) ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

……
……

d) ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevaran para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)

……
……

4.- Después del parto,

a) ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba (que no habías colaborado)

……

……

4) Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

……

……

5) Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio que no haya mencionado?

……

……

APÉNDICE C:

IMÁGENES

IMAGEN N° 1: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A PUERPERAS ATENDIAS EN EL CENTRO DE SALUD CCASAPATA

IMAGEN N° 2: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A PUERPERAS ATENDIAS EN EL CENTRO DE SALUD CCASAPATA

APÉNDICE D:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cómo es Cómo es la atención obstétrica durante el trabajo de parto en puérperas adolescentes de la Comunidad de Ccasapata, Huancavelica -2017?	**Objetivo general** Interpretar la calidad de la atención obstétrica recibida por las puérperas adolescentes durante el trabajo de parto en la Comunidad de Ccasapata, Huancavelica -2017 **Objetivos específicos** • Identificar a las adolescentes puérperas según edad, paridad y complicación del embarazo. • Analizar la calidad de atención obstétrica a la adolescente al ingresar a centro de Salud. Analizar la calidad de atención recibida por la adolescente durante su estancia en el Centro de Salud. Analizar la atención recibida por la adolescente en el momento de parto. Argumentar la experiencia vivida durante el trabajo de parto en las adolescentes de la comunidad de Ccasapata, 2017.	De acuerdo con la Declaración de 2014 de la OMS para la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, establece acciones entre ellas realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de salud digna y respetuosa en el embarazo y parto. Asimismo, la imposición del saber médico desacreditando las experiencias y vivencias de las mujeres y la atención institucional del parto, se traduce en conductas de diversa naturaleza que pueden configurar una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres	Calidad de atención obstétrica durante el trabajo de parto	Características de las gestantes calidad de atención obstétrica a la adolescente al ingresar a centro de Salud calidad de atención recibida por la adolescente durante su estancia Atención recibida por la adolescente en el momento de parto Experiencia vivida en el trabajo de parto	Categórico	**Nivel de investigación** El nivel de investigación es exploratorio. **Tipo de investigación** investigación observacional y prospectivo. **Diseño de Investigación** El estudio corresponde a un estudio hermenéutico. **Población:** 14 usuarias que acudieron al Centro de Salud Ccasapata durante los meses de enero a julio de 2017 **Muestra**: 10 usuarias que acudieron al Centro de Salud Ccasapata durante los meses de enero a julio de 2017 **Muestreo:** Por conveniencia o muestreo abierto **Técnicas e Instrumentos de recolección de datos** **Técnicas:** Entrevista a profundidad **Instrumento:** Guía de entrevista.