

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MEDICINA**



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Significados y factores asociados a la violencia obstétrica otorgados por usuarias de los servicios de Obstetricia del HEODRA: Un abordaje fenomenológico

Autor

Br. Oldemar Dávila Alonso

Tutores

Erick Esquivel Muñoz, M.D., M.Sc.

Ginecólogo y Obstetra

Edmundo Torres Godoy, Ph.D.

Fisiólogo y biofísico médico

León, 17 de marzo de 2021

¡A la libertad por la Universidad!

Agradecimientos

Al Señor, nuestro Dios, por ser fiel en sus promesas, colmarme de gracia y bendición en todo momento, y por darme consuelo en el momento de la prueba.

A mis maestros, tutores de este trabajo, por incentivar en mí el espíritu científico, brindarme las herramientas necesarias para desarrollarlo, y sobre todo por llamarme a arriesgar, saliendo de la comodidad y buscar nuevos enfoques en esta temática.

A mi familia y amigos, por su apoyo económico y palabras de ánimo, necesarios para concluir este trabajo.

Dedicatoria

A las mujeres que día a día sufren violencia obstétrica en los servicios de salud y que callan por temor e ignorancia.

CONTENIDO

Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema.....	5
Justificación	6
Objetivos	7
Marco referencial	8
1. Definición de violencia obstétrica	8
2. Manifestaciones de violencia obstétrica ^(1,16,17)	8
3. Perspectivas actuales de las usuarias sobre la violencia obstétrica.....	11
4. La fenomenología	12
Algunos conceptos fenomenológicos.....	13
Implicaciones y funciones del método	14
Diseño Metodológico	16
Tipo de estudio	16
Área de estudio	16
Periodo de estudio	16
Informantes clave.....	16
Muestra	16
Fuente de datos.....	17
Instrumento de recolección de datos	17
Procedimiento de recolección de datos.....	17
Análisis de datos.....	18
Consideraciones éticas	19
Resultados	20
Formas de violencia que sufren las usuarias de los servicios de Obstetricia del HEODRA.	20
Significados que las usuarias brindan a la violencia obstétrica sufrida.	27
Factores en el personal que las pacientes asocian a la violencia obstétrica sufrida.	35
Discusión	40
Conclusiones.....	42
Recomendaciones	44

Referencias Bibliográficas 45

Anexos 47

Introducción

Desde el siglo pasado se ha hablado de violencia obstétrica como un problema de salud mundial. Pero no es hasta a partir de 2007 cuando se acuña el término en Latinoamérica, primero Venezuela⁽¹⁾ y en años posteriores fue respaldado por Argentina y México⁽²⁾. Desde entonces se presta más atención a este fenómeno hasta elaborar medidas legales para el manejo del mismo. Esto ha constituido un verdadero desafío ya que la violencia obstétrica no muestra sus consecuencias de manera inmediata y directa, hasta ser pasada por alto por muchos sistemas de salud y sociales.

Este maltrato dirigido a las mujeres en la sala de labor y parto ha sido evidenciado por múltiples estudios donde se describen desde los actos violentos hasta las narraciones experienciales de las usuarias. Estos actos, que van desde negar sus derechos a las féminas hasta tratarlas con palabras soeces y humillantes e incluso golpearlas y castigarlas, tienen sus repercusiones en la vida de las mismas⁽³⁾. Esto ocasiona que el parto, que en principio es un proceso descrito como humanizado⁽⁴⁾ y una experiencia agradable para la mujer se transforme en una verdadera pesadilla.

A nivel internacional se ha determinado que es viable estudiar la violencia obstétrica a partir de una reflexión fenomenológica¹. Esto ha permitido indagar en la conciencia de la mujer víctima de este hecho. Los autores que la han empleado^(3,5,6) han obtenido resultados interesantes, pero a la vez alarmantes, evidenciando que hablamos sobre un problema verdaderamente profundo y trascendental en nuestra sociedad actual.

Nicaragua ha abordado la problemática superficialmente, reduciendo sus investigaciones a meros estudios cuantitativos que constatan la existencia de violencia obstétrica en nuestra tierra ⁽⁷⁻¹⁰⁾, pero no reflejan el alcance real que tiene la violencia obstétrica en sus habitantes y de manera directa en las usuarias del sistema de salud.

¹ El enfoque fenomenológico, de acuerdo a Patton, es aquel que permite dilucidar los significados que los sujetos otorgan a la experiencia vivida. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.

A través de este trabajo investigativo pretendo, mediante un abordaje cualitativo y fenomenológico, describir las vivencias de algunas mujeres ante el maltrato en la sala de labor y parto, descubriendo de esta manera los significados que ellas otorgan a cada situación experimentada. Esto me permitirá construir una teoría sobre este fenómeno y sus implicancias, la cual servirá de base para ampliar su comprensión y para la realización de estudios ulteriores.

En nuestro país, este es el primer estudio que propone abordar el problema de la violencia obstétrica desde la perspectiva fenomenológica.

Antecedentes

A pesar de ser un término de reciente data, algunos estudios han abordado la problemática de la violencia obstétrica desde un enfoque fenomenológico obteniendo claros resultados en los cuales se reflejan las percepciones de las mujeres luego de sufrirla.

Cohen Shabot ha descrito ampliamente en dos publicaciones^(3,5) lo que las mujeres sienten ante un abuso o maltrato en la sala de labor y parto. Las mujeres narran desde sentirse objetos pasivos e inútiles ante un acontecimiento importante en sus vidas como lo es el parto, incluso la asemejan a los sentimientos producidos por una violación, hasta sentir vergüenza en los partos vaginales por ser considerados estos “sucios”. También deben de evitar ser “ruidosas” para que las personas que las atienden no se pongan violentas. Estas aflicciones tienen secuelas traumáticas en su maternidad y en sus vidas.

Chadwick⁽⁶⁾ expone narraciones donde las mujeres sudafricanas expresan la preocupación que viven en el trabajo de parto. Para evitar ser violentadas y puedan ser atendidas de la mejor manera deben adoptar la actitud de “buenas pacientes”, calladas y sin oponerse a nada, mucho menos pedir explicaciones sobre lo que ocurre con sus cuerpos.

En Nicaragua se han hecho algunas investigaciones sobre la violencia obstétrica que reflejan datos importantes y nos proporcionan un esbozo de la situación real que enfrenta el país. Dichos estudios han abarcado el problema desde la perspectiva del personal de salud y han sondeado acerca de los conocimientos y las prácticas dirigidas a un parto basado en el respeto de las pacientes. También algunos periódicos locales en columnas de opinión han recopilado algunas vivencias de las féminas en las salas obstétricas⁽¹¹⁾.

Rodríguez Ribeiro⁽⁹⁾ ha hecho énfasis en que las altas tasas de cesáreas son un indicador de la mala aplicación de los protocolos clínicos dentro del sistema de salud,

esto acompañado de otras prácticas como episiotomías no controladas exponen a las mujeres a situaciones violentas y dolorosas en el trabajo de parto.

Sevilla Gutiérrez⁽¹⁰⁾ investigó en el Hospital Alemán Nicaragüense sobre la violencia sufrida por la mujer durante el embarazo encontrando datos alarmantes. El 42% de las embarazadas ingresadas sufrió algún tipo de violencia durante su condición, siendo la mayoría del tipo psicológica. Se asoció el padecimiento de violencia con parto pre término y amenaza de aborto.

Otro estudio realizado un año después por Gutiérrez Mendoza⁽⁸⁾ en el mismo hospital se enfocó en determinar los conocimientos y prácticas del personal de salud sobre el parto humanizado y sus implicaciones, encontrando datos satisfactorios. La mayoría conoce el concepto y cumple con los derechos de las mujeres durante el parto.

Contemporáneamente se realizó una investigación en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el cual se encontraron datos diferentes a los de Managua. Turcios Ruiz y Vargas Ruiz⁽⁷⁾ concluyeron que a pesar que un alto porcentaje del personal de salud conocían el parto humanizado y lo ponían en práctica, muchos no respetaban los derechos de las mujeres al momento del parto, así tampoco las creencias de cada una. Además sólo la mitad de las parturientas tenían claro el concepto de parto humanizado y sus beneficios.

En resumen, aunque en otros países se ha avanzado en el entendimiento de los significados que las mujeres otorgan a la violencia obstétrica, en Nicaragua el abordaje del problema se ha realizado desde la perspectiva cuantitativa, la cual parte de una teoría preconcebida y no persigue teorizar acerca de las vivencias de las mujeres que sufren las consecuencias de este problema.

Planteamiento del problema

La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública por sus múltiples repercusiones en la calidad de vida de las usuarias. Es un problema global que afecta a países desarrollados y en vías de desarrollo⁽⁹⁾. Según la OMS crece el número de investigaciones que plantea que muchas mujeres a nivel mundial sufren de trato ofensivo, irrespetuoso y/o negligente durante el parto en los centros de salud⁽¹²⁾. En Nicaragua no es la excepción, se han registrado casos tanto en los servicios de salud estatales como en los privados. Algunos estudios ejecutados en hospitales del país han reportado una deficiencia en la aplicación del protocolo de la Normas MINSA, los cuales hacen hincapié en el parto humanizado^(4,8), también se han publicado artículos periódicos que recogen experiencias personales de algunas usuarias que evidencian la violencia física y/o psicológica que sufrieron⁽¹¹⁾. Sin embargo, ningún estudio se detenido a indagar sobre lo que piensan las usuarias, qué hechos perciben ellas violentos y cuáles no, así como los significados que ellas pueden brindar a este fenómeno, incluso si ellas consideran que existen factores asociados desencadenantes o agravantes. Esto conduce a la ambigüedad en el estudio de esta problemática por lo cual no se ha considerado relevante ni se han adoptado medidas concretas para disminuirla y erradicarla. Descubrir esto nos permitiría crear una teoría en torno a este fenómeno para determinar sus implicancias y en un futuro ejercer una intervención eficaz sobre esta situación. Por lo anterior, nos preguntamos:

¿Cuáles son los significados otorgados por las usuarias a la violencia obstétrica que sufren en los servicios de obstetricia del HEODRA y sus posibles factores asociados?

Justificación

La violencia obstétrica es una violación directa de los derechos humanos y reproductivos de la mujer que puede ocasionar repercusiones severas en su estado de salud y calidad de vida.

Este estudio pretende describir de manera clara la percepción de las usuarias sobre este fenómeno y los significados que estas le dan, para determinar qué acciones consideran ellas son violentas en una sala de atención y como las experimentaron. Además, conocer las asociaciones que ellas dan a este hecho nos permitiría evaluar el problema de forma íntegra para escindir directa y eficazmente sobre esta dificultad planeando estrategias de educación y prevención, así también medidas a seguir en caso de vivirla o presenciarla.

Con mayor conocimiento de este fenómeno, se crearían pautas para lograr un ambiente cómodo, seguro y profesional en las salas de obstetricia y así, las experiencias del parto, alumbramiento o cesárea y sus respectivos puerperios, lejos de ser traumáticas, serían satisfactorias para cada fémina. En caso de aborto, evitaría agravar la condición clínica de la mujer, que ya de por si es dolorosa y compleja, a mediano y largo plazo evitaría complicaciones físicas y psicológicas en cada caso.

Para el personal de salud significaría la continuación de un trabajo de concientización acerca de este tópico para lograr, a posteriori, mejoras en la atención integral brindada a la mujer en este campo, así también aumentar la calidad del perfil profesional y humano de cada versado.

Todo esto nos conduciría al correcto manejo clínico de las usuarias y a acercarnos realmente al concepto de parto humanizado que es una estrategia de prioridad dentro del sistema de salud de nuestro país.

Objetivos

General

Teorizar acerca de los significados y factores asociados de la violencia obstétrica sufrida por las usuarias en los servicios de obstetricia del HEODRA en el período de agosto a octubre de 2020.

Específicos:

1. Describir las formas de violencia obstétrica sufridas por las usuarias.
2. Construir los significados que las usuarias brindan a la violencia obstétrica que sufren.
3. Identificar los factores que las usuarias asocian a la violencia obstétrica sufrida.

Marco referencial

1. Definición de violencia obstétrica

El término se refiere al adueñamiento por parte del personal de salud, del cuerpo y reproductividad de las mujeres que atienden, que se manifiesta como un trato físico y verbal insensible, humillante, negligente, sea activo u omisivo, patologizando procesos fisiológicos y abusando de fármacos, lo que obtiene como resultado una violación de los derechos fundamentales de las usuarias ya que pierden la autonomía sobre su cuerpo y sexualidad disminuyendo su calidad de vida^(1,13). También se ha denominado como “violencia contra la mujer durante la atención del parto” o simplemente “maltrato” o “abuso”^(14,15).

La OMS la cataloga como una violación de la confianza que las usuarias depositan en los profesionales de la salud lo cual trae como resultado un abandono o rechazo a los centros asistenciales en un futuro⁽¹²⁾.

Algunos profesionales de la salud no aceptan el término ya que alegan que va en contra de su carácter profesional⁽¹⁶⁾ y otros refieren que ciertas prácticas presentan mayores beneficios que riesgos.

2. Manifestaciones de violencia obstétrica^(1,16,17).

Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los practicados por el personal de salud que consisten en:

1. No brindar a la mujer desde su embarazo consejería sobre lactancia materna, y posterior al parto sobre cuidados propios y del bebé.
2. No informar a la parturienta sobre los distintos procedimientos que se le podrían realizar durante el trabajo de parto así como todas las alternativas disponibles en cada caso.

3. No garantizar el trato individual y personalizado para cada parturienta, así como su intimidad y confidencialidad durante todo el proceso, tomando en cuenta su condición cultural.
4. El trato irrespetuoso o burlesco hacia la mujer por sus condiciones físicas, económicas y culturales.
5. Retener o negar información sobre la evolución del parto y/o del estado de salud de su hijo.
6. Obstaculizar o negar la presencia de un acompañante de su confianza y elección durante todo el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio.
7. No atender las emergencias obstétricas en tiempo y forma. Así también no informar a la mujer y/o acompañante sobre su estado de salud y procedimientos que se le realizan de acuerdo a su condición médica.
8. En caso de tener los medios para el parto vertical, sugerir u obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas elevadas.
9. Tardar o dificultar el apego precoz del neonato con su madre, evitando la posibilidad que lo cargue y lo amamante inmediatamente al nacer, sin informar causa médica justificada.
10. Acelerar la fisiología del parto de bajo riesgo mediante técnicas que alteran la misma como fórceps o aplicación de fármacos uterotónicos, irrespetando los tiempos biológicos y psicológicos, sin el consentimiento expreso e informado por parte de la usuaria.

11. Práctica de la maniobra de Kristeller o presión manual de fondo uterino durante el parto.
12. Realizar parto por cesárea, habiendo condiciones para parto vaginal, sin consentimiento de la usuaria.
13. La práctica de episiotomía sin indicación médica y/o consentimiento informado de la usuaria.
14. La práctica de esterilización forzada o aborto forzado, que consiste en la realización de los mismos sin el previo conocimiento y consentimiento por parte de la mujer, y sin justificación donde se evidencie el mayor beneficio sobre riesgo al adoptar esta medida.
15. Ser sometida a pruebas o intervenciones con fines investigativos, así como encuestas o entrevistas, sin previo consentimiento informado por escrito.
16. En caso de encontrarse en una cárcel o centro penitenciario, atar a la cama o celda a las mujeres por medio de esposas durante el trabajo de parto, parto y puerperio.
17. Detención de la mujer o su hijo en centros asistenciales privados por incapacidad de cancelar los servicios médicos.
18. Realización sin anestesia de procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida.

3. Perspectivas actuales de las usuarias sobre la violencia obstétrica

La violencia obstétrica y la amenaza de la misma son fuerzas disciplinarias que moldean a las féminas en el parto. En sus narraciones las mujeres son conscientes que deben ser “buenas pacientes”, dóciles y obedientes, para ser bien atendidas y así evitar la violencia⁽⁶⁾.

Los episodios de abuso constituyen, en parte, un proceso donde pasan de ser un cuerpo vivo con libertad y capacidad de decidir a un objeto corporal meramente pasivo ya que estas mujeres se sienten obligadas a someterse a intervenciones sin estar informadas del procedimiento y sus consecuencias, esto las hace sentirse irrespetadas y descuidadas. Algunas incluso, a la hora de referirse al trato recibido, lo asemejan al de un “trozo de carne” y lo describen como bárbaro, horrible, degradante e intrusivo. Otras lo refieren como sentirse “violadas” luego de un parto medicalizado, donde experimentan sentirse alienadas e indefensas ante todos los procedimientos que se les realizan en sus cuerpos⁽³⁾. Las mujeres narran también que gritar, pedir agua o alivio para el dolor lleva a las enfermeras a silenciar sus “cuerpos ruidosos” con amenazas, insultos o castigos.

Han adoptado el hecho de convertirse en cuerpos silenciosos y así funcionar durante todo el parto, sin acompañantes o información periódica de su situación y sin derecho de pronunciarse al respecto, provocándoles ansiedad y desesperación⁽⁶⁾.

También se ha descrito la vergüenza de género como una consecuencia de la violencia obstétrica, que en términos fenomenológicos es paralizante, improductiva y moralmente inútil. La mujer sufre un “desempoderamiento profundo” como resultado de la vergüenza ante los demás, que sólo alarga la opresión, evitan el cambio social y se palpa una falta de solidaridad ante este hecho, ya que la mayoría lo experimentan en soledad.

En la sala de labor las mujeres experimentan vergüenza por su sexualidad “sucias” e “inapropiada” y se les trata como meros objetos reproductivos sin derecho a una atención personalizada y cuidadosa. Esto causa que las mujeres piensen que los partos vaginales son grotescos y poco higiénicos, las hace preocuparse por las miradas del

personal de salud e incluso de sus esposos o compañeros, así también ponen empeño en mostrar la imagen de ser objetos sexuales y femeninos apropiados. Esta vergüenza que experimentan desde este momento la acompaña y se aplica en su desempeño materno, que si no cumple ciertos parámetros socialmente impuestos, se convierte en una madre defectuosa ⁽⁵⁾.

Las prácticas obstétricas no justificadas tienen relación con la aparición de trastornos de estrés postraumático en las usuarias. Se ha identificado que una mujer que ha sufrido violencia obstétrica puede sufrir traumas similares a los de una víctima de violación⁽³⁾. Esto entorpece la capacidad de las usuarias de tener un parto digno y satisfactorio⁽⁶⁾.

4. La fenomenología

Es el estudio y la reflexión sobre la experiencia vivida. Estudia la vida en el mundo luego de experimentarlo, pre reflexivamente, más bien conceptualizando, teorizando o reflexionando sobre ello⁽¹⁸⁾. Constituye la perspectiva teórica sobre la cual se basa este estudio.

Originalmente fue un movimiento de la filosofía de Europa en siglo XX. Actualmente se ha ampliado para aplicarse a la educación, ciencias de la salud, psicología clínica y las leyes. Particularmente se usa en la investigación social y persigue comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas para lograr relacionar las diferencias y similitudes en los significados, habilidades, prácticas, compromisos y experiencias de la persona⁽¹⁹⁾ basada en la conciencia, lenguaje, previo conocimiento y sensibilidades no cognitivas, además por sus pre entendimientos y pre suposiciones⁽¹⁸⁾. En sí, busca identificar el sentido de un fenómeno por medio de la descripción e interpretación del discurso de la persona que lo vivió. Para la fenomenología estar en el mundo es existir, actuar en virtud de lo que se vive, no se refiere al lugar físico sino a las relaciones, prácticas y compromisos que vive diario, ese es el mundo.

Algunos conceptos fenomenológicos⁽¹⁸⁾

a. Experiencia vivida

La fenomenología trata de mostrar como nuestras palabras dan forma (distorsionan) y estructura a nuestras vivencias, teniendo en cuenta que esos momentos vividos están ya ausentes y el sentir real está mas allá de cualquier palabra que podamos expresar aun cuando pretendemos apropiarnos retrospectivamente de estos. Las experiencias pueden describirse pero su primitivo significado esta mas allá de cualquier discurso.

b. Mundo de la vida (Lebenswelt)

Descrito como “el mundo de la experiencia inmediata” es preestablecido y existe tal y como nos encontramos en él. Cada ser habita mundos de vida diferentes en diferentes momentos del día, como el mundo vivido del trabajo y el del hogar o en diferentes etapas como el del niño y el del adulto. Estos se entrecruzan y están parcialmente presentes uno dentro del otro.

c. Reducción

En fenomenología es un término técnico que se aplica al hecho de “agrupar” lo que nos permite descubrir la oleada experiencial del *Lebenswelt*. Su objetivo es alcanzar un contacto primario y directo del mundo tal como lo experimentamos y no como lo conceptualizamos. Trasciende este mundo de la vida, cuando nosotros agrupamos la experiencia vivida descubrimos los significados de los fenómenos de este de manera más cercana y singular. Para entender esto necesitamos poner una cuidadosa atención en los fenómenos que estudiamos. La emulación escrita tiene como intención producir representaciones textuales donde resuenen los tipos de significados que se derivan de la experiencia pre reflexiva.

d. El método empírico

Los métodos empíricos de recolección de datos son la observación, entrevistas, producir descripciones escritas de los hechos, y se consiguen en forma de descripciones de momentos vividos, relatos experienciales anecdóticos, historias

recordadas de experiencias particulares, fragmentos narrativos y experiencias ficticias. Estos relatos experienciales fenomenológicos no deben confundirse con opiniones, interpretaciones, puntos de vista o explicaciones de ciertos fenómenos.

e. El método reflexivo

La reflexión fenomenológica busca encontrar el significado de las experiencias humanas vividas, lo cual constituye la tarea más difícil de la fenomenología. La espacialidad, corporeidad, temporalidad, relacionalidad o comunalidad son categorías productivas para el proceso de cuestionar, reflexionar y escribir fenomenológicamente.

Implicaciones y funciones del método

Este método involucra tanto al investigador como al investigado. El investigador se constituye un ser auto interpretativo que es y tiene un mundo, que vive en el tiempo y le da significado a las cosas. Todo esto moldeará los proyectos de investigación⁽¹⁹⁾.

Un texto fenomenológico debe hacernos "ver" algo para enriquecer nuestra comprensión de la vida cotidiana y en virtud de eso transforma nuestras prácticas. Pero la reflexión de la fenomenología corre además contra los límites del lenguaje. Prospera en una cierta tensión irrevocable entre lo que es único y lo que se comparte, entre un significado particular y trascendente, entre lo que se puede pensar y lo que queda sin pensar, y entre las reflexivas y las irreflexivas esferas de lo cotidiano. Se debe crear un texto de investigación que hable a nuestro cognitivo y sensibilidades no cognitivas. Así, la comprensión fenomenológica no es teórica sino existencial, emotiva, situacional y con apropiación del cuerpo.

Usa de la capacidad de reconocer que la mente construye significados, que son estructuras ideales invariables y dirigen a la misma mente hacia qué objetivo ver en cada momento. Su verdadero valor radica en que puede explorar estos significados únicos de cualquier persona, experiencia o fenómeno, por ejemplo: como es el dolor en el parto o de una enfermedad, que se siente tener una conversación o una nueva experiencia de algo, que sienten los jóvenes ante sus cambios de acuerdo a sus

etapas, que experimenta un maestro en un encuentro pedagógico, que siente un estudiante ante un fracaso o éxito, etc.⁽¹⁸⁾. Su fuente de información es exógena y endógena⁽¹⁹⁾.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Descriptivo, basado en una estrategia cualitativa con enfoque fenomenológico. Se ha seleccionado el paradigma cualitativo porque se pretendió construir significados desde la perspectiva de las participantes en el estudio. La fenomenología es particularmente apropiada como enfoque teórico debido a que responde a la pregunta ¿Qué significado le otorgan los sujetos de estudio a una experiencia vivida?^(18,19)

Área de estudio

Sala de puerperio fisiológico y quirúrgico del servicio de Ginecología y Obstetricia ubicada en el II piso del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, en la ciudad de León.

Periodo de estudio

De agosto a octubre de 2020

Informantes clave

Pacientes ingresadas en las salas de puerperio fisiológico y quirúrgico del HEODRA.

Muestra

Debido a la naturaleza cualitativa de este estudio, la muestra no es probabilística, sino intencional. Entre las pacientes que se encontraron ingresadas en las salas de puerperio al momento del período de recolección de datos se seleccionó a aquellas que

afirmen haber sufrido algún tipo de violencia durante el parto. Ellas fueron las informantes clave del estudio y constituyeron la muestra teórica de esta investigación⁽²⁰⁾.

La cantidad de mujeres que conformaron la muestra teórica se estableció al momento de alcanzar la saturación teórica, la cual se define como el punto en el cual el proceso de teorización que se realizó llegó a un final exhaustivo.

Fuente de datos

Se obtuvieron los datos cualitativos de una fuente primaria, verbalmente, de las pacientes ingresadas en la sala y que son parte de la muestra teórica.

Instrumento de recolección de datos

Primeramente se utilizó un cuestionario breve previamente elaborado: en él estuvieron contempladas algunas prácticas que la literatura cataloga como violencia obstétrica. Este cuestionario permitió identificar a las informantes clave.

La técnica de recolección de datos en la que se basa este estudio es la entrevista semiestructurada⁽²¹⁾. Para entrevistar a cada mujer participante se elaboró una guía de preguntas auxiliares. Como elementos de aseguramiento de la calidad de la recolección de datos cualitativos, se hará uso de una grabadora y una libreta de anotaciones.

Para cuidar la privacidad de la paciente, a cada entrevista le será otorgado un código que incluya las iniciales de la paciente y la fecha de recolección de los datos.

Procedimiento de recolección de datos

Llegando a la sala se procedió a visitar a cada paciente ingresada, se le explicó la temática del estudio y brevemente los objetivos del mismo, se pidió su consentimiento para participar en dicho estudio y se orientó que no afecta en nada su atención por

participar en el mismo. Asimismo se le hizo saber que en cualquier momento, si desea abandonar o negarse a dar información, se puede retirar voluntariamente. De aceptar a participar se procedió a realizar el cuestionario breve. Por medio de este se identificó a las pacientes que habían sufrido algún tipo de violencia. A ellas se les hizo la entrevista posteriormente, luego de recordarle las consideraciones éticas iniciales.

Con la ayuda de la guía de preguntas auxiliares descrita arriba se realizó la entrevista semiestructurada. Ésta fue grabada, previo consentimiento de la participante, y luego fue transcrita literalmente. La transcripción fue incorporada a una unidad hermenéutica del programa ATLAS.Ti v. 7.5 (Cincom Systems, Inc., República Federal Alemana), el cual fue utilizado para el análisis de los datos cualitativos.

Análisis de datos

Con la ayuda del programa ATLAS.TI se analizó cada entrevista teniendo en cuenta el principio de la comparación constante: la entrevista realizada se transcribió y analizó y sólo entonces se procedió a realizar la entrevista siguiente. Esto permitió comparar los datos obtenidos de cada participante con los brindados por las participantes anteriores. De esta forma, se afinaron las preguntas de cada entrevista y se profundizó en los aspectos que el investigador consideró necesarios.

El procedimiento de análisis de los datos cualitativos fue el siguiente⁽²⁰⁾:

1. Se realizó una codificación abierta de los datos. Esto significa que a cada conjunto de palabras que representen posibles elementos de respuesta a la pregunta central de investigación se le asignó un código emergente, es decir, que no fue previamente definido.
2. El siguiente paso fue la codificación axial: los códigos emergentes fueron agrupados de acuerdo a la pregunta de investigación en forma de categorías teóricas.
3. A continuación, se realizó una codificación selectiva. Esto significa que entre las categorías teóricas se identificaron los elementos constitutivos de los

significados que las participantes otorgan a la violencia obstétrica y a los factores asociados a ella.

4. Todos los pasos anteriores representaron un proceso iterativo de codificación, recodificación e interpretación. En cada momento se redactaron comentarios que facilitaron la elaboración de las conclusiones del estudio.

Consideraciones éticas

El presente estudio pretendió recolectar y analizar datos con objetivos académicos sin algún daño a las pacientes que participaron en el mismo. Los datos brindados por las pacientes estuvieron únicamente a cargo de los investigadores. En todo momento se respetó el anonimato de las informantes clave. Cuando se utilizaron citas textuales de las entrevistas, se le asignó un seudónimo a la participante.

Cada una de las personas que participaron en el estudio pudo retirarse en el momento que así lo deseó y los datos relacionados con ella no hubiesen sido utilizados en la investigación.

Resultados

Formas de violencia que sufren las usuarias de los servicios de Obstetricia del HEODRA.

Las pacientes entrevistadas refirieron que durante la atención brindada recibieron diversos tipos de maltrato por parte del personal de salud, tales como: una difícil relación médico-paciente, omisión o información incompleta sobre su estado de salud, irrespeto a su consentimiento, trato deshumanizado, falta de atención o abandono, actos de negligencia y/o mala praxis, violencia verbal y física.(Fig.1)

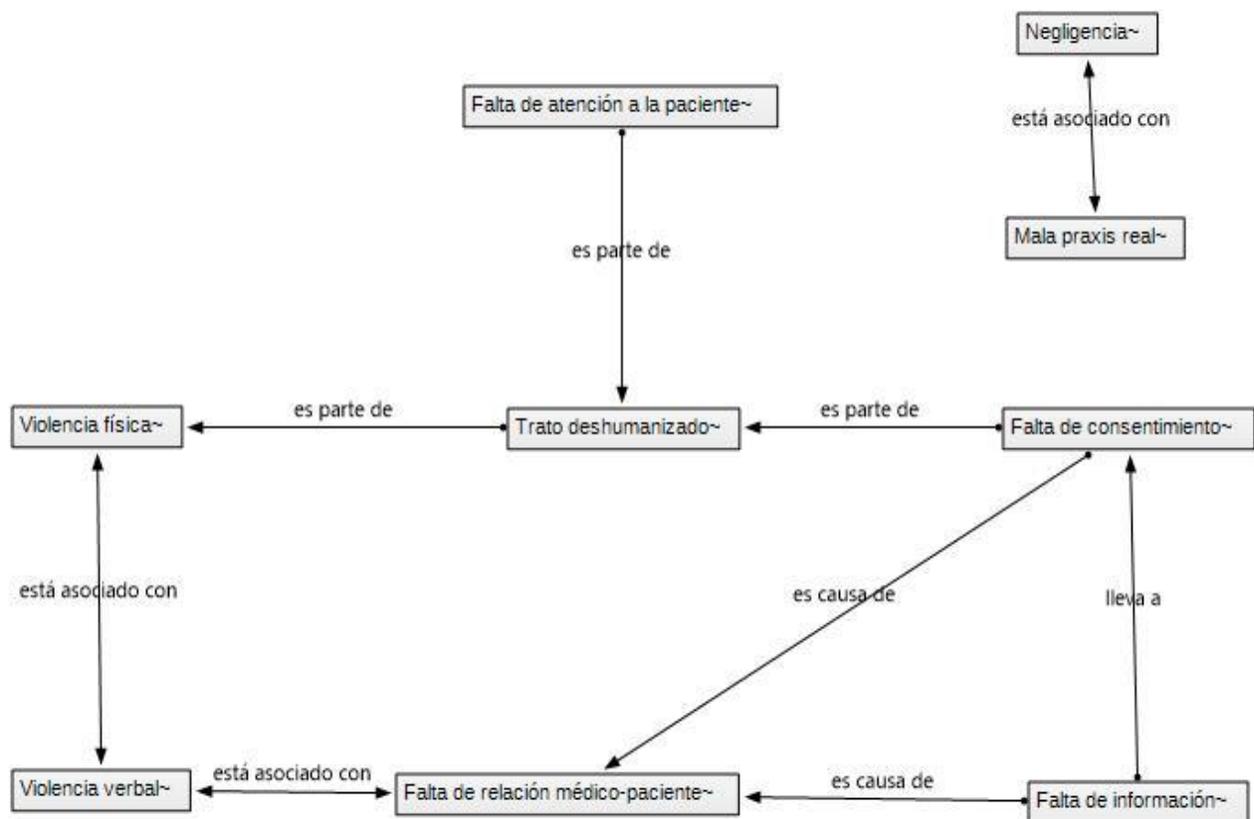


Fig.1 Formas de violencia obstétrica sufridas por las pacientes de los servicios Obstetricia del HEODRA.

- Falta de relación médico-paciente.

La mayoría de las usuarias experimentaron cierta dificultad en la relación con sus tratantes, resultado de esto fue un déficit en el vínculo que debe existir entre el médico y su paciente, las féminas en cuestión fueron parte de un ambiente incómodo y hostil, donde el respeto, la comunicación y la confianza no estuvieron presentes para lograr un entorno propicio. Alegan que el trato no fue personalizado, que no fueron tratadas con calidad y profesionalismo, más bien, que eran vistas como un simple trabajo:

“...no tienen calidad humana. Son, (0.1) lo miran como un trabajo o sea ahí viene otra panzona hay que sacar el niño y ya.” Maura, 33 años.

Además, al momento que las pacientes cuestionaban sobre su manejo, no se les explicó amablemente las razones de las conductas a seguir, sino que les contestaron de manera escueta o poco educada, e incluso grosera:

“pero no me quisieron reventar fuente, (.) no me dijeron porque, son unos grandes malcriados, me dijeron: “AHÍ QUE BAJE SOLO”.” Francisca, 27 años.

“Les pedí cesárea y me dijeron QUE NO, que tenía que tenerlo normal, nada más.” Lylliam 32 años.

Estos actos están asociados a violencia verbal por parte de los médicos a las pacientes debido a la forma enérgica con la que fueron tratadas en su proceso de parto. Dentro de los motivos de la deficiente relación médico-paciente encontré que les fue negada información acerca de su condición tanto a ellas como a sus familiares; otro de ellos fue que no se tomó en consideración el consentimiento de las pacientes ante algunos procedimientos obstétricos.

- Falta de información

Eventualmente las féminas refieren que el personal médico omitió y/o negó brindarles información sobre su estado de salud, procedimientos, complicaciones y consejería sobre las diversas etapas de su atención, tanto a ellas como a sus familiares.

“No me dijeron por qué salí perjudicada” Esmeralda, 29 años.

“No me querían dar información a veces, y a veces esa era mi molestia porque uno preocupado y como se ponen.” Katherine, 28 años.

Esta carencia de información necesaria las hacía sentirse desorientadas sobre lo que estaba sucediendo con sus cuerpos y con sus bebés, e incluso experimentar miedo por potenciales riesgos y complicaciones:

“...entró a revisarme pero no me decían nada de que, (.) sólo me dijeron de que ya estaba, pero me dijeron que tenía que esperar a que se dilatara más el útero, creo que así es.” Maura, 33 años.

“Mi esposo preguntó preocupado porque había roto fuente y tantas horas, usted sabe, uno en su ignorancia medio sabe que corría riesgo.” Katherine 28 años.

Al no brindarles datos importantes sobre el riesgo/beneficio y los objetivos de los procedimientos a realizarse en ellas, sintieron que los médicos se los estaban imponiendo, por tanto, negando sus derechos de conocer y decidir sobre estos:

“Me lo impuso, él me dijo que me lo tenía que poner porque no se me dilataba más, solamente.” Maura 33 años.

Las entrevistadas reconocen que el personal debió informarles y actualizarles sobre todos los acontecimientos relacionados a su estado de salud, sin importar si estos eran favorables o no:

“Omitieron información, (0.1) quien sabe, tal vez para no preocuparnos, (0.2) no se la verdad, pero eso no es así, tienen que decir la realidad” Katherine 28 años.

“Pues no le decían a mi mamá, o sea la verdad no le dijeron porque, ella sólo escuchó que el niño nació y tampoco se lo enseñaron, no se lo dieron a mi mamá ni a nadie y (.) no le dijeron nada de cómo estaba yo. Ellos (familia) se dieron cuenta de que estuve complicada hasta que ya estaba en UCI, hasta ahí” Maura, 33 años.

- Falta de consentimiento

Algunas de las informantes afirman que no se les consultó oportunamente si estaban de acuerdo y/o autorizaban la realización de ciertos procedimientos médicos o investigativos en ellas. En uno de los casos se conoció que a la paciente se le tomaron fotografías de sus genitales sin consultarle previamente:

“Y me tomaron fotos y todo. -¿Te pidieron permiso para tomarle una foto? -No, sólo me tomaron la foto ellos, los dos.” Maura 33 años.

Otra de ellas afirma que fue sorprendida por el hecho de que además de ser examinada por los médicos tratantes, fue revisada por estudiantes, a pesar de negarse expresamente a esto por sentirse incomoda y con dolores:

“...yo pensaba que me iban a revisar pero por parte de ellos, lo que me iban a hacer, no para los estudiantes, y yo ya había dicho que no quería, yo les dije: “no, yo no quiero, me siento mal,” les digo y ellos como que no les importó mi palabra y me dicen: “no, todo va a estar bien, no te preocupes” y me reviso una doctora, (.) de ahí mismo de labor y parto, y me revisó otro estudiante, cosa que, con dolor, y que me estén ahí, jincando, y entonces eso no me gustó y habían un montón de estudiantes y no les importó.” Katherine, 28 años.

Esta falta de consentimiento constituye un incumplimiento de los derechos de las usuarias sobre decidir de qué manera puede ser manejada. Esto se considera como parte del trato deshumanizado que recibieron en los servicios de obstetricia.

- Trato deshumanizado

Además de lo anterior, una de las usuarias refiere que el médico encargado de curar su herida quirúrgica post-cesárea, procedió a realizar la técnica de manera brusca y sin cuidado, no importándole el dolor ocasionado en ella y las quejas que expresaba:

“Me la curó ligero, así como sin cuidado más que todo, como que era un animal.” Alma, 21 años.

Parte de este trato es comprendido también la falta de atención a las pacientes por parte de los tratantes y la violencia física que algunas recibieron.

- Falta de atención

Las entrevistadas expresaron que los doctores encargados no les prestaban suficiente atención en ciertos momentos de su estancia en la sala. Refieren que estos realizaban otras actividades laborales y no las atendían oportunamente:

“...dijo que iban a buscar un aparato para romperme la fuente, “yo ya no aguanto” le digo, entonces me dijo, (0.2) ahí estuvo, haciendo otro papeleo, porque habían otras muchachas, entonces le digo que a qué hora iban a buscar.” Francisca, 27 años.

Otra de ellas relató que la abandonaron en la sala cuando todos los médicos salieron, desatendiendo las necesidades durante su trabajo de parto y no estando presentes ante una eventual complicación:

“...y se fueron casi toditos los que estaban, (0.2) y me quedé yo con otra, (0.5) y no me gustó como mire esa situación.” Lylliam, 32 años.

- Violencia verbal

Una de las pacientes comenta que durante su trabajo de parto fue regañada y llamarla “débil” por parte del médico, luego de referir no soportar el dolor al momento de revisarla, suponiendo que era incompetente para parir:

“Me estaban revisando hasta una, una doctora se puso a (0.1) a regañarme, (.) de que era como una (0.3) este, cómo le digo, de que era como débil porque si no aguantaba que ella me tocara, entonces como iba a aguantar un parto (me dijo)”

Además, el médico minimizó su dolor al decirle que tenía que soportarlo porque no era lo suficientemente significativo en comparación con lo que ella expresaba:

“¿Y ella que le respondió? -Eso que (0.4) que tenía que aguantar porque eso no era nada”

Esmeralda, 29 años.

La violencia verbal sufrida por las pacientes estuvo relacionada en algunas ocasiones a violencia física, ya que el maltrato físico es precedido y/o acompañado por abuso verbal.

- Violencia física

El maltrato físico de los galenos hacia las usuarias es considerado parte del trato deshumanizado en la profesión médica.

Una de las pacientes refiere que su herida quirúrgica post-cesárea fue curada con una técnica brusca, y que la doctora no cesó de hacerlo de esta manera a pesar de que ella se quejó al respecto:

“...después cuando me estaba poniendo el esparadrapo me tiraba los golpes ((hace gesto con las manos)) sobre la herida, o sea muy FUERTE, ponía ella el (.) el esparadrapo y le hacía así DURO, y usted sabe que eso está reciente, entonces yo sentía el dolor y le decía a ella que lo hiciera con más cuidado, pero ella no hacía caso”. Alma 21 años.

- Negligencia

En algunos de los casos conocidos a través de las entrevistas las pacientes refieren que: los médicos no las manejaron oportunamente, ocasionándoles complicaciones como aspiración de líquido amniótico y meconio, las cuales se pudieron evitar. Una de ellas expresó que a pesar de monitorearla por más de 12 horas y hacerla pujar, los tratantes no se habían percatado que la presentación del feto era distócica y hasta última instancia se optó por finalizar el embarazo por cesárea:

“Más de 12 horas, y nada que lo hacían, (0.3) hasta que se dieron cuenta de que no iba a salir porque estaba atravesada y se me complicó porque tragó líquido y pupú” Lylliam, 32 años.

Otra paciente relata que los tratantes actuaron correctamente hasta que su esposo se molestó y constataron que su estado de salud se había complicado:

“...hasta que me miraron mal ya la chavalita y hasta que vieron a mi esposo molesto, ya ellos buscaron la manera, ideay, me metieron de urgencia, pero todo fue, como le dijera, un error de ellos, nunca se pusieron de acuerdo y como le digo, sufrí, no era necesario llegar a eso.” Katherine, 28 años.

En otras situaciones se identificó una relación estrecha entre la negligencia y mala praxis en los servicios de obstetricia.

- Mala praxis

Las informantes relatan que al momento de ser tratadas se les realizaron algunos procedimientos y/o maniobras que consideradas inadecuadas e inapropiadas dentro de la práctica médica.

Una de ellas afirma que se le practicó una maniobra no contemplada dentro de los protocolos de atención al parto del Ministerio de Salud de Nicaragua, la cual consistió en que el médico que atendía su parto se le colocó sobre el abdomen, ejerciendo presión con la rodilla para lograr la expulsión del niño:

“...la otra doctora se me subió encima con la rodilla aquí ((señala el punto en abdomen y ejemplifica con las manos)). Puso su rodilla en arriba de la panza. Y lo empujó me dijo que empujara y lo empujó y ahí salió el niño.” Maura, 33 años.

De acuerdo al correcto manejo del trabajo de parto, la mujer debe parir en la sala de expulsivo, no en la camilla de labor y parto, como en el caso de una de las féminas que según el relato, los médicos tuvieron suficiente tiempo para trasladar a la paciente a la sala de expulsivo, donde se encuentran todos los materiales necesarios y requeridos para la atención correcta del parto. De esta manera, además de violar las normas establecidas en los protocolos, predisponen al binomio materno-fetal a potenciales complicaciones.

“...ya cuando viene el segundo pujido (.) el niño ya nace, ya se le asomaba la cabecita, y entonces me dice: “¡abrí me dice!” y ellos me tenían así ((hace gesto con las manos)) abiertas las piernas, porque llegaron varios (0.2) fue cuando ya nació el niño y:: yo di todo lo que podía para que el niño naciera, nació ahí en la camilla”. Francisca, 27 años.

También a otras pacientes se les realizaron numerosos tactos vaginales, algunos hechos por los médicos tratantes y otros por estudiantes, predisponiéndolas de esta manera a complicaciones posteriores. En este caso también se violentaron las normas y protocolos de atención, ya que estos recomiendan no más de 4 tactos.

“¿Cuántas veces le estuvieron tocando? -(0.5) Eh, como 10 veces. ((se ríe nerviosamente)).” Esmeralda, 29 años.

“En la sala de espera para parir como más de 5 veces me hicieron tacto, estudiantes me hicieron como 3, 4 veces y con el doctor que me estaba viendo cuantos centímetros tenía como 10 veces, (0.5) en total como más de 20 veces, que eso como doctores ellos saben que no pueden estarme tocando y tocando.” Katherine, 28 años.

Significados que las usuarias brindan a la violencia obstétrica sufrida.

Las pacientes entrevistadas expresan que al momento de ser violentadas experimentaron diferentes pensamientos y sentimientos hacia sus tratantes, que en este caso fungieron como agresores, o hacia ellas mismas. Este cúmulo de emociones derivó de las diversas formas de maltrato de las que fueron objeto y forman parte de sus recuerdos hasta la actualidad. Durante la entrevista al principio las pacientes con dificultad expresaron sus sentimientos, haciendo uso de cortos periodos de silencio para tratar de gesticular las palabras que lograran reflejar íntegramente las emociones que las embargaron ante el maltrato recibido. Una de ellas lo manifestó como inexplicable:

“Es inexplicable ((rie nerviosamente)) (0.5) porque son unos momentos muy difíciles.” Katherine, 28 años.

A medida que iban relatando sus vivencias logré identificar las emociones en base a las palabras y expresiones que utilizaron, estas representan su sentir ante los maltratos recibidos, tales como: baja autoestima, menosprecio, vergüenza, culpabilidad, miedo, deseos de defenderse, sentimientos religiosos, estrés, cansancio, desesperación, frustración, enojo, disgustos, molestias e inconformidad.(Fig.2)

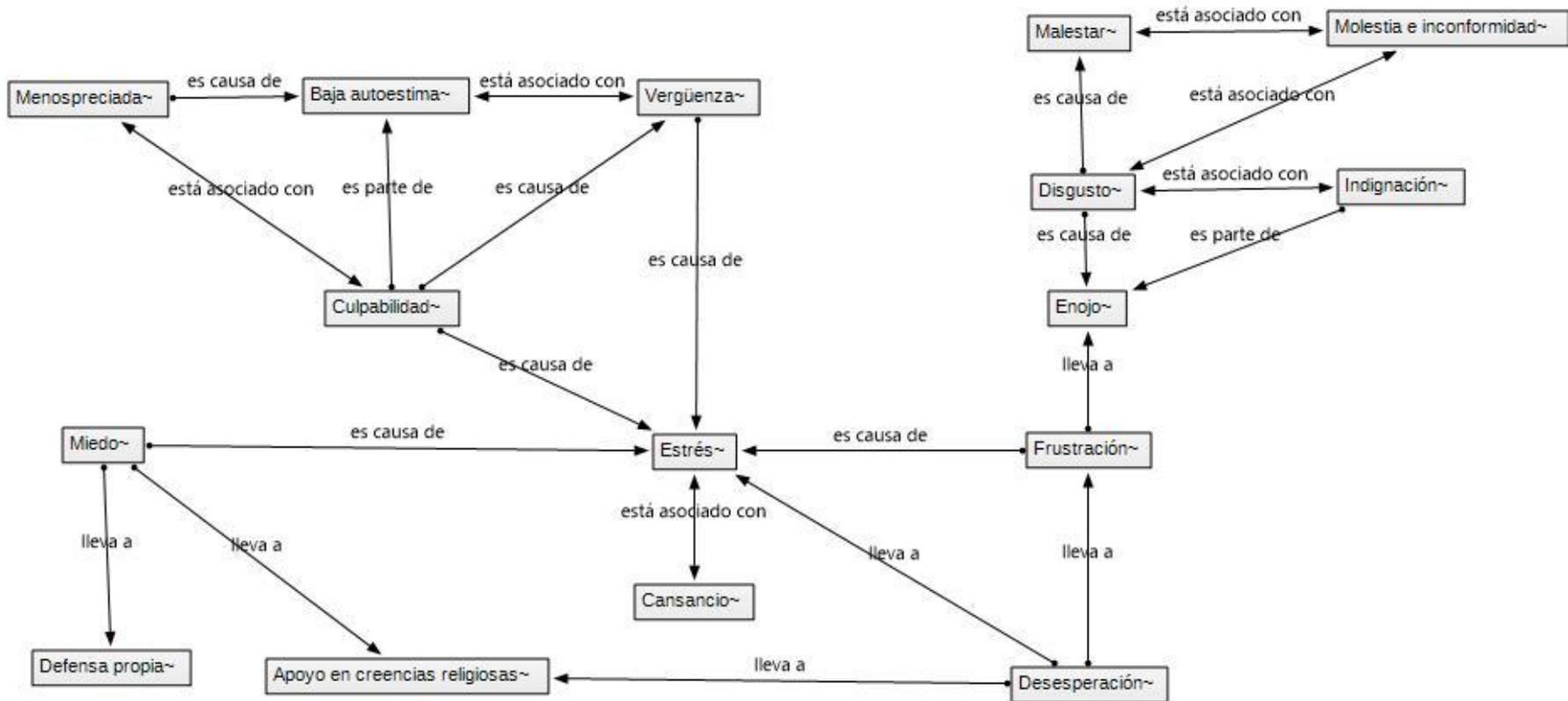


Fig. 2 Significados que las usuarias brindan a la violencia sufrida en los servicios de Obstetricia del HEODRA.

- Baja autoestima

Muchas de las pacientes refirieron situaciones en las cuales se sintieron menospreciadas, avergonzadas y culpables; estas emociones están íntimamente ligadas a baja autoestima.

Una de las usuarias lo dijo explícitamente. Luego de que el médico la llamó débil, esto la hizo sentir insuficiente y poco capacitada para parir:

“¿Qué sintió cuando le dijeron eso? -(0.6) Mmm , con baja autoestima.” Esmeralda, 29 años.

- Menosprecio

Las féminas expresan que se sintieron menospreciadas por el personal porque notaron que no fueron escuchadas ni tomadas en cuenta al momento que de ser tratadas o de realizarles algún procedimiento, esto las llevó a considerar su valor como seres humanos y como mujeres:

*“Me sentí ignorada, (0.4) no sé, como que no valía mi palabra, que era lo que ellos decían y nada más.”
Katherine, 28 años.*

“Senti que no me escuchaban.” Esmeralda, 29 años.

Una de ellas refiere que no se sentía importante para el personal que la atendía, ya que ninguno de los médicos la acompañó durante su trabajo de parto, negándole de esta manera el apoyo emocional y humano que merecía como paciente:

“... me sentí mal porque me dejaron sola, sentí que no tenía importancia.” Lylliam, 32 años.

Reconociendo su dignidad de ser humano, las mujeres entrevistadas expresaron que no fueron tratadas como se merecen, sino como objetos o animales:

“...somos seres humanos, y ellos nos miran como cualquier cosa así.” Katherine, 28 años.

“...uno está en un hospital es para que lo traten, eh como le dijera, (.) para que lo traten bien pues, con trato humanitario, si,(0.2) no como que si están agarrando a los animales.” Alma, 21 años.

Todos estos episodios conllevaron a las pacientes a sentirse infravaloradas por sus tratantes, contribuyendo de igual manera a disminuir la autoestima de las mismas y haciendo de su trabajo de parto un evento poco agradable.

- Vergüenza

Las pacientes afirman sentirse avergonzadas ante determinados episodios de su estancia hospitalaria que transgredieron su pudor y cuestionaron sus capacidades, dichos episodios fueron protagonizados por sus tratantes.

Una de las usuarias tuvo que mostrar su cuerpo desnudo ante fotografías las cuales no fueron previamente autorizadas por la misma:

“¡UFF, HORRIBLE! Mal, avergonzada sobre todo, mirá, uno llega con la pena de que todo el mundo te ve y (.) que te tomen fotos, eso es horrible.” Maura 33 años.

O por regaños de los médicos, haciéndoles ver que no eran capaces de parir:

“...vergüenza por no verme capaz.” Esmeralda, 29 años.

Esta vergüenza afectó el autoestima de las pacientes y las condujo a sufrir momentos de estrés durante su manejo.

- Culpabilidad

Al momento de sufrir el maltrato, las pacientes experimentaron sentimientos de culpa, que se relaciona a baja autoestima, además la culpabilidad está asociada a la vergüenza y el menosprecio que sintieron de parte de los médicos.

Una de las usuarias considera que ella misma fue la causante de que se le tratase así, por no sentirse capaz de que su cuello dilatara más y propiciar de esta manera el trabajo de parto:

“...yo me sentía culpable porque no se me abría más, o sea (.) no era mi culpa.”

E incluso la culpabilidad en ella derivó de sentirse una molestia para los médicos por llegar a solicitar atención en el centro hospitalario:

“Pues (0.1) siento que llegue a molestar...” Maura, 33 años.

- Miedo

Ante algunas situaciones adversas vividas dentro del hospital, todas las pacientes sintieron miedo tanto por el bienestar de ellas como por el de sus hijos. El miedo las hizo experimentar momentos desagradables ya que debido a los hechos, consideraron que sus vidas corrían riesgo, lo que las condujo a obedecer sin cuestionar a los galenos, a pesar de no sentirse seguras por temor a posibles complicaciones en sus trabajos de parto, ya sea por la desinformación o la deficiente relación médico-paciente.

“La verdad es que a mí lo que me daba más miedo era que el niño se me muriera adentro.(0.1) Entonces por eso yo casi no preguntaba también creo que faltó en mí, no preguntar, y lo que me decían yo lo hacía por miedo a que (.) no le pasara nada al niño.” Maura, 33 años.

“Me sentí mal porque estaba poniendo en riesgo la vida de mi hijo y la mía.” Esmeralda, 29 años.

*“...porque aparte de que se daña uno se daña el bebé, al dilatar tanto el bebé se puede ahogar”
Francisca, 27 años.*

*“...yo decía, se me va a morir la bebé, y no me resuelven nada aquí, yo quería salir corriendo o no sé.”
Katherine, 28 años.*

Una de ellas refiere que tuvo miedo a que le causaran una dehiscencia a su herida quirúrgica post-cesárea porque esta fue curada por el médico con una técnica brusca y poco cuidadosa.

“Sentí miedo porque dije: de los golpes me la va a abrir otra vez.” Alma, 21 años.

Los hechos sucedidos provocaron que las pacientes manifestaran sus deseos de no volver a concebir ni de querer regresar al centro hospitalario para ser atendidas, por miedo a que vuelvan a ser tratadas de la misma manera, alegan que la experiencia vivida significó un verdadero trauma, el cual no están dispuestas a repetir.

“...no quisiera volver ahí jamás...” Katherine, 28 años.

“La verdad me da miedo volver , YA NO QUIERO, creo que es el mejor anticonceptivo que puedo tener...” Maura, 33 años.

“Yo no quiero regresar acá, (0.3) para que me vuelva a pasar lo mismo mejor no.” Lylliam, 32 años.

El miedo experimentado fue motivo de estrés para las pacientes ante los hechos sufridos, de igual forma el temor por su bienestar las condujo a tener que defenderse ante sus agresores.

- Defensa propia

Para una de las mujeres, el verse ante una situación que le provocó miedo y dolor físico la llevó a tratar de defenderse, ella siente que si no hacía algo la podían lastimar, por tanto decidió actuar expresando su incomodidad ante los hechos en más de una ocasión e incluso impidiendo con sus propias manos que la trataran violentamente.

“...entonces vine yo y le dije que tuviera más cuidado...”, “...y yo le dije: “¡AY!” Que no me agarrara así, le metí las manos ((hace gesto con las manos)) para que no me doliera tanto.” Alma, 21 años.

- Apoyo en creencias religiosas

Algunas pacientes, las cuales manifiestan ser creyentes, refieren que en el momento de los hechos sufridos, recurrieron a rezar u orar, ya sea para salir pronto de estas situaciones, en acción de gracias o para ser escuchadas y atendidas correctamente. Esto se vió influenciado en algunas por sus plenas convicciones religiosas y en otras por el miedo o la desesperación del momento vivido.

“...y la verdad es que (.) después de que me lo sacó sentí alivio, ((sonrío)) se me vino la imagen de la Virgen de Guadalupe y eso lo amo, (0.1) y que gracias a Dios salió bien.” Maura, 33 años.

“...gracias a Dios, yo soy evangélica, y digo (.) , porque ellos no querían romperme la fuente, le digo: Diosito, por favor, que me rompa la fuente” Francisca, 27 años.

“Oraba, que ya saliera de esto, que (.) me pudieran escuchar.” Esmeralda, 29 años.

- Estrés y cansancio

El estrés que sufrieron las féminas a raíz del maltrato recibido fue de causa multifactorial: vergüenza, miedo, desesperación, frustración y culpabilidad. Este se vió implícito al momento que las pacientes relatan sus vivencias.

Curiosamente sólo una de ellas lo expresó literalmente, al ver que los médicos no la atendían oportunamente y que su trabajo de parto se encontraba en peligro de complicarse:

“...me sentí súper estresada...” Katherine, 28 años.

El estrés condujo a esta paciente a experimentar cansancio por las horas que estuvo en trabajo de parto sin sentir que avanzaba y que los médicos no hacían nada para ayudarla y tranquilizarla.

“...me sentía cansada por pasar tantos días así, con dolor y sin comer bien, sin dormir, y que no me atiendan bien...” Katherine, 28 años.

- Desesperación y frustración

Esta misma paciente refirió que debido a la impotencia ante el hecho de que su trabajo de parto se había prolongado y que su hija se encontraba en peligro llegó a experimentar frustración y desesperación. A pesar de no decirlo, logro tras de las pacientes tuvieron estos mismos sentimientos y los reflejaron en enojo.

“...una desesperación horrible, no tener a mi hija en el momento...” Katherine, 28 años.

- Enojo

Algunas mujeres refieren explícitamente que sintieron enojo, esto asociado a la impotencia ante situaciones en las cuales fueron maltratadas o ignoradas por parte del personal. El hecho de no ser escuchadas o entendidas las llevo a tener que resignarse a lo que recibían por parte de quienes las atendieron. Manifiestan también que este enojo lo experimentaron en silencio para no ser desagradables.

“...como humano, lo que le viene es enojo, preocupación, es lo primero que a uno le viene, ((salen lágrimas de sus ojos)) pero usted sabe que uno, no puede ser tampoco ofensivo de decirle (.) cosas a las personas hh, pero si, a uno lo que le da es enojo sinceramente, ((salen lágrimas de sus ojos)) con ese dolor y que se porten así lo que a uno le da es enojo sinceramente...” Francisca, 27 años.

“También sentí enojo, obvio, porque me estaban tratando mal y tenía que aguantar eso, ni modo usted sabe.” Alma, 21 años.

- Malestar y disgusto

Las pacientes refieren que sintieron malestar ante la actitud poco empática de los médicos, esperando que el trato hacia ellas hubiese sido diferente. Refieren también disgustarse ante la violencia verbal que recibieron. Una de ellas refiere además malestar físico consecuencia del manejo que se le dió. Otra afirma que le desagradó el hecho que la hayan dejado sola, sin prestarle atención por algún tiempo.

“Mal, mal porque desde que uno está en un hospital es para que lo traten, eh como le dijera, (.) para que lo traten bien pues, con trato humanitario, si...” Alma, 21 años.

“¿Y cómo se sintió usted cuando ella le dijo eso? -(0.2) Mal...” Esmeralda, 29 años.

“...y pues en ese momento que se fueron todos, (0.3) nos quedamos yo y otra solas, y esa parte no me gustó.” Lylliam, 32 años.

- Indignación e inconformidad

Las pacientes se sintieron inconformes por el trato que se les brindó el cual consideran injusto o porque se les negó información sobre su estado de salud tanto a ellas como a sus familiares.

“...me sentía mal por el hecho de no saber por qué.” Maura, 33 años.

Una de ellas se expresó indignada porque siente que los médicos la trataron inadecuadamente, manifiesta que merecía un trato más favorable por ser la paciente. Considera que los profesionales de la salud deben atender de manera amable, considerada y empática a sus pacientes:

“...como es posible que traten así a sus pacientes.” Katherine, 28 años.

Estos hechos de inconformidad e indignación estuvieron asociados además a sentimientos de enojo y frustración por parte de las féminas.

Factores en el personal que las pacientes asocian a la violencia obstétrica sufrida.

Al momento de la entrevista se les preguntó a las pacientes que factores en el personal consideraban que pudieron influir en los actos de maltrato que sufrieron, dando por hecho que estos episodios no fueron aislados y que los médicos tuvieron algún móvil para actuar consecuentemente.

Ellas lograron indentificar los siguientes: falta de conocimientos, mala praxis percibida, cansancio y estrés, desinterés, impaciencia, falta de empatía y mala actitud.(Fig.3)

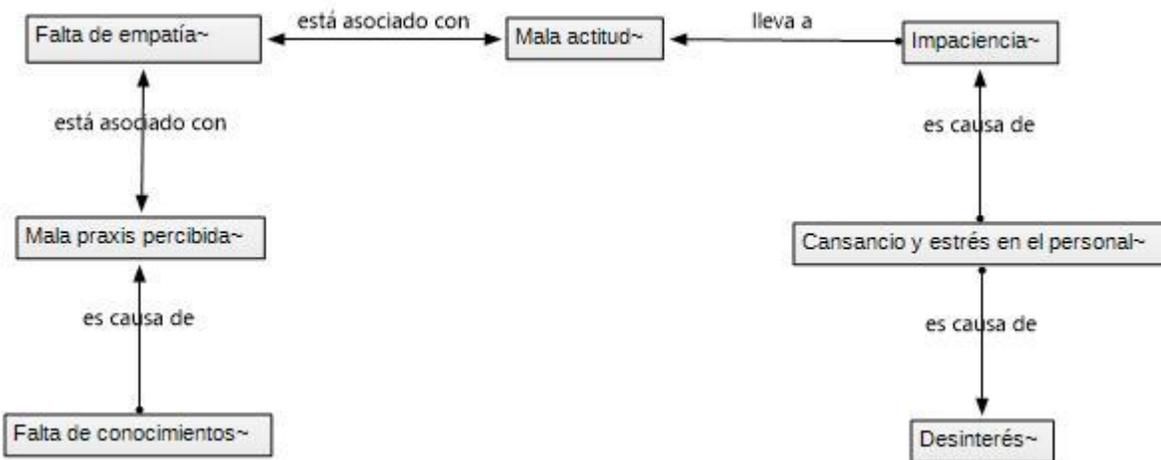


Fig. 3 Factores del personal de salud que las pacientes asocian a la violencia sufrida.

- Falta de conocimientos y mala praxis percibida

En múltiples ocasiones las pacientes expresan que consideraron que los tratantes ejercieron una mala práctica médica en ellas, de esta manera responsabilizándolos de los acontecimientos sucedidos como la prolongación incesaria de la indicación de cesárea, la atención del parto en la camilla de la sala de labor, infección consecuencia de un tiempo prolongado con membranas rotas y potenciales daños en la salud de sus bebés como hematomas en la cabeza por un parto forzado, o pérdida del bienestar fetal. También una de ellas afirma que esto se debió a la falta de conocimientos de uno de los médicos sobre una adecuada y certera valoración de la dilatación cervical .

“...nació ahí en la camilla, porque no, no, (.) por no querer, si ellos me hubiesen reventado la fuente no me hubiesen hecho sentir TANTO dolor...”

“...ahora mi bebé tiene una cosita aquí ((señala su frente)), tiene un puntito aquí, (.) y nació como::: apachurrada la nariz, y aquí en la frente ((señala la frente y nariz del bebé)), donde de seguro, cuando él hacía, presión en la fuente para pasar, salió moradito moradito, la frente.”

Francisca, 27 años.

“...no me quisieron decir cuánto tenía, (.) porque como que parece de que el anterior doctor que me había dicho como de que la había encabado.”

“...a la niña le dio taquicardia, a mí ya me faltaba el oxígeno igual me pusieron oxígeno, a la niña la monitorearon, y que estaba muy mal, me miré muy mal, hasta ese entonces que me miraron mal, llegaron a decirle a mi familia que estaba así y ya, que podían hacerme una cesárea.”

“...me hizo pupú y tuve yo una infección, por lo tanto tiempo que había roto fuente, la membrana y todo eso y ellos no resolvieron nada, dijeron de que era algo normal.”

“...entonces yo siento que sufrí de las dos maneras, porque ellos querían que pariera normal, y al final me tuvieron que cesarear.”

Katherine, 28 años.

“...yo les pase diciendo, yo quiero que me cesareen, cesarienme, porque yo YA NO AGUANTO, y hasta que ya me pasó eso, es que ya me cesarearon...” Lylliam, 32 años.

Una de las pacientes consideró que los doctores no manejaban adecuadamente la inducción al parto, además percibió que no tomaron en cuenta otras opciones lo que ocasionó que su proceso de parto se viera enlentecido. Otra paciente logró identificar que la comunicación entre los turnos del personal era deficiente, atribuye este hecho como motivo del desorden e inadecuado manejo de su caso.

“...creo que se cerraron a ese sistema de, (0.2) no sé si es que ellos no saben muy bien ese sistema de las pastillas, (0.5) creo que se cerraron en ese sistema.” Esmeralda, 29 años.

“...unos me decían que tenía 1 cm, otros que tenía 3, como que se regresaban, (0.2) no sé, UN SOLO ENREDO, y no se ponían de acuerdo, cada vez que cambiaban turno me decían diferente, y eso pienso que no debe ser así, cada vez que uno me tocaba me decían algo diferente.” Katherine, 28 años.

- Falta de empatía

Al no sentirse tratadas como seres humanos las pacientes afirman que los médicos mostraban poca empatía hacia ellas y sus condiciones. Una mujer refiere que los médicos pierden el sentido de humanismo hacia los pacientes al atender a muchos de estos ya que refieren que lo ven como un simple trabajo carente de vocación y profesionalismo. Otra paciente expresa que al no ser ellos los que sienten los malestares y dolencias, no la comprendieron y por lo tanto no lograron brindarle un trato adecuado.

“...no tienen calidad humana. Son, (0.1) lo miran como un trabajo o sea ahí viene otra panzona hay que sacar el niño y ya.” Maura, 33 años.

*“Creo que es (.) falta de humanismo. Pierden ese lado cuando ya, ya tocan muchos pacientes.”
Esmeralda, 29 años.*

“...ahí es una atención muy mala, (0.2) no sé cómo que, los doctores como que, (.) somos seres humanos, y ellos nos miran como cualquier cosa así.” Katherine, 28 años.

*“Es cierto, uno es paciente y ellos los doctores, pero nosotros somos las que sentimos, no ellos.”
Lylliam, 32 años.*

- Mala actitud

Las pacientes afirman que los médicos muchas veces demostraron actitudes groseras o poco educadas hacia ellas o a sus familiares, ya sea por pedir información o porque los médicos refirieron que ellas no colaboraban, incluso una de ellas expresó que aparentemente el doctor andaba molesto por una causa ajena a su caso. Las malas actitudes manifestadas por los galenos pudieron ser consecuencia del grado de estrés y cansancio por el trabajo en el hospital, además está asociado con la falta de empatía con las usuarias.

“...son unos grandes malcriados, me dijeron: AHÍ QUE BAJE SOLO.” Francisca, 27 años.

“...le metí las manos porque me dolía, me dijo pues que le enojaba porque me tocaba...”

“Nada, sólo dió la vuelta, y dijo de que, (.) de que por eso YO la enojaba, de manera muy, muy mala carácter.”

“...yo no le hice nada, sólo fue eso. (0.1) Yo pienso que andaba molesta por otra cosa.”

Alma, 21 años.

“A veces mi esposo pedía información por la misma preocupación por mí y por la niña y como que se molestaban...” Katherine, 28 años.

- Impaciencia

Las entrevistadas refieren que los médicos estaban impacientes al momento de atenderlas, provocando que a una de ellas la curaran de forma rápida y brusca. Ellas expresan que esta actitud se debió a los deseos de finalizar pronto su trabajo. Además, en otro momento los médicos mostraron desesperación ante la complicación de una de las pacientes y no saber como manejarla eficazmente. Ellas consideran que esta actitud los llevó a maltratarlas.

“No tiene paciencia. No tenía muchos pacientes, lo más 4, pero parece de que andaba ligera porque rápido salieron.” Alma, 21 años.

“Yo la verdad ya los miré desesperados.” Maura, 33 años.

La impaciencia pudo ser motivada por el estrés y cansancio del trabajo hospitalario y dio lugar a una mala actitud y manejo inadecuado de las pacientes por parte de los galenos.

- Cansancio y estrés

Una paciente atribuye al estrés y cansancio por el trabajo hospitalario ser la causa directa del trato inadecuado hacia ella por parte del médico, ya que lo notó grosero al hablarle, no descarta también que esta actitud pudo deberse a algún asunto externo y/o personal:

“¿Por qué crees que el doctor estaba como malcriado? -No sé, (.) tal vez estaba cansado, tal vez le pasaba otra cosa, estresado por muchos pacientes, no sé.” Maura, 33 años.

- Desinterés

Las usuarias notaron desinterés por parte de los médicos al momento de tratarlas. Una refiere que el personal no prestó interés a las pacientes y que prefirió estar en otras actividades no laborales al momento de estarles atendiendo. Otra afirma que los médicos minimizaron su caso alegando que era primeriza y que era normal, pero ella piensa que realmente no le prestaron interés y no la quisieron atender adecuadamente. Esto llevó a una de ellas a sufrir complicaciones obstétricas.

“...no le ponen importancia a (0.3) a las demás personas, estaban queriendo comer y estar ahí, no nos estaban viendo, ni a mí ni a las otras. Eso pienso yo que fue.”

“...pero sentí que no tenían ganas o interés de hacer nada. Por eso me dejaron a mi ahí hasta que se me complicó.”

Lylliam, 32 años.

“No sé, (0.3) tal vez es costumbre de ellos de que sean así tan, tan para ellos normal, (.) verlo así como que: “ah, porque es primeriza” o “ah, los dolores son así, y ahí te va a bajar la niña” para mí que ellos lo ven así,(0.3) como que no se quieren como molestar.” Katherine, 28 años.

Discusión

El enfoque fenomenológico dado al presente estudio a permitido descubrir las percepciones de las usuarias frente a los maltratos o abusos sufridos en los servicios de obstetricia del HEODRA. Las entrevistadas han narrado sus vivencias y al mismo tiempo han expresando los sentimientos experimentados tanto al momento del hecho como posterior a estos, reflejando el panorama hostil al que se han visto expuestas.

Las entrevista relatan que durante su estancia hospitalaria no fueron participes en la toma de decisiones referentes a su proceso de parto, en ocasiones ignoradas, y que los médicos les ocultaron o negaron información sobre su estado de salud, adicionalmente los tratantes no respetaron su consentimiento sobre algunos procedimientos, esto las llevó a considerarse meros objetos pasivos del proceso, sin derecho a decidir u objetar. Estos hallazgos se asemejan a los encontrados por Cohen Shabot ⁽³⁾.

Mientras eran atendidas recibieron ofensas que las hicieron verse poco capaces para parir, y que lograron en ellas sentimientos de culpa y vergüenza⁽⁵⁾ . Además, se sintieron avergonzadas por mostrar su cuerpo desnudo ante fotografías no consentidas, lo que ocasionó que vieran el parto como un acontecimiento pavoroso.

Particularmente se encontró que ante las situaciones adversas vividas, las mujeres recurrieron a apoyarse en sus creencias religiosas, lo que significó un alivio en medio de sus sufrimientos, y que gracias a esto, lograron soportar sus dolencias.

Eventualmente los médicos las manejaron haciendo uso de técnicas o procedimientos no recomendados por los protocolos de atención vigentes en el país originando secuelas físicas en ellas. En otras ocasiones los galenos actuaron deficientemente en la inducción al parto o la atención del mismo dando lugar a complicaciones que las afectaron tanto a ellas como a sus hijos y que motivaron a que las pacientes sintieran enojo e incomodidades. Los mismos eventos lograron en ellas estrés y desesperación por verse impotentes para cambiar su situación. Ellas atribuyen estos hechos a la falta de conocimiento de los profesionales o a las malas actitudes de estos asociadas al cansancio y estrés por el trabajo extenuante del hospital.

Las entrevistas refirieron padecer miedo por sus vidas y las de sus hijos al considerar que se encontraban en peligro. Esto las motivó a cuidarse de ser “ruidosas”⁽³⁾ y preferir permanecer calladas por temor a seguir siendo víctimas de abuso por parte de los galenos y que los riesgos que amenazaban su bienestar se potenciaran⁽⁶⁾. En otras ocasiones el miedo las condujo a tratar de defenderse de sus agresores para salvaguardarse.

Las mujeres narran como el trato deshumanizado del que fueron objetos las llevó a sentirse menospreciadas, indignadas y con baja autestima, ya que aprecian que su dignidad de persona fue pisoteada por el maltrato recibido, considerando el hecho de que haya sido causado por un profesional de la salud como inconcebible y que refleja la poca empatía que los médicos logran sentir hacia ellas.

La fenomenología aplicada a este estudio nos a permitido develar, a través de las vivencias narradas por parte de las féminas participantes de la investigación, los significados que emergen de la violencia obstétrica, y estos hechos a factores que las mismas mujeres consideran influyentes. Poniendo en consideración las anteriores disertaciones se ha logrado constatar que la violencia obstétrica no es un evento inocuo para las pacientes, si no un suceso que repercute en la moral de las mismas y que tiene consecuencias físicas y psicológicas en sus vidas.

Conclusiones

En esta investigación logra describir las formas de violencia obstétrica sufridas por las pacientes participantes del estudio en los servicios de obstetricia del HEODRA. Las entrevistadas presentaron dificultad de relación entre ellas y sus tratantes, una causa esto fue que no les brindaron información completa sobre su estado de salud tanto a sus familiares como a ellas mismas. Por otro lado se describe que los médicos no solicitaban o no respetaban el consentimiento de las pacientes ante ciertos procedimientos, considerándose esto como parte del trato deshumanizado que experimentaron. Los anteriores hechos estuvieron asociados a violencia verbal por parte de los galenos. En situaciones específicas la violencia verbal se relacionó con violencia física, en otros simplemente fue un hecho aislado. Independientemente, estos actos son considerados parte de un trato deshumanizado, al igual que la falta de atención o abandono de las pacientes en algunos casos. La mala práctica del ejercicio médico que algunas sufrieron se relacionó a hechos de negligencia en algunos casos.

Sufrir violencia obstétrica no es un hecho inocuo en sus vidas, más los actos de maltrato despertaron en ellas diversos significados, estos van dirigidos hacia sus tratantes o hacia ellas mismas. Dentro de estos tenemos la baja autoestima, la cual muchas veces fue motivada por sentirse menospreciadas por el personal que las atiende, también la baja autoestima guarda relación con la vergüenza que sintieron en momentos incómodos, por violencia verbal o menosprecios. Tuvieron sentimientos de culpa, sintiéndose causantes de lo que les sucedía, y esto tuvo relacionado con los anteriores.

Experimentaron miedo en algún momento, ya sea por sus vidas y por la de sus hijos. Este miedo y la desesperación las llevó a tratar de defenderse de las situaciones adversas que sufrieron. El miedo las llevó también a apoyarse en sus creencias religiosas en algunos casos, en otros, estos sentimientos religiosos fueron motivados por una plena convicción. El estrés que algunas refieren fue ocasionado por sentirse culpables, avergonzadas o temerosas. En otros momentos el estrés se debió a la desesperación que tuvieron algunas féminas por sentirse impotentes. Otras pacientes

que se sintieron estresadas se encontraban, además, cansadas por su trabajo de parto prolongado e inefectivo. En ciertos casos la frustración de no poder hacer nada las llevó sentir enojo e indignación hacia el personal. Otras veces el enojo fue causa del disgusto con ellos ante los hechos sufridos. Estos disgustos les provocaron sensaciones de malestar y a sentirse inconformes con el trato recibido.

Muchos de los hechos que les causaron molestias o inconformidades se deben a una mala práctica del ejercicio médico, algunas refieren que esto se debió también a falta de conocimientos por parte del personal de salud, también se debió a la poca empatía que los galenos demostraron hacia ellas. Los médicos se encontraban cansados y/o estresados ya sea por asuntos relacionados al trabajo hospitalario o externos. Gracias a esto mostraron poco interés hacia ellas, considerándolas irrelevantes la mayoría de las veces. Al estar estresados mostraron impaciencia con ellas, lo que los llevó tener actitudes groseras y poco amables.

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud de Nicaragua: promover a través de charlas, capacitaciones y dentro de los protocolos de atención información sobre la violencia obstétrica, sus repercusiones sobre la mujer y los beneficios de prevenirla.

A las autoridades institucionales del HEODRA: crear e impulsar estrategias en conjunto con los servicios de Obstetricia para el cumplimiento del concepto de parto humanizado contemplado en los protocolos de atención del parto.

A las autoridades de los servicios de obstetricia del HEODRA: concientizar a través de charlas a médicos de base, residentes e internos sobre la identificación y prevención de violencia obstétrica. Adicionalmente, ejecutar evaluaciones periódicas sobre la calidad de atención dentro de los servicios.

A la dirección del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-León: incluir dentro de las microprogramaciones de los módulos a cargo, la revisión de violencia obstétrica, destacando su relevancia como un problema de salud y su afectación en la calidad e integridad de los profesionales médicos.

A los futuros investigadores: traducir los hallazgos de este estudio a un cuestionario que permita realizar estudios cuantitativos que validen los postulados teóricos planteados.

Referencias Bibliográficas

1. Asamblea Nacional de la República bolivariana de Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. N° 38.668 abr 23, 2007.
2. Zacher Dixon L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices: Obstetrics in a Time of Violence. *Med Anthropol Q.* diciembre de 2015;29(4):437-54.
3. Cohen Shabot S. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud.* mayo de 2016;39(2):231-47.
4. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. “Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo”. Normativa 0-11: 39 Managua: MINSA, 2015.
5. Cohen Shabot S, Korem K. Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia.* agosto de 2018;33(3):384-401.
6. Chadwick R. Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Fem Psychol.* noviembre de 2017;27(4):489-509.
7. Turcio Ruíz CI, Vargas Ruíz GM. Conocimiento y atención del parto humanizado por el personal de salud. Hospital Victoria Motta de Jinotega, I y II semestre 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015.
8. Gutiérrez Mendoza AM. Parto libre y natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto Hospital Alemán Nicaragüense, Noviembre 2016-Enero 2017. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2017.
9. Rodrigues Ribeiro MA. La atención al Parto en Nicaragua. Confidencial. Web. 7 de junio de 2016.
10. Sevilla Gutiérrez I. Violencia contra la mujer en el embarazo y complicaciones Materno-Fetales, pacientes ingresadas en el Hospital Alemán Nicaragüense, Septiembre-Diciembre 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015
11. Ramos L, Tijerino J. Violencia obstétrica: Un silencioso trauma en mujeres. *El Nuevo Diario.* Web. 7 de abril de 2019.
12. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS; 2014.
13. Camaño EO, Guinle MA, Rollano ED, Estrada JH. SALUD PUBLICA. Ley 25.929 sep 17, 2004.

14. Oliver D. La violencia obstétrica se hace visible para la ONU. El País. Web. 27 de septiembre de 2019;
15. Šimonović D. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General Distr. general: Naciones Unidas; 2019 jul. Report No.: A/74/137.
16. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. enero de 2016;24(47):47-55.
17. C. Cobos JC, Fellner. EA, Hidalgo E, Estrada JH. Ley de protección integral a las mujeres. Ley 26.485 abr 1, 2009 p. 19.
18. Given LM, editor. *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. Vols. 1 & 2. Los Angeles, Calif: Sage Publications; 2008. 1043 p.
19. Bautista C, Nelly Patricia. *Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones*. 2011.
20. Ellsberg M, Heise L. El análisis de los datos cualitativos. En: *Investigando la violencia contra las mujeres*. 1.^a ed. Managua, Nicaragua: Alianza InterCambios; 2007. p. 16.
21. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. *Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos*. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2006.

Anexos

CUESTIONARIO BREVE SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Cama: _____

Iniciales de la paciente: _____

Fecha: _____

Durante la atención brindada en este centro hospitalario a usted:

- ¿Le han realizado algún procedimiento sin su consentimiento? ___
- ¿Le han hablado de manera poco educada o irrespetuosa? ___
- ¿No le han brindado toda la información sobre su estado o el de su bebé? ___
- ¿Le han tomado fotografías sin consultarle? ___
- ¿Se han burlado de usted? ___
- ¿La han golpeado o tratado violentamente? ___

¿Algún otro hecho que le haya causado incomodidad, molestia o disgusto?

Entrevista semiestructurada sobre violencia obstétrica

1. ¿Qué fue lo que le sucedió?
2. ¿Cómo se sintió usted en ese momento?
3. ¿Por qué cree usted que ellos hicieron eso?