

Cesárea: percepciones y acciones de los profesionales del equipo obstétrico.

Proyecto de Iniciación a la Investigación - CSIC

Investigadora Responsable *Asist. Carolina Farías*

Referente Académico *Prof. Agda. Alejandra López*

Mayo 2015
Montevideo, Uruguay

Fundamentación y antecedentes

La elección del tema -cesárea- se basa en la relevancia actual que tiene para la agenda de los derechos reproductivos de las mujeres. Éstos han tenido un reconocimiento a nivel internacional, fundamentalmente, a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas celebrada en El Cairo (1994). En nuestro país, los mismos han sido reconocidos como derechos en los marcos normativos a partir de la aprobación -en 2008- de la Ley N° 18.426 “*Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*”, la cual establece en su Art. 3, inc. c. “(...)promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados(...)” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008).

Desde hace más de un siglo, los partos y los nacimientos se han medicalizado hasta el punto de olvidarse la fisiología de los mismos (Hutter, 2010). Se pierden de vista los procesos de subjetivación especiales de las mujeres en trabajo de parto, parto y puerperio (Odent, 2006). Se ha protocolarizado, medicalizado e instrumentalizado un acontecimiento vital que, por lo menos en el 85% de los casos, no reviste ningún tipo de complicación médica (WHO, 1985).

La sistemática medicalización e instrumentalización (incluyendo prácticas rutinarias tales como episiotomía, inducción farmacológica del trabajo de parto o para acelerar el mismo, posición decúbito supino durante el trabajo de parto y parto, aumento del número de cesárea), no encuentra sustento en evidencias científicas y su uso rutinario es desalentado tanto por organismos internacionales (WHO, 1985), como nacionales (MSP, 2008).

La cesárea, una cirugía mayor abdominal mediante la cual se extrae el feto del interior del cuerpo de la mujer realizando un corte a través de la pared abdominal y uterina, es recomendada en aquellas situaciones donde es necesario resguardar su salud y/o la de su bebé, rápidamente se ha convertido en una de las cirugías más realizada a nivel mundial (Mora, 2014). Su aumento y uso indiscriminado es particularmente preocupante debido a los altos índices a nivel nacional, regional e internacional (WHO, 1984; Odent, 2006; Patah & Malik, 2011; MSP, 2013). Según la Organización Mundial de la Salud, “no hay justificación para ninguna zona geográfica para tener más de 10-15% de cesáreas” (WHO, 1985). En este sentido, la relevancia social y científica de este estudio se justifica ampliamente.

A lo largo de su historia, la cesárea pasó de ser una operación realizada a una mujer muerta a una intervención para salvar la vida de mujeres y niños (Hutter, 2010). Por este motivo, es muy apreciada por el sistema médico y la sociedad en general. Sin embargo, hoy día se ha llegado a un punto en que la intervención no logra resultados “milagrosos” por lo que su elevado índice no ha demostrado mejoras en la morbi-mortalidad materna y fetal en aquellos servicios donde se cumplen todas las condiciones de buena atención perinatal .

Los estudios disponibles muestran que el perfil de las mujeres con parto vía cesárea se concentra en aquellas con mayores niveles educativos, en edades intermedias del periodo reproductivo, con niveles socio-económicos medios y altos, residentes en zonas urbanas y con seguro privado de salud (Ahmad-Nia et al., 2009; Fairley et al., 2011; Feng et al., 2012; Leone et al., 2008; Arrieta, 2011; Lipkind et al., 2009; Murray, 2000). Estos estudios permiten evidenciar lo paradójico de la situación ya que estas mujeres son quienes tienen menor riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal (Suárez et al, 2013).

La cesárea es un tema estudiado desde distintas disciplinas, en particular aquellas referidas al campo bio-médico. Sin embargo, más recientemente se ha comenzado a explorar otras dimensiones del problema (sociales, subjetivas, económicas), a la luz de que se ha convertido en una forma común de finalización del embarazo. En tal sentido podemos encontrar numerosas investigaciones relacionadas con el análisis de los factores que pueden estar relacionados al aumento del índice de cesárea (Osis, Cecatti, De Pádua & Pádua, 2006; Piloto y Napoles, 2014), con las estrategias para su disminución (Aceituno et al, 2003; Latorre et al, 2006), el impacto de esta intervención en la morbi-mortalidad materna y fetal (Nomura, Alves & Zugaib, 2004), así como los efectos a nivel psicosocial a corto y mediano plazo (Olza, 2010; Olza, s/f; Garel, Lelong, Marchando & Kaminskif, 1990, Sapiens & Córdoba, 2007).

Los altos índices registrados a nivel global han generado que distintos actores (organismos internacionales, organizaciones sociales, profesionales, gobiernos) comenzaran a generar preguntas específicas sobre este aspecto concreto de la vida reproductiva de las mujeres: la forma en que nacen sus hijos/as. ¿Qué factores están asociados al aumento del índice de cesárea? ¿Qué repercusiones tiene para la salud reproductiva de las mujeres y para la reproducción poblacional en términos generales?

Es vasta la bibliografía disponible vinculada al tema de la cesárea, fundamentalmente en relación a los aspectos sanitarios (Nomura, Alves & Zugaib, 2004; Calvo, Cabeza, Campillo & Agüera, 2007; Barros, Vaughan & Victora, 1986) incluso sobre el impacto económico para los sistemas de salud (Shearer, 1993; Muínelo, Rossi & Triunfo, 2005), aunque es un poco más escaso el conocimiento acumulado con relación a las dimensiones psicosociales o desde la perspectiva de las mujeres.

El aumento del número de cesárea y las estrategias para su reducción son un ineludible problema de investigación para quienes se abocan al tratamiento de este tema y para los ejecutores de políticas públicas en el campo de la salud (MSP, 2008; Patah & Malik, 2011; Mendoza-Sassi et al, 2010; Brown, Paranjothy, Dowswell, Thomas, 2008; Calvo et al, 2007; Osis, Cecatti, Pádua, & Faúndes, 2006).

La práctica de la cesárea parecería sostenerse, entre otros factores, en un sistema de creencias sociales sobre su inocuidad. Por ejemplo, desde el personal de salud, en general, no se informa sobre el procedimiento ni tampoco sobre posibles efectos físicos, psíquicos y emocionales para las mujeres (Hotimsky, 2010; Olza & Lebrero, 2006).

Del mismo modo, el aumento significativo de las cesáreas “innecesarias”, también es de interés para los investigadores. Al hablar de “innecesarias” se hace referencia a aquellas cirugías cesáreas realizadas sin razón médica o producto de la iatrogenia propia del sistema, es decir, como consecuencia de la alta medicalización e institucionalización de los partos. Por ejemplo, la aplicación del “pack completo” que incluye las inducciones farmacológicas, la aplicación de oxitocina sintética como forma de acelerar el trabajo de parto (uso rutinario), la rotura de membranas protocolarmente, etc., está asociado al aumento de las cesáreas (Olza & Lebrero, 2006; Hutter, 2010).

Por lo general, desde el propio sistema médico, se esgrimen otras dos razones para su realización: la medicina defensiva y el que las mujeres son las que piden la intervención (Cóppola, 2015).

En relación a la medicina defensiva, el Dr. Hugo Rodríguez, Profesor titular del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, expresó: “El objetivo de la medicina defensiva es la pretensión de protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente. Se la considera una forma no ética de ejercicio profesional” (2006: pp 2). Claramente, la medicina defensiva no es una práctica válida del ejercicio profesional, ni desde el punto de vista clínico ni ético,

sin embargo, no se puede dejar de reconocer que es una práctica común o rutinaria (Revuelta, 2006; Rodríguez, 2006). En el caso de la atención al proceso de embarazo, parto y puerperio, la medicina defensiva está relacionada con lograr a toda costa un “producto” (bebé) vivo y sano. El descenso en el número de hijos por mujer y el retraso de la edad para gestar el primer hijo, está directamente relacionado con este punto. Se agrega, además, casi fantástica y sin ningún correlato con la evidencia científica, de que cuánto más intervención, mejor resultado. Por lo que los profesionales sanitarios intervendrán al máximo con el fin de evitar una posible acusación de que “no se ha hecho todo lo posible”.

Por otro lado, se realizaron varios estudios que han indagado específicamente sobre las características de las mujeres que solicitan una cesárea electiva sin razones médicas y, en ninguno de ellos, se ha encontrado un número estadísticamente significativo en relación al aumento del índice de cesáreas (Cóppola, 2015). En este sentido, en el año 2013, *American College of Obstetricians and Gynecologists*, publicó un artículo donde se explaya sobre la cesárea por solicitud materna y expresamente señaló que se debe apuntar e indicar los beneficios del parto vaginal y que no se debiera aceptar realizar la cirugía a petición antes de las 39 semanas de gestación. Se debiera asegurar previamente la maduración pulmonar, además, expresamente indica que no debiera realizarse tal cirugía como paliativo del temor al dolor en el parto.

Ésta última indicación llama la atención porque al parecer la “medicina defensiva” es una práctica “justificada” por parte de los profesionales de la salud, aún cuando sea cuestionada desde el punto de vista ético, pero que una mujer exprese su deseo, a través de un consentimiento informado (damos por sentado que tal consentimiento debe ser dado luego de la información clara y detallada de los riesgos y beneficios de las intervenciones posibles) parece no ser una justificación suficiente y válida para su práctica. Esto poder ser explicado, entre otros factores, por los estudios con perspectiva de género. La violencia de género es perpetuada y ejercida por el propio sistema de salud, ubicando a las mujeres en un lugar de inferioridad a la hora de tomar decisiones, mediante el ejercicio naturalizado de la “tutela” del médico quién autorizará, mediante indicación “técnica” si el motivo por el que solicita una intervención es válida o no, aún cuando en las mismas circunstancias, ellos mismos toman las similares decisiones.

La cesárea en el Uruguay

La realidad de la cesárea en Uruguay, desde hace ya varios años, debería motivar un análisis minucioso de los determinantes que están implicados en la tendencia de los

últimos años sobre incremento. Según el Sistema de Información Perinatal, en nuestro país la cesárea –para el 2013- se ubica en un promedio nacional que alcanza el 50% del total de nacimientos. La mayor incidencia se produce en los servicios del subsector privado de la capital (55,3%) y del interior (47,6), aunque el sector público también presenta indicadores muy por encima de las recomendaciones internacionales.

Cesáreas Uruguay 2013	%
Montevideo Público	33,4
Montevideo Privado	55,3
Interior Público	33
Interior Privado	47,6

En nuestro país, las Normas de Atención a la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio (MSP, 2008) incluyen una serie de “medidas para racionalizar la tasa de cesáreas” tales como no institucionalizar a la mujer en parto o trabajo de parto temprano, limitar las inducciones, no realizar cesárea por antecedente de cesárea previa o de embarazo múltiple como únicos motivos, que el trabajo de parto sea asistido por parteras, entre otros aspectos. Sin embargo, tales recomendaciones aún no han logrado incidir en el número de cesárea que se realiza en el país.

El impacto de la cesárea para las mujeres

Como sociedad hemos naturalizado la medicalización de la vida cotidiana, y otorgamos un rol preponderante a la medicina y a los profesionales de la salud como sus ejecutores (Barrán, 1993). No es de extrañar que lo mismo ocurra durante el proceso del embarazo y nacimiento. Sin embargo, el momento del nacimiento es de vital trascendencia para las mujeres. Por lo general las mujeres pueden relatar el nacimiento de sus hijos con detalles minuciosos (horas, sensaciones, palabras textuales) aún cuando hayan transcurrido muchos años de la experiencia. Y así como se recuerda el nacimiento, también se recuerda todo el malestar o las inseguridades que se pudieron haber vivido, muchas de ellas provocadas por el propio sistema institucional de atención de la salud.

La naturalización de la cesárea lleva a la invisibilización de sus repercusiones y las mujeres afectadas se encuentran desvalidas a la hora de expresar/procesar sus experiencias ya que no hay recursos en el sistema de salud que las habiliten a hablar de ello. Tampoco hay apertura en los entornos sociales cercanos o inmediatos, ya que el foco de atención, luego del nacimiento, se traslada completamente al bebé. Este corrimiento, se produce desde el primer momento de institucionalización. Es muy interesante observar que al entrar al hospital para parir, la dimensión de “mujer” como sujeta de derechos se ve anulada por la dimensión “madre”, que la coloca en el escenario solo en función de otro, el futuro bebé. Este cambio en el centro de la atención, deja a la mujer y su experiencia subjetiva, invisibilizada e inexistente.

El Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades ha supervisado y tutorizado diversas investigaciones en el grado y el posgrado en relación a la atención del embarazo, nacimiento y puerperio, violencia obstétrica, humanización del parto y medicalización, entre otros.

Particularmente, cabe destacar la realización del estudio *“Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia”*¹. Fue una investigación de tipo exploratoria y descriptiva, desde una metodología cualitativa a partir de los relatos de mujeres que transitaron la experiencia de cesárea al finalizar su primer embarazo.

Del análisis y conclusiones de tal estudio queda en evidencia que la intervención no es inocua para la salud psíquica de las mujeres. La cesárea es significada por las mujeres que participaron del estudio, como una experiencia deshumanizadora del nacimiento de su hijo/a. Se evidenció el desconocimiento de lo que implicaba realmente una cesárea: desde conocer los motivos de la indicación médica hasta las prácticas institucionales habituales en torno a ella, la falta de información durante las preparaciones para el parto o los controles obstétricos, la ausencia de consentimiento informado para la realización de la intervención, así como la despersonalización en el trato.

En la misma línea, se evidenció una ausencia de atención a la dimensión subjetiva, emocional y psíquica de la salud de la mujer lo que impide prevenir efectos

¹ Investigación realizada para la obtención del título de Magister en Psicología Social y llevada adelante por la responsable del presente proyecto entre los años 2012-2014.

psicológicos y/o vivencias traumáticas generadas por las propias prácticas institucionales.

Desde estos cuestionamientos, cobra sentido que se realicen aportes desde la psicología como disciplina que pueda integrar, al mismo tiempo, los aspectos individuales/subjetivos y los factores sociales que los condicionan. Hacer énfasis en producir conocimiento desde las propias protagonistas es solo el punto de partida. El tema, sin duda, no se agota con ello, por lo que hace indispensable la necesidad de continuar profundizando en una agenda de investigación sobre la atención al nacimiento en general y sobre la cesárea en particular.

El presente proyecto, intenta realizar un acercamiento al problema a través del estudio de las diversas dimensiones que se ponen en juego a la hora de indicar y practicar una cesárea por parte de los profesionales del equipo obstétrico. Ellos aportarán elementos que podrían permitir comprender cuáles son los condicionamientos que explican el aumento del índice de cesárea en nuestro país, así como las diferencias significativas que se visualizan entre el sector público y privado, y Montevideo e interior. Asimismo, se buscará profundizar en el análisis de la práctica profesional específica que ejercen en los casos de indicar/realizar una cesárea, al tiempo que permitirá detectar las barreras que dificultan que los profesionales visualicen las repercusiones psíquicas y emocionales de tal práctica.

La Psicología y en particular la Psicología Social y la Psicología de la Salud, debe ahondar en estos debates ya que la reproducción biológica no le es ajena, en el sentido de que es el propio punto de partida de la reproducción social. ¿Qué personas, qué identidades se construyen socialmente desde la atención que nuestra sociedad le da al embarazo, parto y puerperio? ¿Cómo y por quiénes son recibidos los/as ciudadanos/as del mañana? ¿Qué roles quedan indeleblemente marcados en los cuerpos de las mujeres que sostienen tal reproducción (biológica y social)?

Problema de investigación y objetivos

La medicalización de la sociedad y en particular, la atención al embarazo, nacimiento y puerperio, han sido objeto de diversas teorizaciones e investigaciones. En nuestro país, los esfuerzos por regular y promover la atención universal a la salud reproductiva han redundado en mejorar los indicadores de morbi-mortalidad materna y fetal, especialmente aquella que puede ser evitada. Sin embargo, el abuso de medicalización y rutinización de los eventos obstétricos ha traído aparejados nuevos problemas, como ser el aumento del índice de cesárea y sus repercusiones en la vida reproductiva (y psicosociales) de las mujeres.

En este sentido, centrar el estudio en la cesárea, nos permite analizar los impactos que puede tener la medicalización en el logro de sus objetivos pero también en las implicaciones que tiene en sus protagonistas.

Realizar este acercamiento desde la perspectiva de los profesionales de la salud nos permite tener un más amplio acercamiento a todas las dimensiones del problema, así como a la comprensión de los determinantes institucionales pero también subjetivos que se ponen en juego.

Objetivo General

- Describir y analizar las percepciones y acciones técnicas respecto a la intervención cesárea de los/as profesionales de la ginecología y obstetricia que trabajen en instituciones de salud privada y públicas, tanto de la capital como del interior del país.

Objetivos Específicos

- Analizar las percepciones de los profesionales sobre el aumento del índice de cesárea en nuestro país y las posibles medidas de reducción.
- Indagar sobre las opiniones de los profesionales sobre las diferencias que se observan en la incidencia de la práctica en el sector público – privado de atención a la salud y en Montevideo-interior.
- Describir y analizar las prácticas relacionadas con la intervención y su relación con la aplicación de la normativa nacional vigente, así como las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública.

- Identificar los supuestos que sustentan las acciones de los profesionales respecto a la cesárea.

Principales preguntas de investigación

La pregunta principal que la investigación busca responder es ¿cuál es la valoración subjetiva de los profesionales de la salud sobre la cesárea?,

Para ello, se establecieron una serie de preguntas subsidiarias que ayudaron a nutrir de contenido la pregunta general, a saber:

a) la opinión personal, subjetiva sobre la cesárea de los profesionales obstétricos nos permitirá acceder a las representaciones y los marcos conceptuales sobre la indicación de cesárea.

¿Cuál es la visión de los profesionales obstétricos sobre la cesárea?

¿Cuáles son los factores personales, institucionales, organizacionales, culturales e históricos que pueden estar incidiendo en el aumento del índice de cesárea?

¿Cómo explican las diferencias entre el número de cesáreas en el interior del país y en la capital, así como en el sector público y privado?

b) Relaciones institucionales, protocolos y barreras culturales que pueden estar relacionadas con la problemática.

¿Existen protocolos universales sobre la indicación de cesárea en el Uruguay?

Cómo profesional de la salud en ejercicio, ¿tiene incidencia en la elaboración o aplicación de los mismos?

¿Se trabaja en equipo con el resto de los profesionales sanitarios?

¿Existen las condiciones institucionales/organizacionales para aplicar las medidas de reducción del índice de cesárea? ¿cómo inciden en el ejercicio profesional cotidiano?

¿Es posible seguir las recomendaciones realizadas por el MSP? ¿cuáles son factores que operan como obstáculos o facilitadores?

Diseño metodológico

Para el desarrollo del presente estudio se propone un diseño metodológico de tipo cualitativo ya que es el que mejor se ajusta a los objetivos propuestos dado que nos permite identificar y analizar los procesos subjetivos que participan en la toma de decisión, las vivencias y las prácticas de los sujetos implicados, en este caso, los profesionales de la salud del área de obstetricia, así como comprender las dimensiones institucionales y sociales asociadas en tales procesos.

Se tratará de un estudio de tipo exploratorio-descriptivo definiendo una muestra intencional teórica, no probabilística, de profesionales de la salud del área de gineco-obstetricia: parteras y ginecólogos/as, por ser los profesionales que actúan en el seguimiento del embarazo, atención durante el trabajo de parto (en el caso de que hubiera) y en el acompañamiento post-nacimiento. Si bien las parteras no son quienes realizan la indicación de cesárea (por tratarse de una intervención médico-quirúrgica), consideramos tienen los elementos de formación y atención en obstetricia adecuados y suficientes que permitirán brindar información de calidad para comprender más cabalmente el problema.

Se buscará contemplar la inclusión de profesionales del sector público y privado, de Montevideo y dos departamentos del interior del país. Se incluirá la capital por ser la que cuenta con el mayor número de nacimientos anualmente. Para el caso de los departamentos del interior del país se seleccionarán aquellos que cuenten con el menor y mayor porcentaje de cesáreas para el año 2015, datos que serán solicitados al Sistema de Información Perinatal, Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública. La discriminación entre público y privado se sustenta en las diferencias significativas existentes y sostenidas a lo largo de la última década en el índice de cesárea.

La estrategia metodológica se basa en la aplicación de dos técnicas cualitativas para la recolección de datos: entrevista en profundidad semi estructurada y grupos focales.

Las entrevistas en profundidad permitirán poner en el centro el discurso en la dimensión subjetiva de la práctica profesional. Esta “conversación guiada” permitirá acceder a las experiencias significativas a la vez que posibilita no quedarse en el discurso “políticamente correcto” sino que busca un acercamiento “denso” al sentir/pensar/hacer de los profesionales. (Callejo, 2002). Por otro lado, los grupos focales, nos permite acceder a los implícitos y supuestos que organizan el discursos

de los participantes en un entorno en donde el “discurso público” se vuelve relevante. Asimismo, la técnica facilita la detección de los componentes de consenso y discrepancia sobre el tema.

Para llevar adelante ambas técnicas, se elaborarán pautas guías para orientar las áreas de exploración de acuerdo a los objetivos definidos. Se prevé la realización de un aproximado de 40 entrevistas, tomando en cuenta los criterios de saturación de la información, heterogeneidad y accesibilidad.

Entrevistas en profundidad	Público		Privado		Total
	Ginecología	Partería	Ginecología	Partería	
Montevideo	5	5	5	5	20
Interior	5	5	5	5	20
Total	20		20		40

Para el caso de los grupos focales se prevé la realización de 6 grupos, de entre 6 y 8 participantes cada uno. Para su conformación se tomarán en cuenta tres criterios: a) en primer término se separan los diferentes roles profesionales (partería y ginecología), de modo tal que los participantes de la instancia se encuentren entre colegas que cumplen el mismo rol, lo que puede favorecer la aparición de datos y comentarios que serían inhibidos con la presencia de otros profesionales; b) se harán grupos con profesionales del interior y otros con Montevideo puesto que la diferencia demográfica impacta en las condiciones en las que realizan su labor; c) para elegir los departamentos del interior que estarán representados en los grupos focales se utilizará el índice de cesáreas de los departamentos, eligiendo los extremos, de modo tal de apreciar diferencias discursivas relevantes entre los profesionales de una y otra realidad.

Grupos Focales	Ginecología	Partería
Montevideo	1	1
Departamento con mayor índice de cesárea	1	1
Departamento con menor índice de cesárea	1	1

Para la captación de los profesionales se realizará una primer convocatoria a partir de las sociedades gremiales y científicas y posteriormente, a través de la comunicación con las direcciones de los centros de salud del sector público. Se utilizará también la técnica de bola de nieve si la muestra no se completa a través de las vías previstas.

Las entrevistas y los grupos focales serán grabadas y luego desgrabadas para su posterior tratamiento y análisis. Para el análisis se realizará la elaboración de códigos, tanto para las entrevistas en profundidad como para los grupos focales, a partir de las guías y pautas elaboradas para cada caso. Se realizará un análisis logitudinal de cada entrevista y grupo focal, así como un análisis transversal de ambas técnicas. La triangulación de técnicas complementarias es una estrategia para la validación de los resultados del estudio.

Aspectos éticos

Por tratarse de una investigación psicosocial en el Área Salud, la investigación está comprendida en lo dispuesto por el Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública sobre Aspectos éticos en investigación con seres humanos, adoptado por el Consejo de la Facultad de Psicología a través de su Comité de Ética en Investigación. Se deja expresa constancia de la presentación del proyecto ante tal Comité para su aval.

Las particularidades de la metodología cualitativa (en la medida que pretende conocer y comprender las significaciones que tienen los acontecimientos y las experiencias vividas para las personas) requieren el extremar estos cuidados éticos. En base a las características de la presente investigación se priorizarán las siguientes consideraciones éticas: a) consentimiento informado; b) manejo confidencial de la información; c) consideraciones específicas de situaciones que lo ameriten (en caso de que surjan en el desarrollo de la investigación).

La protección de la identidad de los participantes se realizará mediante la codificación de los datos identificatorios. Del mismo modo, el manejo digital de la información será cifrado con el objetivo de que la información no pueda ser decodificada por nadie ajeno a la investigación.

Equipos y materiales

La Facultad de Psicología cuenta con la mayoría del equipo necesario para realizar la investigación. Esto incluye: computadoras y software de análisis cualitativo para el procesamiento de los datos, grabadoras de audio, video, equipamiento general de oficina: escritorios, teléfono, impresoras, etc.

Se solicita financiamiento para la adquisición de libros lo que aportará al incremento del acervo bibliográfico en la temática, con el cual no contamos actualmente en Facultad.

Bibliografía

- Aceituno, L., Segura, M., Quesada, J., Rodríguez-Zarauz, R., Ruiz-Martínez, E., Barqueros, A., & Sánchez, M. (2003). Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *TITLEREVISTA*, 46(10), 430–440.
- Ahmad-Nia, S., Delavar, B., Eini-Zinab, H., Kazemipour, S., Mehryar, A.H., Naghavi, M. (2009). Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence some sociodemographic correlates. *Eastern Mediterranean Health Journal* 15 (6), 1389
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Cesarean Delivery on maternal request. Committee opinion, Number 559. Recuperado de: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Cesarean-Delivery-on-Maternal-Request>
- Barrán, JP. (1993)? La medicalización de la Sociedad. Uruguay. Editorial Nordan.
- Barros, F. C., Vaughan, J. P., & Victora, C. G. (1986). Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy and Planning*, 1(1), 19-29. doi:10.1093/heapol/1.1.19
- Brown, H.; Paranjothy, S.; Dowswell, T.; Thomas, J.. (2008). Paquete de atención con tratamiento activo del trabajo de parto para la reducción de las tasas de cesárea en mujeres de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
- Callejo Gallego , J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*,76(5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076504>
- Calvo, A., Cabeza, P. J., Campillo, C., & Agüera, J. (2007). Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 50(10), 584-592. doi:16/S0304-5013(07)73232-6

- Cóppola, F. (2015). Cesáreas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 31 (1):7-14.
- Fairley, L. Dundas, R., Leyland, AH., (2011). The influence of both individual and area based socioeconomic status on temporal trends in Caesarean section in Scotland 1980-2000. *BMC Public Health*, 7(12):e 52893
- Feng, X., Xu, L., Guo, Y., & Ronsmans, C.. (2012). Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(1), 30-39A
- Garel, M., Lelong, N., Marchand, A., Kaminski, M. (1990). Psychosocial consequences of cesarean childbirth: a four year follow up study. *Early Human Development*, 21 (1990), 105-114. Elsevier scientific Publishers Ireland Ltd.
- Hotimsky, S. (2010). Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil. En López, A; Castro, R. *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional (137-155)*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hutter Esptein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid: Editorial Turner Noema.
- Latorre, R.; Carrillo, J.; Yamamoto, M.; Novoa, J.; Valdés, A.; Insunza, A.; Paiva, E. (2006). Gobierno del parto en el hospital Padre Hurtado: un modelo para contener la tasa de cesárea y prevenir la encefalopatía hipóxico-isquémica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71, 196–200.
- Leone T., Padmadas S. S., Mathews Z. (2008): Community Factors Affecting Rising Caesarean Section Rates in Developing Countries: an Analysis of Six Countries. *Social Science & Medicine*, 67: 1236-1246
- Lipkind, HS., Duzyj, C., Rosenberg, TJ., Funai, EF., Chavkin, W. (2009). Disparities in cesarean delivery rates and associated adverse neonatal outcomes in New York City hospitals. *Obstet Gynecology*. 113(6): 1239-1247

- Mendoza-Sassi, R. A., Cesar, J. A., Silva, P. R. da, Denardin, G., & Rodrigues, M. M. (2010). Risk factors for cesarean section by category of health service. *Revista de Saúde Pública*, 44, 80–89.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2008). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Capítulo: Normas de atención a la mujer en proceso de parto y puerperio*. Recuperado en noviembre 10 de 2011, a partir de www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,21588
- Mora, L. (2014), abril 24. Abril mes de la concienciación sobre la cesárea. [Entrada en Blog]. Recuperado de http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/04/24/abril-mes-de-concienciacion-sobre-la-cesarea?utm_source=dlvr.it&utm_medium=Facebook
- Muinelo, L; Rossi, M; Triunfo, P. (2005). *Comportamiento Médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay*. Documento de Trabajo. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Recuperado en marzo 22 del 2012, a partir de <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Doc0605.pdf>
- Murray, SF. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*, 321, 1501-1505.
- Nomura, R., Alves, E., & Zugaib, M. (2004). Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 9-15. doi:10.1590/S0034-89102004000100002
- Odent, M. (2006). *La Cesárea*. Barcelona: Editorial La Liebre de marzo.
- Olza Fernández, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. <http://purl.org/dc/dcmitype/Text>. Recuperado 22 de junio de 2011, a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3397601>
- Olza, I.; Lebrero, E.(2006). *¿Nacer por cesárea?*. Colombia: Edición para América Latina, Grupo Editorial Norma.
- Olza, I. (s/f). Lactancia después de cesárea. Recuperado a partir de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/lactanciaDepresionPsicosis.pdf>

- Osis, M. J., Cecatti, J. G., Pádua, K. S. de, & Faúndes, A. (2006). Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. *Revista de Saúde Pública*, 40, 233–239.
- Patah, L, Malik, A. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 185-194. doi:10.1590/S0034-89102011000100021
- Piloto, M. y Napoles, D. (2014) Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online], 40(1), 35-47
- Revuelta, A. (2006). El riesgo de judicialización de la medicina. *Educación Médica*, V.9, supl. 1, Barcelona, diciembre 2001. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132006000600015>
- Rodríguez, H. (2006). De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Revista Médica Uruguay*, Montevideo, v. 22, n. 3, sept. 2006. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 jul. 2014
- Sapién López, JS., Córdoba Basalto, D. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. *Psicología y Salud*. 2007 17(2):219-28
- Shearer, E. L. (1993). Cesarean section: Medical benefits and costs. *Social Science & Medicine*, 37(10), 1223-1231. doi:10.1016/0277-9536(93)90334-Z
- Suarez, L., Campero, L., De la Vara-Salazar, E., Rivera-Rivera, L., Hernández, MI., Walker, D., Lazcano, E. (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Revista Salud Pública de México*, 55(2): 225-234.
- Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicado en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

World Health Organization (1985). *Appropriate technology for birth*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/embarazo_y_salud/tecnologia_parto.pdf