

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

**TESIS:**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LAS VIVENCIAS DE LAS MUJERES EN  
EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS  
CHOTA – 2021.**

Para optar el Grado Académico de

**DOCTOR EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

Presentada por:

**M.Cs. ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO**

Asesora:

**Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**

Cajamarca, Perú

2023

COPYRIGHT © 2023 BY  
**ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO**  
Todos los derechos reservados

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

#### **TESIS APROBADA:**

#### **VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LAS VIVENCIAS DE LAS MUJERES EN EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – 2021.**

Para optar el Grado Académico de

#### **DOCTOR EN CIENCIAS**

#### **MENCIÓN: SALUD**

Presentada por:

**M.Cs. ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO**

#### **JURADO EVALUADOR**

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez  
Asesora

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar  
Jurado Evaluador

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva  
Jurado Evaluador

Dra. Elena Soledad Ugaz Burga  
Jurado Evaluador

**Cajamarca, Perú**

**2023**



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD  
**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

**MENCIÓN: SALUD**

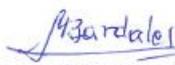
Siendo las 11:30 horas, del día 05 de enero del año dos mil veintitrés, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR, Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA, Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**, y en calidad de Asesora la **Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LAS VIVENCIAS DE LAS MUJERES EN EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA - 2021**; presentada por la Maestro en Ciencias, Mención Promoción y Educación para la Salud **ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO**.

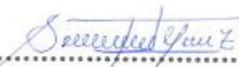
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó aprobación con la calificación de diecischo (18) - Excelente la mencionada Tesis; en tal virtud, la Maestro en Ciencias, Mención Promoción y Educación para la Salud **ANA LEYDI DÍAZ RODRIGO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 12:45 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**  
Asesora

  
.....  
**Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**  
Presidente - Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Elena Soledad Ugaz Burga**  
Jurado Evaluador

A:

Dios y a mi padre,  
quienes desde el cielo guían mi camino  
y me ayudan a lograr todos mis sueños  
y metas propuestas

A mis hijos *Amy Arianna* y *Anthony Mathias*, a mi querido  
esposo *James Milton*, y a mi adorada madre *Celinda*, quienes  
son el motor y motivo de mi existir y el apoyo incondicional en  
mis proyectos de vida

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la escuela de Posgrado en Salud, por los valiosos conocimientos impartidos.

Expreso mi profundo agradecimiento a la Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, por el tiempo, sapiencia en la asesoría del presente trabajo de investigación.

A la directora del Hospital José Hernán Soto Cadenillas y al personal de Salud, por brindarme las facilidades para realizar el presente trabajo de investigación.

A las participantes del estudio, por brindarme, su tiempo, la confianza e información que sustenta el presente trabajo de investigación.

*“A través de nuestra actitud hacia el ser cuidado, podemos ayudar a cambiar su mundo, lo agrandamos o lo empequeñecemos, lo hacemos brillar o lo oscurecemos, lo ayudamos a sentirse amenazado o seguro”*

- Jean Watson

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Epígrafe	vii
Índice de general	viii
Lista de tablas	x
Lista de abreviaturas y siglas	xi
Glosario	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv

### CAPÍTULO I

#### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.1.1. Descripción del Problema	1
1.1.2. Formulación del problema	9
1.2. Justificación de la Investigación	9
1.3. Delimitación de la Investigación	11
1.4. Limitaciones	12
1.5. Objetivos	12

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación o Marco Referencial	13
2.2. Marco Epistemológico de la Investigación	19
2.3. Marco Doctrinal	20
2.4. Marco Conceptual	28
2.4.1. Violencia Obstétrica	28
2.4.2. Vivencias	54
2.5. Definición de Términos Básicos	56

### **CAPÍTULO III**

#### **VARIABLES DE ESTUDIO**

3.1. Operacionalización de Variables	57
3.1.1. Violencia Obstétrica	57
3.1.2. Características Sociodemográficas	60

### **CAPÍTULO IV**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

4.1. Ubicación Geográfica	62
4.2. Métodos y Diseño de Investigación	63
4.3. Población y muestra	65
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	68
4.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	71
4.6. Matriz de Consistencia Metodológica	73
4.7. Consideraciones éticas del estudio	74

### **CAPÍTULO V**

#### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

5.1. Presentación de Resultados	76
---------------------------------	----

CONCLUSIONES	110
--------------	-----

SUGERENCIAS	112
-------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
----------------------------	-----

APÉNDICES/ANEXOS	125
------------------	-----

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Violencia Obstétrica Dimensión 1: Trato Recibido	76
<b>Tabla 2:</b> Violencia Obstétrica Dimensión 2 Procedimientos Realizados	86
<b>Tabla 3:</b> Violencia Obstétrica Dimensión 3: Información y Consentimiento	98
<b>Tabla 4:</b> Variables sociodemográficas	103

## LISTA DE ABRAVIATURAS Y SIGLAS

BPN:	Bajo Peso al Nacer.
CEDAW:	Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación sobre la mujer.
CPP:	Contacto Piel a Piel.
CEVI:	El Comité de Expertas
CVO:	Cuestionario de Violencia Obstétrica.
DEXPLIX:	Diseño Explicativo Secuencial.
FAMI:	Familia, Mujer e Infancia.
HPP:	Hemorragia Postparto
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
LODMVLDV:	Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia
MINSA:	Ministerios de Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PNUD:	Naciones Unidas por el Desarrollo.
RN:	Recién Nacido.
TCC:	Tracción Controlada del Cordón
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
V.O:	Violencia Obstétrica.

## GLOSARIO

**Amniotomía:** Rotura artificial de las membranas fetales (59).

**Antiespasmódicos:** Fármaco utilizado para reducir período de dilatación en el trabajo de parto (59).

**Contacto piel a piel:** Técnica que consiste en colocar al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida (65).

**Episiotomía:** Incisión que se hace en el perineo (el tejido entre la abertura vaginal y el ano) durante el parto (59).

**Kristeller.** La maniobra de Kristeller es un proceso de parto que se utilizaba para hacer salir al bebé con mayor rapidez a través del canal vaginal, durante la fase de expulsión (59).

**Parto institucional:** Parto atendido dentro del servicio de salud por personal especializado, que ayuda a reducir el riesgo y complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido”(59).

**Tracción Controlada de Cordón:** Maniobra utilizada para ayudar a la expulsión de la placenta (65).

**Uterotónicos profilácticos:** Fármacos utilizados para prevenir la hemorragia postparto (59).

## RESUMEN

La investigación Violencia obstétrica y las vivencias de las mujeres en el trabajo de parto, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota – 2021. Tuvo como objetivo determinar cómo se manifiesta la violencia obstétrica durante el trabajo de parto. Estudio de método mixto, descriptivo transversal, desarrollado bajo el método exploratorio. La muestra cuantitativa constituida por 186 mujeres, a quienes se aplicó el Test validado de Violencia Obstétrica; y el componente cualitativo por 12 puérperas. Cuantitativamente la violencia obstétrica se manifiesta en tres dimensiones, Primera: Trato recibido: 85,5% refieren que se realizaron procedimientos en presencia de personas extrañas, 78,5% les fue imposible aclarar sus dudas o manifestar sus temores, 76% tratadas con sobrenombres o diminutivos, al 71% les impidieron estar acompañada y 55,9% criticadas por llorar o gritar; Segunda: Procedimientos realizados; 82,3% les impidieron tomar posturas diferentes a la ginecológica, 48,4% sometida a maniobra de Kristeller; y la dimensión 3: Información y consentimiento: 94,1% no recibió información sobre los medicamentos administrados, al 67,7% les realizaron procedimientos sin consentimiento y para 66,1% el lenguaje utilizado no fue profesional. Los resultados cualitativos se representan en 3 categorías: Categoría 1: Invisibles ante los cuidadores, Categoría 2: Control sobre los cuerpos y Categoría 3: Sin derecho a la información; categorías que hacen visible las dificultades que sufren las puérperas durante su trabajo de parto, las cuales según los discursos se traducen en la falta de respeto a sus derechos, deseos, opiniones, costumbres, indiferencia frente al dolor, poca tolerancia y escasa cortesía en la comunicación.

**Palabras clave:** Trabajo de parto, vivencias, violencia obstétrica.

## ABSTRACT

The research Obstetric violence and the experiences of women in labor, treated at the José Soto Cadenillas Chota Hospital - 2021. Its objective was to determine how obstetric violence manifests itself during labor. Cross-sectional descriptive mixed method study, developed under the exploratory method. The quantitative sample made up of 186 women, to whom the validated Obstetric Violence Test was applied; and the qualitative component for 12 postpartum women. Quantitatively, obstetric violence manifests itself in three dimensions, First: Treatment received: 85.5% report that procedures were performed in the presence of strangers, 78.5% found it impossible to clarify their doubts or express their fears, 76% treated with nicknames or diminutive, 71% were prevented from being accompanied and 55.9% criticized for crying or yelling; Second: Procedures carried out; 82.3% prevented them from taking positions other than the gynecological one, 48.4% submitted to the Kristeller maneuver; and dimension 3: Information and consent: 94.1% did not receive information about the medications administered, 67.7% had procedures performed without consent, and for 66.1% the language used was not professional. Qualitative results are represented in 3 categories: Category 1: Invisible to caregivers, Category 2: Control over bodies and Category 3: No right to information; categories that make visible the difficulties suffered by puerperal women during their labor, which according to the discourses translate into a lack of respect for their rights, desires, opinions, customs, indifference to pain, little tolerance and little courtesy in the communication.

Keywords: Labor, experiences, obstetric violence.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

#### 1.1.1. Descripción del Problema

El nacimiento, tiene muchas implicancias para la mujer y el niño que está por nacer, el proceso del parto es doloroso y se convierte en un fenómeno de gran impacto para la mujer, trascendiendo en vivencias que se verán influenciadas por el cuidado brindado por el personal de salud; es decir, si el trato que recibe la mujer no es digno, si su integridad física y mental no es protegida o de alguna manera se atenta contra ellas, se habla de la violación a sus derechos, no sólo como mujer, sino como ser humano, y esto se considera violencia (1).

El proceso del parto representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer. Por un lado, crea vida, constituye para algunas lo mejor que pudo pasar tras el embarazo, pero a la vez puede ser el evento más doloroso que experimenta e implica una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales y limita sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología (2).

En las últimas décadas, han mejorado los índices de parto institucional, dado que se incentiva a las gestantes a concurrir a establecimientos de salud para la asistencia del parto, esto se logra mediante la utilización de diversas

estrategias como la participación de la comunidad, la educación, los incentivos financieros o las acciones políticas; lamentablemente en este proceso se ha pasado de dar a luz en casa a hacerlo en centros hospitalarios y de dar a luz entre mujeres a hacerlo rodeada de personal de salud. Por tanto, el parto, hoy se entiende como un proceso médico y no como un proceso natural, el que está influenciado por la cultura de la mujer parturienta, de los profesionales que la atienden y de la sociedad en la que se enmarca (3).

Es innegable que al institucionalizarse el parto disminuyó considerablemente la morbilidad materno perinatal; pero por otro lado trajo consigo que el personal de salud se adjudicara el direccionamiento del trabajo de parto, tratando a la parturienta como un ser sobre el cual se puede tomar decisiones sin considerar muchas veces sus opiniones, deseos, sintiéndose dueños absolutos de la verdad respecto a las necesidades de la mujer en ese momento dramático en su vida. Este tipo de cuidado hospitalario, lejos de suscitar bienestar y confianza en sus usuarias, empezó a verse como un proceso angustioso e intrusivo y, sobre todo, poco saludable tanto física y psicológicamente (4).

Diversos estudios revelan que las gestantes, al asistir a un establecimiento de salud para el nacimiento de su hijo, “ingresan a un ambiente completamente intimidante, a salas perturbadoras, personal desconocido, solas, sin apoyo, generando en ellas gran ansiedad y estrés, todo ello agravado por la actitud hostil y soberbia del personal de salud; lo cual disminuye en las embarazadas su capacidad de afrontamiento en el

momento del parto, el que finalmente puede fracasar y terminar de manera distócica, afectando no solamente a las mismas sino también al recién nacido”(5).

La Organización Mundial de la Salud refiere que muchas mujeres en todo el mundo sufren en establecimientos de salud un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el trabajo de parto, que pone de manifiesto maltrato físico y verbal, una profunda humillación, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado, negativa a administrar analgésicos, violaciones de la privacidad, rechazo de la admisión, negligencia que deriva en complicaciones mortales, pero evitables, retención de mujeres y recién nacidos debido a su incapacidad de pago. Incluso, es más probable que las adolescentes, madres solteras, con nivel socioeconómico bajo, quienes pertenecen a una minoría étnica, inmigrantes y quienes padecen VIH, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo (6).

El Informe de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre un 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, basado en la evidencia documentada de 128 Estados, Organizaciones no gubernamentales, instituciones independientes y miembros del mundo académico acerca del maltrato que experimentan las mujeres y las niñas durante la atención del parto en centros de salud de todo el mundo; se examinó la violencia obstétrica como parte de una forma continuada de las violaciones que se

producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos, los que se producen en todo el mundo y afectan a las mujeres de todos los niveles socioeconómicos (7).

Según los relatos y evidencia recolectada se puede hacer referencia que la violencia obstétrica se manifiesta cuando se realizan cesáreas no consideradas como justificadas, y cuando se ejecutan prácticas no recomendadas y son consideradas como rutinarias; así tenemos que la práctica de la episiotomía oscila entre el 30 % de las mujeres que dan a luz de forma vaginal en México, el 50 % en Italia y hasta el 89 % en España. En particular, la información de que se dispone es que el 61 % de las mujeres que fueron sometidas a la episiotomía en Italia no recibieron suficiente información, y que no se solicitó en ningún momento su consentimiento informado (7).

La práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como “maniobra Kristeller”, ya no está recomendada por la OMS, pero sigue siendo una práctica generalizada, a veces con el codo, el antebrazo o con todo el cuerpo, con el fin de ocasionar la expulsión del bebé. Su aplicación varía de un país a otro, y alcanza sus mayores tasas de aplicación en Honduras, donde se usa en una proporción que se sitúa entre el 50 % y el 70 %, de los partos vaginales (7).

Las mujeres también han denunciado una falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir su posición de parto preferida en los hospitales públicos, mientras que sobre la posición para dar a luz hay una mayor flexibilidad en las maternidades privadas.

Muchas mujeres procedentes de diferentes partes del mundo han descrito prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud. Solo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las burlas y los reproches, insultos y gritos que sufren por parte de los trabajadores sanitarios. Especialmente se han destacado las observaciones sexistas y ofensivas. En los testimonios de mujeres procedentes de Honduras se han descrito comentarios como: “No lloraste cuando lo hiciste, abre las piernas o tu bebé morirá y será tu culpa” (7).

El Informe del Observatorio de Violencia Obstétrica de España, reporta datos significativos que reflejan las formas más frecuentes de V.O durante el trabajo de parto, teniendo que 50,1 % manifiestan que se actuó prescindiendo de su consentimiento, un 70,3 % que los profesionales no se presentaron, un 60,8 % de los casos no se les indicó por qué una determinada maniobra estaba aconsejada en su caso, un 76,6 % de los casos no fueron informadas de las distintas opciones de actuación, 80,4 % no se explicaron las posibles consecuencias de la intervención, al 84,6 % no se explicaron los efectos secundarios de la intervención, no comer ni beber (55,7 %), no deambular (53,2 %) y no elegir la postura (74,7 %) (8).

En la labor diaria como enfermera de Hospital José Soto Cadenillas de Chota se ha observado diversas situaciones que pueden ser reconocidas como violencia, ya que pese a que existen normas para la atención del parto humanizado vertical con enfoque de interculturalidad, el personal de obstetricia aún insta a las gestantes a tener un parto en posición ginecológica, impide el ingreso del esposo o algún familiar a la sala de parto; se utilizan de rutina procedimientos como la maniobra de compresión abdominal, episiotomías, administración de medicamentos innecesarios en un parto eutócico; y el contacto precoz de la puérpera con su recién nacido no se realiza según la norma, siendo tardía. De otro lado es frecuente escuchar expresiones como: *“colabora mamita”* *“así duele”*, *“lo hubieses pensado antes de embarazarte”*; frases consideradas hirientes por las gestantes y familiares.

En el Hospital José Soto Cadenillas, la atención del trabajo de parto es responsabilidad de los profesionales de obstetricia, quienes vigilan todo el proceso de dilatación hasta la etapa expulsiva, muchas mujeres suelen pasar muchas horas con fuertes contracciones uterinas antes de iniciar su alumbramiento, las obstetras se ocupan de examinar, controlar las contracciones haciendo uso del partograma, monitorizando el bienestar materno fetal y administrando el tratamiento en coordinación con el médico de turno.

Por otro lado, algunos de los trabajos de parto terminan en cesáreas de emergencia, quedando el cuidado de las gestantes en manos del anestesiólogo, ginecólogo y profesionales de enfermería del área de centro quirúrgico.

El Comité de Expertas (CEVI) recomendó a los Estados “adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica” estableciendo “por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva. Adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud” (9).

A nivel Nacional, la violencia obstétrica es uno de los escenarios considerados por el Plan Nacional contra la Violencia basada en género 2016-2021 en relación a la atención pre, durante y post parto, la cual se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres (10).

Sin embargo, a pesar de la existencia de iniciativas, normas y políticas de salud que promueven el respeto a la dignidad de la mujer durante el proceso de la gestación y el parto en el Hospital José Soto Cadenillas, se puede evidenciar que se desconoce por completo o simplemente no se cumplen y se continúa vulnerando los derechos de las mujeres en esta etapa tan sublime de traer vidas al mundo. De ese modo muchas veces les queda huellas imborrables que las marca de por vida, pudiendo llegar hasta el síndrome de estrés post traumático que daña seriamente la salud mental de la mujer.

En relación específicamente a la violencia obstétrica en clave intercultural y de acuerdo con el Informe y recomendaciones sobre derechos humanos de las mujeres indígenas en el marco de la Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación sobre la mujer (CEDAW), en las comunidades indígenas de Perú muchas mujeres no ejercen su derecho a una maternidad saludable y segura debido a las barreras culturales, geográficas y económicas que limitan su acceso a los servicios de salud. Según el Ministerio de Salud, las mujeres en áreas rurales tienen el doble de probabilidades de morir por causas relacionadas al embarazo que las mujeres en áreas urbanas (11).

No se ha estudiado a profundidad la contribución de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú en estas cifras. Sin embargo, esta problemática existe, y tanto estudiantes como profesionales de la salud la viven el día a día, a veces denunciándola, a veces ignorándola e incluso cometiéndola. Para combatir estas prácticas es necesario generar evidencias sobre su magnitud, sus factores de riesgo, sus consecuencias, la opinión de prestadores y pacientes, y los resultados de diversas estrategias, en base a las cuales se puedan establecer políticas que afiancen el respeto como componente esencial de la atención del parto, y empoderen a las mujeres en la exigencia de sus derechos (11).

Es lamentable que la mujer durante su parto institucional sea víctima de violencia, esta situación puede presentarse incluso cuando acuden al establecimiento de salud para su control prenatal y peor aún son cotidianizados y asumidos como justificados porque provienen del personal

de salud; pocas veces la víctima o la familia hacen algún reclamo usualmente guardan silencio o las comentan con otros usuarios y familiares.

La violencia ejercida por el personal de salud, crea un ambiente poco propicio para brindar cuidado, desgasta las relaciones paciente – personal – familiar, por ende conocer y reconocer la violencia durante el trabajo de parto y el aspecto subjetivo de la interrelación parturienta - personal de salud en este proceso, es un tema interesante por lo cual se ha planteado un estudio cuantitativo, buscando analizar profundamente el problema a través de los resultados estadísticos como la subjetividad e intersubjetividad de las participantes a través del análisis de sus vivencias.

### **1.1.2. Formulación del Problema:**

- ¿Existe violencia obstétrica durante el trabajo de parto en las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota – 2021?
- ¿Cómo son las vivencias de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota - 2021?

### **1.2. Justificación:**

En nuestro país no existe evidencia científica que permita una definición concreta, así como la caracterización de probables orígenes y secuelas de este problema; la violencia obstétrica es un suceso inadecuadamente identificado en el quehacer asistencial y pobremente estudiado en nuestra realidad; e inclusive no es identificado como tal; tanto por el personal de salud, como por las propias mujeres que la padecieron; de allí que la presente investigación pretende ser un

marco de referencia teórica para futuras intervenciones desde las vivencias de la puérpera.

La relevancia de la investigación radica en que la violencia es un problema de salud pública, presente en todos los ámbitos de la vida, es frecuente en los hogares, colegios (bullying), áreas de trabajo (acoso y hostigamiento laboral), sin embargo, la muestra más cruel de victimización es aquella agresión por parte del personal de salud al usuarios sano o enfermo, por tanto, su estudio y luego difusión puede generar nuevas hipótesis de estudio que promuevan investigaciones en nuevas áreas geográficas, equipos multidisciplinarios y el planteamiento de planes de mejora efectivos y sostenibles.

Se tuvo la necesidad de conocer las vivencias las mujeres en relación a la atención brindada durante el trabajo de parto, a fin de que el equipo de salud participe en la implementación de buenas prácticas en la atención a la mujer embarazada, no sólo en la atención directa sino también en abogar por los derechos de las usuarias en esta etapa tan importante de sus vidas. Esto se puede lograr a través de la educación de las usuarias y el personal de salud en materia de derechos humanos, donde el fin común es dar y recibir una atención de calidad, humanizada y profesional que proteja la integridad física y mental de la mujer y su hijo; que, a largo plazo, tenga un impacto positivo sobre las tasas de mortalidad materno-infantil en nuestro país.

Esta investigación aporta información a todo el personal de la salud y madres de familia, generando conocimiento en cuanto a experiencias violentas y respeto de las leyes para contribuir al cumplimiento de los objetivos del milenio, desde una

vista de promover la igualdad de género y mejorar la salud materna; se concientizará y analizará cambios futuros o propuestas sobre un tema tan importante, considerando que los resultados permitirán que los responsables del Área de Salud Materna, establezcan la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones de atención, y así generen un cuidado humanizado a las gestantes por parte del personal de salud involucrado a fin de rescatar la confianza a las madres de familia al momento de atención del parto y del nacimiento de un nuevo ser.

En la presente investigación se utilizó la metodología mixta a fin de conocer el aspecto cuantitativo del fenómeno en estudio, integrando por un lado los resultados estadísticos de las variables en estudio con las vivencias de éstas durante el trabajo de parto

### **1.3. Delimitación de la Investigación:**

- El presente estudio exploró las diversas situaciones de cuidado brindado a las mujeres durante el trabajo de parto, dentro del marco de la violencia obstétrica, cuidados realizados por el personal de salud, tales como anestesiólogos, ginecólogos, médicos, obstetras, enfermeras, técnicos en enfermería y todo el personal inmerso en la atención durante el trabajo de parto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota y cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres que padecieron algún tipo de violencia.
- La investigación describió las vivencias de las mujeres que padecieron violencia obstétrica en los servicios de Ginecología de Emergencia, Centro Obstétrico y Sala de Operaciones, durante el trabajo de parto.

#### **1.4. Limitaciones:**

- Contar con espacios o escenarios adecuados para aplicar los instrumentos que determinaron la existencia de la violencia obstétrica y la narración de las vivencias.
- Acceder a información con registros completos en las Historias clínicas de las puérperas a quienes se medicalizó durante el trabajo de parto.
- Contar con la participación voluntaria y sincera de las puérperas en la narración de sus vivencias.

#### **1.5. Objetivos**

##### **Objetivos generales:**

- Determinar la existencia de violencia obstétrica hacia las mujeres durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. 2021.
- Develar las vivencias de las mujeres que han sufrido de violencia obstétrica durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas Chota. 2021.

##### **Específicos:**

- Describir las dimensiones de la violencia obstétrica hacia las mujeres durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. 2021.
- Describir y analizar las vivencias de las mujeres que han sufrido de violencia obstétrica durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas Chota. 2021.
- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2021.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

##### Antecedentes Internacionales

**Llobera R. (España 2019).** En su trabajo: *Violencia obstétrica: la perspectiva de las mujeres que la han sufrido*, realizó 12 entrevistas semiestructuradas con un enfoque fenomenológico obteniendo como resultados cuatro dimensiones de violencia obstétrica: 1) Trato recibido, fue la más destacada en todas las entrevistas, expresaron que el trato impersonal, sin presentaciones, deshumanizado, irrespetuoso, o jerarquizado, y la atención insuficiente fue en muchas ocasiones la base de la VO; 2) Práctica clínica: Medicalización injustificada de los procesos fisiológicos, sin informar a la paciente, y por tanto sin su consentimiento, vulnerando claramente los derechos de autonomía e información. 3) El entorno: Falta de intimidad, insuficiente acondicionamiento de los espacios. 4) Derechos como pacientes, las participantes identificaron haber sido vulneradas en su derecho a la autonomía, a la información, a la intimidad (12).

**García E., (España 2018),** en su tesis doctoral: *Violencia Obstétrica como violencia de género*, realizó un estudio cualitativo/etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales; tuvo como objetivo visibilizar la violencia obstétrica como una forma extremadamente común de violencia de género. Tuvo como población participante a 37 mujeres que narraron sus vivencias durante el trabajo de parto y a 15 profesionales de la salud. Obtuvo como resultados que la V.O se produce

cuando se suman violencia de género y mala praxis médica. Se trata del tipo de violencia ejercida por parte del personal sanitario sobre los cuerpos de las mujeres y su vida reproductiva (principalmente embarazo, parto y postparto), mediante un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y una patologización de los procesos fisiológicos, por lo que puede ser tanto física (prácticas invasivas y medicalización injustificadas) como psicológica (humillaciones, omisión de información, infantilización). La violencia obstétrica se halla totalmente invisibilizada, por las causas generales en materias de género (machismo, desconocimiento por la población, uso inadecuado de la terminología, prejuicios, etc.) y los sesgos específicos del género como categoría analítica de la salud (androcentrismo, falta de mujeres en los ensayos clínicos, etc.) (13).

**Crespo D. et al (Ecuador 2018)**, en la investigación: La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto, se evaluó la existencia de violencia obstétrica en la atención recibida en los Hospitales Matilde Hidalgo de Procel, General Guasmo sur y Mariana de Jesús de Guayaquil. La metodología siguió una tipología descriptiva de corte transversal. Los datos se obtuvieron posterior a la aplicación de un instrumento tipo cuestionario a las usuarias del área de la consulta externa, sala de post parto y hospitalización, utilizando como técnica la encuesta. Entre los resultados obtenidos, se pudo constatar que el 59.33% de las usuarias recibieron comentarios inapropiados, 77.33% fueron llamadas con sobrenombres y 36% refirieron agresión verbal; al 72% de las usuarias no se les permitió optar por una posición de preferencia, al 72.67% se les negó el acompañamiento de una persona de confianza, y el 65.33% no tuvo la oportunidad del apego precoz. En lo referente a procedimientos realizados para acelerar el parto 100% fueron realizados sin consentimiento

informado, 48% de las usuarias se les practicó episiotomía, 32.67% recibieron conducción y 11.33% se les realizó rotura artificial de membranas (14).

**Da-Silva I. y Santana-Brito R. (Brasil 2017)**, en su trabajo: Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal, la investigación tuvo como objetivo identificar las formas de violencia obstétrica durante el trabajo de parto. El Método utilizado fue un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, desarrollado con 35 púerperas, en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Los resultados obtenidos reflejan que las madres representan las formas de V.O. a través de las palabras y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron. Primaron los comentarios inapropiados, las críticas, intimidación y amenazas ante gritos o gemidos. La posición de parto fue otro factor que generó situaciones incómodas para las entrevistadas. La dificultad en permanecer en la posición conveniente para los profesionales llevó a las mujeres a ser, a veces, tratadas con ignorancia, siendo, incluso, presionadas psicológicamente con la responsabilidad de los posibles daños al niño (15).

**Rangel Y. y Martínez A. (México 2017)** en su estudio “Ausencia de percepción de Violencia Obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México”, estudio de tipo cualitativo, formuló como objetivo conocer las percepciones de la población indígena de la región centro norte de México que ha desarrollado para la visibilización de actos de violencia obstétrica cometidos en la atención de sus partos, trabajó con 57 mujeres y encontró como resultados que, las mujeres sólo identifican como violencia el maltrato verbal, en tanto, los procesos de medicalización excesiva son contemplados como necesarios e inevitables, con

excepción del tacto vaginal. Se narraron experiencias de abuso de poder, omisión y negligencia que las mujeres toleran porque las naturalizan propias de la relación médico-paciente (16).

**Santos A. et al. (Brasil 2017)**, en la investigación. Experiencias de las puérperas frente a la violencia obstétrica, desde la perspectiva fenomenológica, tuvo como Objetivo: Entender la experiencia de las mujeres posparto sobre violencia obstétrica en un hospital público de maternidad. Métodos: Investigación fenomenológica realizada con 17 parturientas, a través de entrevistas guiadas por un cuestionario semiestructurado. Los discursos fueron analizados y organizados a partir de la Fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty. Resultados: Se identificaron tres categorías: El deseo de parto normal y la barrera de resolución profesional; La deshumanización de las actitudes profesionales y la conciencia del mejor logro; El compañero presente y el acompañamiento resistente. Se identificaron ambigüedades en las percepciones experimentadas por las mujeres, con sentimientos de inseguridad a satisfacción con el servicio recibido de los profesionales de la salud (17).

**Borja C. (Ecuador 2017)**, en el estudio: Violencia obstétrica percepciones de las prácticas de atención de salud, tuvo como objetivo conocer la percepción del personal de salud y pacientes frente a la violencia en las prácticas de atención realizadas durante el parto y posparto inmediato. Estudio cualitativo descriptivo; la población fue de diez médicos y enfermeras; y las pacientes atendidas por estos profesionales. Los datos fueron recolectados con una guía de observación no participativa y dos guías de entrevistas semiestructurada. Resultados: Los tactos vaginales, episiotomías y masaje uterino fueron las que más situaciones de

violencia presentaron, fueron realizadas por más de dos miembros del equipo de salud. Las pacientes no sintieron confianza al ser atendidas por estos profesionales sintiéndose como instrumento de aprendizaje. El abuso de medicamentos como oxitocina, para la conducción del parto, sin existencia de criterios para su administración fue frecuente, además no se solicita consentimiento o se miente sobre la composición de la solución. El uso de epítetos como “mamita” o “corazoncito” fue constante durante todas las atenciones; la percepción de las pacientes es que la confianza en el profesional aumentaría si la llamara por su nombre (18).

**Figuroa E. et al. (México 2017)**, en la investigación Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. tuvo como objetivo conocer la percepción de las usuarias de los servicios de salud sobre la existencia de violencia obstétrica. Metodología: Tipo de estudio, cuantitativo, descriptivo. El tipo de muestreo fue por conveniencia a través de la técnica de bola de nieve, se incluyeron 45 participantes. La recolección de datos fue mediante el Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños, adaptado a población mexicana, consta de 11 preguntas dicotómicas. Resultados: El 37.7% de las mujeres encuestadas percibieron algún tipo de violencia obstétrica por parte del personal de salud. Con mayor frecuencia fue percibida la orden de no deambular (51.1%), las críticas por llorar o gritar (44.4%), imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes (37.8%), sobrenombres o diminutivos (28.9%), impedir cambios de posición e impedir contacto con el recién nacido (26.7%) y comentarios irónicos, descalificantes, chistes (22.2%). Conclusiones: Si bien, los porcentajes mayores no se inclinan por lo afirmativo en cuestión de acciones

consideradas como actos de violencia obstétrica, es de gran relevancia destacar que dichos actos están presentes en porcentajes considerables (19).

**Jojoa E. et al. (Colombia 2016)**, en la investigación *Violencia Obstétrica: haciendo visible lo invisible*, tuvo como objetivo: Caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica. Metodología: cualitativo con enfoque fenomenológico; conformado por 16 mujeres con experiencias obstétricas menores de dos años que asistieron a los hogares de Familia, Mujer e Infancia (FAMI) del Instituto Colombiano de bienestar familiar en la ciudad de Popayán (Colombia) durante el 2016. Se realizaron entrevistas estructuradas y a profundidad Resultados: El 69% de las entrevistadas reportaron alguna forma de violencia obstétrica. La violencia institucional se registró en la mayoría de los relatos y estuvo asociada a políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la violencia psicológica, fue percibida como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimento a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones (20).

#### **Antecedentes Nacionales**

**Moreno Z. (Perú 2018)**, en su investigación *Percepción de violencia obstétrica en pacientes atendidas en un Hospital Docente de Lima Perú. 2018*, tuvo como objetivo: Evaluar la percepción de usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica, estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal; se aplicó encuesta anónima a 390 púerperas. Resultados: 75,4% manifestó la realización de procedimientos médicos

sin consentimiento informado, 69,4% percibió trato deshumanizante, solo 10,5% percibió trato no violento. Los principales perpetradores señalados son obstetras y médicos. El tacto vaginal repetido fue el procedimiento más reportado (56,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%). Falta de privacidad fue reportada en 85%, actividad docente en 85%. Ninguna conocía el término violencia obstétrica, ni que se debe denunciar. 85% refiere firmó consentimiento sin recibir información. No hubo diferencias entre mujeres por edad o nivel de instrucción. La percepción de violencia obstétrica en la institución es elevada, se relaciona a la realización de procedimientos sin consentimiento, falta de privacidad, maltrato del personal (21).

## **2.2. Marco epistemológico**

**Paradigma Positivista:** En la presente investigación se tuvo como referencia para guiar el aspecto cuantitativo del estudio, el paradigma positivista, cuyo objeto científico es el comportamiento, predomina el contexto de la verificación y utiliza técnicas de recolección de datos, como el test de violencia obstétrica que se aplicó para determinar cómo se manifiesta la violencia obstétrica padecida por las mujeres durante el trabajo de parto en el Hospital Chota, así como el uso de la entrevista estructurada; que tiene como fin del conocimiento la búsqueda del mismo, normas y leyes; el conocimiento tiene carácter explicativo y predictivo; el conocedor y el conocido son independientes. Es posible hacer generalizaciones no ligadas al tiempo ni al espacio; busca los hechos y las causas de los fenómenos sociales; la investigación es valórica; el investigador controla el estudio, impone las condiciones de control para minimizar sesgos y maximizar la precisión y validez; es deductivo (22).

**Paradigma Cualitativo:** Se hizo uso de éste abordaje considerando que su objeto de estudio es el mundo subjetivo y para este caso está íntimamente relacionado con las vivencias de las puérperas durante el trabajo de parto; en este paradigma predomina el contexto del descubrimiento, utiliza técnicas de recolección de datos como la entrevista no estructurada, en el cual se formula la pregunta generadora del debate, la observación participante que es imprescindible para recabar aquella información que va más allá de las palabras; el fin del conocimiento es interpretar lo singular, el sentido y significado que los actores dan a la acción social; el conocimiento busca explicar y comprender situaciones específicas de la vida cotidiana; se entiende la realidad en un momento histórico y circunstancia única; el conocedor y conocido son interactivos; las hipótesis son ligadas al tiempo y al espacio; se interesa en comprender la conducta humana desde el propio referente de quien actúa; está ligada a los valores y a los procesos; integra pruebas para desarrollar teoría o marco de referencia que le permita explicar los procesos de observación; es inductiva (23).

### **2.3. Marco Doctrinal**

#### **Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson**

Es imprescindible abordar el tema del cuidado humanizado; ya que éste se ha convertido hoy en día en una necesidad que demandan los usuarios en todos los establecimientos de salud, como parte de un derecho; así como la implementación y/o ejecución de las políticas de salud las cuales deben estar enfocadas a establecer normativas legales que aseguren el buen trato al usuario; más aún en la atención del parto y todo lo que éste implica.

Considerado que en trabajo se abordan las experiencias frente al cuidado brindado por el personal de salud inmiscuido en el trabajo de parto, se estimó por conveniente utilizar como respaldo doctrinal la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson considerando que sus preceptos se orientan hacia el cuidado como el eje central de lo existencial, fenomenológico y espiritual, se inspira en la Metafísica, las Humanidades, el Arte y la Antropología, respondiendo a las preguntas de cómo el profesional de salud hace lo que hace para brindar el cuidado en los diferentes entornos.

Su teoría se basa en 10 factores asistenciales; y abordaremos los factores que se encuentran directamente relacionados con los momentos de cuidado que deberían desarrollar los diversos profesionales de salud durante la atención del trabajo de parto; se trata pues de factores interdependientes que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, el primero de ellos hace mención a la formulación de un sistema de valores humanos altruistas; este factor puede definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor; hace referencia también a que el cuidado debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención segura y eficiente, cuya finalidad será lograr su máximo bienestar (24).

El cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás es el tercer factor mencionado por Jean Watson, resulta vital para el personal de enfermería no fusionar emociones negativas de su vida privada o de trabajo con la atención de salud que le brinda al paciente, para lograr lo anterior es imprescindible que este personal adquiera la habilidad de evaluar y manejar sus reacciones emocionales

identificando las maneras adecuadas de expresarlas. Las personas con adecuada conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han desarrollado la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro. Lo anterior sustenta el cuarto factor de la teoría de Jean Watson, al incentivar el desarrollo de una relación de ayuda – confianza. El desarrollo de una relación ayuda –confianza entre enfermera y paciente promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatía, afecto no posesivo y una comunicación eficaz (25).

Jean Watson hace un señalamiento importante en su quinto factor cuando plantea: la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir. Lo que Jean Watson nos convoca es a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento. Avizora que compartir los sentimientos es una experiencia riesgosa tanto para el paciente como para la enfermera.

El octavo factor de la teoría de Jean Watson a analizar, está relacionado a que el personal debe reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. Hacer una autovaloración realista, es un elemento imprescindible para un buen desarrollo de este indicador. Conocer nuestras fortalezas y debilidades, tener una visión clara de lo que se necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias se hace imprescindible para el desarrollo profesional (24).

La asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente como noveno factor de la teoría de Jean Watson, es esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, al proporcionar una visión del arte del cuidado, cual fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretado.

Como decimo factor, Jean Watson convoca el fomento de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, se traduce en que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión.

Se realiza en ocasiones el cuidado en dependencia de la habilidad que tiene el profesional de la salud para percibir y afirmar la subjetividad del otro. Este es un concepto más activo que el término respeto como manifestación de cortesía, porque se manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona. Otra dimensión de este proceso es la habilidad del cuidador para sentirse unido y cercano al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos. Para Jean Watson, la práctica del cuidado en Enfermería envuelve nutrición, creación y cultivo del potencial para ocasiones de cuidado (25).

En pocas palabras, confianza en uno mismo, valentía que proviene del conocimiento certero de nuestras capacidades, valores y metas. La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de conservar claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente (26).

La Organización Mundial de la Salud, ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (27).

Para plasmar una atención respetuosa y humanizada del trabajo de parto y nacimiento, es importante concienciar y transformar el proceso de atención de los servicios por parte del personal sanitario, mediante la aplicación de protocolos estandarizados resultado de la investigación profunda y en la práctica basada en la evidencia, permitiendo reducir la inconstancia de la atención.

Además, es fundamental conocer los sentimientos, las percepciones tanto de la mujer, como de su acompañante, su familia, respetando temores, culturas y creencias.

Las recomendaciones de la OMS para la atención del parto y nacimiento humanizado, tienen como propósito optimizar los resultados de las mujeres en trabajo de parto, orientada a una práctica basada en la evidencia, permitiendo así, que el personal de salud tenga herramientas para ofrecer una atención efectiva.

### **Teoría Crítica en Salud:**

El modelo crítico desde las determinantes sociales de la salud puede ser una vía alternativa para mejorar las intervenciones durante el trabajo de parto; hoy en día es

prioritario escuchar las voces silenciadas, la voz del otro; estos relatos nos brindan como participantes un espacio para reflexionar colectivamente y rescatar, desde una postura libre y abierta, la expresión de sentimientos, emociones y desafíos ante las problemáticas visibles que vivimos en la actualidad (28).

Bajo este modelo se hace imperativo analizar las determinaciones sociales que están alrededor de la salud, que privilegia la idea de que cualquier alteración en la salud es considerada como una desviación, ve al sujeto separado de los objetos y de lo social. Para Morales, Borde, Eslava y Concha (2012), esta perspectiva define la estratificación social con base en los contextos sociales, los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferenciales de los individuos (29).

Así mismo, un elemento importante es que el análisis deja de lado las determinantes que se ubiquen en el seno de las significaciones sociales y que tienen que ver con las tradiciones y costumbres de la salud, consideradas como sangradas en los espacios comunitarios y que hacen referencia a cuestiones culturales; que son muy importantes considerar en la atención materna perinatal, considerando que la atención del parto tiene muchas costumbres tradicionales arraigadas en nuestra sociedad chotana, que debe ser respetadas para asegurar el bienestar físico y emocional de la madre y el niño por nacer (28).

Conociendo todas estas aristas, la investigación y la acción tendrán como objetivo principal la transformación social; presumiendo que podría estar íntimamente

relacionada las diversas formas de violencia obstétrica con la condición socioeconómica y cultural de la mujer que acude al establecimiento de salud para la atención de su trabajo de parto.

Analizar el paradigma crítico en las políticas de atención del trabajo de parto implica reconocer toda la gama de elementos que están alrededor de la salud materna perinatal. Desde esta visión, el abordaje de la violencia obstétrica se verificaría desde un paradigma multidimensional, analizando su carácter social, cultural, económico y político; siendo visto desde un enfoque de derechos humanos que recupere las expresiones culturales de los pueblos respecto a sus formas de atención del parto.

Dicha recuperación cultural implica aceptar la diversidad y reconocer el papel de la parturienta en el proceso de toma de decisiones como sujeto y no objeto; identificar las interrelaciones entre los sujetos involucrados (gestante, familia y personal de salud), así como la subjetividad desde el conocimiento de las expectativas, intereses y motivaciones de las usuarias, entre otras.

Retomando el enfoque crítico, los problemas relacionados con la violencia obstétrica, serían abordados desde su determinación histórica y social, lo que implicaría vislumbrar cómo, a lo largo del desarrollo de las sociedades humanas, se ha venido produciendo la atención del trabajo de parto y cuales han sido sus aportes y/o repercusiones dentro de la salud materna perinatal.

En el pasado, la atención de la labor del parto estaba a cargo de una persona cercana al entorno familiar de la madre y era visto como un proceso natural y sin

intervenciones médicas si el caso no lo amerita. En la actualidad, la atención del trabajo de parto es considerado más que un proceso natural un proceso biomédico, en el cual pocas veces se permite la participación de la gestante y muchos menos de su entorno en la toma de decisiones relacionadas a su atención.

En este sentido, es responsabilidad del Estado garantizar y reducir las prácticas innecesarias durante la atención de la labor de parto. Para ello, la mujer debe recuperar su papel protagónico (el cual había sido subordinado al actuar del personal de salud inmerso en la atención).

Los rasgos de un pensamiento crítico emancipador cobran sentido en la medida en que posibiliten la orientación de prácticas transformadoras; esto exige a quienes se consideren pensadores críticos ir más allá de las formas de democracia existentes impuestas por el capitalismo (29).

Lo primero que debemos hacer es una denuncia de nosotros mismos porque muchas veces somos incoherentes con respecto a las cuestiones críticas que creemos forman parte de nuestro discurso y la praxis; buscamos los problemas en otro lugar sin tener en cuenta que nuestro actuar es irreflexivo. Seguir asumiendo la supremacía del trabajo de parto, es un ejemplo de injusticia social, pues se soslayan así otras dimensiones de la vida humana, y los derechos de las mujeres en la toma de decisiones que involucran su labor del parto, como la postura y la compañía de una persona cercana a ellas.

Generar transformaciones es complejo, estas son necesarias e implican partir de los contextos donde se encuentren las personas, de sus realidades concretas para develar inequidades e injusticias y, a través de un proceso de reflexión mutua

(investigador-investigado), hacerles ver a los actores que existe un mundo mejor y diferente del que tienen, y permitirles que surjan, que sean reconocidos y que reclamen los derechos que les corresponden (30).

## **2.4. Marco conceptual:**

### **2.4.1. Violencia Obstétrica**

En 2014 la OMS llega a la definición de VO, definiéndola como “el trato irrespetuoso u ofensivo durante la atención médica prenatal, el parto o el puerperio”, lo que genera pérdida de la autonomía de decidir sobre sus cuerpos e impacta negativamente su calidad de vida (6).

Es un tipo de violencia institucional que comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos de las mujeres y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres (31).

Se entiende por violencia obstétrica cualquier conducta, por acción u omisión, que realizada por personal de la salud afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, como el trato deshumanizado, la medicalización injustificada y la patologización de procesos que son naturales (32).

La violencia obstétrica, se define como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de

autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (33).

#### **A. Tipos de violencia obstétrica**

Tomando a Graciela Medina en su artículo sobre "Violencia obstétrica" y a la información recogida por El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos: (32)

- **Violencia Obstétrica Física:** Es aquella que se ejerce sobre el cuerpo de la mujer. Entre las modalidades más habituales de esta forma de violencia se encuentran las siguientes: realizar prácticas invasivas o suministrar medicación que no esté justificada por el estado de salud de la persona que está por nacer o de la gestante, o sin autorización de esta última, no respetar los tiempos ni las posibilidades del parto biológico y, en íntima vinculación con ello, realizar la cesárea sin justificación estrictamente médica, proceder al tacto vaginal por más de una persona, utilizar fórceps sin estricta necesidad o consentimiento y realizar raspaje de útero sin anestesia.
  
- **Violencia Obstétrica Psicológica:** La violencia psíquica es aquella que se ejerce sobre la estabilidad emocional de la mujer. Se produce tanto por acción como por omisión.  
  
Se produce por acción, por ejemplo, cuando la mujer es objeto de críticas por manifestar emociones como alegría o dolor, cuando es víctima de burlas sobre su estado, su cuerpo o su hijo, y, sobre todo, cuando se le impide plantear temores e inquietudes durante el proceso de embarazo y parto (32).

También hay violencia por acción cuando la víctima es objeto de un trato deshumanizado, grosero o humillante al pedir asesoramiento, al requerir atención o en el desarrollo de una práctica obstétrica (32).

Se produce la violencia psíquica por omisión, que es al mismo tiempo violencia física, si sobre la mujer se desarrollan prácticas quirúrgicas sin consentimiento previo y sin informar de sus ventajas y desventajas (31), o mediando consentimientos que son obtenidos bajo circunstancias en las que la paciente no se encuentra en posición de rechazar. Es así que la mujer se transforma en espectadora de lo que sucede con su propio cuerpo, debiendo aceptar y obedecer las decisiones ya tomadas.

**Vulneración del Derecho a la Intimidad:** por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos (32).

- **Violación del Derecho a la Información y a la Toma de Decisiones:** A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que

se le realizarán. En consecuencia, se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva (31).

- **Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes:** Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, al personal de salud (31).

**B. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO**

Actualmente hay más mujeres que dan a luz en centros de atención de salud en muchas partes del mundo, sin embargo, la calidad insuficiente de la atención prestada sigue impidiendo el logro de los resultados deseados en materia de salud. Mientras que en algunos entornos se realizan muy pocas intervenciones que llegan demasiado tarde, en otros las mujeres reciben demasiadas intervenciones que se realizan demasiado pronto (34).

La OMS ha publicado varias recomendaciones para abordar algunos aspectos específicos del manejo del trabajo de parto y las principales causas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales en respuesta a las necesidades de los países. Los temas que se abordan en el marco de la agenda mundial se han ampliado también gradualmente para ir más allá de la supervivencia de

las mujeres y sus bebés, y centrarse también en conseguir que prosperen y alcancen su pleno potencial de salud y bienestar.

Estos esfuerzos han sido catalizados por la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) y el movimiento Todas las Mujeres, Todos los Niños. Además, la tercera meta de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece el compromiso mundial de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés mediante un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.

## **Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva: (34)**

### **1. Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento**

#### **1.1. Atención respetuosa de la maternidad**

Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.

## **1.2. Comunicación efectiva**

Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.

## **1.3. Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto**

Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.

## **1.4. Continuidad de la atención**

Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.

## **2. Período de dilatación**

### **2.1. Fases latentes y activa del período de dilatación**

Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación: La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.

El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes (34).

## **2.2. Duración del período de dilatación**

Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.

## **2.3. Progreso del período de dilatación**

Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito (34).

Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación

del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.

Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre (34).

#### **2.4. Política de ingreso en la sala de parto**

En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.

#### **2.5. Pelvimetría clínica en el ingreso**

No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.

#### **2.6. Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto**

No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.

Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.

### **2.7. Rasurado púbico o perineal**

No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.

### **2.8. Enema en el ingreso**

No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.

### **2.9. Tacto vaginal**

Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo (34).

### **2.10. Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto**

No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.

### **2.11. Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto**

Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.

### **2.12. Anestesia peridural para el alivio del dolor**

Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.

### **2.13. Opioides para el alivio del dolor**

Los opioides de administración parenteral, como fentanyl, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer (34).

### **2.14. Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor**

Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.

### **2.15. Técnicas manuales para el tratamiento del dolor**

Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.

### **2.16. Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto**

No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.

### **2.17. Líquido y alimentos por vía oral**

Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto (34).

### **2.18. Movilidad y posición de la madre**

Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.

### **2.19. Limpieza vaginal**

No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina.

### **2.20. Manejo activo del trabajo de parto**

No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.

### **2.21. Amniotomía de rutina**

No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto (34).

### **2.22. Amniotomía temprana y oxitocina**

No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.

### **2.23. Oxitocina para mujeres con anestesia peridural**

No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.

#### **2.24. Antiespasmódicos**

No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto (34).

#### **2.25. Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto**

No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.

### **3. Período expulsivo**

#### **3.1. Definición y duración del período expulsivo**

El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas.

Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. (34).

#### **3.2. Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)**

Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.

### **3.3. Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)**

Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas (34).

### **3.4. Método para pujar**

Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.

### **3.5. Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)**

En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.

En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles (34).

### **3.6. Episiotomía**

No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.

### **3.7. Maniobra Kristeller**

No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.

## **4. Alumbramiento**

### **4.1. Uterotónicos profilácticos**

Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).

En los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg). (34).

### **4.2. Pinzamiento tardío del cordón umbilical**

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé (34).

### **4.3. Tracción controlada del cordón (TCC)**

En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.

#### **4.4. Masaje uterino**

No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.

### **5. Atención del Recién Nacido**

#### **5.1. Aspiración nasal u oral de rutina**

En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.

#### **5.2. Contacto piel con piel**

Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia (34).

#### **5.3. Lactancia**

Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listo.

#### **5.4. Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica**

Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).

### **5.5. Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido**

El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día (34).

### **C. Declaración de la Organización Mundial de la Salud para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud**

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (35).

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

Para alcanzar un nivel alto de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto por la salud sexual y reproductiva, y por los derechos humanos de las mujeres.

Si bien muchos gobiernos, sociedades de profesionales, investigadores, organizaciones internacionales, grupos de la sociedad civil y comunidades en todo el mundo ya han destacado la necesidad de tratar este problema, en muchos casos no se han adoptado políticas para fomentar la atención materna respetuosa, o estas no son específicas o aún no se tradujeron en acciones concretas de relevancia. Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones: (35)

**1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo**, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto; se requiere mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo para realizar más investigaciones sobre cómo definir y medir el maltrato, y la falta de respeto, en los centros de salud públicos y privados de todo el mundo, y para comprender mejor su impacto en las experiencias y las elecciones de salud de las mujeres. Se necesita evidencia sobre la eficacia y ejecución de las intervenciones, en distintos contextos, para suministrar la orientación técnica necesaria a los gobiernos y a los profesionales de la salud (35).

**2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna**, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad, se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud

a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos. Entre otras iniciativas, pueden mencionarse el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional. Priorizar la atención segura, de alta calidad y centrada en las personas como parte de la cobertura de salud universal también podría ayudar a formular acciones (35).

- 3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto,** los marcos internacionales de derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante en lo que refiere a este campo, y pueden servir de referencia a los defensores de la salud de las mujeres para concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Estrategias basadas en los derechos para organizar y administrar los sistemas de salud pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa, y de calidad en el parto.
- 4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso;** los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto y de garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticas. Los profesionales

de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensivos y dignidad. Es necesario identificar, estudiar y documentar los servicios de salud que actualmente brindan atención materna respetuosa, fomentan la participación de las mujeres y de las comunidades, y que han puesto en práctica procesos para la supervisión y mejora continua de la atención (35).

**5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas,** la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales. Apelamos a que estas entidades aúnen esfuerzos para garantizar la identificación y la notificación sistemáticas del maltrato y la falta de respeto, y para que se ejecuten las medidas preventivas y terapéuticas pertinentes a nivel local.

**D. Recomendaciones de la OMS para la reducción de las intervenciones médicas en los partos (36):**

La Organización Mundial de la Salud asegura que la creciente medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y solo debe intervenir cuando haya complicaciones.

Cada año, 140 millones de mujeres dan a luz. La mayoría de estos partos ocurren sin complicaciones. Sin embargo, en los últimos 20 años los partos se han tratado más como un problema médico, que como un proceso natural. Ahora, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido nuevas recomendaciones para reducir las intervenciones médicas innecesarias.

El parto es un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en la mayoría de los casos. Sin embargo, los estudios muestran que una gran parte de las mujeres embarazadas sanas son sometidas al menos a una intervención clínica durante el parto. Según la OMS, esas intervenciones en muchas ocasiones son “innecesarias y potencialmente dañinas”.

Por ejemplo, las cesáreas o el uso de la oxitocina eran recursos que antes solo se utilizaban para evitar riesgos o tratar complicaciones y que hoy se han convertido en habituales (36).

La creciente medicalización está dañando la propia capacidad de las mujeres para dar a luz e impactando negativamente su experiencia durante el parto “Queremos que las mujeres den a luz en un ambiente seguro, con auxiliares para el parto bien formados y en instalaciones bien equipadas. Sin embargo, la creciente medicalización de los nacimientos normales está dañando la propia capacidad de las mujeres para dar a luz e impactando negativamente su experiencia durante el parto”, dice la doctora Nothemba Simelela, subdirectora general de la OMS para Familia, Mujer, Niños y Adolescentes (36).

Así mismo, la OMS para garantizar la no violencia durante el trabajo de parto, hace énfasis en pilares básicos como:

- **Cada parto es único**

Las recomendaciones de la OMS reconocen que cada parto y nacimiento son únicos y que la duración varía de mujer a mujer.

Por lo tanto, no deben mantenerse los estándares que se han implementado en los últimos sesenta años. Un ejemplo es la dilatación del cuello del útero. Hasta ahora se decía que lo "normal" era que se dilatara un centímetro cada hora. Las nuevas directrices establecen que estos límites son "irreales" e "inadecuados" para determinar si un parto está progresando mal o simplemente es más lento que la media.

Enfatizan que un proceso de dilatación lento (menos de un centímetro a la hora) no puede ser tomado como señal para intervenir medicamente para acelerar el proceso de parto o la expulsión del bebé.

La OMS no ha establecido ningún otro rango de la velocidad al que se debería dilatar porque no quieren "restringir" a una norma, dado que lo que debe cambiar en la mentalidad de médicos y matronas es que cada caso es distinto.

Las directrices sí dejan claro que una vez el cuello del útero está abierto unos cinco centímetros hasta la total dilatación, el trabajo de parto "normalmente" no debería extender más de 12 horas en un primer hijo y 10 en un segundo.

- **Expulsión del bebé**

Otra intervención de la que se abusa es la cesárea, que se aplica en muchos países de ingresos medios de forma rutinaria por comodidad de

parturientas y personal médico y porque, en algunos casos, los especialistas cobran mucho más dinero por un parto quirúrgico que por uno natural.

También está muy generalizada la episiotomía, la incisión en la vulva para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo. “En muchos casos no es necesario y se ha convertido en rutinario, pero no tiene un gran impacto a veces hace más daño que bien”.

Además, desaconseja una intervención que considera “casi bárbara”, aunque es bastante común. Los médicos o matronas se sientan o ponen en cuclillas al lado de la mujer y presionan el útero de la mujer tan fuerte que el bebé sale. “La intención es facilitar el parto, pero el riesgo es tan enorme que puede herir a la mujer”, dijo (36).

- **Decisión de la mujer**

El médico ha tomado toma el control completo del parto y queremos que las mujeres se involucren en la toma de decisiones.

Las nuevas recomendaciones pretenden que las mujeres recuperen el control del parto. “En los últimos años, el médico ha tomado toma el control completo del parto y queremos que las mujeres se involucren en la toma de decisiones sobre el cuidado que reciben”, explica la OMS.

Por ejemplo, en la postura para parir. Durante años las mujeres han tenido que tumbarse de espaldas, pero la OMS dice que hacerlo en otra postura no tiene ningún impacto negativo y por eso recomienda que se deje elegir a

las mujeres si quieren parir en cuclillas, sentadas o en otra postura que les resulte confortable (34).

- **Cuidado de calidad**

Unas 830 mujeres mueren cada día en el mundo por complicaciones durante el embarazo o el parto. La mayoría de estas muertes podrían evitarse con cuidados sanitarios de calidad.

En los países de medianos y bajos ingresos, las intervenciones médicas innecesarias “a menudo suponen una carga en los recursos ya escasos, aumentando aún más la brecha de igualdad”, señala la OMS (37).

Considerando las recomendaciones de la OMS; es preciso señalar que, a través del Informe N° 001-2017.DP/ADM “Derecho a la Salud Materna”, publicada en Enero del 2017, se recomendó al MINSA implementar una norma específica que aborde la prevención y sanción de la violencia obstétrica frente al maltrato que reciben las usuarias que acuden a los centros de salud públicos. Esta recomendación fue reiterada mediante comunicaciones oficiales que denotaban la preocupación de la institución frente a los casos registrados sobre gestantes cuyos partos no fueron atendidos oportunamente (37).

La violencia obstétrica se manifiesta a través de malos tratos en la atención que reciben las gestantes durante la etapa prenatal, parto o puerperio. En Perú esta problemática es más frecuente en mujeres campesinas o nativas y su incidencia es un factor que influye en las tasas de mortalidad materna, que en el año 2017 ascendió a 377 casos. (INEI 2017). De acuerdo a las

Naciones Unidas por el Desarrollo (PNUD), el Perú ocupa el décimo lugar en América latina en este índice. Mientras que, según el informe de Thomson Reuters sobre las megaciudades más peligrosas para mujeres, Lima es la peor ciudad para que las mujeres accedan a servicios de calidad, incluyendo salud reproductiva y mortalidad materna (37). Para la mejor comprensión del tema se ha considerado significativo detallar algunos procedimientos considerados como actos de violencia obstétrica y entre los principales se tiene:

#### **E. Nacimientos sin violencia**

El Dr. Leboyer, ginecólogo y obstetra francés, revolucionó la forma de considerar los partos, no era una mujer que paría, sino el nacimiento de un nuevo ser. Fue el primer médico que estudió el trauma del nacimiento y que criticó las condiciones que ofrecían los hospitales del mundo occidental (38).

Frederick Leboyer, nos habla de nacimientos sin violencia, de bebés que nacen sonriendo, de mujeres que abren su útero con tiernos latidos (en lugar con contracciones espasmódicas), tierna y placenteramente, avanzando hacia el éxtasis.

El desconocimiento de nuestro cuerpo y la pérdida de la confianza en él, junto con el miedo inculcado, nos hace hacer todo lo contrario de lo que el parto requiere; contraídas, llenas de miedo, entregamos nuestra confianza a las autoridades de la Medicina, que -cesáreas aparte- no pueden saber ni hacer lo que sólo el cuerpo sabe cómo y cuándo hacer”.

El Método de parto Leboyer, es partidario de dar a luz en un cuarto apacible y calmo, con iluminación tenue o casi a oscuras. También, recomienda no ejercer presión sobre la cabeza del bebé a fin de que el mismo pueda llegar al mundo de la manera más natural posible. Luego, el bebé será colocado sobre el vientre materno inmediatamente después de nacer. A continuación, se le practicará un suave masaje al bebé para estimular su respiración. En principio, el Dr. Leboyer recomendaba que los doctores fueran los encargados de realizar estos masajes, aunque actualmente, son las mamás las que los realizan personalmente (38).

- **Primeros Momentos Después Del Parto: Importancia Del Primer Contacto entre la Madre y su Bebe**

En muchas culturas los bebés son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento. Históricamente este comportamiento era necesario para la supervivencia del RN. Actualmente, la mayoría de los niños nacen en un hospital y son separados de la madre o vestidos antes de entregárselo. Se ha sugerido que estas rutinas hospitalarias pueden perturbar la interacción precoz entre la madre y su hijo y tener efectos nocivos sobre ambos (39).

En numerosos estudios se ha demostrado que el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado del recién nacido piel-piel con su madre tras el parto promueve, en gran medida, la adaptación: el metabolismo y la termorregulación mejoran, se favorece el inicio de la succión del pecho materno, permitiendo la colonización del cuerpo del bebé (estéril) por microorganismos maternos contra los que ella misma le va a proteger a

través de su leche. Además, y no menos importante, se estrechan los lazos entre madre y bebé, iniciándose los procesos de apego y vinculación afectiva; aunque este contacto no sea, por supuesto, el único factor ni el más determinante para una vinculación óptima posterior.

- **Entorno favorable para el parto:** Para muchas de las mujeres que ingresan en el hospital cuando están de parto éste supone su primer contacto con este entorno, y lo consideran como un medio relacionado con la enfermedad. El entorno físico en el que la mujer se encuentra durante la dilatación y el parto influye en su evolución. El ambiente físico en el que tiene lugar la dilatación, la presencia de profesionales que no conoce previamente, el exceso de personal sanitario o la soledad pueden tener efectos sobre el grado de miedo y ansiedad que la mujer experimenta. Existen evidencias de los beneficios que conlleva un área de baja intervención dirigida por matronas, separada de las tradicionales salas de partos.

La mujer que desea un parto de baja intervención necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse de forma libre, sin las miradas de profesionales que discrepen de su decisión. La mujer debe sentirse segura en el lugar donde se desarrolla su parto, desde el inicio hasta el final (40).

Es importante asegurar la privacidad, sobre todo en las exploraciones vaginales. Una mujer necesita su propia habitación y un ambiente de intimidad, y el número de profesionales sanitarios presentes en el proceso del parto debe ajustarse, evitando la presencia de personas innecesarias en la sala de partos.

Los factores favorecedores del entorno para la mujer son: conocer previamente el área y a los profesionales; tener confianza en el equipo que la atenderá; estar acompañada por las personas de su elección, ya sea la pareja, un familiar o una amiga (40).

#### **2.4.2. Vivencias**

Según Dilthey, vivencia es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas están fundadas en el nexo entre experiencia, vivencia y comprensión. Pero la vivencia se distingue de la experiencia, pues constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real. Es accionada por la resistencia ejercida por un mundo exterior sobre los movimientos de nuestro cuerpo y sobre el impulso de nuestra voluntad y nuestras emociones, respondiendo de este modo al surgimiento de los hechos de la conciencia. Estos, a su vez, se encuentran sometidos a las condiciones históricas, lo que hace de las vivencias una experiencia individual cargada de sentido colectivo (41).

Gadamer destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común. Para este autor, la vivencia constituye una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada. O sea, la vivencia se diferencia de la experiencia porque constituye la elaboración del individuo sobre todo lo que experimenta (42).

Esa diferenciación puede ser clarificada con un ejemplo: varios individuos pueden experimentar al mismo tiempo una misma realidad como la muerte de un miembro de la familia, el nacimiento de un niño, una gran catástrofe, un acto

autoritario. La vivencia de cada uno sobre un mismo fenómeno, sin embargo, es diferente: es una elaboración que hace la persona, sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad.

La palabra vivencia está formada por raíces latinas y significa: “cualidad del que vive”. Procede de vivir, formada por el filósofo José Ortega y Gasset para traducir el alemán Erlebnis. Por lo tanto, podemos decir que el concepto de vivencia se emplea para nombrar a la experiencia que se adquiere a partir de una situación. Las vivencias son esas realidades que una persona vive y que, de alguna forma, la modifican. Con cada vivencia, el ser humano registra una cierta información que le servirá, en el futuro, a enfrentar situaciones semejantes. De este modo, las vivencias constituyen un aprendizaje (43).

En el ámbito de la psicología, se entiende que las vivencias son aquellas experiencias que marcan la personalidad del individuo. Cada sujeto reacciona de diferente manera ante un suceso externo: de acuerdo a su capacidad de reacción, estos sucesos se constituyen, o no, como vivencias (44). Hay hechos que, para una persona, pueden resultar de escasa importancia y por lo tanto no se forman internamente como vivencias. Esos mismos hechos, para otros, pueden ser muy relevantes y dejar una huella.

Algunos estudiosos de la personalidad hablan de la capacidad vivencial, un concepto que hace referencia a la apertura a formar nuevas vivencias a partir de los sucesos que tienen lugar en la vida: cuanto mayor sea esta capacidad, más hechos dejarán una huella, y viceversa. Visto desde esta perspectiva, existen dos variables para que tenga lugar el nacimiento de una vivencia: la capacidad vivencial del sujeto y la profundidad de la situación que atraviesa; sobra decir

que cuestiones tan triviales como preparar una taza de té rara vez se convertirá en una vivencia, incluso para las personas extremadamente receptivas (45).

## **2.5. Definición de Términos Básicos**

### **Violencia Obstétrica**

Es un tipo de violencia institucional que comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos de las mujeres y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres (31).

### **Vivencias**

La palabra vivencia está formada por raíces latinas y significa: “cualidad del que vive”. Procede de vivir, formada por el filósofo José Ortega y Gasset para traducir el alemán Erlebnis. Por lo tanto, podemos decir que el concepto de vivencia se emplea para nombrar a la experiencia que se adquiere a partir de una situación.

Las vivencias son esas realidades que una persona vive y que, de alguna forma, la modifican. Con cada vivencia, el ser humano registra una cierta información que le servirá, en el futuro, a enfrentar situaciones semejantes. De este modo, las vivencias constituyen un aprendizaje (42).

### **Trabajo de Parto:**

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta (46).

**CAPÍTULO III**  
**VARIABLES DE ESTUDIO**

**3.1. Operacionalización/categorización de las variables:**

**Variable 1: Violencia Obstétrica:**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional			Tipo de variable
		Dimensiones	Ítems	Indicador	
<b>Violencia obstétrica</b>	Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la	<b>Trato recibido</b>	Carencia de confidencialidad durante la atención.	SÍ NO	Cualitativa Dicotómica  Sí = Padeció violencia Obstétrica.  No = No padeció violencia obstétrica
			Impedir el acompañamiento.	SÍ NO	
			Discriminación basada en atributos específicos (burlas y comentarios irónicos y descalificantes).	SÍ NO	
			Críticas o comentarios irónicos por el comportamiento.	SÍ NO	
			Utilización de sobrenombres o diminutivos en el trato	SÍ NO	

	calidad de vida de las mujeres(23).		Criticas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto	SÍ NO	
			Impedimento para aclarar dudas o manifestar temores	SÍ NO	
			Cuestionaron la capacidad para dar a luz	SÍ NO	
			Culpabilidad por la experiencia en la atención del parto	SÍ NO	
	<b>Procedimientos realizados</b>		Prohibición de ingerir alimentos o bebidas	SÍ NO	Cualitativa Dicotómica  Sí = Padeció violencia Obstétrica.  No = No padeció violencia obstétrica
			Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	SÍ NO	
			Prohibición de realizar caminatas o adoptar posturas cómodas.	SÍ NO	
			Rotura artificial de la membranas	SÍ NO	
			Rasurado de vello púbico	SÍ NO	
			Administración de medicación para acelerar el parto	SÍ NO	
	Tactos vaginales reiterados y por	SÍ			

			diferentes personas	NO	
			Comprensión del abdomen en el momento del parto (Kristeller)	SÍ NO	
			Episiotomía	SÍ NO	
			Cesárea de emergencia	SÍ NO	
			Legrado, raspaje uterino (limpieza uterina), sin anestesia.	SÍ NO	
			Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para que Ud. pudiese pujar.	SÍ NO	
			Impedimento de contacto inmediato con su hijo/a.	SÍ NO	
		<b>Información y consentimiento</b>	Recibió información de los medicamentos que le iban administrando, indicaciones, otras opciones y efectos secundarios.	SÍ NO	Cualitativa Dicotómica  Sí = Padeció violencia Obstétrica.
			Se actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento con su consentimiento.	SÍ NO	

			Se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención.	SÍ NO	No = No padeció violencia obstétrica
			El lenguaje utilizado fue profesional y correcto en todo momento, permitió entender la información que le dieron?	SÍ NO	

**Variable 2: Características sociodemográficas de las participantes:**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Tipo de variable</b>
Edad	Es el número de años cronológicos del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento.	- 15 a 19 años - 20 a 24 años - 25 a 35 años - 36 a 45 años	Cuantitativo intervalo
Grado de instrucción	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.	- Analfabeto. - Primaria - Secundaria - Superior no universitario. - Superior universitario.	Ordinal

Estado civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltera</li> <li>- Casada.</li> <li>- Conviviente.</li> </ul>	Nominal
Procedencia	Localidad geográfica o zona donde la persona reside.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rural.</li> <li>- Urbano.</li> </ul>	Nominal
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña el cuidador, y que le genera recursos económicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empleo remunerado.</li> <li>- Empleo no remunerado.</li> </ul>	Nominal
N° de Partos	Número total de partos de un feto viable vivo o muerto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primero</li> <li>- Segundo.</li> <li>- Tercero.</li> <li>- Cuarto.</li> <li>- Quinto a más.</li> </ul>	Ordinal

## CAPÍTULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1. Ubicación Geográfica

Geográficamente la investigación se ubica en la provincia de Chota, localizada en la parte central de la región norteña de Cajamarca – Perú. Su capital, la ciudad de Chota se asienta en el valle Chotano - meseta de Acunta –, a una altitud de 2,388 msnm. Territorialmente la provincia limita con la provincia de Cutervo por el norte; con las provincias amazónicas de Utcubamba y Luya por el este; con las provincias de Santa Cruz y Hualgayoc por el Sur; y con las provincias Lambayecanas de Chiclayo y Ferreñafe por el oeste. Cuenta con 19 distritos, con una población mayoritariamente que reside o procede de la zona rural, y se dedica a actividades agrícolas y ganaderas (47).

La investigación tuvo como escenario al Hospital José Soto Cadenillas de Chota, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, perteneciente al Ministerio de Salud que cuenta con una categoría de II-1, específicamente en el área de hospitalización - en los servicios de ginecología. El hospital es un establecimiento asistencial, con servicios de hospitalización básicos, centro de referencias, pero aún existe una vasta brecha de recursos humanos para satisfacer las necesidades de los usuarios que demandan de atención.

Con respecto al área de ginecoobstetricia, es importante mencionar que en los últimos 5 años éste ha sido fortalecido tanto con equipamiento, infraestructura y recursos humanos; es así que actualmente se cuenta con 8 médicos gineco

obstetras, 25 obstetras y 20 técnicos en enfermería que se ocupan de brindar cuidados a las mujeres durante el trabajo de parto eutócico. Así mismo dentro de los recursos humanos que brindan atención a la mujer cuyo parto termina en cesárea, está conformado por el equipo quirúrgico de sala de operaciones integrado por 5 anesthesiólogos, 14 licenciados en enfermería y 1 personal técnico en enfermería, adicional al ginecólogo y ayudante responsables de realizar la cesárea.

Se ha creído conveniente detallar el número de recursos humanos, ya que ellos son los responsables de brindar los cuidados a las mujeres durante su labor de parto y es su actuar el que reflejaría la presencia de actos considerados como violencia obstétrica.

#### **4.2. Método y diseño de la investigación**

En la presente investigación se utilizó el método mixto, este método representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (48).

En esta misma línea el autor considera como diseño de investigación de este método el Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS), este diseño se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos

cualitativos. Cabe señalar que la segunda fase se construye sobre los resultados de la primera. Finalmente, los descubrimientos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio.

### Esquema del Diseño Explicativo Secuencial (DEXPLIS)



Desde el punto de vista cuantitativo se utilizó el diseño no experimental, descriptivo transversal y desde el punto de vista cualitativo, tiene un método descriptivo; esta complementación de tipos de estudio Hernández lo denomina como triangulación de métodos y se usa cuando el investigador pretende confirmar o corroborar resultados y efectuar validación cruzada entre datos cuantitativos y datos cualitativos, así como aprovechar las ventajas de cada método y minimizar sus debilidades (48).

En el estudio se realizó la triangulación o incremento de la validez a fin de verificar convergencia, confirmación o correspondencia al contrastar datos CUAN y CUAL, así como a corroborar o no los resultados y descubrimientos en aras de una mayor validez interna y externa del estudio; lo que permitió validar ambos hallazgos para presentar este problema desde ambos aspectos y conocer tanto lo que podría probarse estadísticamente y las vivencias de las mujeres que padecieron violencia obstétrica desde su mundo interior.

### 4.3. Población y Muestra

La población estuvo conformada por las puérperas atendidas en los periodos Agosto-Octubre del año 2021, según el Reporte de la Oficina de Estadística del Hospital se presentan aproximadamente 360 partos por trimestre.

#### a. Muestra:

La muestra para el trabajo cuantitativo, estuvo conformada por 186 puérperas, calculada con la fórmula para población finita y conocida:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{E^2(N - 1) + Z^2 p q}$$

Donde:

N	:	360 (Puérperas por trimestre)
Z	:	1.96 (Coeficiente de 95% de confiabilidad)
p	:	0.50 (Probabilidad que las puérperas sufrieran V.O)
q	:	0.50 (Probabilidad que las puérperas no sufrieran V.O)
e	:	0.05% (Error)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (360)}{(0.05)^2(360 - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{345.744}{1.8579}$$

$$n = 186$$

#### b. Unidad de Análisis:

Cada una de las mujeres que tuvieron su trabajo de parto en el hospital José Soto Cadenillas- Chota.

**c. Marco Muestral**

Desde el punto de vista cuantitativo las muestras probabilísticas son esenciales en diseños de investigación por encuestas, en los que se pretende generalizar los resultados a una población. Como la característica de este tipo de muestras es que todos los elementos de la población al inicio tienen la misma probabilidad de ser elegidos, los elementos muestrales tendrán valores muy aproximados a los valores de la población, ya que las mediciones y análisis del subconjunto serán estimaciones muy precisas del conjunto mayor (48).

Para una muestra probabilística se necesitan dos acciones: determinar el tamaño adecuado de la muestra y seleccionar los elementos muestrales que para este caso se realizaron por oportunidad o conveniencia, considerando como participantes a las mujeres que tuvieron su trabajo de parto en los periodos agosto a octubre del año 2021 y desearon libremente participar del presente trabajo de investigación.

Para la parte cualitativa del trabajo de investigación, las participantes a entrevistar fueron elegidas por conveniencia de acuerdo a los objetivos del estudio, se seleccionaron a las mujeres que en la encuesta referían haber sido víctimas de violencia obstétrica.

La muestra se alcanzó a través del criterio de saturación de información, para el presente estudio se obtuvo con 12 participantes a quienes se les aplicó el cuestionario semi estructurado. En la investigación cualitativa se entiende por

saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos; sin embargo, advierte contra lo que denomina un falso sentido de saturación, el cual puede originarse por un enfoque demasiado restringido, una búsqueda mal encaminada, o incluso una falta de perspicacia del investigador (42).

**Tabla de participantes entrevista semiestructurada:**

<b>Nº</b>	<b>Edad</b>	<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Nº de partos</b>
P1	20	Primaria	Rural	Conviviente	No remunerada	01
P2	22	Sup. No Univ.	Urbano	Casada	Remunerada	01
P3	24	Primaria	Rural	Conviviente	No remunerada	02
P4	25	Secundaria	Urbana	Conviviente	No remunerada	01
P5	27	Primaria	Rural	Casada	No remunerada	03
P6	28	Secundaria	Urbana	Conviviente	Remunerada	02
P7	29	Secundaria	Rural	Conviviente	No remunerada	03
P8	30	Sup. No Universitario	Urbano	Casada	No remunerada	02
P9	30	Sup. No Universitario	Urbano	Casada	Remunerado	01
P10	31	Secundaria	Rural	Conviviente	No remunerada	03
P11	40	Primaria	Rural	Conviviente	No remunerada	04
P12	44	Primaria	Rural	Casada	No remunerada	05

**d. Criterios de inclusión**

**Etapa cuantitativa:**

- Mujeres que realizaron su trabajo de parto y eran mayores de edad.
- Mujeres que desearon libremente participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres que gozan de buen estado de juicio y raciocinio.
- Mujeres post cesareadas de emergencia, que inicialmente estuvieron en trabajo de parto “eutócico”.

**Etapa cualitativa:**

- Mujeres que padecieron violencia obstétrica durante el trabajo de parto y desearon participar en el estudio.

**4.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos:**

**Fase cuantitativa de la investigación:**

- Para la recolección de información y datos cuantitativos se utilizó como técnica la aplicación de un cuestionario el cual tiene un conjunto de preguntas respecto a las 2 variables a medir, contiene preguntas cerradas con categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Es decir, se presentan las posibilidades de respuesta a las participantes, quienes deben acotarse a estas. Se han incluido respuestas dicotómicas y de varias opciones (48).

Fue aplicado a las puérperas en el servicio de gineco obstetricia durante los meses de agosto a octubre; en la primera sección recopila información de la variable características sociodemográficas de las participantes como: edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia, ocupación y número de

partos. Para determinar la existencia de violencia obstétrica se empleó como referente el Cuestionario de Violencia Obstétrica- CVO, Encuesta aplicada en Argentina (Asociación Civil Dando a Luz, 2015) para la búsqueda activa de casos de violencia obstétrica Marco Legal: Ley Nacional N° 26485, Ley Nacional N° 25929.

- El instrumento está conformado por 27 interrogantes dicotómicas, con valores de 0 y 1 (0 = No y 1 = Si), está estructurado en tres dimensiones: Trato recibido (9 interrogantes), Procedimientos Realizados (13 interrogantes) e Información y Consentimiento (5 interrogantes). Para confirmar la presencia de violencia obstétrica solo basta con obtener por respuesta un “SÍ”.

#### **Confiabilidad del instrumento de recolección de información:**

- La confiabilidad interna del instrumento se realizó a través de una prueba piloto aplicada a 15 puérperas que tuvieron su trabajo de parto en el hospital José Hernán Soto Cadenilla de Chota, de las cuales 8 tuvieron un parto eutócico y 7 post cesareadas de emergencia; los datos obtenidos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 26 y se le aplicó la prueba coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniendo una confiabilidad del instrumento 0.838, lo cual indica que la confiabilidad del instrumento para la recolección de violencia obstétrica es buena (Apéndice 01).

#### **Fase cualitativa de la investigación**

- La recopilación de datos cualitativos, implicó un análisis e investigación a profundidad. Los métodos de recolección de datos cualitativos se enfocan principalmente en obtener ideas, razonamientos y motivaciones, por lo que

profundizan en términos de investigación. Debido a que los datos cualitativos no se pueden medir, se prefieren métodos de recopilación de datos que estén estructurados de forma limitada (49).

Entrevista a Profundidad: Las entrevistas, para este tipo de investigación, así como para muchas de las investigaciones cualitativas, deben tener un propósito específico, de manera que necesitan estar bien estructuradas y planificadas, aun cuando lo óptimo es realizarlas a modo de conversación con el interlocutor(a) o el grupo, con el fin de que ya sea el primero, ya sea el segundo, se sientan a gusto relatando pormenores. Lo anterior, para que el investigador(a) conozca el contexto; los aspectos interpersonales, culturales y sociales; así como los sujetos insertos en él. De este modo, el investigador(a) puede ser capaz de iniciar un proceso de interpretación sobre lo que le expresan, verificar situaciones específicas observadas y de emplear términos y expresiones que son propias del contexto cultural (tales posibilidades serán cruciales más adelante para la elaboración del informe escrito) (50).

Las entrevistas se realizaron en el periodo noviembre y diciembre del 2021, en el domicilio de las mujeres a quienes según la aplicación del Test tuvieron como resultado que padecieron violencia obstétrica en alguna de las dimensiones, y desearon participar de manera voluntaria; se pactó un horario disponible para cada una de ellas, por la mañana, tarde y noche; de tal forma que ésta no fuese interrumpida. Previamente se dio la información pertinente respecto al trabajo de investigación, indicándole que se guardará el anonimato y confidencialidad, se procedió a la entrevista semi estructurada para favorecer la expresión personal de los sentimientos y percepciones de las

mujeres, centrados en sus experiencias de la atención durante el trabajo de parto, en un diálogo íntimo. La entrevista tuvo una duración aproximada de 30 a 40 minutos, en un primer acercamiento, posteriormente se tuvo que regresar a los domicilios previa coordinación a fin de esclarecer y precisar algunas expresiones de sus discursos, que advertían ciertas dudas.

#### **4.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:**

Esta fase esencial de la investigación tuvo por la finalidad, establecer una comprensión de los datos, confirmar los presupuestos de la investigación y/o responder a las interrogantes formuladas y ampliar el conocimiento sobre el tema investigado, articulando al contexto de la cual es parte.

Los datos cuantitativos ofrecieron información general acerca de las puérperas participantes del estudio, se exponen los datos en forma integrada, mediante el uso de gráficos y tablas; información que sirvió para identificar a las puérperas que padecieron violencia obstétrica, las que finalmente fueron el objeto de estudio de la presente investigación; ya que a ellas se les aplicó las entrevistas semi estructuradas a fin de recabar las vivencias durante su labor de parto, en el marco de violencia obstétrica.

Luego se procedió a realizar el análisis cualitativo, el cual consiste en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información para tener una visión más completa de la realidad objeto de estudio.

Como resultados de la entrevista a profundidad, y teniendo como guía el análisis del discurso propuesto por Orlandi (51), y la perspectiva de Minayo el análisis de la información se dividió en tres etapas: ordenamiento de los datos,

clasificación de los datos y análisis final. Estas perspectivas de análisis permitieron estructurar las categorías propuestas en las que se presentan una idea global de los aspectos más relevantes que conforman las experiencias de las puérperas frente al cuidado recibido durante el trabajo de parto. Para ello se consideró el siguiente procedimiento:

Una vez transcritas las entrevistas tal y como fueron expresadas por los sujetos (texto Etic) se procedió a transcribir los discursos de tal forma que los lectores puedan comprender con mayor claridad, lo quieren decir los sujetos del estudio, (texto Emic) cuidando en todo momento de no perder la esencia del mensaje. Posteriormente se revisaron, ordenaron, clasificaron y codificaron los discursos, teniendo en cuenta ideas, expresiones similares, concordantes de cada participante, para luego hacer el análisis profundo de lo que quiso decir el entrevistado.

Se extrajeron de cada oración los enunciados y frases teniendo en cuenta lo más significativo relacionado con el objeto de estudio; lo que facilitó la identificación de sub temas y temas que luego permitieron agruparlas en categorías.

El análisis del discurso es una técnica que tiene por finalidad explicar como un texto produce sentido y permite comprender, el sentido del discurso; ya que el texto precisa tener material lingüístico necesario para que la persona pueda acompañar el movimiento del diálogo lo más rápido posible de lo que ocurre en el momento en el que fue enunciado. Este análisis tuvo como objetivo básico realizar una reflexión general sobre las condiciones de producción y aprehensión de los significados de textos producidos en los diferentes campos (52).

#### 4.6. Matriz de Consistencia Metodológica

<b>TÍTULO: Violencia obstétrica y las vivencias de las mujeres en el trabajo de parto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota.2021</b>						
<b>Formulación del problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Variables/ categorías</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Metodología</b>	<b>Población y muestra</b>
<p>- ¿Cómo se presenta la violencia obstétrica durante el trabajo de parto en las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota – 2021?</p> <p>- ¿Cómo son las vivencias de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota - 2021?</p>	<p>- Determinar la existencia de violencia obstétrica hacia las mujeres durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. 2021.</p> <p>- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2021.</p> <p>- Describir y analizar las vivencias de las mujeres que han sufrido de violencia obstétrica durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas Chota. 2021.</p>	<b>Violencia obstétrica</b>	<b>Trato recibido</b>	<b>Test de Violencia Obstétrica</b>	<p>En la presente investigación se utilizará el método mixto. Diseño Explicativo Secuencial ( DEXPLIS)</p> <p>Estudio descriptivo - transversal y exploratorio; con triangulación de métodos.</p>	<p><b>Etapa Cuantitativa:</b> Población: 360 Muestra: 186</p> <p><b>Etapa Cualitativa:</b> Criterio de Saturación: 12 participantes.</p>
			<b>Procedimientos realizados</b>			
			<b>Información y consentimiento</b>			
		<b>Variables Sociodemográficas</b>	<b>Edad</b>	<b>Datos Informativos Cuestionario</b>		
			<b>Grado de Instrucción</b>			
			<b>Estado Civil</b>			
			<b>Procedencia</b>			
			<b>Ocupación</b>			
			<b>N° de partos</b>			

#### **4.7. Consideraciones éticas del estudio:**

En la presente investigación se considera como pilar fundamental el respeto a las personas que incluye dos convicciones éticas. La primera es que todas las participantes del estudio deben ser tratadas como agentes autónomos, y la segunda, que todas las mujeres cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida. Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones (53).

Es así que las mujeres que desearon participar en la investigación fueron consideradas siempre como sujetos y no como objetos; se tuvo en cuenta en todo momento el valor de la persona humana considerándola como un todo, se respetó la decisión de participar o no en la investigación haciéndoles firmar un consentimiento informado; así mismo se les comunicó el derecho de dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio y los procedimientos específicos.

También se puso en práctica el principio de la Beneficencia, al tratar a las participantes de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas

de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: No causar ningún daño, y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

Se minimizan los riesgos y la equivocación para maximizar los beneficios del trabajo de investigación, respetando las decisiones de las participantes en estudio, protegiéndolas de la falta de respeto que puedan sufrir. Además, toda la información proporcionada es utilizada como medio de investigación siendo el único beneficio obtener resultados, los cuales son utilizados de manera estricta para fines de ésta (53).

Fue imprescindible abordar en la presente investigación el principio de Justicia, teniendo en cuenta que las principales beneficiadas de la investigación son las mujeres que tuvieron su trabajo de parto en el Hospital Chota, mujeres que reciben diversas formas de cuidado por parte de los profesionales de salud y que están enmarcados dentro de la violencia obstétrica. Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que todas las personas tienen derecho a ser deben ser tratados con igualdad.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 5.1. Presentación de los resultados

**Tabla 1: Dimensión de la violencia obstétrica: Trato recibido durante el trabajo de parto. Hospital José Soto Cadenillas de Chota – 2021**

		N°	%
¿Se le realizó procedimientos en presencia de personas desconocidas?	SI	159	85,5
	NO	27	14,5
¿Se le impidió estar acompañada de la persona de su elección?	SI	132	71,0
	NO	54	29,0
¿Alguien hizo comentarios despectivos (denigrantes) en cuanto a su estado físico?	SI	58	31,2
	NO	128	68,8
¿El personal de salud criticaba tu comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?	SI	91	48,9
	NO	95	51,1
¿La trataron con sobrenombres o diminutivos (mamita, gordita, hijita) o modificando tu nombre en tono cariñoso como si fuera incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto?	SI	142	76,3
	NO	44	23,7
¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto?	SI	104	55,9
	NO	82	44,1
¿Le resultó difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes, porque no le respondían o lo hacían de mala manera?	SI	146	78,5
	NO	40	21,5
¿Alguien puso en duda o cuestionó su capacidad para dar a luz, le dijeron que lo estaba haciendo mal?	SI	90	48,4
	NO	96	51,6
¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?	SI	79	42,5
	NO	107	57,5
	<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>

En la dimensión trato recibido por las mujeres durante su trabajo de parto, los resultados muestran que el 85,5% manifiestan que se hicieron procedimientos en presencia de personas extrañas, al 78,5% les fue imposible aclarar sus dudas o manifestar sus temores, 76% fueron tratadas con sobrenombres o diminutivos; 71% refiere que no permitieron a ningún familiar ingresar a su parto; 55,9% fue criticada por llorar o gritar, finalmente 31,2% aseguran que durante el trabajo de parto alguien hizo comentarios despectivos sobre su estado físico.

Resultados compatibles con los presentados por Damaris y Reaño, quienes afirman que, dentro del parto humanizado, hace parte el derecho a la privacidad, presentando como resultados que, de las 182 usuarias encuestadas, 67 refirieron que el excesivo personal observando (36,67%) era la acción que más representaba la vulneración de su privacidad durante el proceso del parto, seguido de tacto vaginal repetitivo (26,11%), no le permitieron ir al baño (25%) y el 12,22% pudo tener privacidad (54).

En relación de la posibilidad tener acompañamiento familiar o ser querido durante el parto, el 52,78% de las usuarias no le informaron sobre la posibilidad de tener acompañamiento, el 26,67% no le permitieron el acompañamiento y el 20,56% le favoreció y facilitó el acompañamiento, esto en contraste con lo revelado en el estudio realizado por Figueroa Palomino, y otros, en el cual dice: “ el 71,1% de las usuarias se le impidió estar acompañada por alguien de confianza durante el proceso”, incidiendo que hace parte de la atención humanizada del parto, estar acompañadas continuamente durante el trabajo de parto por una persona de su elección (19).

Tobar et al., reportan en su trabajo de investigación que las críticas por llorar o gritar durante el parto se presentaron en un (21,6%), la imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o inquietudes (19,5%) y las burlas, comentarios irónicos y descalificadores referidos por un 15,3 % de usuarias; reflejando así la baja sensibilidad del personal, lo cual debe mejorarse mediante la formación para el parto humanizado (55).

En relación, al Comportamiento del personal de salud hacia las usuarias, según las encuestas realizadas, se puede analizar en los Comentarios y críticas, que el 5,9% de las participantes considera que los comentarios del personal fueron negativos, esto en relación con lo arrojado en un estudio realizado por Figueroa Palomino, et all, en donde el 44,44% del personal de salud emitió críticas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto y el 37,8% les resulto difícil o imposible manifestar miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera (56).

Respecto al uso de sobrenombres, los resultados del estudio son similares a los de Damaris y Reaño, quienes tienen que el 54% de las usuarias refieren que fueron tratadas con sobrenombres o diminutivos por parte del personal de salud, similares hallazgos nos presenta Coral (49), quien informa que el 41% de pacientes indica que el profesional no se dirigía a ellas llamándolas por sus nombres (52), en contraste con otro estudio realizado por Figueroa Palomino et all, se observa en un menor porcentaje (28,9%) que las mujeres fueron tratadas por sobrenombres o diminutivos (54).

El miedo y la sensación de soledad son vividas por las mujeres desde el mismo momento en que llegan al hospital y son informadas que su pareja o familiar no la pueden acompañar ni en el proceso de trabajo de parto ni en el parto. Resulta contradictorio que, aunque la guía de práctica clínica resultado de medicina basada en la evidencia recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija, el común denominador en las instituciones de salud es prohibir la participación del padre o de un familiar en este proceso de atención.

Según Arguedas, al compañero de la mujer embarazada se le asigna la tarea de esperar en silencio, pues es considerado como un estorbo en el proceso de parto, mientras que para la gestante su presencia es indispensable, es apoyo, es solidaridad, es el transitar juntos por la experiencia de convertirse en padres (54).

Resulta paradójico que la concepción sea una vivencia de pareja pero que la llegada del fruto de esa concepción sea una experiencia vivida en soledad. Existe evidencia de que la participación del padre en el proceso de trabajo de parto y parto contribuye a una mayor participación del padre en las labores de crianza del hijo, en el fortalecimiento del vínculo padre-hijo y en el mejoramiento de la relación de pareja entre otros aspectos.

En Chile la participación del padre en los procesos de atención hace parte de las metas institucionales a cumplir lo que ha permitido un incremento del 18 al 55% del acompañamiento de los partos por la pareja o un familiar cercano. De allí que las políticas institucionales son determinantes para garantizar un efectivo

acompañamiento a la gestante, lo que impactaría positivamente en la disminución de este tipo de violencia considerando que la presencia de un familiar o persona significativa evitaría la condición de indefensión total de la parturienta que se encuentra en situación de vulnerabilidad. Así mismo, significaría un gran apoyo para el personal de salud que contaría con personas que acompañen procesos como la deambulacion segura en el trabajo de parto, suministro de líquidos por vía oral, realización de masajes, entre otras y la contención emocional que es fundamental en esta etapa; para ello se requiere sin embargo la orientación por parte del personal de salud (55).

Los resultados reflejan el trato impersonal, sin presentaciones, deshumanizado, irrespetuoso, sin respeto a la intimidad, el cual no permite a las mujeres resolver sus dudas, temores e impiden vivir este proceso como una experiencia única y maravillosa, convirtiéndose por el contrario en fuente de sentimientos negativos que influyen directamente en la experiencia del parto.

La falta de intimidad ocasionó en las mujeres entrevistadas sentimientos de vergüenza relacionada con la exposición física, e incomodidad relacionada con lo inapropiado de los espacios físicos de la sala de partos: falta de intimidad por la distribución y uso de los espacios, tales como escuchar a otras mujeres durante el parto, entrar y salir gente, separación únicamente con cortinas, entre otros; influyendo en la falta de intimidad para moverse, expresarse y actuar como lo necesitaban en éste momento tan particular; resultados que se reflejan en la categoría 1: Invisibles ante los cuidados, que se refrendan según los siguientes enunciados:

**Margarita:** *\_Imagínese lo más vergonzoso que me podría pasar en la vida, estar abierta de piernas y ver que empiezan a ingresar varias personas, yo no sabía ni quién eran, enfermeras o no sé quiénes eran... en la habitación en un momento entraron más de cinco personas, una me atendía, la otra la ayudaba y las demás qué hacían allí..., nadie se presentó...*

**Azucena:** *\_ ...Y de pronto me llevaron a una sala y vi a una mujer... gritaba de dolor y me pasaron a la camilla del costado y ahí estábamos las dos gritando de dolor y mostrando la parte más íntima de nuestro cuerpo...*

**Violeta:** *\_ Era mi primer parto, tenía mucho dolor y miedo y más aún tener a todas las personas mirándome, haciéndome tacto, es muy incómodo-vergonzoso, pero qué hacer...sólo cerraba mis ojos y deseaba que mi hijito estuviera bien...*

**Jazmín:** *\_ Sólo veía a 3 ó 4 personas mirándome, no sabía quiénes eran, tenían mascarillas, pero sentía mucha vergüenza, es muy feo saber que todos miran esa parte de nuestro cuerpo...*

**Dalia:** *\_ Deberían preguntarnos, si deseamos que otras personas estén presentes cuando nos evalúan, es muy vergonzoso, hubiese deseado que solo me evaluara una persona y en privado.*

**Clavel:** *\_ Me ingresaron en una sala, me dijeron que me subiera a la camilla y que abriera las piernas, quería morirme, me sentí muy mal, avergonzada, vi a 3 personas mirándome... ya no quiero recordar.*

Las participantes a través de sus discursos vivieron falta de empatía por parte del personal de salud durante su trabajo de parto, haciendo caso omiso al dolor que sentían en ese momento, llegando inclusive a recriminarlas por quejarse y “no colaborar”, poniendo en tela de juicio su capacidad de dar a luz, reflejando así violencia, teniendo en cuenta que el personal de salud conoce sobre la fisiología del

dolor durante el trabajo de parto; también las entrevistadas hacen referencia que tuvieron la sensación en varias ocasiones de que los/las profesionales estaban enojados o con falta de tiempo. Así mismo, las mujeres se sintieron ofendidas, humilladas cuando los profesionales hacían referencia a aspectos físicos con un tono despectivo.

**Margarita:** *\_ Vino una doctora -así la llamaron- y me dijo, tranquila porque tanto alboroto, una joven me dijo respire y la “ella” le dijo, déjala si quiere se tire de la camilla, si no se tranquiliza no le pondré la anestesia; era mi primer hijo, y yo no sabía lo que estaba pasando; entonces la doctora me dijo, si quieres caerte muévete y allí se acaba el problema...*

**Lirio:** *\_ Me dijeron que subiera a la camilla y abra las piernas, señorita eran unas enmascaradas ni les escuchaba bien lo que me decían, creo que por eso me gritaban, yo tenía vergüenza y me dijeron lo que se hará ni que fuera su primer hijo, cómo si tener hartos hijos fuera malo y por eso se nos quitara la vergüenza... “colabore pues señora, tantos hijos y va a estar gritando*

**Rosa:** *\_ En eso vino un doctor todo alborotado y me dijo, ya pues mamacita tiene que pujar...no sólo para tener hijos hay que ser buena, mujer vieja y gritando y seguro que ni ligarse quiere; y encima está gorda, cómo pues, me aplastó mi barriga con todas sus fuerzas, yo creí que me mataban y ahí recién salió mi hijito...*

**Geranio:** *\_ Nada avanza Ud. por estar gritando y pujando me dijo la obstetrix, y yo le digo señorita no estoy pujando, pero si me duele y mucho... y ella me respondió: pero ya sabe cómo es también me dijo y ruegue que todo salga bien, tenía que cuidarse si su hijo no tiene ni dos años y Ud. ya con otro de nuevo; sentí tan mal, con vergüenza y hasta culpa de que algo le pasara a mi bebito o a mí...y ahí le dije pero háganme la cesárea entonces, y me dijo cree que es tan fácil...tenemos que esperar...*

**Gladiolo:** \_ *Siéntate tranquila mamá, si no te pinchare peor que a colador...eso me dijo la que colocaba la anestesia... como si una quisiera que le hagan doler, si solo me hubiera preguntado porque no estaba quieta, sentía un dolor que estoy segura ella no aguantaría*

**Violeta:** \_ *Uy y ahora como le colocaré la anestesia, está muy grande...mamita, tiene que dejar de comer, la aguja no creo que entre...*

**Jazmín:** \_ *Cómo te va a doler si estás con anestesia, ya no duele mamita, ya no duele, además no te puedo dormir hasta que salga tu bebé...tienes que aguantar...cómo si uno se quejara por las puras, después sólo recuerdo que estaba ya en otra sala...*

**Dalia:** \_ *El tercer hijo ya, y gritando tan fuerte...ya sabes cómo es el dolor, ahora te quejas y seguro que al año vendrás nuevamente embarazada...si no doliera no nos quejaríamos y no porque sea mi tercer hijo ya no duele y más lo que nos juzgan, solo deben ayudarnos sin tanto criticar*

**Anturio:** \_ *La hubieran referido, está muy grande, muy grande...ojalá entre la aguja...no somos sordas, tenemos dolor, pero escuchamos todo lo que dicen...y sí me sentí humillada, sé que estoy gordita, pero no fui para que me juzgaran, sino para dar a luz...*

Según los discursos, las informantes vivenciaron alguna limitación en expresar libremente sus emociones, sentimientos e inquietudes, optando por una actitud de sumisión, debido a regaños, críticas y burlas por parte del personal de salud. Belli, afirma que las agresiones verbales se manifiestan a través de muestras de insensibilidad ante el dolor de la mujer, manteniendo silencio a sus preguntas, a través de la infantilización, los insultos y los comentarios humillantes (56).

La violencia verbal en el marco de los procesos de atención obstétrica, surge entre otras razones por lo que Foucault llama “el poder/saber”, el cual fue analizado por Arguedas, desde el campo de la obstetricia considerando que es el ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas, ya que no hablan el lenguaje de la ciencia, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica (57).

Arguedas citado por Restrepo, et al, considera que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder. Esta posición desigual para la construcción de una comunicación efectiva, fue relatada así: “*Uno allá no puede decir nada porque si uno se queja le dicen que uno no sabe. ¡Nosotros somos los médicos, que nosotros somos lo que sabemos!*” (54).

Generar culpa es una táctica que en el marco de los procesos de atención puede resultar efectiva para el personal de salud y que hace recordar las palabras de Freud cuando manifestó “*la culpa es de la madre*”. Este sentido común ha sido interiorizado hasta lo más profundo de nuestro ser – todo cuanto le pasa a un individuo es susceptible de ser responsabilidad directa de su madre (58).

Las participantes a través de sus discursos narran sus vivencias durante su trabajo de parto y son atendidas por el personal de salud, se puede identificar soledad, vergüenza cuando son evaluadas a través del tacto vaginal y están presentes personas extrañas como observadores; indiferencia frente al dolor, poca tolerancia, falta de respeto por su intimidad al desnudarlas, escasa cortesía en la comunicación verbal y no verbal.

Se ha encontrado convergencia entre los hallazgos estadísticos y las vivencias de las participantes en cuanto al trato recibido durante el parto, donde predomina la falta de respeto a la intimidad y autonomía de las mujeres cuando realizan algún procedimiento como tacto vaginal frente a extraños, la falta de oportunidad de comunicación que haría menos traumático este evento al no permitirle preguntar o decir su sentir en este caso el dolor; de otro lado, la mujer se siente disminuida al ser tratada con una persona sin identidad sin capacidad para decidir o reclamar por temor a la reacción de molestia del personal de salud, así mismo la soledad que puede sentir durante el parto al encontrarse sin la compañía de un familiar. Se puede resaltar la relación de poder del personal de salud sobre la mujer que busca atención como una dadora no como un derecho.

**Tabla 2: Dimensión de Violencia Obstétrica: Procedimientos realizados durante el trabajo de parto. Hospital José Soto Cadenillas de Chota-2021**

		N	%
Le prohibieron ingerir alimentos o bebidas	SI	77	41,4
	NO	109	58,6
Le indicaron permanecer acostada todo el tiempo	SI	28	15,1
	NO	158	84,9
Le prohibieron realizar caminatas o adoptar posturas cómodas para Ud.	SI	32	17,2
	NO	154	82,8
Realizaron rotura artificial de las membranas (fuente, bolsa)	SI	118	63,4
	NO	68	36,6
Rasurado de vello púbico	SI	61	32,8
	NO	125	67,2
Administración de medicación para acelerar el parto	SI	151	81,2
	NO	35	18,8
Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas	SI	80	43,0
	NO	106	57,0
Comprensión del abdomen en el momento del parto	SI	90	48,4
	NO	96	51,6
Episiotomía (corte)	SI	34	18,3
	NO	152	81,7
Cesárea de emergencia.	SI	58	31,2
	NO	128	68,8
Legrado, raspaje uterino (limpieza uterina), sin anestesia.	SI	40	21,5
	NO	146	78,5
Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para que Ud. pudiese pujar	SI	153	82,3
	NO	33	17,7
Al momento del nacimiento no tuvo contacto inmediato con su hijo/a, antes de que se realizaran cuidados rutinarios (pesar, medir, administración de vacunas y baño)	SI	71	38,2
	NO	115	61,8
	<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>

En la dimensión procedimientos realizados durante el trabajo de parto, los resultados revelan que 82,3% de las mujeres señalan que durante su parto se les impidió tomar la postura más cómoda que la ginecológica, el 48,4% fue sometida a la maniobra de compresión abdominal, otro dato importante indica que 38,2% de parturientas no tuvo contacto inmediato con su hijo recién nacido como lo ordena la norma.

Los resultados encontrados son similares a Terán y col, quienes señalan en relación al tipo de procedimiento realizado sin consentimiento, el (37,2%) reportaron la realización de tactos vaginales reiterados, un (31,3%) describieron la administración de medicamentos para acelerar el parto y (24,9%) señalaron que fueron obligadas a permanecer en decúbito dorsal. Todos los procedimientos realizados sin consentimiento, según la referencia de la usuaria (59).

El 57% de las participantes señalaron en relación a los tactos vaginales que fueron realizado en reiteradas oportunidades y por diferentes personas, al respecto según Vallana manifiesta que los tactos vaginales a repetición hacen parte de la “cadena de intervenciones” que apuran el parto en el modelo industrializado de parir/nacer” y que buscan que el proceso de nacer sea rápido y ocupe el menor tiempo posible del personal de salud. De tal manera que casi sistemáticamente se incluye un espiral de intervenciones en las cuales el parto debe ser inducido si este no avanza solo y prontamente. Con los tactos vaginales se expone también a la mujer a adquirir infecciones por la introducción de bacterias de la vagina en el útero (60).

En relación a la inmovilización y postura adoptada durante el trabajo de parto que se convierte como un protocolo en los establecimientos de salud los cuales tienen por finalidad desde la postura del prestador de los servicios proteger a las parturientas de

golpes y caídas dentro de las instituciones hospitalarias, lo que hace que se les prohíba deambular, caminar, agacharse, acurrucarse, ponerse en cuclillas, entre otros, movimientos todos estos que contribuyen a la dilatación y ayudan a hacer las contracciones más llevaderas. Así, la imposición de la quietud es entonces inadecuada para la fisiología del parto, así como también la posición supina”. Vallana, señala que sin duda la adopción de una postura supina para el trabajo de parto y parto hace parte del proceso de “sometimiento” a la atención institucional del parto, lo que se traduce en impotencia y falta de contención para el dolor que la mujer experimenta en dicha posición, pues le resulta más dolorosa y retrasa lo que justamente se busca por parte del personal de salud: “que el parto sea rapidito” (58).

Al respecto de la postura al momento del parto, el MINSA, establece que una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodilladas entre otras (parto tradicional). El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal. Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos de salud, poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ella como la del/la niño/a por nacer en el caso de que se presenten complicaciones (61).

Ante ello es imperativo responder a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna. Por lo tanto, los profesionales de la salud

en atención a la Norma Técnica tendrán la posibilidad de ofrecer la modalidad del parto vertical en los establecimientos de salud, garantizando la calidad de la atención y respondiendo a la vez a una necesidad sentida en las mujeres peruanas (61).

La aplicación de la Norma posibilita extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional que, si bien son marcos conceptuales diferentes, no significa que deben estar contrapuestos, pudiendo complementarse. Implica rescatar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma que desea ser atendida, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el bebé y el entorno familiar.

Las nuevas recomendaciones de la OMS buscan hacer del parto una experiencia positiva respaldan la libre determinación de la mujer para tener su parto en la posición que les resulte más cómoda, lo que disminuiría el tiempo del parto, el dolor y la inconformidad de las mujeres durante los procesos de atención entre otros beneficios (34).

En el estudio de Tobar y cols, se menciona: los actos médicos sin consentimiento informado fueron reportados por el 66,8 % de las usuarias, el principal de ellos fue la realización de tactos vaginales reiterados por múltiples examinadores 37,2 %. las recomendaciones de la OMS para un trabajo de parto humanizado, establece que el tacto vaginal debe realizarse cada 4 horas durante el período de dilatación hasta los 5 cm, a partir de allí cada 2 horas según la evolución y trasladar a sala de parto con dilatación completa a primigestas y con 7 centímetros a múltiparas (57).

Los mismos autores presentan como resultados que la administración de oxitócicos sin previa explicación se realizó en 31,3 % de las pacientes, este procedimiento ha generado gran incomodidad entre los especialistas, por cuanto los oxitócicos pueden ser de gran ayuda en la atención del trabajo de parto. Es muy importante que la violencia no se genera por el uso del fármaco en sí mismo, sino a su aplicación sin consentimiento. El decúbito dorsal obligatorio fue referido por casi 25 % de las pacientes y 23,5 % percibieron la cesárea como violencia. El obstetra debe tomarse unos minutos para informar a la paciente sobre la eventual necesidad de su uso, solicitando la firma del consentimiento informado (57).

La administración de medicamentos para acelerar el trabajo es otro aspecto influyente en el trabajo de parto, es así que actualmente, “no se debe realizar administración de oxitócicos de rutina para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo”, además e importante aclarar que con la administración de oxitocina se genera un “incremento en el riesgo de hiperestimulación y efectos adversos sobre la frecuencia cardiaca fetal”. A pesar de estas especificaciones en la institución este procedimiento se le realiza al 48,89% de las pacientes atendidas y el uso de este fármaco es considerada necesaria para el personal de salud un 65,85%, y a veces necesaria en un 24,9% (62).

En la misma línea la OMS señala que, es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre (34).

Respecto a la información que brinda el personal de salud previo a la administración de este tipo de medicamentos se encontró que le explicaron únicamente a un 55,68%, al correlacionarlo con la información que el personal de salud da con respecto a este ítem se encontró que los trabajadores confirman que únicamente explican esto en el 41,3% de los casos (51). De esta manera se demuestra la desinformación de las pacientes al respecto, tal como se muestra en la investigación de Figueroa Palomino et al., en donde dentro de los procedimientos que con mayor frecuencia se empleaban sin solicitar consentimiento informado se encontraba la administración de medicación para acelerar el parto con un 31,1% de los casos (63).

El procedimiento conocido como amniotomía o ruptura artificial de membranas se realiza según las pacientes en un 63,4% de las atenciones, esto a pesar de las recomendaciones de la OMS, en donde se recomienda no realizar amniotomía y se sugiere su uso cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer periodo del parto prolongado. Esta es una práctica que se considera como no natural para la atención del parto y como se muestra los médicos que la practican la consideran como necesaria a pesar de tener una limitación muy específica para su uso. Además, es importante recalcar que no se explica a las pacientes su necesidad, entonces se ejecuta este procedimiento que no tiene el fundamento científico y adicionalmente no se informa a las pacientes al respecto vulnerando así su integridad y sus derechos (64).

La episiotomía se realiza en un 18,3% de las pacientes, generalmente a las primigestas, resultados contradictorios a los obtenidos por Terán et al, quien reporta en su estudio que una de las practicas más utilizadas durante la atención de salud en la

institución es la episiotomía, con un 83,33% y se les aplicó anestesia local para esto únicamente a un 24% de estas pacientes intervenidas, esto puede relacionarse con la necesidad que dan los trabajadores al proceso, pues informan que es necesario/a veces necesario en un 95,12%, esto es contrario a lo que se recomienda en la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, en donde se contempla que no se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo (65).

Se recomienda hacer uso de la episiotomía solo si hay necesidad clínica, como en un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal. Antes de llevar a cabo una episiotomía, se recomienda realizar una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.

Considerando los resultados que hacen referencia a la no realización del contacto piel a piel, Costa et al. señalan que es importante que el personal de salud reconozca los beneficios para la madre: reduce el dolor, debido a la ingurgitación mamaria, existe una asociación efectiva entre el estado de la lactancia al mes y al cuarto mes después del parto, además aumenta la posibilidad de una mayor permanencia de LM, al mismo tiempo, favorece el afecto y apego madre – RN, se produce la secreción de oxitocina, disminuyendo así la de depresión postparto, conjuntamente, favorece la involución uterina; todo ello, ocasiona que las madres presenten gran satisfacción y viva una experiencia de parto más humanizada (66); en consecuencia, las madres, frente a la aplicación del CPP, tienen actitudes favorables, siendo un procedimiento muy bien aceptado por ellas, llegando a catalogarlo como una experiencia gratificante, satisfactoria y beneficiosa.

Los resultados mostrados claramente reflejan las relaciones de poder entre profesional y paciente y son expresadas como aquellas actitudes que no favorecían la proximidad y dificultaban la comunicación abierta, para expresar sus dudas, preferencias y deseos. La jerarquización también se materializaba en utilizar un lenguaje y tono inadecuado, faltando al respeto, omitiendo parte de la información a la mujer, así como en las dificultades expresadas por las mujeres entrevistadas para resolver dudas con el/la personal de salud.

Resultados que se refrendan, en la Categoría 2: Control sobre los cuerpos, según los siguientes discursos:

**Margarita:** \_ *Desearía preguntarles, ¿acostadas se podrá pujar más que hacerlo en posición de sentadas, cómo pues nos dicen pujen, no colabora, pero si no se puede”*

**Lirio:** \_ *No entendía nada, sólo sé que algo malo estaba pasando...me dijeron: tienen que hacerle su cesárea, es que no colabora, cuando tiene que pujar no puja y su bebé ya está sufriendo...sentía tanta culpa, no quería que le pasara algo malo a mi bebé...*

**Azucena:** \_ *Sentí un líquido tibio que se derramaba por entre mis piernas, me asusté mucho y le pregunté señorita que está pasando y me dijo, el doctor le ha roto la fuente es para que avance el parto...yo realmente creí que me estaba pasando algo muy malo, si me hubiesen dicho antes...*

**Rosa:** \_ *Acostada, con las piernas levantadas y nos dicen puje, ahora si puje con todas sus fuerzas, es casi imposible, sé que las parteras hacen sentar para poder pujar, deberían hacer lo mismo acá.*

**Geranio:** *\_ Yo le decía señorita me sentaré, así me hicieron en mi primer hijo, así puedo pujar más; pero me respondió acá está en el hospital, no está con la partera.*

**Malva:** *\_ Me dijeron que tenían que hacerme cesárea de emergencia, porque no iba a poder dar a luz normal, que mi bebé estaba grande y que yo era muy pequeña estrecha...sentí mucha cólera, desde que ingresé les había preguntado si me iban a hacer cesárea, pero ...*

**Gladiolo:** *\_ No pude ver a mi bebé, estaba muy asustada, creo que después me hicieron dormir, me desperté en otra sala sólo, escuchando unos sonidos.*

Los discursos de las participantes, se relacionan con los hallazgos de Restrepo y cols, quienes señalan que las entrevistadas de su estudio expresaron que la sobre intervención se daba sobre todo en el parto, el parto y el puerperio inmediato, como parte de estas prácticas relataban que no se les permitió la evolución natural del proceso de parto, proponiendo inducciones sin justificación médica, queriendo adaptar los plazos a las necesidades de los/as profesionales, practicando técnicas antes de lo recomendado o rutinarias innecesarias, además de técnicas referidas por las mujeres como muy dolorosas y traumáticas, como la compresión abdominal, que siguen realizándose a pesar de no existir evidencia suficiente que la justifique (60).

Hoy en día se conoce ampliamente sobre los beneficios en la madre y el niño que acarrea el contacto piel a piel, mejora la adaptación fisiológica y psicológica del RN y estrecha el vínculo madre-niño que perdurará por toda la vida; lamentablemente aún según los resultados obtenidos ésta práctica no es considerada como esencial en el cuidado brindado a las mujeres y sus niños recién nacidos, y esto se deba tal vez a que el personal de salud inmerso en el cuidado del binomio madre-niño, trabajan de manera desarticulada; por un lado el personal responsable de la atención de la

puérpera se preocupa por el bienestar de ella y por “culminar su atención” y quizá desde su óptica necesita de espacio para hacerlo; y por otro lado el personal de enfermería está más preocupado por brindar todos los cuidados al R.N y con cumplir con el componente administrativo y protocolos establecidos; tal es así que muchas veces para realizar las actividades establecidas el enfermero(a) se lleva al R.N a los cuneros, hasta que ambos grupos profesionales cumplan con los documentos y acciones correspondientes; impidiendo así que se establezca el contacto piel a piel que deberían tener inmediatamente los R.N. con sus madres.

Al respecto el MINSA establece que el contacto piel a piel debe ser un procedimiento obligatorio que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado; consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz (67).

La OMS también indica que se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia (34).

Algunas entrevistadas también expresaron que sufrieron prácticas clínicas injustificables como la rotura artificial de membranas sin información/consentimiento, episiotomías innecesarias o monitorización continuada, no permitirles el libre movimiento durante el parto o la elección de la posición

durante el expulsivo; así mismo, se repitió el hecho de que primero les realizaron la técnica y después, y solo a solicitud de ellas, se lo explicaron. El hecho de que no les informaran, genera en la mujer un sentimiento de desconfianza hacia el personal, sienten que no son tomadas en cuenta e incluso les generaron sentimientos de culpa.

**Anturio:** \_ *Venía me tocaba de nuevo y me decía Ud. Está pujando creo, ya le hemos dicho que no puje, me ponían no sé qué medicinas en el suero y ahí sí...agárrese señorita... el dolor me mataba.*

**Violeta:** \_ *Ya no sé ni a qué hora, regresaron y me rompieron la bolsa, me acabé de mojar; y me dijeron ya la vamos pasar a la sala de partos” ...al fin cuando todo había terminado, ya me encontraba en otra camilla con mi bebé y sentí un dolor bien feo...me habían hecho un corte, pero nadie me informó...*

**Jazmín:** \_ *Puje, puje me decían, no colabora, quiero sentarme les decía, quiero sentarme... ayúdeme; en eso alguien me presionó mi vientre con todas sus fuerzas -yo creí que me mataban- y ahí recién salió mi hijito*

**Dalia:** \_ *Me dijeron que estaba en 7, y me pusieron unos sueros y unas medicinas para avanzar dijeron, ahí no más entro un doctor dijeron y nuevamente hacerme el tacto, ya pues uno tiene que dejarse no más para saber como estamos...*

**Clavel:** \_ *Le romperé la bolsa para que avance, yo le dije que sí, con tal que no le afecte a mi bebé; pero no sabía que aumentaría el dolor, así me hubiera dicho y no me dejaba... y tanto dolor en vano, porque finalmente me hicieron cesárea de emergencia, porque no colaboraba me dijeron...*

En la dimensión de procedimientos realizados durante el trabajo de parto las vivencias de las participantes, muestran incomodidad por la falta de respeto hacia sus costumbres para el parto, esta situación es especialmente importante cuando las gestantes provienen de la zona rural donde es la partera quien trae al mundo a los

niños y es la persona que acompaña a la parturienta considerando sus costumbres y deseos; por otro lado la rotura artificial de membranas o la administración de medicamentos o la práctica de la maniobra de compresión abdominal sin ser informadas, primero genera temor por desconocer lo que está sucediendo en su propio cuerpo y luego molestia, por no haber sido informadas previamente y utilizando un lenguaje apropiado.

Es evidente la convergencia entre los resultados, de este modo, las vivencias de las mujeres durante el parto describen el papel del trabajador de salud como ajeno e indiferente a su dolor y temor propiciando sensación de abandono y soledad. Las normas y lineamientos del MINSA también pueden influir en la actuación de los profesionales que deben cumplir con protocolos de atención para no arriesgar la vida de la madre y el niño y actuar oportunamente, además la formación profesional con un enfoque biomédico también es un factor importante a tener en cuenta, sin embargo, se debe aclarar que el aspecto principal que parece incidir en las vivencias de las mujeres es la falta de comunicación verbal, así como el desconocimiento y poco valor que el personal de salud le da a la cultura y costumbres de las usuarias, ya que si en el cuidado fuera prioritaria la participación activa de las mujeres el parto podría ser una experiencia natural y no un episodio doloroso en la vida de las madres.

**Tabla 3: Dimensión de la Violencia Obstétrica: Información y consentimiento durante el trabajo de parto. Hospital José Soto Cadenillas de Chota-2021**

		<b>N°</b>	<b>%</b>
Le informaron sobre el procedimiento o maniobra que le iban a realizar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios).	NO	132	71,0
	SI	54	29,0
Recibió información de los medicamentos que le iban administrando (Oxitocina, antibióticos, antihipertensivo, entre otros), le informaron sobre indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios	NO	175	94,1
	SI	11	5,9
Se actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento con su consentimiento?	NO	126	67,7
	SI	60	32,3
Participó en la toma de decisión sobre su atención	NO	134	72,0
	SI	52	28,0
El lenguaje utilizado fue profesional y correcto en todo momento, pudo entender la información que le dieron	NO	123	66,1
	SI	63	33,9
	<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>100</b>

En cuanto a información y conocimiento, las puérperas señalan que: 94,1% no recibió información sobre los medicamentos que le iban administrando; y un 67,7% mencionan que en muchos de los procedimientos que realizaron ella no dio su consentimiento; para 66,1% el lenguaje utilizado no fue profesional y correcto además poco entendible.

Resultados coincidentes con Terán et al, quien presenta que los actos médicos sin consentimiento informado fueron reportados por el 66,8 % de las usuarias; así mismo, a mayor nivel educativo, observamos menor frecuencia de percepción de la práctica de procedimientos sin consentimiento. Es probable que, al tratar con pacientes de mayor preparación, el personal médico se sienta más cómodo explicando los procedimientos, mientras que, al tratar con pacientes de bajo grado de instrucción, erróneamente toma una actitud paternalista en la que decide por la paciente sin considerar su opinión (59).

Actitudes como esta deben ser evitadas a toda costa. Debemos insistir en la necesidad de explicar, en términos sencillos, pero basados en la evidencia, todos los aspectos relacionados con la atención de cada paciente en particular, independientemente de su edad, condición social, grado de instrucción o tipo de atención.

En el mismo trabajo llama la atención que solo 13 % de las mujeres recibió información sobre el formulario de consentimiento informado y 17 % firmó algún formato de este tipo. Es importante destacar que los formularios existen en la institución, pero, sin embargo, no se aplican en forma rutinaria. De hecho, los pocos formularios que se firman corresponden al consentimiento informado que se realiza para exención de responsabilidad en caso de ingresos con embarazos pretérmino por no contar con terapia neonatal en la institución (59).

Respecto a la falta de información se refuerza con lo expresado por las mujeres quienes manifiestan que, para obtener la información, siempre debían preguntar y se las ofrecían luego de haberse realizado los procedimientos o tomado la decisión de

efectuarlos, hechos que impidieron dar su consentimiento. Estas dificultades para acceder a la información oportuna, resultaron en un sentimiento de confusión entre las mujeres atendidas, lo que ocasiona imposibilidad de resolver dudas y la escasa atención de sus necesidades e inclusive desconfianza; provocando así este tipo de violencia sentimientos de miedo, soledad y angustia.

Cada parto es único, incluso para las mujeres no primerizas, por lo cual es necesario que la gestante esté informada sobre las decisiones que se tomen en el marco de los procesos de atención sobre su cuerpo, su hijo y su proceso de parto. Esto contribuye a disminuir los niveles de ansiedad, a tener un rol activo, a construir relaciones más equitativas con el personal de salud y a atender efectivamente a sus solicitudes.

Los resultados obtenidos relacionados con el uso de medicamentos, además de suponer una clara sobre medicalización, vulneraban los derechos de estas mujeres al ser administrados sin informarlas, sin dar a conocer el por qué de la indicación, los efectos secundarios; ocasionando que las mujeres lleguen a pensar que algo malo está sucediendo en su trabajo de parto cuando empiezan a sentir los efectos secundarios de los medicamentos utilizados.

Esta forma de violencia obstétrica se engloba en la Categoría 3: Sin derecho a la información, y se constata según los siguientes enunciados:

***Margarita:** \_ Me dijeron que me iban a evaluar, pero nadie me explicaba que iban hacer, me colocaron suero, me hicieron el tacto, después me colocaron medicina, pero no supe para que era...*

***Azucena:** \_ Hablaban de forma que no entendía, con palabras raras...no pude preguntar, tenía miedo y vergüenza...que pensarían de mí...es que como una no ha estudiado...*

**Geranio:** \_ *Creo que es necesario que atiendan más personal, nos tratan como si estuviesen apuradas, y algo que me hizo sentir mal, aparte de todo...es que no nos informan sobre lo que están haciendo con nuestros cuerpos... y cuando pedimos que nos expliquen lo hacen como si no fuésemos capaces de entender, si lo hicieran de buena manera, cualquiera lo podría entender.*

**Malva:** \_ *Una no sabe que es lo que hacen; llegas y te dicen suba a esa camilla la vamos a evaluar...abra las piernas, te colocan tu suero, ves personas a tu alrededor, no sabes quien es quien, solo reconoces a la obstetriz porque es la que te atiende y está de guinda...te colocan medicina, no sabes qué ni para qué, y una está adolorida, de miedo hasta avergonzada, que no pude ni siquiera preguntar, se las ve tan ocupadas...*

**Anturio:** \_ *Después de tanto hacerme sufrir, escuche que dijeron que me tenían que hacer cesárea, y digo que lo escuche, porque más se lo explicaban a mi esposo que a mí, cómo si la cesárea le hubiera hacer a él...En plena cesárea, escuchaba sangra mucho, el útero está flojo...sentí un pinchazo en el hombro...señorita, le dije me duele...es para que no sangre me dijo...primero me hubiera explicado...seguro pensaba que estaba dormida...*

**Jazmín:** \_ *Me hicieron tacto, me colocaron suero, veía que me colocaban medicamentos, sentí que me venía líquido, el dolor aumentaba...y nadie me decía nada...desearía que se pusieran un ratito en nuestro lugar, si nos dijeran lo que hacen podríamos apoyar más.*

**Dalia:** \_ *Entraban, me evaluaban, me decían que no puje todavía y salían...¿pregunté señorita como estoy?...está avanzando...pero me duele mucho, ya no puedo, ¡ayúdeme le dije!...ya le puse medicina para que avance...así es tiene que aguantar...no sabía que medicina era, ni para que servían...*

**Clavel:** \_ *Estaba en la sala de recuperación, después de la cesárea y que mi cuerpo quemaba, pero sentía escalofríos, mi corazón parecía que salía de mi pecho, creí que me moría...pedí ayuda...y vino una señora y me dijo...lo que pasa es que le han colocado unas pastillas para evitar el sangrado, pero que*

*hacen que su cuerpo reaccione así...deben informarnos antes de colocarnos la medicina, para no asustarnos...*

En esta dimensión de la violencia obstétrica, las puérperas nos relatan sus vivencias donde prima el temor y la incertidumbre producto de la poca comunicación del personal de salud, si bien hablan lo exactamente necesario, su comunicación no verbal es clara y se traduce en apuro, molestia y poca tolerancia hacia la parturienta; estas actitudes no permiten que la paciente pregunte o decida, transformándose en un ser pasivo.

Los datos estadísticos y discursos de las participantes nos dejan entrever la deshumanización de la salud que prioriza la asistencia técnica instrumental frente a las vivencias de las mujeres que durante el parto deben tolerar dolor físico y emocional además del temor por el estado de su hijo. Los resultados indican que las intervenciones son realizadas de forma vertical sin considerar la aprobación de la parturienta o familiar; esta situación muestra el contundente estado de marginalidad de las mujeres a la par de su papel pasivo frente al varón (médico, obstetra o enfermero) que decide qué hacer y cuando dejando de lado su voz o decisión.

**Tabla 4: Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota - 2021**

	N°	%	
<b>Edad</b>	[18 -24]	30	16,1
	[25 -31]	80	43,1
	[32 -38]	51	27,4
	[39 -45]	25	13,4
<b>Grado de instrucción</b>	Analfabeta	7	3,8
	Primaria	55	29,6
	Secundaria	81	45,5
	Superior No	35	18,9
	Universitaria		
	Superior Universitaria	8	3,2
<b>Estado civil</b>	Soltera	15	8,1
	Casada	32	17,2
	Conviviente	139	74,7
<b>Procedencia</b>	Rural	116	62,4
	Urbano	70	37,6
<b>Ocupación</b>	Remunerado	52	28,0
	No Remunerado	134	72,0
<b>Número de partos</b>	Primero	73	39,2
	Segundo	61	32,8
	Tercero	39	21,0
	Cuarto	7	3,8
	Quinto a más	6	3,2
	<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100,0</b>

Respecto a las características sociodemográficas, los resultados más resaltantes señalan: que las mujeres que refirieron padecer violencia obstétrica el 74,7% eran convivientes, 72,4% realizaban un trabajo no remunerado, 62,4% procedían del área rural, el 43% tenían entre 25 a 35 años, el 39,2% eran primigestas y sólo el 3,2% tenían estudios universitarios completos.

Resultados similares a los reportados por Jojoa y cols, quienes según variables sociodemográficas de las participantes indican que, un 12% de las participantes tenían entre 15 a 19 años, 57% de 20 a 25, 19% de 26 a 35 y 12% eran mayores de 36 años. Respecto al nivel educativo, el 31% cursó estudios secundarios; el mismo porcentaje afirmó no haber culminado la primaria. De la información sociodemográfica, es de resaltar que el 63% de las informantes refirió tener un hijo; con relación a la ocupación, la mayoría manifestó ser ama de casa (20).

Así mismo, Tobar y col, presentan resultados de violencia obstétrica según grupo etareo, señalando que entre las pacientes que percibieron trato deshumanizante, la mayor frecuencia estaba entre 20 y 34 años. Sin embargo, cuando consideramos el total de cada grupo de edad, observamos que 42, 3% de mujeres tenían entre 20 a 34 años; las adolescentes, representaban el 57 %; es posible que algunas adolescentes consideren estos maltratos como “normales”, por inexperiencia, o también podrían sentir temor a expresar su percepción al responder la encuesta. Por otro lado, las gestantes tardías que percibieron este tipo de maltrato fueron 25 de 30 mujeres entre 35 y 42 años (83,3 % del grupo). Hay que considerar que ambos grupos etarios son particularmente vulnerables a esta situación en particular (57).

En el mismo estudio, se presentan resultados que difieren de los obtenidos en el estudio, puesto que, se aprecia una tendencia a percibir el trato deshumanizante con mayor frecuencia en las mujeres de mayor nivel educativo, quizá porque ellas posean un mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que favorece su empoderamiento, es decir, adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud (57).

Los resultados son coherentes con el Informe de las Naciones Unidas, el cual tiene como una de sus conclusiones que las mujeres del nivel socioeconómico más bajo han relatado haber sido humilladas por los trabajadores sanitarios debido a su pobreza o su incapacidad para leer o escribir, por vivir en zonas rurales o barrios marginales o por estar sucias o desaliñadas. Las mujeres también han denunciado haber recibido, durante el parto, amenazas por parte de los profesionales sanitarios de retirarles el tratamiento, sufrir violencia física y la culpabilización de la mujer por los malos resultados sanitarios de ella misma o de su bebé. Estas prácticas pueden causar un daño y sufrimiento psicológico y pueden constituir violencia psicológica contra las mujeres (7).

Al respecto la OMS declara que, todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación (34). Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.

Muchas mujeres sufren o han sufrido violencia en los establecimientos de salud durante el parto, la cual se expresa, entre otras, a través de las siguientes manifestaciones: 1) trato irrespetuoso, ofensivo o humillante, 2) maltrato físico o verbal, 3) procedimientos médicos sin consentimiento informado, consentimiento incompleto u obtenido de manera coercitiva, 4) esterilización sin su consentimiento, 5) negativa a administrar analgésicos, 6) violaciones flagrantes de la privacidad, 7)

rechazo de la admisión en centros de salud, 8) negligencia hacia las mujeres durante el parto, 9) retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago (34).

Asimismo, señala que son las adolescentes, así como las mujeres solteras, de nivel socioeconómico bajo, que pertenecen a una minoría étnica, inmigrantes y las que padecen VIH2, entre otras; tienen un mayor riesgo a experimentar estas situaciones de violencia. Estos hechos generan desconfianza por parte de las mujeres hacia los profesionales de la salud que las atienden y las desmotivan a buscar asistencia materna y utilizar los servicios existentes (34).

Según resultados de diversas revisiones integrativas sobre el tema de violencia obstétrica se ha concluido que ésta afecta especialmente mujeres de bajo nivel socioeconómico, de minorías étnicas expuestas al poder institucional y profesional, con características opresoras y dominadoras que excluyen la subjetividad femenina como trazo esencial para la construcción de la asistencia centrada en la mujer y del ejercicio de su plena ciudadanía (57).

Barbosa y Modena, la V.O. se reproducen fácilmente en espacios insalubres de discriminación y desigualdad estructural contra la mujer, en los que factores como la raza, la edad, el nivel educativo o socioeconómico se tornan en condicionantes de riesgo y exposición a la violencia; es así que una en cada cinco gestantes atendidas en el prenatal relataba algún tipo de abuso (20,7%). Entre las nulíparas, el abuso en la asistencia médica fue asociado al miedo, en relación al parto en la categoría de abusos graves en el cuidado en salud. Entre las multíparas fueron encontrados

resultados en la categoría sufrimiento severo a partir de abusos en el cuidado en salud con una significativa asociación con el miedo en relación al parto y el deseo por cesárea (64).

Posibles explicaciones para su ocurrencia son fomentadas por los autores, que parten de un análisis inicial de la existencia de un grupo de mujeres más vulnerables a las diferentes formas de VO, caracterizadas como negras o perteneciente a las minorías étnicas, adolescentes, pobres, con baja instrucción escolar, usuarias de drogas, mujeres viviendo en situación de calle, mujeres sin acompañamiento de prenatal y sin acompañante en el momento del atendimento (65).

Similares apreciaciones tienen la Defensoría del pueblo peruano, quien señala que pertenencia a un pueblo indígena, andino o amazónico; el uso de una lengua originaria; la edad; la discapacidad o la manera de ejercer o vivir la sexualidad pueden agravar la exposición a este tipo de violencia. Las mujeres indígenas, amazónicas, afros, adolescentes, con discapacidad, LGTBIQ+ se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad frente a la ocurrencia de la violencia obstétrica.

Las adolescentes también pueden sufrir violencia obstétrica por parte del personal de salud en el marco de sus atenciones prenatales, parto o puerperio. Más aún, cuando se encuentran en la zona rural, donde se encuentra el mayor porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas (12,4 %) (66).

Los resultados obtenidos, hacen referencia a la diferencia que existe en la atención de mujeres según condiciones socioeconómicas; es así que, son las mujeres del área

rural, de nivel educativo secundario y de trabajo no remunerado las que padecieron en porcentajes más elevados de violencia obstétrica, hecho ligado a la subvaloración de la mujer quien desde el punto de vista del profesional de salud, desconoce de los actos médicos, o es incapaz de entender las explicaciones sobre los procedimientos, medicamentos a utilizar durante el trabajo de parto; mujeres a quienes se les somete a la voluntad de los prestadores de salud reflejando un trato vertical, que no implica necesariamente un maltrato evidente o reconocido como tal; si no más bien una relación asimétrica en la que se entremezclan afecto, empatía, autoritarismo y paternalismo, a la vez.

Este vínculo se sustenta en el poder del conocimiento que ostenta el profesional (y que el paciente también le otorga) para interpretar y diagnosticar condiciones de salud, dolencias y enfermedades y más aún situaciones que tienen que ver con el trabajo de parto que representa para cada mujer una situación única.

Situación que aparentemente no es similar en las mujeres del área urbana o con estudios superiores, a quienes se les brinda un trato más horizontal, en el cual prima el respeto al derecho de información y consentimiento, quienes tal vez al tener un rol más activo en el momento de la atención, quienes al preguntar y dejar en claro sus preferencias en relación al cuidado en el trabajo de parto puede conllevar a un trato en el que se refleje el respeto por sus derechos.

Es importante señalar que los resultados no solamente reflejarían que la violencia responde a prejuicios y concepciones de subvaloración acerca de la población; también podría estar influyendo el no reconocimiento de los profesionales respecto a la realidad de las mujeres nuestra zona rural; mujeres con fuerte arraigo ancestral

respecto a la manera de como debería llevarse a cabo el trabajo de parto; y, más aún no están ejerciendo sus funciones según lo establece la norma sobre la atención del parto con clave intercultural.

## CONCLUSIONES

- La violencia obstétrica según la dimensión trato recibido, se traduce en que la mayor parte de las mujeres refirieron la presencia de personas extrañas en el trabajo de parto, hicieron alusión a la escasa comunicación, el uso de sobrenombres, manifestaron que no les permitieron el acompañamiento de algún familiar y las criticaron por llorar y gritar durante las contracciones.
- En la dimensión procedimientos realizados durante el trabajo de parto, el porcentaje más alto de participantes mencionaron que se les impidió tomar una postura diferente a la ginecológica, aproximadamente la mitad indicaron que fueron sometidas a la maniobra de compresión abdominal y más de la tercera parte se le impidió el contacto piel a piel con su recién nacido, según la norma establecida.
- En la dimensión información y consentimiento durante el trabajo de parto, la gran mayoría de las puérperas revelaron que no fueron informadas sobre la medicación administrada, señalaron que no se respetó su autonomía puesto que no se les solicitó su consentimiento para realizar algunos procedimientos y resaltaron que el lenguaje utilizado por el personal de salud no era entendible y en algunas ocasiones inapropiado.
- El análisis cualitativo de las vivencias de las mujeres que padecieron violencia obstétrica, permitieron develar los difíciles momentos que sobrellevan las mujeres durante el trabajo de parto y se han organizado en 3 categorías: Categoría 1: Invisibles ante los cuidadores, Categoría 2: Control sobre los cuerpos y Categoría 3: Sin derecho a la información.

- Las mujeres participantes del estudio tienen como principales características sociodemográficas que realizan un trabajo no remunerado, proceden del área rural, son convivientes, tenían entre 25 a 35 años, eran primigestas y con estudios no universitarios.

## **RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS**

- A las autoridades de la Dirección de Salud Chota, Red de salud Chota Hospital Chota y Universidad Autónoma de Chota, se recomienda propiciar el planteamiento y ejecución de investigaciones que profundicen las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia obstétrica, que sirvan como base para proponer e implementar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia obstétrica.
- Al director del Hospital José Soto Cadenillas y equipo de gestión, se sugiere diseñar y fortalecer programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, enfocándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad, contando con la participación de las mujeres y otros actores clave.
- Al personal de salud del hospital José Soto Cadenillas responsable del cuidado de la mujer durante el trabajo de parto y parto, se recomienda aplicar las normas sobre una atención materna respetuosa con enfoque de interculturalidad y derechos humanos planteadas por la OMS y MINSA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Aguirre A, Martínez B, Rivero K, Blancas C, Badillo S, González L, et al.: La atención del parto: poder, derechos, violencia. Revista Salud Quintana Roo. 0; 6. – 2013.  
<https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>
2. García D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica: Ciudad de La Habana, 2007-2010. Doctor en Ciencias de una Especialidad, Universidad de La Habana.  
[http://tesis.repo.sld.cu/289/1/TESIS\\_Garc%C3%ADa\\_Jord%C3%A1.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/289/1/TESIS_Garc%C3%ADa_Jord%C3%A1.pdf)
3. Calafell N. La violencia obstétrica y su modelo de mundo. En: Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. 2015, vol. 10, p. 331-354.  
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/4288>
4. Lundsteen, M; Martínez, U; Palomera, J. Reproducción Social Y Conflicto En Las Periferias Urbanas Del Estado Español, Fronteras Y Diálogos – actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. España. 2014. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en:  
<https://books.google.com.pe/books?id=HZBuCAAQBAJ&pg=PA4317&dq=VIOLENCIA+OBST%C3%89TRICA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiLfb979XMAhUKLSYKHaqTDXIQ6AEIGjAA#v=onepage&q=VIOLENCIA%20OBST%C3%89TRICA&f=false>
5. De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 17-32.  
<https://silo.tips/download/3-ansiedad-y-miedos-de-las-gestantes-ante-el-parto-la>

6. OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Asamblea General de las Naciones Unidas Informe: 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 – 11 de Julio del 2019. Disponible en:  
<https://www.ascalema.es/informe-de-la-onu-sobre-la-violencia-obstetrica-2019/>
8. Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM). «Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud», disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A\\_InformeFinalEAP.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A_InformeFinalEAP.htm)
9. MESECVI. Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.oas.org/es/MESECVI/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf> Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables: Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021
10. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar: Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021: 1 Marzo 2017. Disponible en:  
[https://observatorioviolencia.pe/mv\\_violencia-obstetrica/](https://observatorioviolencia.pe/mv_violencia-obstetrica/)

11. Mauleón C., Resumen Ejecutivo “Informe y recomendaciones sobre Los Derechos Humanos de las Mujeres Indígenas en el marco de la CEDAW”, Centro de la Mujer Flora Tristán / Unión Europea – 2012.  
<https://www.scribd.com/document/106485213/Informe-y-Recomendaciones-sobre-los-Derechos-Humanos-de-las-Mujeres-Indigenas-en-el-marco-de-la-CEDAW>
12. Llobera Cifre, R.: Violencia obstétrica: la perspectiva de las mujeres que la han sufrido, en Investigaciones feministas 10.1, 167-184 - 2019.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/60886>
13. García E. La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales - 2018.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150511>
14. Crespo D. Sánchez B. La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. Polo del conocimiento 3.7 (2018): 347-361.  
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559>
15. Da-Silva I. Santana R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [citado 2020 Ago 16] ; 16( 47 ): 71-97.  
Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es). Epub 01-Jul-2017
16. Flores Y. Rangel, Y, Martínez E. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. Revista conamed 22.4 (2017): 166-169.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79257>

17. Santos M. Bezerra M. Experiences of puerperas on obstetric violence in the phenomenological perspective. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2021 Mar [citado 2022 Jul 20] ; 37( 1 ): e3549. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192021000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100006&lng=es). Epub 01-Mar-2021.
18. Borja B. Violencia obstétrica percepciones de las prácticas de atención de salud Tesis (Magíster en Salud Pública), Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Posgrados; Quito, Ecuador, 2017  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6592>
19. Figueroa O, Hurtado R, Valenzuela D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. SANUS [Internet]. 11 de agosto de 2019 [citado 19 de julio de 2022];(3):14-21. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71>
20. Jojoa E, Chuchumbe Y. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(2): 135-146. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
21. Moreno Z. Percepción de violencia obstétrica en pacientes atendidas en un Hospital Docente de Lima Perú. 2018. Revista Internacional de Salud Materno Fetal 4 (2019): S14-S14.  
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/125>
22. Triviño V, Zaider A. Paradigmas de Investigación en Enfermería. Ciencia y Enfermería [en línea]. 2005, XI(1), 17-24[fecha de Consulta 19 de Julio de 2022]. ISSN: 0717-2079. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441790003>

23. Guerrero R, Do Prado, L., Ojeda, M. Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería, *Enfermería Universitaria*, Volumen 13, Issue 4, 2016, Pages 246-252, ISSN 1665-7063, <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.001>.  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300422>)
24. Urra E, Jana A. Algunos Aspectos Esenciales del Pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011 Dic [citado 2022 Jul 19]; 17(3): 11-22.  
Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
25. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Ciencia y Sociedad* [Internet]. 2001;XXVI(1):16-22. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87011272002>
26. Arias M. La ética y humanización del cuidado de enfermería. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2007.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741822007.pdf>
27. Jiménez G, Peña Y. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2018; 50(4): 320-327. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>.
28. Estrada J, Valencia M. Teoría crítica en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015; 33(supl 1): S87-S89. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33s1a15  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/24540>

29. Breilh, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, (1), pp. 13-27.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)
30. Souza, M., Ferreira, S., y cols. *Investigación Social. Teoría, Método y Creatividad*. 3° Reimpresión-Buenos Aires Argentina. Lugar Editorial-2007.  
[https://www.academia.edu/keypass/VjBrQ2VLeml1d01BcjdaK08vMEFETF12SERxT2EzTEs5QzlKb0dJNWg1TT0tLU5NcUc1djJ3RzNjQktONm5yd2gzUVE9PQ==--57b87b1457402be1801811c35aefaa0853a80765/t/to8ud-QtKqWT4-dpJ2S/resource/work/15038882/LIBRO\\_Souza\\_Minayo\\_M\\_C\\_de\\_Investigacion\\_Social\\_Teoria\\_Metodo\\_y\\_Creatividad?email\\_work\\_card=title](https://www.academia.edu/keypass/VjBrQ2VLeml1d01BcjdaK08vMEFETF12SERxT2EzTEs5QzlKb0dJNWg1TT0tLU5NcUc1djJ3RzNjQktONm5yd2gzUVE9PQ==--57b87b1457402be1801811c35aefaa0853a80765/t/to8ud-QtKqWT4-dpJ2S/resource/work/15038882/LIBRO_Souza_Minayo_M_C_de_Investigacion_Social_Teoria_Metodo_y_Creatividad?email_work_card=title)
31. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar: Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021: 1 Marzo 2017. Disponible en:  
[https://observatoriovioencia.pe/mv\\_violencia-obstetrica/](https://observatoriovioencia.pe/mv_violencia-obstetrica/)
32. Medina G. Violencia obstétrica, en *Revista de Derecho de Familia y de las Personas* (2009), 2, p. 4; y Belli, Laura, La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos, en *Redbioética* 4 (2013), 1, p. 7.  
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
33. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia - G. O. (38668 de 23 /4/2007) La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Artículo 15, número 13.  
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

34. OMS. cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Declaración de la Organización Mundial de la Salud: Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud-2014.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)
36. Noticias ONU: Mirada Global Historias Humanas: UNICEF/GULATI: Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos, 15 febrero 2108.  
<https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
37. Defensoría del Pueblo: Propuesta para la Implementación de una Norma de Prevención de Violencia Obstétrica.2017. Disponible en:  
<https://www.defensoria.gob.pe/propuesta-de-defensoria-del-pueblo-para-la-implementacion-de-una-norma-que-prevenga-la-violencia-obstetrica-fue-acogida-por-el-minsa/>
38. Lund L, Parto sin violencia - Publicado por Liliana Lund | Blog, Documentales, Parto y puerperio. Disponible en:  
<https://www.espacioperinatal.com/dr-leboyer-el-parto-sin-violencia/>
39. Sánchez A; Martínez, M; Hernández, M. El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. 2014. Fecha de acceso: de abril del 2016.

- Disponible en: <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/vol5n15pag12-18.pdf>.
40. Entorno físico del parto. Fecha de acceso: 26 de abril del 2016. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/97/d112d6ad-54ec-438b-93584483f9e98868/cdf/rglang/es-ES/filename/entorno.pdf>
41. Dilthey W. Introducción a las ciencias del espíritu. México: Fondo de Cultura Económica; 1949.
- [http://www.posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Textos\\_2019-1/2019-1\\_Dilthey\\_IntroduccionCienciasEspiritu.pdf](http://www.posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Textos_2019-1/2019-1_Dilthey_IntroduccionCienciasEspiritu.pdf)
42. Gadamer H. Verdade e método. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
- [https://www.academia.edu/42868095/Gadamer\\_Verdade\\_e\\_M%C3%A9todo\\_vol\\_I](https://www.academia.edu/42868095/Gadamer_Verdade_e_M%C3%A9todo_vol_I)
43. Cruz E. El Conjunto de la Filosofía: La Filosofía del Ser;( 2016)
- <http://enpalabradeligiocruz.blogspot.com/2016/01/el-conjunto-de-la-filosofia-la.html>
44. Vivencia: <https://definicion.de/vivencia/>
45. Lanza W. ctas del IV Congreso Internacional de fenomenología y Hermenéutica Signos Ediciones y Comunicaciones, Valencia, Venezuela, 2015. ISBN978-980-233-599-2. El concepto de vivencia en G. Simmel y E. Husserl Lionel Lewkow.
- [https://www.academia.edu/14689223/El\\_concepto\\_de\\_vivencia\\_en\\_G\\_Simmel\\_y\\_E\\_Husserl](https://www.academia.edu/14689223/El_concepto_de_vivencia_en_G_Simmel_y_E_Husserl)
46. Williams. Obstetricia, 24e: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. Traducido de la vigesimoquinta edición de: Williams Obstetrics. Copyright © 2018 by McGraw-Hill Education.

47. [https://www.ecured.cu/Provincia de Chota](https://www.ecured.cu/Provincia_de_Chota)
48. Hernández R. Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa Y Mixta. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.
49. Corrales M. Métodos varios de recolección de información cualitativa. En Metodologías de Investigación Cualitativa [Investigación etnográfica] del Portal Investiga.uned.ac.cr. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.  
<https://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/handle/120809/1251/7%20-%20M%C3%A9todos%20cualitativos%20de%20recolecci%C3%B3n%20de%20informaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Taylor S. Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, España: Paidós Básica.  
<http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
51. Minayo M. Pesquisa social: teoría, método e criatividade. 3ra. Edición, editorial Petrópolis: voces. Brazil; 1994.
52. Orlandi E. Análise de Discurso. 4ta. edición. São Paulo: Cortez, Pontes editores, Brasil; 2002.  
<https://www.univas.edu.br/docs/biblioteca/linguagensociedade.pdf>
53. Belmont. Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. U.S.A. 1979 [en línea] [fecha de acceso: 12 de febrero del 2017]; URL disponible en:  
[www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf)

54. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuad Intercamb Centroamérica Caribe. 2014; 11(1): 145-169. doi: 10.15517/C.A..V11I1.14238.  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
55. Villanueva L. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? Revista CONAMED. 2016; 21(S1): p. 7-25.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79665>
56. Belli L.F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. UNESCO. Rev Red Bioética. 2013; 1(7): 25-34.  
<https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos/Belli%20L%20-%20La%20violencia%20obstetrica%20otra%20forma%20de%20violacion%20a%20los%20derechos%20humanos.pdf>
57. Valdez R, Salazar Y. El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. Rev CONAMED. 2016; (suplemento 1): 42-47.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7301338>
58. Vallana V. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. Tesis maestría en Estudios Culturales. Bogotá: Universidad Javeriana; 2016. 143 p.  
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19135>
59. Terán P, Castellanos C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista Venezolana Gineco-obstétrica. 2013; 73(3): p. 171-80.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004)

60. Restrepo A, Rodríguez D. Me descuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto. [Trabajo de Grado Enfermería] Pontificia Universidad Javeriana. 2016. 170 p  
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/20447>
61. Norma Técnica de Salud N°121-MINSA/DGIESP-V.01-2016: Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
62. Al Adib Mi. Ibáñez M. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Mar [cited 2022 July 13]; 34( 1 ): 104-111. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en).
63. Jardim D, Modena C. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e 3069.[Access 16 junio 2022]; URL . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.
64. Mazuera P. Violencia obstétrica, Via Inveniendi Et Iudicandi, vol. 16, núm. 2, 2021 - Universidad Santo Tomás  
<https://www.redalyc.org/journal/5602/560269078007/html/>
65. Violencia obstétrica en el Perú Documento elaborado a partir del Informe de Adjuntía N°023-2020-DP/ADM.  
<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf>

66. Costa M. Lalaguna P. y Díaz N. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. Revista Española de Salud Pública. 2019, v. 93, e201902006. Disponible en: <>. Epub 12 Oct 2020. ISSN 2173-9110.
67. Norma Técnica de Salud N° 106-MINSA/ DGSP- V.01: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279677-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-neonatal-nts-n-106-minsa-dgsp-v-01-r-m-n-828-minsa>

## APÉNDICES:

### APÉNDICE 01:

#### Confiabilidad del Instrumento Alfa de Cronbach:

Estadísticas de fiabilidad		
<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados</i>	<i>N de elementos</i>
,838	,836	27

### APÉNDICE 02: RESULTADOS TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

#### Procedimientos en presencia de personas que usted NO autorizó

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	27	14,5	14,5	14,5
	SI	159	85,5	85,5	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

#### Impedimento de estar acompañada de la persona de su elección

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	54	29,0	29,0	29,0
	SI	132	71,0	71,0	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

#### Comentarios irónicos, descalificadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	95	51,1	51,1	51,1
	SI	91	48,9	48,9	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Uso de sobrenombres o diminutivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	44	23,7	23,7	23,7
	SI	142	76,3	76,3	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Críticas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	82	44,1	44,1	44,1
	SI	104	55,9	55,9	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Dificultad para aclarar dudas y manifestar sus miedos o inquietudes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	40	21,5	21,5	21,5
	SI	146	78,5	78,5	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Cuestionaron la capacidad para dar a luz

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	96	51,6	51,6	51,6
	SI	90	48,4	48,4	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Rotura artificial de las membranas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	68	36,6	36,6	36,6
	SI	118	63,4	63,4	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Administración de medicamentos para acelerar el parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	35	18,8	18,8	18,8
	SI	151	81,2	81,2	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Uso de Maniobra Kristeller

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	96	51,6	51,6	51,6
	SI	90	48,4	48,4	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Impedimento de tomar la postura de elección para el parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	33	17,7	17,7	17,7
	SI	153	82,3	82,3	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

### Falta de Información sobre procedimientos o maniobras realizadas (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	54	29,0	29,0	29,0
	SI	132	71,0	71,0	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

**Falta de información de los medicamentos administrados  
(Oxitocina, antibióticos, tocolíticos, antihipertensivo, entre  
otros) (indicación en su caso, otras opciones y efectos  
secundarios)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	11	5,9	5,9	5,9
	SI	175	94,1	94,1	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

**Actuación sobre (tratamiento y/o procedimientos) sin  
consentimiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	60	32,3	32,3	32,3
	SI	126	67,7	67,7	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

**Impedimento de involucrarse en la toma de decisión sobre su  
atención**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	52	28,0	28,0	28,0
	SI	134	72,0	72,0	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

**El lenguaje utilizado por el profesional, no permitió entender la  
información**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	63	33,9	33,9	33,9
	SI	123	66,1	66,1	100,0
	Total	186	100,0	100,0	

## ANEXOS:

### ANEXO N° 01:



#### TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA:



**I. INDICACIONES:** De manera sincera, considerando que sus respuestas no tendrán se serán manejadas con absoluta confidencialidad, marque con una “X” según corresponda.

#### II. DATOS GENERALES:

**1. Edad:**

15 a 19 años ( ) 20 a 24 años ( ) 25 a 35 años ( ) 36 a 45 años ( )

**2. Grado de Instrucción:**

Sin grado de instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )

Superior No universitaria incompleta ( ) Superior universitaria ( )

**3. Estado civil**

Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Separada ( )

**4. Procedencia**

Procedencia urbana ( ) Procedencia rural ( )

**5. Ocupación**

Remunerado ( ) No remunerado ( )

**6. Número de Partos**

Primero ( ) Segundo ( ) Tercero ( ) Cuarto ( ) Quinto a más ( )

#### III. TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA:

N°	VARIABLES	SI	NO
<b>SOBRE EL TRATO RECIBIDO</b>			
1	Se le realizó procedimientos en presencia de personas que usted NO autorizó		
2	Se le impidió estar acompañada de la persona de su elección		
3	Alguien hizo comentarios despectivos, inapropiados (denigrantes) en cuanto a su estado físico		

4	El personal de salud criticaba tu comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste		
5	La trataron con sobrenombres o diminutivos (mamita, gordita, hijita) o modificando tu nombre en tono cariñoso como si fuera incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto		
6	Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto		
7	Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes, porque no le repondían o lo hacían de mala manera		
8	Alguien puso en duda o cuestionó su capacidad para dar a luz, le dijeron que lo estaba haciendo mal		
9	La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura		
<b>SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:</b>			
1	Le prohibieron ingerir alimentos o bebidas		
2	Le indicaron permanecer acostada todo el tiempo		
3	Le prohibieron realizar caminatas o adoptar posturas cómodas para Ud.		
4	Rotura artificial de la membranas(fuente, bolsa)		
5	Rasurado de vello púbico		
6	Administración de medicación para acelerar el parto		
7	Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas		
8	Comprensión del abdomen en el momento del parto		
9	Episiotomía (corte)		
10	Cesárea de emergencia.		
11	Legrado, raspaje uterino (limpieza uterina), sin anestesia.		
12	Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para que Ud. pudiese pujar		
13	Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a, antes de que se realizaran cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de		

	vacunas y baño)		
<b>SOBRE LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO:</b>			
1	No le informó del procedimiento o maniobra que le iban a realizar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios).		
2	No recibió información de los medicamentos que le iban administrando (Oxitocina, antibióticos, tocolíticos, antihipertensivo, entre otros) que se le iban a administrar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios)		
3	No se actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento con su consentimiento		
4	Se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención		
5	El lenguaje utilizado no fue profesional y correcto en todo momento, no permitió entender la información que le dieron		

***¡MUCHAS GRACIAS!***



## ANEXO 02:

### CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO



#### TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LAS VIVENCIAS DE LAS PÚERPERAS EN EL TRABAJO DE PARTO HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS CHOTA-AÑO 2020

#### I. DATOS GENERALES:

**1. Edad:**

15 a 19 años ( ) 20 a 24 años ( ) 25 a 35 años ( ) 36 a 45 años ( )

**2. Grado de Instrucción:**

Sin grado de instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )  
Superior No universitaria incompleta ( ) Superior universitaria ( )

**3. Estado civil**

Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Separada ( )

**4. Procedencia**

Procedencia urbana ( ) Procedencia rural ( )

**5. Ocupación**

Remunerado ( ) No remunerado ( )

**6. Número de Partos**

Primero ( ) Segundo ( ) Tercero ( ) Cuarto ( ) Quinto a más ( )

#### II. PREGUNTA GENERADORA DE DEBATE:

1. ¿Describame como fue su trabajo de parto, cómo fue su vivencia, experiencia?.

Narre su proceso de parto



ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO



I. PRESENTACION DEL MOTIVO DEL ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Violencia Obstétrica y las Vivencias de las Mujeres en el Trabajo de Parto - Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota - Año 2020.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

- Describir las dimensiones de la violencia obstétrica hacia las mujeres durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota. 2021.
- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2021.
- Describir y analizar las vivencias de las mujeres que han sufrido de violencia obstétrica durante el trabajo de parto en el Hospital José Soto Cadenillas Chota. 2021.

Yo: ....., peruano (a), con DNI: ....., a quien le atendieron su trabajo de parto en el Hospital chota; y, conociendo el objeto de la investigación, acepto participar en la investigación y entrevista, con la seguridad de la reserva del caso, las informaciones serán confidenciales, mi identidad no será revelada y habrá libertad de participar o retirarme en cualquier fase de la investigación.

Chota,..... de..... de 2021

Firma y huella de la participante