

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO



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

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS

TESIS:

**SINDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS
DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA - 2022**

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Presentado por:

ANA ISABEL QUIROZ BAZÁN

Asesora:

Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA

Cajamarca, Perú

2024

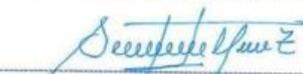
CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

- Investigador:
ANA ISABEL QUIROZ BAZÁN
DNI: 26688568
Escuela Profesional/Unidad UNC:
Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud
- Asesor:
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
- Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
- Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
- Título de Trabajo de Investigación: SINDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD, CAJAMARCA – 2022.
- Fecha de evaluación: 30 / 03 / 2024
- Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
- Porcentaje de Informe de Similitud: 22%
- Código Documento: 3117:343418787
- Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 03 / abril / 2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
DIRECTORA DE UNIDAD DE POSGRADO
DNI 26676779

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2024 by
ANA ISABEL QUIROZ BAZÁN
Todos los derechos reservados



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

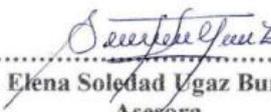
MENCIÓN: SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 17 horas, del día 22 de marzo del año dos mil veinticuatro, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA**, **Dra. ROSA DEL PILAR URIARTE TORRES**, **Dra. LORENA JUDITH BECERRA GOICOCHEA**, y en calidad de Asesora la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**. 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: **SÍNDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD, CAJAMARCA - 2022**; presentada por la MAESTRA EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA, **ANA ISABEL QUIROZ BAZÁN**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de Diecinueve (19) la mencionada Tesis; en tal virtud, la MAESTRA EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA, **ANA ISABEL QUIROZ BAZÁN**, 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 18 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Asesora


.....
Dra. María Ynés Huamaní Medina
Presidente – Comité Científico


.....
Dra. Rosa Del Pilar Uriarte Torres
Jurado Evaluador


.....
Dra. Lorena Judith Becerra Goicochea
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Mis padres Mauro y Ana María por su apoyo incondicional

A Mi hijo, Luis David, por el tiempo que sacrificamos

A Toda mi familia que es lo más valioso que Dios me dio.

Ana Isabel

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque apoyado en Él logré vencer muchas dificultades y adversidades.

A mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, porque en sus aulas me forjé desde mis estudios de pregrado.

Al Director de la Red Integrada de Salud Cajamarca por haber permitido la realización de la presente investigación.

A todos mis colegas por su activa participación en el estudio realizado.

A mi asesora, la Dra. Elena Ugaz Burga por su valioso apoyo en la redacción de la presente tesis.

Ana Isabel

Cuando el proceso de nacimiento se vea como un periodo de suma importancia en el desarrollo de la capacidad de amar, ocurrirá la revolución en nuestra visión de la violencia

Michel Odent.

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación de la investigación.....	4
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Marco epistemológico	8
2.3. Marco doctrinal	10
2.4. Marco conceptual	14
2.5. Definición de términos básicos.....	23
CAPÍTULO III.....	24
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	24
3.1. Hipótesis.....	24
3.2. Variables	24
3.3. Operacionalización de variables	25
CAPÍTULO IV	27
MARCO METODOLÓGICO.....	27
4.1. Ubicación geográfica.....	27
4.2. Diseño y tipo de la investigación	27

4.3.	Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación	28
4.4.	Criterios de inclusión y exclusión	28
4.5.	Técnica e instrumentos de recopilación de información	29
4.6.	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información:	31
4.7.	Control de calidad de datos	32
4.8.	Consideraciones éticas en investigación científica	32
CAPÍTULO V		33
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		33
5.1.	Presentación de resultados	33
CONCLUSIONES		47
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS		48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		49
ANEXOS		56

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1-A	Características sociodemográficas de los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022	33
Tabla 1-B	Características laborales de los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022	36
Tabla 2	Dimensiones del Síndrome de Burnout en los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022	39
Tabla 3	Dimensiones de la Violencia Obstétrica en los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022	41
Tabla 4	Síndrome de Burnout y Violencia Obstétrica en los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022	45

LISTA DE ABREVIATURAS

CE:	Cansancio emocional
CIE:	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas de salud y conexos
C.S.:	Centro de Salud
D:	Despersonalización
MINSA:	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
SB:	Síndrome de Burnout
RISC:	Red Integrada de Salud Cajamarca
RP:	Realización personal
VO:	Violencia obstétrica

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica en obstetras que laboran en los Centros de Salud la Tulpuna, Baños del Inca y Pachacútec y en el Hospital Simón Bolívar de la Red Integrada de Salud Cajamarca 2022. **Material y métodos:** Estudio no experimental, de corte transversal y tipo correlacional, desarrollado en una muestra de 62 obstetras, las técnicas fueron la encuesta y la observación directa. **Resultados:** El 8,1% de los obstetras presentan síndrome de Burnout, y el 24,2% realizan actos de violencia obstétrica, el 35,5% tiene entre 40 – 49 años de edad, 88,1% son mujeres, 40,3% son casados, 75,8% son nombrados, 37,53% tienen entre 11 a 20 años de servicio, el 53,2% no se encuentra satisfecho con su remuneración. La dimensión de Burnout más afectada fue la baja realización personal (45,2%). La dimensión de trato deshumanizado se encontró en 19,4%. **Conclusión:** existe relación significativa entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica en los obstetras de la Red Integrada de Salud Cajamarca.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, violencia obstétrica.

ABSTRACT

Objective: determine the relationship between Burnout syndrome and obstetric violence in obstetricians who work at the La Tulpuna, Baños del Inca and Pachacutec Health Centers and at the Simón Bolívar Hospital of the Cajamarca 2022 Integrated Health Network.

Material and methods: Non-experimental, cross-sectional and correlational study, developed in a sample of 62 obstetricians, the techniques were survey and direct observation.

Results: 8.1% of obstetricians present Burnout syndrome, and 24.2% carry out acts of obstetric violence, 35.5% are between 40 - 49 years of age, 88.1% are women, 40.3% They are married, 75.8% are appointed, 37.53% have between 11 to 20 years of service, 53.2% are not satisfied with their remuneration. The Burnout dimension most affected was low personal achievement (45.2%). The dimension of dehumanized treatment was found at 19.4%.

Conclusion: There is a significant relationship between Burnout syndrome and obstetric violence in obstetricians of the Cajamarca Integrated Health Network.

Keywords: Burnout syndrome, obstetric violence

INTRODUCCIÓN

El trabajo es de suma importancia para el desarrollo personal de todo individuo por la retribución económica y el progreso social que proporciona dentro del ámbito de una sociedad. Sin embargo, la misma actividad que proporciona beneficios puede afectar en algún momento la salud del profesional, generando estados de estrés que conllevan a una pérdida progresiva del ideal, la energía o el deseo de alcanzar objetivos, lo que a su vez trae consigo un estado de agotamiento mental, emocional y físico, que en los últimos años se ha convertido en un problema psicosocial significativo en el ámbito laboral.

En los establecimientos de salud, el ambiente laboral y el desempeño de actividades diarias en el área de obstetricia expone a los obstetras a riesgos de estrés, ya que están sometidos a un proceso laboral psicológicamente intenso, debido a la atención a pacientes que muchas veces son intolerantes al dolor, de otra parte, conflictos en las relaciones interpersonales y el bajo reconocimiento y desvalorización profesional por parte de las autoridades, incrementa significativamente el problema, desencadenando el llamado “síndrome de Burnout”.

El síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario (1). En este proceso el obstetra puede presentar baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y variables actitudinales como la despersonalización.

La despersonalización o tratamiento cínico y actitud negativa hacia los usuarios, se manifiesta por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y un trato deshumanizado que en el área de la obstetricia puede devenir en violencia obstétrica hacia las parturientas en el trabajo de parto.

La violencia obstétrica definida como el trato deshumanizado, la desinformación y la medicalización y/o patologización de los procesos fisiológicos durante el embarazo, parto y puerperio es una forma particular de “violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud”, intrínsecamente arraigado en los sistemas de salud y que se evidencia frecuentemente en la práctica cotidiana, justificándose en circunstancias como el estrés laboral que experimentan los profesionales que brindan atención a las gestantes en los diferentes procesos, lo que ha despertado el interés de realizar la presente investigación con el objetivo de determinar la relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica en obstetras que laboran en los Centros de Salud la Tulpuna, Baños del Inca y Pachacútec y en el Hospital Simón Bolívar de la Red Integrada de Salud Cajamarca.

Se determinó que existe diferencia significativa entre las dimensiones de baja realización personal del síndrome de burnout y las dimensiones de medicalización y patologización, desinformación y trato deshumanizado de la violencia obstétrica.

La presente tesis está estructurada en cuatro capítulos según detalle:

Capítulo I: corresponde al planteamiento del problema, formulación del problema, justificación e importancia, objetivos.

Capítulo II: pertenecen a este capítulo el marco teórico: antecedentes de la investigación, marco epistemológico, marco doctrinal, marco conceptual y definición de términos.

Capítulo III: comprende la hipótesis, variables y operacionalización de las variables.

Capítulo IV: incluye el marco metodológico.

Capítulo V: corresponde a los resultados y discusión.

Finalmente, se describen las conclusiones, sugerencias y referencias bibliográficas.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) reconoce al síndrome de Burnout (SB) durante la 72ª Asamblea de Ginebra, como una enfermedad profesional debido a las características que motivan su aparición. El síndrome de Burnout (SB) ha sido determinado como una respuesta que presenta la persona al estrés laboral crónico manifestado por actitudes y sentimientos negativos hacia los individuos con los que trabaja y hacia el propio rol profesional, es la sensación de encontrarse emocionalmente agotado; esta respuesta ocurre más comúnmente en los profesionales de la salud (3).

La incidencia de burnout se encuentra en ascenso, afectando al 56% de obstetras y ginecólogos en EEUU, solo superados por quienes laboran en Medicina de Urgencias con un 59%; Para la institución supone un incremento de las tasas de absentismo laboral, abandonos del trabajo y rotaciones excesivas, pudiendo llegar a incrementar el coste de la institución en un 5% (4). En Europa el estrés es la segunda causa de baja laboral afectando anualmente a 40.000 millones de trabajadores, con un coste de 20.000 millones de euros al año sin contar la pérdida de productividad (4).

En América Latina se observó que la prevalencia del síndrome de Burnout, varía de un país a otro, en Argentina es del 14,4%, en Uruguay del 7,9% en Colombia del 5,9%, en Guatemala del 4,5%, en Ecuador del 2,5% y en el Salvador del 4,3% (5). En otra investigación realizada en Brasil se observó que la frecuencia del síndrome de Burnout fluctuó entre el 2,1% y 76% (6).

En el Perú, las investigaciones realizadas son muy limitadas; sin embargo, en el Instituto Nacional Materno Perinatal se encontró que la prevalencia de Síndrome de Burnout en los obstetras fue del 4,2%. El 21,7% alcanzó un nivel alto de agotamiento emocional; el 12,7% un nivel alto de despersonalización y un 27,7% un nivel bajo de realización personal (7).

El síndrome de Burnout es considerado como una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son cansancio emocional, despersonalización y baja o falta de realización personal en el trabajo (8) con la aparición de sentimientos negativos que se traducen en actitudes negativas hacia los usuarios, carencia de empatía que pueden conducir a un trato deshumanizado hacia el paciente que puede incluso convertirse en violencia (8), que en el caso particular del trato a las gestantes se convertiría en violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es considerada como violación a los derechos humanos, específicamente a los derechos sexuales y reproductivos y se expresa en trato deshumanizado, desinformación, así como abuso de la medicalización y patologización de los procesos fisiológicos durante el embarazo, parto y puerperio que impactan de manera negativa en la calidad de vida de las mujeres (9). Y es que, a pesar de que, todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de atención en salud, que incluye el derecho a una atención respetuosa durante el embarazo y el parto y el derecho a no sufrir ningún tipo de violencia ni discriminación (10); ello suele quedar en el discurso ya que la violencia obstétrica suele darse con relativa frecuencia en los establecimientos de salud donde se brinda atención a las gestantes, sobre todo durante el trabajo de parto.

En toda América Latina, cada año, miles de mujeres sufren de violencia obstétrica, pues, son maltratadas durante el embarazo y/o parto, les niegan información, son víctimas de medicalización y patologización y además reciben un trato deshumanizado, cuando son sometidas a intervenciones médicas en contra de su voluntad (9). Millones de mujeres y personas con capacidad de gestar en México han experimentado violencia obstétrica. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, al menos el 31,4% de las mujeres entre 15 y 49 años que parieron en los últimos 5 años sufrieron maltrato en la atención obstétrica y el 20,8% recibieron maltrato psicológico o físico durante el embarazo, parto o puerperio, más del 20% recibió tratamiento médico sin autorización, entre 6 y 8% de las mujeres no autorizaron que le hicieran cesárea, más del 8% no fue informada el motivo de la cesárea y más del 4% recibió algún método anticonceptivo o fue esterilizada sin su consentimiento (13).

En Brasil se estimó, que el 25% de mujeres brasileras sufría violencia obstétrica hace algunos años (14). En Ecuador el 48% de mujeres se sintieron vulneradas por parte del personal sanitario y el 42% experimentaron violencia obstétrica al menos una vez en su vida, además la tasa de cesáreas innecesarias es alta, llegando a 575 por cada 1000 nacimientos, con gastos que ascienden aproximadamente a 200 millones de dólares (15). En el contexto chileno, el 79,28% de mujeres encuestadas considera que experimentó violencia obstétrica durante su parto, el 92,7% informaron como prácticas comunes la rotura artificial de membranas, el uso de oxitocina y la analgesia epidural (16)

A nivel nacional, un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, informó que la violencia obstétrica se manifestó por patologización y medicalización (99,6%), trato deshumanizado (90,4%) y desinformación (85,2%) (11).

En Cajamarca, particularmente en los Centros de Salud la Tulpuna, Baños del Inca y Pachacútec y en el Hospital Simón Bolívar de la Red Integrada de Salud Cajamarca, establecimientos de salud donde se brinda atención a la mujer en trabajo de parto, la situación no es diferente, por el contrario, en la práctica clínica se observa la existencia de diversas formas de violencia obstétrica durante la atención, entre ellas, no se permite el ingreso de un acompañante, se administra oxitocina sin tener una justificación médica como la hemodinamia uterina, se practica la mal llamada maniobra de Kristeller así como la rotura artificial de membranas sin necesidad alguna, pero también se observa altos niveles de estrés en el personal que atiende a estas mujeres, que en algunas ocasiones tiende a “justificar” este tipo de comportamiento con las parturientas por la necesidad de acortar el tiempo del trabajo de parto y de esta forma acortar sus sufrimiento; no obstante, no existen investigaciones que determinen este hecho, mientras tanto, se siguen vulnerando los derechos de la mujer que se encuentra en una situación totalmente dependiente del personal que la atiende.

A partir de este contexto es que se realizó la presente investigación que tuvo por objetivo determinar la relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica en obstetras que laboran en los Centros de Salud la Tulpuna, Baños del Inca y Pachacútec y en el Hospital Simón Bolívar de la Red Integrada de Salud Cajamarca.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica en obstetras que laboran en los Centros de Salud la Tulpuna, Baños del Inca y Pachacútec y en el Hospital Simón Bolívar de la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica en obstetras que laboran en los Centros de Salud la Tulpuna, Baños del Inca y Pachacútec y en el Hospital Simón Bolívar de la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar social y laboralmente a los obstetras del estudio
- Identificar el nivel de síndrome de Burnout y la dimensión predominante en los obstetras del estudio
- Identificar la dimensión de violencia obstétrica que predomina en los obstetras del estudio.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación científica

De una parte, el síndrome de Burnout es uno de los problemas más graves que afectan al mundo laboral, e implica consecuencias negativas tanto para el profesional que lo padece, como para la institución a la cual pertenece, pero sobre todo para el paciente, en este caso, la gestante que se encuentra en trabajo de parto; de otra, la violencia obstétrica de la cual son víctimas las gestantes, parturientas o puérperas, son problemas sociales y de salud pública, esta última vulnera los derechos sexuales y reproductivos y los derechos humanos de la mujer y del niño por nacer; sin embargo, no existen investigaciones que relacionen estas variables, existiendo un vacío en el conocimiento que explique este inverosímil y paradójico acto en el que en una atención obstétrica, exista violencia implícita y que refleja la grave inequidad en las relaciones de saber/poder que regula la práctica obstétrica dominante en los procesos reproductivos, sin importar si quien lo genera es hombre o mujer.

Desafortunadamente, estos comportamientos se han hecho parte de lo cotidiano y así, para muchas mujeres todavía en la actualidad, les resulta muy difícil levantar la voz para reclamar el respeto a sus derechos primordiales, más aún cuando ni siquiera los conocen. Esta situación es más notoria en los casos de mujeres en condición de pobreza, o por su pertenencia a zonas rurales y grupos vulnerables. Uno de los momentos en los que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es durante el parto; donde se percibe conductas de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de diversas formas como la infantilización de la parturienta, la discriminación y los malos tratos o también mediante comentarios humillantes.

Desde esta perspectiva es que surge la necesidad de investigar si el síndrome de Burnout se relaciona, de alguna manera, con la violencia obstétrica, no para justificar tal hecho sino para dar una explicación y sugerencias del manejo del estrés, a fin de que la práctica obstétrica siga los principios éticos en la atención a las gestantes con pleno respeto a los derechos humanos de estas.

1.4.2. Justificación técnica – práctica

Los resultados de la presente investigación permiten sugerir a las autoridades de salud redirigir sus esfuerzos para implementar estrategias efectivas en el manejo y prevención del desarrollo del síndrome de Burnout en obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca con el propósito de conseguir en estos una actuación profesional, ética, científica y humana la que debe imponerse como el deber ser en el ejercicio de la obstetricia, redundando en beneficio de todas las gestantes.

1.4.3. Justificación institucional y personal

Los resultados obtenidos permitirán, a las autoridades, formular estrategias dirigidas a prevenir el síndrome de Burnout en los obstetras, de tal manera que las gestantes reciban un trato ético y digno durante los diferentes procesos: embarazo, parto y puerperio, hecho que ofrecerá prestigio institucional, pero lo más importante se conseguirá la confianza de las mujeres en los profesionales que la atienden, logrando mayor cobertura de atención, que redundará en beneficio no solo de los establecimientos de salud sino también del obstetra.

Metodológicamente, la presente investigación servirá de antecedente para futuras investigaciones en otros contextos con características similares.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Charria J. et al. (11), en su investigación de tipo observacional y prospectiva publicada en Colombia, año 2022, formularon como objetivo determinar la relación entre el síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas en el personal de un hospital. El estudio fue no experimental, utilizó el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI). Encontraron como resultados que el 9,3% eran casados, el 5,8% convivientes; el 14,4% tenía un tiempo de servicio de 11 a 20 años, mientras que el 13,3% entre 2 a 5 años. El personal médico presentó despersonalización en nivel alto en un 20%. Los autores concluyeron que existe dependencia significativa entre el síndrome de Burnout y las variables de género y turno y las dimensiones más afectadas fueron cansancio emocional y despersonalización.

Afulani A et al. (12), realizaron una investigación en el Condado de Migori, Kenia, año 2020, plantearon como objetivo determinar la percepción de los trabajadores sobre la importancia y el alcance de la comunicación y la autonomía de las mujeres durante el parto. El estudio fue tipo descriptivo. La muestra fue de 49 trabajadores. Encontraron que el 57% de encuestados no se presentaba ante las usuarias, el 38% no permitió decidir la posición del parto, el 33% no informaba sobre los procedimientos a realizar y el 73% no solicitaba permiso al realizar algunos procedimientos. Los autores concluyeron que la mayoría de proveedores reconocen la importancia de la comunicación y autonomía de las mujeres; pero no lo realizan, uno de los factores identificado fue el estrés y el agotamiento laboral.

Ramírez L et al. (13), realizaron una revisión sistemática y meta análisis en España, año 2020, con el objetivo de determinar la prevalencia y predictores de Burnout en matronas. Las bases de datos consultadas fueron: CINAHL, LILACS, ProQuest, PsycINFO, PubMed, Scielo y Scopus. Encontraron 14 artículos con un total de 8959 matronas, identificando una prevalencia del 50% de Burnout personal; el 42,3% presentaron nivel bajo de cansancio emocional, el 35,6% nivel medio y el 22,1% nivel alto; el 37,1% presentaron nivel bajo de despersonalización, 39,8% nivel medio y el

23,1% un nivel alto; el 45,5% presentaron nivel bajo de realización personal, 26, nivel medio y el 28,4% nivel alto. Los principales factores relacionados fueron: escasez de recursos, ambientes de trabajo, modelos de cuidado, edad, poca experiencia y vivir solo. El estudio concluye que un número elevado de matronas presentaron alteración en las dimensiones de Burnout personal y laboral.

Suleiman N et al. (14), realizaron un meta – análisis, en España año 2020, con la finalidad de determinar la prevalencia, factores relacionados y niveles de Burnout en matronas. Encontraron una prevalencia del 31% para alto cansancio emocional, 16% para alta despersonalización y 26% para baja realización personal. Los factores relacionados fueron la falta de reconocimiento profesional, sobrecarga laboral y autonomía. Mostraron mayor vulnerabilidad los solteros y los de menor edad. El estudio concluyó que las matronas presentan bajos niveles en realización personal y niveles moderados de cansancio emocional.

Araujo J. (15) en un estudio realizado en Venezuela, año 2019, con el objetivo de determinar si las conductas adoptadas como rutina obstétrica incurren en actos de una práctica deshumanizadora en el marco de la violencia obstétrica, como un complejo problema de salud pública y de los derechos humanos. Investigación de corte transversal, reportaron que, de 180 pacientes encuestadas, el 55 % respondió que había sufrido algún tipo de abuso antes, durante o después del parto por el personal de salud, y el 44,4 % percibió un trato deshumanizante. En más del 85% se usaron medidas, sin consentimiento informado y solamente el 75 % conocía la existencia de una ley que las protegía contra cualquier tipo de violencia, el 80% no conocía el término violencia obstétrica.

Asefa A et al (16), realizaron una investigación en Adís Abeba, año 2018, con el objetivo de comprender las experiencias de trato irrespetuoso y abuso de los proveedores de servicios durante el parto. El estudio fue transversal, realizado en una muestra de 57 profesionales. Encontraron que 43,9% eran parteras, el 83,7% tenía menos de 30 años, y 77,2% tenía menos de 5 años laborando, el 50,3% no obtenían el consentimiento informado, el 34,5% observó falta de privacidad. Concluyeron que existía trato irrespetuoso y violencia hacia las usuarias.

Marrero L et al. (17), realizaron una investigación en Brasil, año 2018, con el objetivo de conocer los tipos de violencia institucional en el parto. La investigación correspondió a un Metaanálisis, revisaron 33 artículos en las bases de datos LILACS, BDNF, INDEXPSI, SciELO, Scopus, Web Of Science y PubMed. Identificaron que el 87% no permitía el acompañamiento, el 86,9% realizaba prácticas de rutina como episiotomía, Kristeller y uso de oxitócicos; el 26,1% impuso la posición de litotomía en el parto.

Hernández J. (18), publicó los resultados de una investigación realizada en la ciudad de Trujillo, año 2023. El objetivo formulado fue determinar la influencia del desgaste profesional en la satisfacción y el desempeño laboral en Equipos de Atención Integral en situaciones de violencia a la Mujer y Familia. El estudio fue no experimental, de corte transversal, tipo correlacional, desarrollado en una muestra de 52 profesionales. Llegó a determinar que el 25% padeció de agotamiento emocional en nivel alto y 42,3% en nivel bajo; el 26,9% adoleció de despersonalización en nivel alto y 36,5% bajo; 26,9% evidenció falta de realización personal en nivel alto y 26,9% en nivel bajo.

2.2. Marco epistemológico

La presente investigación se fundamenta en el positivismo de Augusto Comte, como método para el desarrollo del conocimiento científico, así como en la corriente de Karl Popper, que propugna el racionalismo crítico.

Razón de ello, la investigación, ha sido desarrollada teniendo en cuenta el método científico, formula como método el hipotético deductivo, es decir que enuncia una hipótesis para luego contrastarla mediante un proceso estadístico, de igual manera los resultados han sido obtenidos luego de un procesamiento numérico y presentados en tablas donde se exponen los resultados en forma cuantitativa tal y como lo señala el positivismo que considera que no existe otro conocimiento que el que proviene de hechos reales que han sido verificados por la experiencia, por lo tanto, niega la posibilidad de que la teoría pueda ser una fuente del conocimiento y está orientado hacia un esquema metodológico de investigación que ha prevalecido por encima de otras orientaciones investigativas identificando la realidad de manera objetiva y empírica, como evidenciar las diferentes formas de violencia obstétrica a las gestantes en trabajo de parto, por parte de los obstetras.

De hecho, el positivismo es un enfoque epistemológico híbrido que combina el racionalismo con el empirismo y la lógica deductiva con la lógica inductiva, también ha sido denominado hipotético deductivo, cuantitativo, empírico-analista y racionalista. Según Adler, referido por Villamar, el positivismo “denota un enfoque filosófico, teoría o sistema basado en la opinión de que, en la vida social, así como el sentido de las ciencias naturales experiencias y su tratamiento lógico y matemático son la fuente exclusiva de toda la información que vale la pena”. Es decir que, para el positivismo clásico, toda ciencia para ser considerada así, debe adaptarse a los paradigmas de las ciencias naturales, el cual se caracterizaba por el monismo metodológico, el método físico-matemático, la explicación causal y la formulación de una hipótesis (19).

Asimismo, Milton Friedman, incorporó los criterios de falsación de Karl Popper, quien, en su “Lógica de la investigación científica” (1934), criticó la idea prevaleciente de que la ciencia es, en esencia, inductiva. Propuso un criterio de comprobación que denominó falsabilidad, para determinar la validez científica, y subrayó el carácter hipotético-deductivo de la ciencia. Afirmó que las teorías científicas son hipótesis a partir de las cuales se pueden deducir enunciados comprobables mediante la observación; si las observaciones experimentales adecuadas revelan como falsos esos enunciados, la hipótesis es refutada. Si una hipótesis supera el esfuerzo de demostrar su falsedad, puede ser aceptada, al menos con carácter provisional. Ninguna teoría científica, sin embargo, puede ser establecida de una forma concluyente (19).

Según la tesis de Popper no se empieza por observaciones sino, siempre a partir de problemas, tal y como se ha planteado en la presente investigación al presentar la problemática social y de salud pública, tanto del Síndrome de Burnout como el de la violencia obstétrica.

2.3. Marco doctrinal

2.3.1. Teorías que abordan la violencia obstétrica

La violencia obstétrica tiene diferentes abordajes desde el punto de vista epistemológico porque tiene diversos enfoques que permiten su análisis: Castrillo (20), señala que, a la misma definición de violencia obstétrica, subyace “un campo de disputa por la verdadera definición”, en una interrelación constante entre las nominaciones objetivas y las significaciones subjetivas sobre ciertas prácticas obstétricas, definidas como violentas”. Resulta, así, fundamental problematizar la definición misma de la violencia obstétrica, que nace en ciertas prácticas y relaciones en la atención sanitaria de partos, ese “trato deshumanizado, irrespetuoso, jerarquizado, y la atención insuficiente en el ámbito del parto” (21). Y es que la violencia obstétrica tiene que ver con la política, pero también con el nombrar, con el título que se les da a las cosas y, por ende, cómo se las reconoce.

Otro enfoque epistemológico está dado por el constructo analítico de Foucault “el poder saber”, cuyos referentes teóricos se encuentran en la antropología y la sociología que permite descubrir la profunda relación existente entre el poder y el saber, sustrayendo del saber su presupuesto de neutralidad. El saber requiere un entramado de poder para su concreción y a la inversa, siendo a su vez el saber un producto del poder.

El pensamiento de Foucault adquiere en el tiempo actual mayor interés y utilidad, en especial su forma de analizar las relaciones de poder que proporciona un excelente marco teórico para la realización de estudios basados en situaciones sociales que determinan un mecanismo de control, como es el caso de la violencia obstétrica en el cual se establece una relación de poder, por parte de los obstetras, sobre las gestantes, aunque no es visibilizada por parte de ellas (22).

Para Foucault, detrás de la fachada de la verdad se esconde toda una voluntad de poder, y esta verdad no es más que una justificación para aplastar y dominar, para exigir conformidad y sumisión. Y es que el conocimiento, el saber, impone una doble represión: la que condena al silencio los discursos “excluidos” y la que determina y ordena los discursos “aceptables” (23).

Se supone que son los profesionales obstetras quienes tienen el pleno conocimiento sobre los procesos fisiológicos del trabajo de parto y todo lo que debe hacerse para lograr una buena atención y la culminación del parto dentro de los márgenes de calidad que aseguren el bienestar tanto de la madre como del feto, por lo tanto, dueños del saber ejercen el poder. En el otro extremo las gestantes quienes en su mayoría con un total desconocimiento y en condiciones totalmente vulnerables, deben “obedecer” y escuchar todo discurso y aceptar silenciosamente (23).

La verdad no existe aislada de los sistemas de poder que la producen y mantienen. No se trata sólo de que el saber sea voluntad de poder, esto es, un discurso retórico que esconde sospechosas motivaciones ocultas; es que el saber, el conocer... es ya dominar. No es posible ejercer poder sin haberse apropiado previamente de un saber. Y es que el saber no es sólo un objeto de deseo, ni siquiera es sólo una justificación del poder, sino que es uno de sus instrumentos de dominación más potentes. No se trata tanto de que el saber produzca efectos de poder, como de que el saber es intrínsecamente poder. Poder y saber son las dos caras de la misma moneda: todo poder genera saber y todo saber proviene de un poder (23).

La gestante, en momentos de dolor, angustia y ansiedad, no se encuentra en condiciones de refutar lo que el profesional dice pues, éste, ha adquirido sus conocimientos en una universidad que forma parte de un sistema y por lo tanto se encuentra legitimado para ejercer sus funciones de manera legal, con criterio de juicio y anteponiendo en todo momento que sus acciones devienen de una “verdad”.

Quien tiene el poder impone su saber, un saber que legitima el ejercicio de ese poder, con lo que una vez más el círculo se cierra y la necesidad mutua se realimenta (23).

2.3.2. Teorías que abordan el síndrome de Burnout

López (2017) menciona las siguientes teorías de burnout con sus respectivos modelos explicativos:

- **Teoría sociocognitiva del yo:** basada en la triada de autoconfianza, autoeficiencia y autoconcepto, donde la seguridad que muestre la persona sobre sus propias capacidades, establecerá el nivel de desempeño en sus actividades laborales; esta

teoría posee cuatro modelos: el modelo de competencias de Harrison (que alude a que las motivaciones de los trabajadores se ven obstaculizados por la sobrecarga laboral o la deficiencia en los recursos materiales o tecnológicos puestos a disposición, y estos al sobrepasar la motivación y eficiencia del trabajador, merma sus expectativas entrando en una situación de frustración); el modelo de Pines (que considera que es indispensable un ambiente laboral donde se mantenga la motivación y satisfacción del trabajador, donde el sentimiento de frustración por no alcanzar los objetivos profesionales generan una crisis existencial que se traduce en sentimientos de incapacidad, pesimismo y negatividad); *el modelo de Cherniss* (sostiene que debe relacionarse las características del ambiente con las características propias del trabajador, es decir el trabajador debe sentirse satisfecho con su trabajo y sentirse adherido a su entidad; por el contrario la falla en esta equidad mermaría el compromiso y motivación del mismo); *el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper* (quienes refieren que las discrepancias entre la demanda de las funciones y las capacidades del trabajador, merma las expectativas de éxito y autoconfianza, en este modelo se ve afectado en mayor incidencia el autoconcepto, lo que puede conllevar a una reducción progresiva de las habilidades de resolución de problemas y por consiguiente, sentimientos de frustración).

- **Teoría del intercambio social:** se basa en la percepción de falta de igualdad y equidad en el ámbito laboral, en la que el trabajador suele compararse con sus pares; aquí están los siguientes modelos: *modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli* (que explica el burnout se da por la incertidumbre del actuar del trabajador ante situaciones de alta demanda, así como el equilibrio que ellos perciben entre su trabajo y los reconocimientos recibidos); *modelo de conservación de recursos* (que es la percepción de insatisfacción laboral, por lo cual, el trabajador generará una merma del compromiso organizacional, ya que estos no se sienten valorados o reconocidos dentro de la empresa).
- **Teoría organizacional:** que indica que el clima y cultura organizacional juegan un papel importante en las habilidades del individuo, pudiendo potencializar sus esfuerzo o por el contrario, minimizarlos o alterarlos; aquí se tienen los *modelos de: Golembiewski, Munzenrider y Carter* (quienes señalan que un suceso desencadena otro y por ende el burnout puede ser algo progresivo en magnitud y duración, señalan que este suele originarse por la pobreza de recursos para hacer frente a la

sobrecarga laboral, además de considerar el sobre involucramiento con las necesidades del usuario, lo cual sobrecargaría las propias acciones del trabajador); *modelo de Cox, Kuk y Leiter* (que expresa que el burnout se genera por la ineficiencia de las estrategias de afrontamiento por parte del trabajador, es decir la incapacidad para hacer frente a situaciones de estrés); *modelo de Winnubst* (que articula la estructura, cultura y clima organizacional como fuentes protectoras o estresantes en el trabajador, así como las redes de apoyo social dentro de la propia empresa que permita al trabajador un sentido de ética, valoración y apoyo a sus funciones).

- **Teoría estructural:** integra las características organizacionales, las relaciones interpersonales y la personalidad propia del trabajador; donde el estrés se deriva del desequilibrio o inadecuación de estas, tiene como *modelo el propuesto por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel*; donde debe existir una situación mediadora ente las demandas del trabajador como los intereses de la organización, a fin de evitar consecuencias para alguno de los dos bandos.
- **Teoría de demandas y recursos laborales:** engloba aspectos como el bienestar del trabajador, la salud y las condiciones propias del trabajo, analizando el burnout desde la motivación laboral y el propio estrés laboral, asumiendo factores de riesgo (hacia el estrés) o protectores (hacia la motivación), aquí se incluye *el modelo de Demerouti y Bakker*, quienes postulan que los buenos recursos laborales permiten un estrés positivo, donde el trabajador disfruta de las nuevas oportunidades de aprendizaje y logro de objetivos instituciones, mientras que los bajos recursos dificultarán su labor y generará sentimientos de frustración, así como agotamiento emocional y cognitivo, pensando que no pueden realizar una labor eficaz. Olivares (2017) señala que la teoría más aceptada para comprender el síndrome de burnout es el propuesto por Maslach (2009) quien teorizó que el síndrome de burnout se genera en el desajuste que hay entre el trabajo (demanda) y la persona (recursos), y donde estos desajustes generan consecuencias organizacionales y personales, postulando así un modelo tridimensional del burnout, que abarca las siguientes dimensiones: Agotamiento emocional que se refiere a que el trabajador se siente emocionalmente cansado, por cuanto sus recursos conductuales, cognitivos y emocionales han sido sobrepasados por la carga laboral, y consumidos en su totalidad. Despersonalización, que implica los sentimientos de hostilidad y alejamiento social que presenta el trabajador hacia sus compañeros de trabajo y la

falta de realización personal, que es la reducción de proactividad, iniciativa y competencia direccionadas a la obtención de éxito laboral y profesional (24).

Precisa mencionar que en la presente investigación se ha tomado en cuenta fracciones de cada teoría ya que el síndrome de burnout suele presentarse por sobrecarga laboral y deficiencia de recursos materiales que a menudo suelen establecer limitaciones en las funciones (teoría sociocognitiva del yo); falta de equidad en el ámbito laboral (Teoría del intercambio social); malas relaciones interpersonales que siempre suelen darse en un ámbito laboral (Teoría organizacional); no existe una comunicación fluida entre autoridades y subordinados (Teoría estructural) y el síndrome de burnout se genera en el desajuste que hay entre el trabajo (demanda) y la persona (recursos), y la teoría que formula los desajustes generan consecuencias organizacionales y personales, postulando así un modelo tridimensional del burnout (la teoría de demandas y recursos laborales) de hecho la medición se ha realizado con el instrumento propuesto por Christina Maslach.

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Síndrome de Burnout

2.4.1.1. Definición

El término burnout significa “estar quemado”, “exhausto”, “desgastado” o “perder la ilusión por el trabajo”. Es considerado un trastorno psicológico que afecta y altera la capacidad laboral de las personas, las organizaciones y las relaciones familiares y sociales (25)

También es conocido como síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) y puede ser definido como una respuesta a nivel emocional e interpersonal al estrés laboral crónico que suele presentarse en el personal de salud debido a limitadas estrategias de afrontamiento o errores en el manejo del estrés (11).

Desde una perspectiva psicosocial, varios autores admiten la definición propuesta por Maslach y Jackson, quienes señalan que el SB deber asumirse como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el

contexto laboral, que se desarrolla como resultado de la exposición permanente a distintos estresores en el trabajo (26).

La respuesta al SB se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal..., por un deterioro afectivo caracterizado por alto agotamiento emocional y físico debido al contacto continuado con las personas a quienes brinda atención y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios del servicio y hacia la organización, en forma de comportamientos indiferentes, fríos y distantes y en ocasiones mostrando incluso agresividad (14).

Concretamente el personal de obstetricia, desarrolla una labor dirigida a la mujer durante todo su ciclo sexual, así como en las etapas de gestación, parto y puerperio. Esta labor crea un vínculo muy cercano con la mujer y con la familia, por lo que la carga emocional suele ser elevada, además de la gran demanda emocional, también existe una gran exigencia física y mental, pues está en juego la vida de la mujer y el recién nacido (14).

El síndrome de Burnout evalúa una triada caracterizada por cansancio emocional, que hace referencia a un estado de agotamiento debido a una sensación de sobreesfuerzo físico, que genera una situación de hastío emocional y pérdida de interés, despersonalización, que consiste en una actitud de distanciamiento y frialdad, cinismo e indiferencia y una baja realización personal que se refiere a la valoración negativa del trabajo, baja autoestima y falta de satisfacción laboral que conlleva a una reducción del interés y rendimiento profesional. Maslach planteaba que “el mundo del trabajo es una arena agresiva en la cual el individuo trata de sobrevivir”, y, por lo tanto, el Burnout sería la consecuencia ante el fracaso (14).

Establecida ya la definición concreta del síndrome de Burnout, se puede detallar cada una de sus dimensiones:

- **Agotamiento emocional (AE)** es la disminución progresiva de energía, recursos, entusiasmo, sobreesfuerzo físico y hastío emocional que deviene de la atención continuada a los pacientes o en ocasiones de las relaciones laborales entre compañeros de trabajo. En el plano afectivo se trata de una sensación de

agotamiento y de “no poder dar más de sí mismo”, con relación a la elevada carga emocional que supone el contacto diario con personas en el ámbito laboral. Existe incluso una sintomatología que muestra este cansancio como cefaleas, alteraciones del ritmo circadiano, sensación de extenuación o dolores musculares (14).

- **Despersonalización.** Se refiere al hecho de que el trabajador, en este caso el obstetra, hace referencia a una actitud fría, negativa y distante hacia la gestante al quien le brinda atención o hacia sus colegas con quienes se interrelaciona. Esta dimensión se expresa en términos de “no me importa”, con relación a sentimientos negativos, con la adopción de una actitud de deshumanización hacia personas, pacientes o clientes, que en algunos casos puede devenir en negligencia profesional o maltrato a la gestante al considerar a las personas como “objetos”, Incluso esta actitud puede derivar en conflictos entre profesional-cliente o paciente y viceversa (27).

Otros términos que hacen referencia a esta dimensión son “cinismo” o “deshumanización” (14).

- **Baja realización personal (RP)** debido a las múltiples situaciones desagradables que enfrentan los profesionales surge la adopción de un pensamiento de autoconcepto negativo, así como una falta de realización personal. La tendencia a evaluarse de forma negativa produce un efecto de insatisfacción interna, baja autoestima, escepticismo, manifestaciones pseudodepresivas, descenso en la productividad y sentimiento de fracaso. Esta sensación se manifiesta con la verbalización de “no valgo”, derivada del descontento e insatisfacción de logros profesionales. Este tipo de sentimientos afectan la calidad en el desempeño laboral y atención al paciente. La baja realización personal también se observa como “bajaeficacia profesional” con relación a una labor incompetente e ineficaz con tendencia a la huida (14).

Un aspecto ampliamente discutido es la relación entre los conceptos “burnout” y “estrés”, considerándose como sinónimos, sin embargo, diferentes estudios señalan que mientras el burnout es totalmente negativo el estrés puede tener una arista positiva desde algún punto de vista (14).

Existen diferentes modelos que intentan explicar la presencia del burnout en los trabajadores que datan desde la década de los '80. Se tomará en cuenta, en la presente tesis el modelo de Gil-Monte y Peiró quienes señalan que el síndrome de burnout aparece como respuesta al estrés laboral cuando las estrategias de afrontamiento no son

eficaces. Su modelo se basa en que este síndrome aparece al alterarse en primer lugar las dimensiones de agotamiento emocional y baja realización personal, apareciendo más adelante la despersonalización (14).

2.4.2. Violencia obstétrica

La violencia obstétrica se refiere a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de diferentes formas dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente durante los procesos del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física (uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto) como psicológica (infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones) (28).

La violencia obstétrica (VO) es una expresión de violencia de género y violencia institucional contra la mujer, basado en la deshumanización del trato, medicalización y patologización durante el embarazo, parto y puerperio llevado a cabo por el personal de salud. Es consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, además de una forma más de violencia de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que resulta difícil la visibilización del problema. Y la violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada, lo que atenta gravemente contra los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres (28).

Para Lafaurie et al. y Jojoa et al. (29,30), la violencia obstétrica (VO) es una expresión de violencia de género y violencia institucional contra la mujer, basado en la deshumanización del trato, medicalización y patologización durante el embarazo, parto y puerperio llevado a cabo por el personal de salud.

La violencia obstétrica fue tipificada por primera vez en el ámbito institucional a través de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia, sancionada y publicada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2006, en el que se la definió como:

“[...] la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato 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” (31).

De la definición de violencia obstétrica se deduce la existencia de un fenómeno multideterminado que conlleva la vulneración de los derechos humanos de las mujeres cuando se les brinda atención en salud sexual y reproductiva de forma autoritaria y centrada en relaciones asimétricas de poder, dentro de un contexto altamente jerarquizado que origina la pérdida de autonomía sobre sus cuerpos y en que ellas son convocadas a someterse al poder institucional y pierden el control de un proceso que les pertenece (29).

Al igual que otras formas de violencia, la obstétrica es también violencia simbólica porque resulta invisible por el discurso hegemónico como “necesaria” para “ayudar” a las personas: de ese modo, las mujeres se sienten obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales. Y es que, además, si lo hacen, la violencia hacia ellas casi siempre aumenta. Así, “las técnicas modernas de represión son en general invisibles y no dicen lo que prohíben, porque decirlo es dar indicación de su existencia” (30).

Parecería que siempre hay que callarse, según dice Besly de un modo irónico, “porque el médico lo hace por tu bien. Y por el bien del bebé”.

- **Violencia obstétrica física**

Se entiende por VO física toda acción o procedimiento no imprescindible en la atención, que no está clínicamente justificado o que se realiza sin consentimiento de la mujer gestante. Además, incluye la negligencia hacia las necesidades y el dolor de las embarazadas, la negación de tratamiento, los tactos vaginales en reiteradas ocasiones o realizados por más de un individuo, así como la ejecución de maniobras bruscas, entre ellas, la restricción de los movimientos y la obligación de mantenerse en la cama durante el parto (32). En ocasiones, se realizan procedimientos no requeridos como episiotomía, sin considerar que la episiotomía debe realizarse solamente en casos específicos, dado que se ha evidenciado que la herida resultante tarda más tiempo en cicatrizar en un parto natural que la herida por desgarro vaginal (32).

García (28) señala que la obstetricia como ciencia en el siglo XX, desplazando los partos a los hospitales, ha conseguido mostrar el momento del parto como un acontecimiento médico, cercano a la enfermedad, en donde las mujeres han de dejarse «sacar» al bebé (porque el parto es visto como un mero procedimiento donde sólo importa el «producto final» y no el acto en sí), perpetuando la subordinación de las mujeres, que son tratadas como niñas pequeñas con necesidad constante de tutela, incapaces de tomar sus propias decisiones o de responsabilizarse de su propia salud.

Entre las intervenciones no recomendadas por la OMS, que se siguen realizando sin tomar en cuenta las indicaciones puntuales, se incluyen el uso de oxitocina para inducir el parto, enemas y la maniobra de Kristeller. La estimulación del trabajo de parto se ha realizado tradicionalmente con el uso de infusión de oxitocina intravenosa (33). La administración de la oxitocina sintética con el fin de producir o aumentar en número e intensidad las contracciones uterinas hace que el sistema de retroalimentación hormonal se vea interrumpido y la secreción de oxitocina endógena se modifique por completo, por lo tanto, debe utilizarse con mucha cautela. Los errores que se relacionan con su uso son comunes y están relacionados con dosis altas, lo que puede causar una actividad uterina excesiva (34).

La maniobra de Kristeller suele indicarse cuando existe sospecha de sufrimiento fetal, distocia o agotamiento materno, esta consiste en presionar con las manos en el fondo uterino para evitar la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto o recurrir al parto operatorio, sin embargo, hace muchos años que se desaconseja pues no parece afectar las tasas de parto vaginal espontáneo o parto operatorio ni acortar la segunda fase del parto, siendo ambos los objetivos primarios que valoraban su aplicación. Además, los datos sobre seguridad materna y fetal son cuanto menos confusos y ofrecen dudas sobre su (35).

- **Violencia obstétrica psicológica**

Es un tipo de ultraje hacia la mujer, debido a comportamientos o actitudes sutiles de agresión, lo que la hace difícil de identificar y demostrar. Esta puede ligarse a la violencia física, ser un aviso de la misma o presentarse de manera independiente (32). Según Jojoa et al., (30), la VO psicológica posee dos subcategorías; 1) la violencia verbal y el impedimento de las gestantes para expresarse libremente; y 2) la omisión

del derecho a la información y la autonomía en la toma de decisiones tanto de la gestante como de su familia en el proceso del parto (32).

Las agresiones verbales, consisten en burlas, humillaciones, insultos, trato deshumanizado, menoscabo de sus necesidades, ignorar los temores o las inquietudes de la paciente. La violencia verbal abarca también, una relación de desigualdad en el marco de la atención médica entre la paciente y el profesional de salud, llamada por Foucault “el poder/saber”, esto podría entenderse como la falta de comunicación efectiva con las pacientes por considerarlas inferiores debido a que no tienen conocimientos en el área obstétrica (32).

La VO psicológica por omisión se basa en la prohibición de un acompañante en el establecimiento de salud durante el curso del parto, no emitir un consentimiento informado a la paciente o no informar sobre la evolución del proceso de parto y del estado de salud en que se encuentra el recién nacido. Este tipo de violencia incluye la falta de información o el rechazo injustificado a la opinión de las mujeres; acciones que pueden conducir a que una mujer se sienta en la obligación de aceptar procedimientos e intervenciones que responden al modelo hegemónico establecido en algunos servicios de salud, donde el personal médico es quien posee la autoridad y la mujer se ve privada del derecho de decidir sobre su cuerpo (32).

2.4.3. Medicalización del proceso del parto.

“Con el término medicalización, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en las áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios (32).

Para estudiar las intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto se ha prestado especial atención a los procesos de medicalización, institucionalización y patologización del parto; y se han analizado junto a éstas, otras cuestiones macro y procesos generales vinculadas al análisis del modelo médico hegemónico. Así, se han estudiado la constitución de los discursos, saberes y poder médicos, la relación médico-paciente en tanto relación de dominación y violencia simbólica; la constitución hegemónica de la medicina, vinculada a la biopolítica y autonomía del campo médico

y el fenómeno del parto en sus múltiples consideraciones: fisiológico, medicalizado, intervenido, humanizado, respetado, natural y normal. Un punto de partida común a varios trabajos es el análisis del proceso de institucionalización de la atención del embarazo, parto y puerperio que a fines del siglo XIX pasó a ser un acto sanitario-hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología en el marco de un proceso simultáneo de medicalización.

Este doble proceso de institucionalización medicalización encuentra su origen, según Camacaro Cuevas (2008a) en dos ocurrencias históricas que impactan en la vida reproductiva de las mujeres: la trastocación de los protagonismos provocada por la atención médico-obstétrica que pasó de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud, y el concomitante traslado de los partos del hogar a los hospitales. Una de las consecuencias de la hospitalización se entiende como que “la institucionalización de los procesos reproductivos no contempla la relación protagónica de y entre las mujeres durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico” (32).

El modelo de la medicalización, que transforma el hecho afectivo, familiar y social de parir y nacer en un acto médico, se basa en la despersonalización de la parturienta convertida en paciente y en la desexualización del parto. En la actualidad se ha establecido una relación entre la dominación del sistema de salud en el parto y las condiciones de sostenimiento del sistema patriarcal, prevaleciendo, un discurso científico médico asociado a un discurso moral. Dicha relación intrínseca entre el discurso médico hegemónico y la episteme patriarcal, debido a un “androcentrismo de la ciencia”, es decir que la medicina ha construido sus conceptos de la anatomía y la fisiología femenina tomando como patrón de referencia al hombre, pero invisibiliza el discurso patriarcal, además se sitúan las dimensiones biologicista, ahistórica, individualista y focalizada en la enfermedad que modelan la atención médica del parto representándose como un proceso patológico que hay que tratar (32).

Sadler en el año 2004, referido por Lainez et al. (32) señala que este discurso medicalizador es producto de un sistema médico, entendido en las ciencias sociales como un conjunto organizado de creencias y acciones, de conocimientos científicos y

habilidades de los miembros de un grupo perteneciente a una determinada cultura, relativas a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados. Siendo que no es el único posible, el sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos patologizándose las etapas del ciclo vital de las mujeres: la menstruación, gestación, parto y menopausia son consideradas enfermedades a tratar y controlar. Algunas de las prácticas más habituales, que a pesar de resultar desaconsejadas por la OMS se siguen realizando, son las episiotomías, la maniobra Kristeller o la cesárea no necesaria estrictamente. La inducción del parto por medio de fármacos como la oxitocina es otra de las prácticas sobre las que la OMS recomienda no superar la tasa de un 10%.

2.4.4. Patologización proceso de parto

El proceso de patologización, implica un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias, dispositivos e intervenciones cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo a aquellos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época. Según señala Natalia Magnone, referida por Aceves (36), si la mujer que pare “es asistida en una lógica preparada para encarar patologías, será sometida a intervenciones innecesarias que obstaculizan el desenlace natural del proceso, aun cuando el embarazo haya sido clasificado como de bajo riesgo.

2.4.5. Deshumanización

Dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones (37).

2.5. Términos básicos

- **Cansancio emocional.** Es la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y fatiga física y psicológica (38).
- **Despersonalización.** Es un conjunto de actitudes negativas, irritabilidad, pérdida de motivación, falta de empatía, incompetencia, insensibilidad y antipatía, entre otras (38).
- **Falta de realización personal** en el trabajo, caracterizada como respuestas negativas, falta de interés, desmotivación, disminución de la autoestima, inseguridad para alcanzar metas u objetivos, o simplemente su anulación (38)
- **Medicalización.** Utilización de medicamentos, equipos o instrumentos, técnicas o maniobras, como parte de un acto médico, innecesarias o iatrogénica que podrían generar complicaciones graves (37).
- **Patologización.** Es la Percepción del cuerpo gestante y el cuerpo pariendo como cuerpos enfermos
- **Deshumanización.** Dar a la usuaria un trato infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones (37).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Hipótesis Alternativa:

La relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica es significativa en obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022.

Hipótesis Nula:

La relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica no es significativa en obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022.

3.2. Variables

V1. Síndrome de Burnout

V2. Violencia obstétrica.

3.3. Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Ítems	Escala
V 1 Síndrome de Burnout Respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: Cansancio emocional, Despersonalización y baja o falta de realización personal en el trabajo (7)	Cansancio Emocional	Obstetras que se sienten emocionalmente agotados. Obstetras que al finalizar su trabajo se sienten agotados. Obstetras que se levantan cansados al inicio de otro día de trabajo. Obstetras que consideran que su trabajo diario es una tensión. Obstetras que consideran que el trabajo le está desgastando Obstetras que se sienten frustrados en su trabajo Obstetras que sienten que realizan un trabajo demasiado duro. Obstetras que consideran que el contacto con pacientes ocasiona estrés Obstetras que en el trabajo se sienten al límite de sus posibilidades	Bajo (<18) Medio Alto	1,2,3,4,5,6,7,8,9	Ordinal
	Despersonalización	Obstetras que creen tratar a algunos pacientes como si fueran objetos. Obstetras que creen tener un comportamiento más insensible con la gente desde que realiza este trabajo. Obstetras preocupados porque el trabajo los endurece emocionalmente. Obstetras a quienes no les importa lo que les ocurra a algunos pacientes. Obstetras que sienten que los pacientes los culpan de sus problemas	Bajo Medio Alto	10,11,12,13,14	
	Realización personal	Obstetras que comprenden fácilmente cómo se sienten los pacientes. Obstetras que consideran enfrentar bien los problemas de los pacientes. Obstetras que consideran que su trabajo influye positivamente en otros. Obstetras que se encuentran con mucha vitalidad. Obstetras que consideran tener facilidad para crear una atmósfera relajada con sus pacientes. Obstetras que se consideran animados después de trabajar junto con los pacientes y compañeros. Obstetras que consideran que su trabajo merece la pena. Obstetras que en el centro de labores tratan los problemas emocionales con mucha calma.	Bajo Medio Alto	15,16,17,18,19,20,21,22	

V 2 Violencia Obstétrica Todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres (9)	Medicalización y patologización	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetras que realizan amniotomía de manera rutinaria • Obstetras administran medicamentos para acelerar el trabajo de parto • Obstetras realizan la maniobra de Kristeller. • Obstetras administran anestesia local antes de la episiotomía o episiorrafia. • Obstetras que realizan episiotomía de manera rutinaria. 	Presente Ausente	1,2,3,4,5,6,7,8	Nominal
	Desinformación	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetras explican riesgos, beneficios y complicaciones de la episiotomía y solicitan el consentimiento informado. • Obstetras explican riesgos, beneficios y complicaciones del tacto vaginal y solicitan consentimiento informado. • Obstetras explican cómo y porqué realizar el monitoreo electrónico fetal y solicitan consentimiento informado. • Obstetras explican riesgos y complicaciones de la maniobra de Kristeller. • Obstetras explican riesgos, beneficios y complicaciones de la administración de medicamentos para acelerar el parto. 	Presente Ausente	9,10,11,12,13	
	Trato deshumanizado	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene la privacidad de la usuaria durante el examen. • Se realiza más de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto. • Se brinda información después de realizar el tacto vaginal. • Se presenta ante la usuaria antes de realizar algún procedimiento. • Considera que la usuaria exagera el dolor. • Orienta sobre psicoprofilaxis de emergencia a las usuarias. • Considera que la respiración es eficiente en la usuaria para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. • Considera que el acompañamiento entorpece la atención. • La antropometría y profilaxis umbilical, oftálmica y administración de vitamina K al recién nacido sano se realiza antes de permitir el contacto piel a piel. • Se refiere a la paciente por su nombre. • Utiliza apodosos o diminutivos al dirigirse a la usuaria. • Considera que la manera de tratar a la usuaria la vuelve vulnerable • Le incomodan las manifestaciones de dolor, llanto o miedo de las usuarias durante el trabajo de parto, parto y puerperio. 	Presente Ausente	14,15,16,17,18,19, 20,21,22,23,24,25, 26	

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

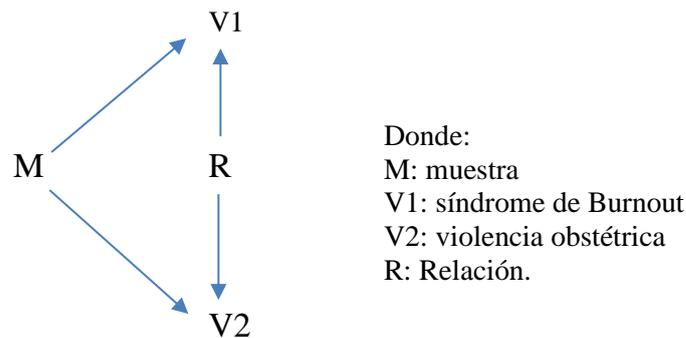
La investigación se desarrolló en los Centros de Salud Baños del Inca, Pachacútec, La Tulpuna y el Hospital Simón Bolívar que pertenecen a la Red Integrada de Salud Cajamarca ubicada en la provincia y región Cajamarca. El Centro de Salud Baños del Inca se encuentra ubicado en el distrito del mismo nombre en la cuadra 6 del Jr. Túpac Yupanqui. El Centro de Salud Pachacútec se ubica en la Av. Perú N° 900 y el Centro de Salud La Tulpuna, en el Jr. Alfonso Ugarte N° 1174, ambos en el distrito, provincia y departamento de Cajamarca.

El Centro de Salud Baños del Inca y el Centro de Salud Pachacútec son establecimientos del nivel I-4, mientras que el C.S La Tulpuna es de nivel I-3, en estos establecimientos de salud se realizan atenciones obstétricas y perinatales básicas y cuentan con el Servicio de Hospitalización las 24 horas del día. El Hospital Simón Bolívar es un establecimiento de Salud del segundo nivel de atención, de categoría II – E, y realiza atenciones obstétricas y perinatales esenciales, su horario de atención también es de 24 horas diarias (39,40).

4.2. Diseño y tipo de la investigación

La presente investigación tiene un diseño no experimental, de corte transversal; de tipo correlacional.

No experimental de corte transversal; porque ninguna de las variables fue manipulada por el investigador, no se construyó ninguna situación, sino que se observaron situaciones ya existentes y en un momento determinado, sin hacer cortes en el tiempo. Correlacional, porque se describió y estableció la relación entre el Síndrome de Burnout y la violencia obstétrica.



4.3. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

Población

La población de estudio estuvo conformada por todos los obstetras que laboran en los Centros de Salud Baños del Inca, Pachacútec y La Tulpuna y del Hospital Simón Bolívar, que hacen un total de 62 personas.

Muestra

Para el tamaño poblacional se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia decidiendo trabajar con el 100% de los obstetras de los establecimientos de salud de intervención.

Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los obstetras que laboran en los Centros de Salud de Baños del Inca, Pachacútec y La Tulpuna y del Hospital Simón Bolívar.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

En la investigación se incluyó a los obstetras que a la fecha de la aplicación del instrumento se encontraban laborando en los Centros de Salud Baños del Inca, Pachacútec y La Tulpuna, así como en el Hospital Simón Bolívar con una antigüedad no menor de un año, que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado para la aplicación del instrumento a utilizar.

Criterios de exclusión

Obstetras de los Centros de Salud de Baños del Inca, Pachacútec y La Tulpuna y del Hospital Simón Bolívar que se encontraron haciendo uso de vacaciones, licencia o incapacidad, o que se negaron a participar en la investigación de manera voluntaria.

4.5. Técnica e instrumentos de recopilación de información

Para la recolección de datos, en un primer momento se solicitó autorización al director de la RIS Cajamarca para intervenir en los establecimientos de salud a su cargo, posteriormente se obtuvo el registro y horario de obstetras que laboran en los C.S. La Tulpuna, Pachacútec y Baños del Inca, así como en el Hospital Simón Bolívar.

En un segundo momento se entrevistó a cada obstetra, explicando el objetivo del estudio y solicitando su participación anónima y voluntaria, aclarando que cada uno de los instrumentos eran autoadministrados. Una vez obtenido el consentimiento de los participantes se entregó los instrumentos de evaluación y se explicó cómo debería ser llenado.

Como técnicas se utilizaron la observación directa y la aplicación de encuestas a los obstetras y como instrumentos se emplearon:

1. **Ficha de recolección de datos** donde se consignaron datos generales de los obstetras como edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, establecimiento de salud donde labora, condición laboral, tiempo de servicio en general, tiempo de servicio en el establecimiento de salud actual, satisfacción con la remuneración que recibe y tener otro centro de labores, estos datos permitieron caracterizar a la población de estudio (Anexo 01).
2. **El test de Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI-HSS)** fue modificado según las necesidades de la investigación. Esta escala evalúa 3 dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Consta de 22 ítems del MBI – HSS que son de selección única y que utilizan una escala de Likert, con siete niveles de intensidad: nunca (0), pocas veces al año (1), una vez al mes o menos (2), unas pocas veces al mes (3), una vez a la semana (4), pocas veces a la semana (5) y diariamente (6). Se valoró cada una de las dimensiones: cansancio emocional (nivel alto, de 27 a 54, nivel intermedio entre 19

y 26 y nivel bajo menor a 18), despersonalización (nivel alto, entre 10 y 30, nivel intermedio entre 6 y 9 puntos y nivel bajo, entre 0 y 5) y en realización personal (nivel alto, entre 0 y 30, nivel intermedio entre 34 y 39 y nivel bajo entre 40 y 56). Altas puntuaciones en cansancio emocional y despersonalización y bajas puntuaciones en realización personal definen el síndrome de Burnout (Anexo 02).

3. **Test de violencia obstétrica** para evaluar el tipo de violencia obstétrica ejercida por los obstetras, elaborado por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (9), al cual se le ha realizado algunas modificaciones acordes con la presente investigación. El cuestionario consta de 26 ítems divididos en cuatro partes. La primera corresponde a la dimensión: formas de expresión de VO, consta 3 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas, excluyentes (Sí o No), La segunda (medicalización y patologización), tercera (desinformación) y cuarta parte (trato deshumanizado). Para evaluar la medicalización y patologización, así como la desinformación se realizaron 5 preguntas en cada dimensión y para trato deshumanizado, 13 preguntas. (Anexo 03).
4. **Guía de observación.** Con la finalidad de otorgar validez a los resultados referentes a la violencia obstétrica, se aplicó una guía de observación a las atenciones que brindaron cada uno de los participantes de la presente investigación. La guía de observación estuvo constituida por 15 ítems con 3 posibles respuestas: Sí, No y A veces; considerándose violencia obstétrica cuando se consigna Sí a por lo menos una de las siguientes proposiciones 3, 5, 7 y 11; y No en las proposiciones 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14 y 15 (Anexo 04)

Validez y confiabilidad del instrumento.

En la presente investigación se realizaron algunas modificaciones al instrumento de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, en donde se incluyeron datos que permitieron caracterizar a la población de estudio y se agruparon las preguntas según dimensión estudiada. La validez del instrumento se determinó a través del juicio de 3 expertos (Anexo 5)

Para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto en el Hospital Regional de Cajamarca y el Centro de Salud Magna Vallejo y se determinó el Coeficiente Alfa de Cronbach,

obteniendo un valor de 0,860, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable (Anexo 6).

El test de violencia obstétrica construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina fue modificado según las necesidades del estudio, por lo tanto, también fue validado por criterio de jueces (Anexo 7)

La validación del test de violencia obstétrica se realizó a través de la evaluación por juicio de expertos (Anexo 07) posteriormente se realizó una prueba piloto en el Centro de Salud Magna Vallejo y en el Hospital Regional de Cajamarca para determinar la confiabilidad del instrumento obteniendo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,872, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable.

La guía de observación fue elaborada por la investigadora tomando en cuenta los objetivos de la investigación, por lo que fue evaluada por juicio de expertos con la finalidad de otorgarle validez.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información:

4.6.1. Procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos se realizó la codificación de los mismos, transformándolos en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas. El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del software SPSS versión 26 y el programa Microsoft Excel 2020 para Windows, lo que permitió generar una base de datos y elaborar tablas dinámicas de las variables que nos permitieron comprender mejor los resultados, posteriormente se analizaron los datos de cada una de las variables. Para establecer la correlación entre las variables se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman, estableciéndose que existe relación significativa si $p < 0,05$.

4.6.2. Análisis de datos

Para el análisis de datos, se hizo uso de la estadística descriptiva.

Estadística descriptiva: Los resultados referentes a las características de las variables fueron descritos de manera resumida de la totalidad de observaciones realizadas.

4.7. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió de los instrumentos aplicados; para la presente investigación la fiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos se estimó a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, el mismo que arrojó un valor de 0,860 para el Test de Maslach y 0,872 para el test de violencia obstétrica, además la guía de observación fue sometida a juicio de expertos, asumiendo así que los ítems considerados midieron un mismo constructo y estuvieron altamente correlacionados. Es importante aclarar que la recolección de datos fue realizada por el mismo investigador con el fin de mayor confiabilidad y calidad de los datos obtenidos (79).

4.8. Consideraciones éticas en investigación científica

Esta investigación está cimentada en discreciones dirigidas a certificar la calidad y objetividad de la investigación, entre las que se consideran:

Consentimiento informado. Se informó de manera clara y precisa, a los obstetras que intervinieron en la presente investigación, sobre la naturaleza del estudio con la finalidad de obtener su autorización y firma del consentimiento informado correspondiente (80).

Beneficencia /no maleficencia. En todo momento de la investigación se cuidó de no hacer daño a los participantes y se aseguró su bienestar (80).

Autonomía. Cada individuo participó de manera libre y voluntaria en la investigación, sin concionantes externos (81).

Confidencialidad. En el contexto de la investigación se mantuvo la intimidad de los participantes, garantizando que tan solo investigador pudo vincular los datos con sus nombres (82).

Respeto. Los participantes fueron considerados como agentes autónomos, respetando sus opiniones y acciones durante el desarrollo del estudio (80).

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1-A. Características sociales de los obstetras que laboran en laRed Integrada de Salud Cajamarca 2022

Edad	n°	%
De 21 a 29	4	6,5
De 30 a 39	17	27,4
De 40 a 49	22	35,5
De 50 a 59	19	30,6
Sexo		
Masculino	8	12,9
Femenino	54	87,1
Estado civil		
Soltero	13	21,0
Casado	25	40,3
Conviviente	15	24,2
Divorciado	7	11,3
Viudo	2	3,2
Tenencia de hijos		
Si	51	82,3
No	11	17,7
Total	62	100

La presente tabla muestra que el 35,5% de obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, pertenecen al grupo etario de 40-49 años, seguido del 30,6% correspondiente al grupo de 50-59 años.

Estos resultados son disímiles a los de Asefa et al. (16) quienes encontraron en su estudio que el 83,7% de profesionales tenía menos de 30 años de edad, una población bastante joven comparada con la del presente estudio que ostentó mayor edad.

La edad del profesional de obstetricia, es un factor importante a considerar dependiendo de cuál sea esta, pues, casi siempre existirá diferencias entre la atención de una persona joven y de quién ya no lo es tanto. Un obstetra de edad avanzada puede sufrir de agotamiento físico y emocional, suele estar cargado de estrés laboral por los años de

servicio y la actitud empática hacia el paciente puede mermar o desaparecer y llegar incluso a adoptar conductas violentas; aunque no siempre suele ser así, de otra parte, el profesional joven suele estar a la vanguardia de los cambios que caracterizan a la ciencia y la tecnología, además de ser más vigilante y cuidadoso con la salud de los pacientes.

Sin embargo, algunos estudios sugieren que los profesionales de la salud, que son jóvenes están más abiertos a nuevas prácticas y tecnologías, lo que podría aumentar el riesgo de violencia obstétrica, de otra parte, quienes son mayores, pueden tener actitudes más tradicionales y conservadoras, lo que también puede contribuir a la violencia obstétrica (37)

Otra explicación en cuanto a la violencia ejercida por los obstetras mayores es el hecho de cuando se habla de violencia obstétrica se habla de una violencia estructural e institucional que a pesar de no ser nueva, ha permanecido oculta durante mucho tiempo y en la actualidad continúa siendo desconocida, incluso por profesionales de la salud (37)

El número significativo de obstetras del género femenino se explica porque en la historia de la humanidad la obstetricia ha sido considerada como una profesión femenina y las gestantes casi siempre eligen a las mujeres por pudor, ya que el parto implica necesariamente la exposición de sus genitales.

Ruiz (41), va más allá de esta concepción, señala que, la relación de las obstetras con las mujeres durante el parto, es mucho más compleja que solo ofrecer atención o consejería. Para Ruiz, es una relación que se establece, también, para confirmar a otra mujer en todas sus potencialidades con el fin de que se manifieste y afirme al expresar sus recursos latentes. Lo cual obliga a las obstetras, a percibir la relación que involucra fundamentalmente como un compromiso con las pacientes, la escucha, en la capacidad de ahondar y relativizar al mismo tiempo en los sucesos que se acontecen o que surgen. La guía se ejerce sin dominar, fiscalizar ni coartar a las mujeres cuando se prestan atenciones y cuidados en el trabajo de parto

Respecto del estado civil el 40,3% de los obstetras indicaron ser casados, seguido del 24,1% que señaló vivir en unión consensual, mientras que el 21% dijeron ser solteros. El hecho de estar casado o en convivencia sugiere mayor estrés ya que tienen otra responsabilidad fuera del trabajo, además de la existencia de conflictos que no siempre los pueden olvidar cuando están en su ámbito laboral, aumentando sus niveles de estrés, agotamiento y cansancio.

En cuanto a si tienen hijos o no, el 82,3% de los obstetras señalan que, si los tienen, dato importante en el caso de las obstetras mujeres ya que, por haber tenido la experiencia de un parto, pueden ser más comprensibles con las parturientas a las que atienden; sin embargo, también está el hecho que tener hijos puede incrementar el agotamiento tanto físico como psicológico, de tal forma que el obstetra puede presentar índices más elevados de estrés y actuar de manera poco comprensiva, e incluso agresiva con las parturientas.

En general, Charria et al. señalan que el trabajo de los profesionales de la salud, suele ser muy gratificante por el servicio que brindan a los demás, sin embargo, el desequilibrio entre la vida laboral y la personal, además de extenuantes jornadas de trabajo, malestar ocasionado por las quejas y la falta de correspondencia en las relaciones con los pacientes y colegas pueden incrementar el riesgo de Burnout (11) y dependiendo de tal o cual dimensión se afecte, también puede ser el trato a la gestante llegando en algunas ocasiones a la violencia.

Tabla 1-B. Características laborales de los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca 2022

Características laborales	n	%
Establecimiento donde labora		
C.S. Baños del Inca	11	17,7
C.S: Pachacútec	14	22,6
C.S. La Tulpuna	9	14,5
Hospital Simón Bolívar	28	45,2
Condición laboral		
Nombrado	47	75,8
Contratado	15	24,2
Tiempo de servicio		
De 1 a 10 años	17	27,4
De 11 a 20 años	23	37,1
De 21 a 30 años	22	35,5
Satisfacción con la remuneración actual		
Si	29	46,8
No	33	53,2
Total	62	100

La presente tabla muestra que el 45,2% de obstetras labora en el Hospital Simón Bolívar, seguido del 22,6% que lo hace en el Centro de Salud Pachacútec; mientras que el 14,5% trabaja en el Centro de Salud la Tulpuna.

Estos porcentajes obtenidos se deben a las características de cada uno de los establecimientos de salud donde ejercen sus funciones como obstetras, el Hospital Simón Bolívar es el nosocomio de mayor complejidad de la RIS- Cajamarca, donde acuden pacientes de diferentes lugares de la ciudad ya que no tiene población asignada, lo que explica el mayor porcentaje de obstetras; los demás establecimientos que son de un nivel menor, tiene, cifras similares con diferencias poco significativas porque corresponden al mismo nivel entre sí.

En cuanto a la condición laboral el 75,8% de los obstetras manifestaron estar en la condición de nombrados, lo que les proporciona estabilidad laboral a diferencia de los contratados que no gozan de esta situación, adoleciendo de zozobra y ansiedad, razón suficiente para aumentar el estrés y llegar a presentar síndrome de Burnout.

Como es natural, toda persona, desea tener un trabajo estable, que le permita estar más seguro en cuanto a su economía familiar, sin la preocupación que un día lo inviten a dejar el trabajo. Esta estabilidad laboral le permite vivir decorosamente y satisfacer sus necesidades básicas elementales, incluso, adquirir créditos financieros para comprar una vivienda y no tener que estar mudándose constantemente.

Estos datos pueden ajustarse a la teoría del intercambio social que sugiere que el origen del síndrome de burnout, se encuentra en las percepciones de inequidad o falta de ganancia que presentan los profesionales. Si en este proceso de comparación social que establecen los obstetras existe una cierta persistencia en la percepción que aportan más de o que reciben, posiblemente terminarán desarrollando síntomas del síndrome de burnout (42).

Respecto al tiempo de servicio, el 37,1% de obstetras manifestaron estar laborando entre 11 a 20 años, seguido del 35,5% que indicaron una antigüedad de 21 a 30 años. Datos disímiles fueron reportados por Charria et al (11), quienes informaron que el 14,4% de los profesionales tenía un tiempo de servicio de 11 a 20 años. También difiere con los encontrados por Asefa et al. (16), quienes encontraron que el 77,2% de profesionales tenían menos de 5 años laborando en el establecimiento de salud

Galliussi (43) señala que, existen estudios en cuanto a la antigüedad laboral, que señalan que con el transcurso del tiempo el sujeto adquiere conocimiento y confianza frente a sus deberes, permitiendo menos inseguridad ante la presión del trabajo; sin embargo, encontraron que la antigüedad laboral estaba asociada directamente con el síndrome de burnout, existiendo una etapa donde el profesional es más vulnerable a partir de los diez años de servicio.

El tiempo de servicio, es una variable muy importante a considerar en la estabilidad emocional del profesional, pues la mayoría de veces no trabaja motivado, por los bajos salarios, las guardias nocturnas que desgastan considerablemente su integridad física, los reclamos de los pacientes y familiares a quienes con quienes se tiene que ser empáticos; de tal forma que mientras más años hayan transcurrido desde que inició a laborar, mayor es el agotamiento que siente (43).

De otra parte, Rivera (44), sostiene que una persona que tiene poco tiempo en el trabajo no se cansa ni se acomoda en lo que hace, al contrario de las personas que trabajan por más de cinco años en un mismo puesto, máximo aquellas que son de avanzada edad. Además, mencionan que la vida profesional comprende un conjunto de actividades dirigidas al cumplimiento de roles de responsabilidad en su función y superación personal motivado por un salario o ingreso a un puesto de trabajo, pensando en los beneficios económicos inmediatos, pero con el pasar de los años se vuelve una tarea compleja que trae consigo muchas complicaciones, principalmente el estrés, a causa de la sobrecarga en el trabajo; constituyendo un factor precipitante del Síndrome de Burnout, caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la percepción individual de encontrarse emocionalmente agotado, desarrollando una serie de síntomas y signos: como el agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal, afectando la salud del individuo.

Una 53,2% de obstetras manifestó no estar satisfecho con la remuneración actual, sobre todo por el hecho de que no compensa las labores que realizan en las jornadas diarias, sobre todo cuando se trata de trabajar en turnos nocturnos que no solamente generan agotamiento físico, sino que ocasiona deterioro de las funciones cerebrales a corto, mediano y largo plazo.

Diversos estudios realizados sobre la fisiología del sueño han demostrado que durante este se produce una diversidad de procesos biológicos de gran relevancia, como la conservación de la energía, la regulación metabólica, la consolidación de la memoria, la eliminación de sustancias de desecho, activación del sistema inmunológico, entre otros, por lo tanto, la ausencia de sueño, como lo que sucede en las guardias nocturnas, induce distintas alteraciones conductuales y psicológicas. La falta de sueño puede generar, además, problemas conductuales como irritabilidad, ansiedad, hiperactividad, impulsividad o agresión; además suele tener un impacto importante sobre el estado de ánimo que puede conllevar a conductas de violencia en la atención de las pacientes durante el trabajo de parto (45).

Tabla 2. Niveles y dimensiones del Síndrome de Burnout en los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022

Niveles	Dimensiones del síndrome de Burnout					
	Agotamiento emocional		Despersonalización		Realización personal	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	54	87,1	55	88,7	28	45,2
Medio	2	3,2	2	3,2	20	32,3
Alto	6	9,7	5	8,1	14	22,6
Total	62	100,0	62	100,0	62	100,0

Fuente: Instrumento Maslach Burnout

En la presente tabla se logra evidenciar que los obstetras presentaron el síndrome de burnout en sus diferentes dimensiones, el 9,7% presentó agotamiento emocional en nivel alto y el 87,1% en nivel bajo; el 8,1% mostró despersonalización en nivel alto y el 88,7% en nivel bajo y finalmente el 45,2% presentó realización personal en nivel bajo, solamente el 22,6% exteriorizó una realización personal en nivel alto.

Estos datos muestran diferencias con los resultados obtenidos por Hernández (18) quien llegó a determinar que el 25% de los individuos de su muestra padeció de agotamiento emocional en nivel alto y 42,3% en nivel bajo; el 26,9% adoleció despersonalización en nivel alto y 36,5% bajo; 26,9% evidenció falta de realización personal en nivel alto y 26,9% en nivel bajo. De igual manera, son diferentes a los reportados por Suleiman (14), quien identificó que las matronas de su estudio mostraron alto cansancio emocional en 32%, alta despersonalización en 16% y baja realización personal en 26%. Asimismo, Ramírez et al. (13), encontró en su estudio de metaanálisis que el 42,3% presentaron nivel bajo de cansancio emocional, el 35,6% nivel medio y el 22,1% nivel alto; el 37,1% presentaron nivel bajo de despersonalización, 39,8% nivel medio y el 23,1% un nivel alto; el 45,5% presentaron nivel bajo de realización personal, 26,1% nivel medio y el 28,4% nivel alto.

El síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral que se viene acumulando con el tiempo y que se traduce en actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y hacia el propio rol que desempeña como profesional, así como por la experiencia de sentirse emocionalmente agotado. Se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario (11).

Este tipo de problema está relacionado a la carga laboral, el tipo de turno y la responsabilidad que supone velar por el bienestar de dos seres en lugar de uno, relacionado a la carga laboral, las horas de trabajo y la responsabilidad sobre la salud del paciente, frustración con el sistema de salud y paupérrimas condiciones de trabajo, exceso de tareas sobre el personal médico y poca remuneración económica (1).

El agotamiento emocional es la primera manifestación de este síndrome y la principal causa de su aparición. Se manifiesta ocasionando ansiedad y poca energía, que obviamente genera deterioro de su salud aun cuando se presenta en nivel bajo, ya que perturba la dinámica social como profesional, así como de su entorno, sobre todo porque se altera la calidad de atención al paciente llegando en algunos casos a la violencia, sobre todo en situaciones en las cuales, como es el caso del trabajo de parto, la paciente se vuelve intolerante al dolor y no sigue las instrucciones que le brinda el obstetra.

Según Suleiman (14), la labor del profesional de obstetricia crea un vínculo muy cercano con la mujer y con la familia, por lo que la carga emocional suele ser elevada, además de la gran demanda emocional, también existe una gran exigencia física y mental, pues está en juego la vida de la mujer y del recién nacido.

Tabla 3. Dimensiones de la Violencia Obstétrica en los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022

Violencia Obstétrica	Dimensiones de la Violencia Obstétrica					
	Medicación y patologización		Desinformación		Trato deshumanizado	
	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	6	9,7	9	14,5	12	19,4
Ausente	56	90,3	53	85,5	50	80,6
Total	62	100,0	62	100,0	62	100,0

En la presente tabla se observa que la violencia obstétrica estuvo presente en sus tres dimensiones, en medicalización y patologización con 9,7%; en desinformación con 14,5% y en el trato deshumanizado con 19,4%.

Resultados disímiles fueron informados por Afulani et al. (12), quienes reportaron que el 57% de encuestados no se presentaba ante las usuarias, el 33% no informaba sobre los procedimientos a realizar y el 73% no solicitaba permiso; ejerciendo violencia en la dimensión desinformación, datos bastante superiores a los encontrados en el presente estudio; el 38% no permitió decidir la posición del parto en este caso se traduce la medicalización como violencia. Igualmente, Marrero et al. (17), en su investigación determinó que el 87% de profesionales no permitía el acompañamiento en el parto, el 86,9% de ellos, realizaba prácticas de rutina como episiotomía, Kristeller y uso de oxicóticos y el 26,1% impuso la posición de litotomía en el parto ejerciendo violencia a las parturientas bajo la dimensión de medicalización. De igual manera Asefa et al. (16) encontraron en su estudio que el 50,3% de profesionales no solicitaban el consentimiento informado de las pacientes y el 34,5% no les ofreció privacidad.

En cuanto a la medicalización y patologización, en la actualidad hay diferentes eventos que analizar en torno al parto: en primer lugar, en la actualidad, el parto debe ser institucional bajo el discurso de que la mujer se sentirá más segura y protegida, así como su bebé. Sin embargo, no se toma en cuenta que la parturienta sufre una

despersonalización al abandonar el calor y afecto familiar y ver que el parto es considerado simplemente como un acto obstétrico, y patológico. Pues está presente el estereotipo de que al hospital se llega cuando se está enfermo. Aunado a ello, ya en el servicio de obstétrica, a la parturienta se le administra oxitocina y se practica episiotomía, formas de medicalización que se utilizan, en el primer caso para incrementar las contracciones uterinas y disminuir el tiempo del trabajo de parto sin tener en cuenta las consecuencias que pudieran presentarse y en el segundo para disminuir el periodo de alumbramiento y hacer más fácil la salida del bebé, cuando se sabe que si la mujer tuviera su parto en posición vertical, actuaría la fuerza de la gravedad y no sería necesario incisión perineal alguna. También está la maniobra de Kristeller, desaconsejada en la actualidad, utilizada también con el pretexto de ayudar a la salida del bebé.

En todos estos procesos, la mujer no es informada, aun cuando la Defensoría del Pueblo en su informe de adjuntía señala tres aspectos claves para disminuir la violencia obstétrica: “a) Garantizar la aplicación adecuada y efectiva del requisito de obtención del consentimiento informado en consonancia con las normas de derechos humanos; b) Aprobar leyes y políticas en materia de salud que resulten eficaces para la aplicación del requisito de obtención del consentimiento informado en todos los servicios de salud reproductiva y garantizar el consentimiento libre, previo e informado en todas las las episiotomías y otros tratamientos invasivos durante la atención del parto; c) Respetar la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva”.

Al respecto, Lainez (32), señala que el sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos como el parto patologizándolo como una forma subjetiva de tratar y controlar, pues el profesional ha estudiado y en consecuencia tiene el conocimiento y aunado a ello, el poder.

La desinformación y la falta de consentimiento informado por parte de la mujer llevan precisamente al trato deshumanizado, según lo señala la Defensoría del Pueblo quien señala que “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato 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”

El tema de la violencia obstétrica requiere de un análisis profundo y desde dos aristas diferentes: una, la mujer, que desde el factor fisiológico y emocional se encuentra en una situación delicada debido al dolor intenso por las contracciones uterinas que está experimentando y que, a medida que avanza el trabajo de parto se vuelven más intensas asociado en ocasiones a un umbral bajo del dolor, y a factores emocionales de angustia, soledad e incertidumbre, que se traducen muchas veces en conductas inapropiadas y poco colaborativas por parte del personal de salud que la está atendiendo; otro factor lo constituye el obstetra que va a formar parte de la atención del parto que en ocasiones pierde la empatía por la parturienta, se torna poco tolerante y en ocasiones brinda un trato deshumanizado, considerando a la paciente como un objeto, prescindiendo de sus sentimientos y valores, muchas veces se niega a brindar información sobre lo que está ocurriendo (desinformación) y acude a la administración de medicamentos, en ocasiones, innecesarios, como la oxitocina que incrementa las contracciones uterinas disminuyendo el tiempo del trabajo de parto, pero con el riesgo de una rotura uterina. Actitudes que devienen de factores intrínsecos y extrínsecos del profesional, pero que de igual forma vulnera los derechos de la mujer.

Este tipo de comportamiento por parte de los obstetras se ajusta a lo que menciona la teoría de Foucault quien sostiene que, detrás de la fachada de la verdad se esconde toda una voluntad de poder, y esta verdad no es más que una justificación para aplastar y dominar, para exigir conformidad y sumisión. Y es que el conocimiento, el saber, impone una doble represión: la que condena al silencio los discursos “excluidos” y la que determina y ordena los discursos “aceptables” (22).

Un estudio cualitativo relata las experiencias de algunas mujeres que fueron víctimas de violencia obstétrica, quienes señalan que notaron una sensación creciente de pérdida de poder, de ser totalmente ignoradas, escuchar un lenguaje confuso como método de separación entre profesional y paciente, e incluso en algunos casos muestras de desdén y humillación.

Asimismo, si bien es cierto no se ha estudiado en el presente estudio las diferentes formas de violencia de la cual es víctima la mujer durante el trabajo de parto; sin embargo es preciso mencionar que en conjunto, la violencia obstétrica en el parto se ejerce por medio de procedimientos invasivos, como el tacto vaginal que lo realizan varias personas y en múltiples ocasiones; la episiotomía rutinaria; la administración de fármacos y sobre todo la mal llamada maniobra de Kristeller que a pesar de estar prohibida en la actualidad, la siguen realizando y además de una manera incorrecta. Se trata de prácticas ejecutadas a menudo sin el consentimiento de la mujer y sin tener en cuenta el consentimiento informado. De otra parte, la violencia es también psicológica, con el uso de un lenguaje que humilla, infantiliza y discrimina a la mujer, hay omisión de información o se le miente sobre la evolución del embarazo y el parto, incluso se le impide estar acompañada de su pareja u otro familiar.

Šimonović, referido por Jiménez (46) recoge en su informe que las limitaciones de los recursos y las condiciones de trabajo en los sistemas sanitarios pueden llevar al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención al parto. Asimismo, advierte que la dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en los que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar los malos tratos durante la atención al parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte del peligro de convertir un suceso fisiológico normal (trabajo de parto) en un procedimiento médico, por medio de “la adopción, sin crítica previa, de toda una serie de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, además, con frecuencia, pobremente evaluadas” (33).

Sin embargo, también precisa señalar que el personal de obstetricia muchas de las veces se sienten agobiado, extenuado por las múltiples tareas que tiene que realizar y los turnos en ocasiones inapropiados, agotadores que generan estrés, el cual no siempre es manejado oportunamente y que puede devenir en conductas inapropiadas hacia las gestantes. Lafaurie (29), al respecto señala que es importante considerar las condiciones laborales de los profesionales de salud, los horarios de trabajo, las recargas laborales, por el limitado personal con el que cuentan los establecimientos, y la atención que

reciben durante sus turnos de guardia. Hace énfasis, además en el hecho de que un profesional extenuado, con varios partos que atender en un turno, la intolerancia por parte de las pacientes y los familiares, responden sin paciencia ante el llanto y los gritos de dolor de las mujeres. Afirma que, en estas circunstancias, el personal de la salud tiene tanto miedo como las parturientas.

Tabla 4. Síndrome de Burnout y violencia obstétrica en los obstetras que laboran en la Red Integrada de Salud Cajamarca, 2022

Violencia Obstétrica	Síndrome de Burnout				Total	
	Presente		Ausente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	4	6,5	11	17,7	15	24,2
Ausente	1	1,6	46	74,2	47	75,8
Total	5	8,1	57	91,9	62	100,0
Rho de Spearman= 0,386		p=0,002		p=0,002		

Fuente: Instrumento Maslach Burnout y Test de Violencia Obstétrica.

En la tabla 4, se observa que el 8,1% de los obstetras presentan síndrome de Burnout, y el 91,9% no tienen síndrome de Burnout. Por otro lado, el 24,2% de los obstetras presentan violencia obstétrica, y 75,8% no la presentan. También, se observa que el 6,5% de los profesionales obstetras con Síndrome de burnout, presentan violencia obstétrica y en el 74,2% de aquellos donde el Síndrome de Burnout está ausente, no presentan violencia obstétrica, esto indica que a medida que se presenta el síndrome de Burnout se incrementa la violencia obstétrica.

La prueba de correlación Rho de Spearman demuestra una correlación positiva de 0,386 ($r= 0,386$) y un valor de $p=0,002$, que indica que existe una correlación positiva significativa ($p<0,05$) entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica, con 95% de confiabilidad.

No obstante, los resultados encontrados, se debe tener en cuenta que la violencia obstétrica no se justifica, pues es una forma específica de violación de los derechos

humanos y sexuales y reproductivos de la mujer, incluida la violación de los derechos a la igualdad, no discriminación, información, integridad, salud y autonomía reproductiva.

Además de tener un impacto negativo en la salud mental de las mujeres, quienes son víctimas de violencia obstétrica suelen mostrar alteraciones emocionales como estrés, cambios en el autoconcepto, afectación de la autoestima o sentimientos de soledad, aparición de sintomatología depresiva y síntomas de estrés postraumático, además de alteraciones en el vínculo materno infantil (47).

Además, la violencia obstétrica tiene implicancias que van más allá de un sentimiento de tristeza o desvalorización. Además de causar impactos negativos en la salud mental de las mujeres deja huellas en la salud de sus cuerpos con la realización de prácticas innecesarias, como son las episiotomías rutinarias, con las que se daña el suelo pélvico de las mujeres. Hay quienes reportan que después de la episiotomía llegan a tener relaciones sexuales dolorosas, e incluso en casos más graves hay incontinencias tanto urinarias como fecales (Chávez 2021)

La violencia obstétrica es un problema bastante complejo y que afecta a las mujeres en una de las etapas más importantes de su vida, que puede tener consecuencias graves tanto para la salud física como emocional de ellas. En este sentido, es importante considerar la importancia de escuchar y respetar las voces de las mujeres en este proceso de atención obstétrica, y empezar a visibilizar y asumir que muchos actos. Esto será crucial, en su implementación en el campo de la filosofía y hermenéutica, en la ardorosa encrucijada entre violencia obstétrica e injusticia epistémica.

Con los resultados obtenidos, queda demostrado la hipótesis general de la investigación del presente estudio: Existe relación entre el Síndrome de Burnout y la violencia Obstétrica en obstetras que laboran en algunos establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Cajamarca,

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de obstetras pertenecen al grupo etario de 40 a 59 años; mayoritariamente de sexo femenino; casados y con hijos. La mayoría fueron obstetras del Hospital Simón Bolívar; nombrados; con un tiempo de servicio de 11-20 años e insatisfechos con la remuneración actual.
2. La dimensión predominante del síndrome de Burnout es la baja realización personal.
3. La dimensión de violencia obstétrica predominante en los obstetras de la Red Integrada de salud Cajamarca es el trato deshumanizado.
4. Estadísticamente se encontró diferencia significativa entre las variables síndrome de Burnout y violencia obstétrica según $p = 0,002$ con lo que se corrobora la hipótesis afirmativa.

SUGERENCIAS

1. A las autoridades de la Red Integrada de Salud Cajamarca, se les sugiere implementar actividades que eviten situaciones de estrés, en el trabajador, que generen un desgaste emocional, considerando aspectos de bienestar y salud laboral.
2. A los obstetras de los establecimientos de salud, la Tulpuna, Baños del Inca, Pachacutec y Simón Bolívar diseñar y fortalecer programas para mejorar la calidad de atención de la salud materna, enfocándose en el respeto y el trato digno a la gestante y acompañante.
3. Enfatizar en el personal de salud la necesidad de respetar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa durante el embarazo, parto y puerperio.
4. A futuros investigadores, se les sugiere investigar la violencia obstétrica desde otras perspectivas y otros enfoques.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcaraz A, Alderete A, Álvarez A, Pérez E, Franco L. Síndrome de Burnout en médicos residentes de medicina interna. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet] 2023 marzo; [Citado 25 Dic 2023] 10(1): p. 57-65. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932023000100057
2. Organización Mundial de la Salud. El burnout, un "fenómeno ocupacional": Clasificación Internacional de Enfermedades. Noticias departamentales. Ginebra [Internet]; 2019 [Citado 11 Ene 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
3. Rea J, Morillo J, Flores D. El burnout en los profesionales de la salud del Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del Día Central Loja durante la pandemia: factores sociodemográficos y laborales. Revista de Investigación Talentos [Internet]. 2023 Enero – junio [Citado 12 Ene 2024]; 10(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8928712.pdf>
4. González M, Silva C, Coloma M, Álvarez de la Roza M. Prevalencia del síndrome de burnout en el servicio de ginecología y obstetricia. Revista Toko-Ginecología Práctica [Internet]. 2019 Julio-agosto [Citado 12 Ene 2024]; 78(4): p. 270-275. Disponible en: https://www.tokoginepractica.com/_files/ugd/99c68d_7861ddf5ab58342c2925e53693351dc30.pdf#page=20
5. Linares G, et al. Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. Atención primaria. 2021 [Citado 12 Ene 2024]; 53(5). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sindrome-burnout-enfermedad-invisible-entre-S0212656721000512>
6. Loya K, Valdçez J, Bacardí M, Jiménez A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. Of Negative & No Positive Results [Internet]. 2018 [Citado 12 Ene 2024]; 3(1): p. 40-48. Disponible en: <https://www.jonnpr.com/PDF/2060.pdf>

7. Paulino J. Síndrome de Burnout en obstetras que laboran en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Int Salud Materno Fetal* [Internet]. 2018 [Citado 13 Ene 2024]; 3(1): p. 11-17. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/51/53>
8. Lovo J. Síndrome de Burnout: un problema moderno. *Rev. Entorno de la Universidad Tecnológica del Salvador* [Internet]. 2021 Enero [Citado 29 Dic 2023]; (70): p. 110-120. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/entorno/article/view/10371>
9. Defensoría del Pueblo. Violencia obstétrica en el Perú. Informe de adjuntía N°023-2020-DP/ADM. Lima [Internet]; 2020 [Citado 13 Ene 2024]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf>
10. Guevara E. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2022 abril 4 [Citado 13 Ene 2024]; 10(4). Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/251>
11. Charria J, et al. Síndrome de burnout y variables sociodemográficas en el personal del hospital departamental de Villavicencio (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en psicología* [Internet]. 2022 Julio – diciembre [Citado 15 Oct 2023]. Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/8175/7758>
12. Afulani P, Buback L, Ann M, Kirumbi L, Cohen C, Lyndoy A. Providers' perceptions of communication and women' autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. *Reproductive Health* [Internet]. 2020 junio 3 [Citado 10 Dic 2023]; 17(1): p. 85. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-0909-0>
13. Ramírez L. Prevalencia de Burnout e identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería en el servicio de Andaluz de salud. Tesis doctoral. Granada [Internet]; 2020 [Citado 10 Ene 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=221598>
14. Suleiman N. Prevalencia del síndrome de Burnout e identificación de factores de riesgo en el personal de enfermería de ginecología y obstetricia del servicio Andaluz de salud. Tesis doctoral. Granada [Internet]; 2020 [Citado 25 Dic 2023]. Disponible

en:

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/63312/88196.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

15. Araujo J. Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos? *Rev Mex Med Forense* [Internet]. 2019 Mayo [Citado 30 Dic 2023]; 4(2): p. 1-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmf192a.pdf>
16. Asefa A, Bekele D, Morgan A, Kermode M. Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards womwn during facility based childbirth in Addiss Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health* [Internet]. 2018 [Citado 11 Ene 2024]; 15: p. 4. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0449-4>
17. Marrero L, Brüggemann O. Institutional violence during the parturition proces in Brazil: integrative review. *Revista Brsilera de Enfermagen* [Internet]. 2018 [Citado 10 Ene 2024]; 71(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QG37BFxdvgr6dvj5JtXvRtq/>
18. Hernández J. Desgaste profesional, satisfacción y desempeño laboral en equipos de atención integral en situaciones de violencia a la en mujer y familia. Tesis doctoral. Trujillo [Internet]; 2023 [Citado 26 Dic 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/124108/Hernandez_VJA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Villamar J. El Positivismo y la Investigación Científica. *Revista Empresarial, ICE-FEE-UCSG* [Internet]. 2015 Julio – setiembre [Citado 11 Feb 2024]; 9(3): p. -29-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6419741.pdf>
20. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento: Reflexiones sobre la violencia obstétrica.. *Sexualidad, Salud y Sociedad* [Internet]. 2016 Diciembre [Citado 10 Feb 2024]; 24. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/abstract/?lang=es>
21. Llovera R, Ferrer V, Álvarez X. Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones feministas* [Internet]. 2019 Mayo [Citado 10 Feb 2024]; 10(1). Disponible en: [tps://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/60886/4564456551436](https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/60886/4564456551436)

22. Palacio É. Michel Foucault y el saber poder. Rev. Humanismo y el cambio social [Internet]. 2017 [Citado 29 Dic 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320292696_MICHEL_FOUCAULT_Y_EL_SABER_PODER
23. Ovejero A, Pastor J. La dialéctica saber/poder en Michel Foucault: un instrumento de reflexión crítico sobre la escuela [Internet]. 2001 [Citado 29 Dic 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/45498.pdf>
24. Alfaro A, Castillo S. Síndrome de burnout: un análisis desde el ámbito organizacional. Revista científica SEARCHING de Ciencias humanas y sociales [Internet]. 2023 [Citado 11 Feb 2024]; 4(2). Disponible en: <https://revista.uct.edu.pe/index.php/searching/article/view/478>
25. Lovo J. Síndrome de burnout: un problema moderno. Revista Entorno [Internet]. 2021 enero [Citado 12 Ene 2024]; 70: p. 110-120. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/10371>
26. Rendón M, Peralta S, Hernández E, Hernández R, Vásquez M, Favela, et al. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. Enfermería Global [Internet]. 2020 jul. -Ago [Citado 11 Feb 2024]; 19 (59). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300479
27. Salvagioni, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLoS one [Internet]. 2019 octubre 4 [Citado 11 Feb 2024]; 12(10): p. 1-29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977041/>
28. García E. La violencia obstétrica como violencia de género. Tesis doctoral. Madrid [Internet]; 2018 [Citado 11 Feb 2024] [Citado 25 Dic 2023]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
29. Lafaurie M, Rubio D, Perdomo A, Cañón A. La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Revista Javeriana [Internet]. 2019 [Citado 27 diciembre 2023]; 18(36). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-I\)/54559086009/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-I)/54559086009/)
30. Jojoa E, Cuchumbe Y, Ledesma J, Muñoz M, Paja A, Suárez J. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev. Univ. Ind. Santander Salud [Internet]. 2019 [Citado 27 Dic 2023]; p. 136-147. Disponible en: 10.18273/revsal.v51n2-2019006

31. Moreno J. Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones? CONAMED [Internet]. 2023 junio 19 [Citado 11 Feb 2024]; 28 (3): p. 148-154. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9176255.pdf>
32. Laínez N, Martínez G, Alvarenga A, Véliz A. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. Alerta [Internet]. 2023 [Citado 28 Dic 2023]; 6(1): p. 70-77. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1413706/violencia-obstetrica.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario Ginebra [Internet]; 2021 [Citado 26 Dic 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240017566>
34. Martínez G. Consecuencias del uso de oxitocina sintética en el manejo del parto hospitalario. Npunto [Internet]. 2021 Julio [Citado 28 Dic 2023]; IV(40). Disponible en: <https://www.andromaco.com/publicaciones/revista-conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado#:~:text=ENTRE%20LAS%20RECOMENDACIONES%20M%C3%81S%20IMPORTANTES%20SE%20ENCUENTRAN%3A&text=Atender%20respetuosamente%20a%20la%20madre,su>
35. Gallo J. Maniobra de Kristeller. Revista latinoamericana de perinatología [Internet]. 2021 Diciembre 10 [Citado 28 Dic 2023]; 25(10). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/363790541_Maniobra_de_Kristeller
36. Aceves M. El parto hospitalario en América Latina: prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización. Sociología, análisis y opinión [Internet]. 2020 Julio-diciembre 21 [Citado 12 Feb 2024]; 11(17). Disponible en: <http://www.vinculosociologiaanalisisyopinion.cucsh.udg.mx/index.php/VSAO/article/view/7559/6592>
37. Rodríguez J, Martínez G. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2022 enero [Citado 14 Oct 2023]; 35(3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/ga/2021.v35n3/211-212/#>
38. Porras F, Guzmán M, Barragán L, Quintana L, Linares O, Garza L. Estrés laboral, burnout y factores asociados a su aparición. Psicología y salud [Internet]. 2024 enero [Citado 12 Feb 2024]; 34(1): p. 93-101. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2847/4698/12903>

39. Ministerio de Salud. Elevar categorías de establecimientos de salud de Cajamarca permitirá realizar en ellos actividades de mayor complejidad. Nota de prensa. Lima [Internet]; 2017 [Citado 14 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13442-ministra-garcia-elevar-categorias-de-establecimientos-de-salud-de-cajamarca-permitira-realizar-en-ellos-actividades-de-mayor-complejidad>
40. Ministerio de Salud. Listado de Instituciones Prestadoras de Salud. Informe técnico. Lima [Internet]; 2024 [Citado 14 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-ipress/resource/7cf96151-5ddf-4281-90ba-b2b0407447ab#{query:{q:%22ba%C3%B1os++del++inca%22}}>
41. Ruiz D. ¿Tecnología o acompañamiento del parto? la relación profesional sanitario - gestante en España a lo largo del siglo XX? Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia [Internet]. 2023 junio [Citado 08 Oct 2023]; 75(1): p. e05. Disponible en: <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/download/1176/2066/4026>
42. Caballero M. El síndrome de burnout y su relación con la intención de abandono en una muestra de trabajadores de diferentes grupos ocupacionales. Tesis doctoral. España [Internet]; 2021 [Citado 30 Dic 2023]. Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/137406/6/mcaballeroTFM0621memoria.pdf>
43. Galliusi G. Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades de la ciudad de Paraná. Tesis. Argentina [Internet]; 2020 [Citado 30 Dic 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/11696>
44. Rivera Á, Ortiz R, Miranda M, Navarrete P. Factores de riesgo asociados al síndrome de desgste profesional (Burnout). Revista Digital de Postgrado [Internet]. 2019 [Citado 22 Oct 2023]; 8(2). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1008595/16488-144814485158-1-sm.pdf>
45. Carrillo P, Barajas K, Sánchez I, Rangel M. Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2018 [Citado 25 Dic 2023]; 61(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181b.pdf>

46. Jiménez L, Romero F. Evaluación de las acciones para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios ginecoobstétricos del IMSS. Documento de trabajo. México [Internet]; 2022 [Citado 26 Dic 2023]. Disponible en: https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2022/02/Cuaderno_ViolenciaObstetrica.pdf
47. Pérez M, Esquivel C. Violencia obstétrica ejercida hacia madres parturientas y su doula desde la observación participante. SOMEPSO [Internet]. 2023 enero-junio [Citado 26 Dic 2023]; 8(1). Disponible en: <https://revistasomepso.org/index.php/revistasomepso/article/download/158/307/538>.

ANEXO 01
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Marque con una X la alternativa que usted considere y llene el espacio en blanco de ser necesario. Datos Generales	
1. ¿Cuál es el establecimiento de salud donde labora?	0. C.S. Baños del Inca 1. C.S. Pachacútec 2. C.S. La Tulpuna 3. Hospital Simón Bolívar
2. ¿Cuál es su edad?	<input type="text"/> <input type="text"/> años cumplidos
3. ¿Cuál es su sexo?	0. Masculino 1. Femenino
4. ¿Cuál es su estado civil?	0. Soltero 1. Casado 2. Conviviente 3. Divorciado 4. Viudo
5. ¿Cuál es su condición laboral?	0. Nombrado 1. Contratado
6. ¿Tiene hijos?	0. Sí 1. No
7. ¿Cuál es el tiempo en años que usted viene laborando como profesional de salud en cualquier establecimiento?	<input type="text"/> <input type="text"/> años cumplidos
8. ¿Cuál es el tiempo que usted viene laborando en este establecimiento de salud?	<input type="text"/> <input type="text"/> años cumplidos
9. ¿Está satisfecho con su remuneración actual?	0. Sí 1. No
10. ¿Tiene otro centro de labores?	0. Sí 1. No

ANEXO 02

INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

A continuación, tiene una lista de Ítems relacionados con el diagnóstico del síndrome de Burnout, sírvase marcar con una X una SOLA alternativa por cada ítem de acuerdo a su opinión, tomando en cuenta la leyenda establecida.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

N°	Dimensión	EVALUACIÓN/PREGUNTAS							
			0	1	2	3	4	5	6
1	CE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado							
2	CE	Al final de la jornada me siento agotado							
3	CE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4	CE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
5	CE	Me siento “quemado” por el trabajo							
6	CE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
7	CE	Me siento frustrado por mi trabajo							
8	CE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
9	CE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis Posibilidades							
10	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos							
11	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
12	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo Emocionalmente							
13	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos pacientes/compañeros							
14	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus Problemas							
15	RP	Comprende fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros							
16	RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
17	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
18	RP	Me encuentro con mucha vitalidad							
19	RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis Pacientes							
20	RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros							
21	RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este Trabajo							
22	RP	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 03

TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA EL PERSONAL DE SALUD

Introducción:

El siguiente cuestionario tiene como finalidad determinar la violencia obstétrica que tienen los obstetras que laboran en algún establecimiento de salud de la Red Integrada de Salud Cajamarca; con el objetivo de proponer iniciativas de mejora en la atención de las mujeres durante su trabajo de parto, parto y puerperio.

Instrucciones generales:

- El cuestionario es auto administrado, usted mismo lo llenará.
- El cuestionario es anónimo ya que busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible.
- El llenado de este cuestionario es individual y tiene una duración aproximada de 20 minutos.

GENERALIDADES	Sí = 0	No = 1
1. ¿Sabe usted a qué se refiere el término Violencia Obstétrica?		
2. ¿Considera que la violencia obstétrica es un tipo de violencia contra la mujer?		
3. ¿Cree usted que alguna de las actividades que se ejecutan durante su asistencia en el trabajo de parto puede llegar a considerarse como violencia obstétrica?		

Establezca la relevancia, que usted considera, que tienen los siguientes procedimientos durante el trabajo de parto: MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN

PROCEDIMIENTO	NECESARIO = 0	A VECES NECESARIO = 1	INNECESARIO =2
4. Amniotomía			
5. Administración de medicamentos para acelerar el trabajo de parto			
6. Maniobra de Kristeller			
7. Administración de anestesia local antes de la episiotomía y/o episiorrafia			
8. Episiotomía			

¿Usted explica los riesgos, beneficios y posibles complicaciones de los siguientes procedimientos antes de realizarlos a las usuarias? DESINFORMACIÓN

PROCEDIMIENTO	SÍ = 0	NO = 1	A VECES = 2	NO APLICA = 3
9. Episiotomía				
10. Tacto vaginal				
11. Monitoreo electrónico fetal				
12. Maniobra de Kristeller				
13. Administración de medicamentos para acelerar el trabajo de parto				

Responda con veracidad las siguientes preguntas, marcando con una "X" según considere:

TRATO DESHUMANIZADO

PROCEDIMIENTO	SÍ = 0	NO = 1
14. ¿Durante la realización de los tactos vaginales, usted considera que se mantiene siempre la privacidad de la usuaria?		
15. ¿Usted considera que los tactos vaginales son realizados de manera excesiva durante el trabajo de parto?		
16. ¿Considera que se brinda información a la usuaria, sobre su evolución después de haberle realizado el tacto vaginal?		
17. ¿Usted se presenta cordialmente, identificándose ante las usuarias antes de realizarle alguna intervención sanitaria?		
18. ¿Usted considera que las usuarias durante su labor de parto, en algunas ocasiones exageran el dolor?		
19. ¿Usted orienta a la madre sobre cómo respirar y relajarse para disminuir el nivel de estrés y dolor durante el trabajo de parto?		
20. ¿Considera eficiente la respiración en el manejo del dolor de las usuarias?		
21. ¿Considera que la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto, entorpece la atención de la usuaria?		
22. ¿Las rutinas de profilaxis umbilical y oftálmica, administración de vitamina K y toma de medidas antropométricas se realizan antes de permitir el contacto piel a piel?		
23. ¿Usted para referirse a la usuaria lo hace con mayor frecuencia por su nombre?		
24. ¿Frecuentemente utiliza apodosos o diminutivos al dirigirse a la usuaria?		
25. ¿Cree usted que la manera de hablarle a la usuaria, las afecta y las hace sentir más vulnerables?		
26. ¿Le incomodan las manifestaciones de dolor, llanto, miedo, entre otras, de las usuarias durante el trabajo de parto y post parto?		

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 04

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD: VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Establecimiento de salud

C.S. Baños de Inca C.S. Pachacútec
 C.S. La Tulpuna Hospital Simón Bolívar

Introducción:

La siguiente guía tiene como finalidad determinar actitudes o prácticas de violencia obstétrica durante la atención del trabajo de parto, parto o puerperio en algunos establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Cajamarca; con el objetivo de proponer iniciativas de mejora en la atención de las mujeres durante las etapas antes mencionadas.

Instrucciones generales:

La guía de observación será aplicada durante la atención del trabajo de parto, parto y/o puerperio, consta de 15 ítems.

PROCEDIMIENTO	Sí = 0	No = 1	A veces = 2
1. Se presenta cordialmente a la usuaria antes de realizar algún Procedimiento			
2. Trata a la usuaria por su nombre			
3. Utiliza diminutivos al dirigirse a la usuaria			
4. Explica a la paciente los riesgos, beneficios y posibles complicaciones de los procedimientos que va a realizar			
5. Se informa a la usuaria el resultado de los procedimientos Realizados			
6. Durante la realización del tacto vaginal, se mantiene la privacidad de la paciente			
7. Durante el trabajo de parto, se realiza más de 4 tactos vaginales a la usuaria			
8. Se orienta a la usuaria sobre cómo respirar y relajarse durante el trabajo de parto			
9. Se permite la deambulación de la paciente, si así lo requiere			
10. Permite la ingesta de líquidos o alimentos a la usuaria			
11. Grita o levanta la voz frente a las expresiones de dolor de la usuaria en trabajo de parto			
12. La paciente decide la posición de su parto			
13. Administra anestesia local antes de realizar la episiotomía y/o Episiorrafia			
14. Se realiza el contacto piel a piel			
15. Se permite la lactancia materna			

ANEXO 05

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO (01)

I. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** ROSA DEL PILAR URIARTE TORRES.
- b. **Especialidad:** OBSTETRA.
- c. **Cargo actual:** DOCENTE.
- d. **Grado Académico:** DOCTOR.
- e. **Institución:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
- f. **Tipo de instrumento:** TEST DE MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY – MBI HSS MODIFICADO
- g. **Título de la tesis:** SINDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca 25 /02/2022

II. INDICACIONES:

Estimado señor especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado: TEST DE MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY – MBI HSS MODIFICADO

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

Nº	EVIDENCIAS	VALORACION				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.		X			
02	Formulación con lenguaje apropiado.		X			
03	Adecuado para los sujetos en estudio.		X			
04	Facilita la prueba de la hipótesis.	X				
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).		X			
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.		X			
07	Coherencia entre el cuadro de operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios		X			
08	Expresados en hechos medibles.		X			
09	Tienen secuencia lógica.		X			
10	Basados en aspectos teóricos.		X			
	VALORACIÓN TOTAL	5	36			

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

Observaciones:



Dra. Rosa Del Pilar Uriarte Torres
DNI: 16672607

**FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO
(02)**

I. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** Sánchez Mercado Silvia Isabel
- b. **Especialidad:**
- c. **Cargo actual:** Docente
- d. **Grado Académico:** Doctora
- e. **Institución:** UNC
- f. **Tipo de instrumento:** TEST DE MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY – MBI HSS MODIFICADO
- g. **Título de la tesis:** SINDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca 04 de mayo del 2022

II. INDICACIONES:

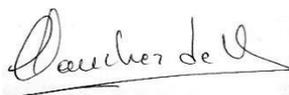
Estimado señor/a especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted al instrumento denominado: TEST DE MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY – MBI HSS

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.	X				
02	Formulación con lenguaje apropiado.	X				
03	Adecuado para los sujetos en estudio.	X				
04	Facilita la prueba de la hipótesis.	X				
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).		X			
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.	X				
07	Coherencia entre el cuadro de Operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios	X				
08	Expresados en hechos medibles.	X				
09	Tienen secuencia lógica.	X				
10	Basados en aspectos teóricos.	X				
	VALORACIÓN TOTAL	49				

**VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 – 29**

Observaciones:



Dra. Silvia Sánchez Mercado
DNI: 26613805

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO (03)



FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. REFERENCIA

- a. Nombre del Experto: Rocio Elizabeth Portal Vásquez
- b. Especialidad: Obstetra y Economista
- c. Cargo actual: Directora Ejecutiva de Salud de las Personas- DIRESA Cajamarca
- d. Grado Académico: Doctora en Gestión en Salud
- e. Institución: Dirección Regional de Salud Cajamarca
- f. Tipo de instrumento: TEST DE MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY – MBI HSS MODIFICADO
- g. Título de la tesis: SINDROME DE BURNOUT Y PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. Nombres y Apellidos del tesista: Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. Lugar y fecha: Cajamarca, 03 de mayo de 2022

II. INDICACIONES:

Estimado señor especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado:

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.		X			
02	Formulación con lenguaje apropiado.	X				
03	Adecuado para los sujetos en estudio.		X			
04	Facilita la prueba de la hipótesis.		X			
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).		X			
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.	X				
07	Coherencia entre el cuadro de Operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios	X				
08	Expresados en hechos medibles.		X			
09	Tienen secuencia lógica.		X			
10	Basados en aspectos teóricos.		X			
	VALORACIÓN TOTAL	15	28			

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

Observaciones:

El instrumento cumple con los requisitos establecidos en una investigación, por lo tanto, se valida el mismo.

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Dra. Rocio Elizabeth Portal Vásquez
Directora Ejecutiva de Salud de las Personas

Dra. Rocio Elizabeth Portal Vásquez
DNI: 26693922

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO (04)

I. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** ROSA DEL PILAR URIARTE TORRES
- b. **Especialidad:** OBSTETRA
- c. **Cargo actual:** DOCENTE
- d. **Grado Académico:** DOCTOR
- e. **Institución:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
- f. **Tipo de instrumento:** TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA EL PERSONAL DE SALUD MODIFICADO
- g. **Título de la tesis:** SÍNDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca 25/02/2022

II. INDICACIONES:

Estimado señor especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado: TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA EL PERSONAL DE SALUD MODIFICADO

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACION				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.	X				
02	Formulación con lenguaje apropiado.	X				
03	Adecuado para los sujetos en estudio.		X			
04	Facilita la prueba de la hipótesis.		X			
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).		X			
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.		X			
07	Coherencia entre el cuadro de Operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios		X			
08	Expresados en hechos medibles.		X			
09	Tienen secuencia lógica.	X				
10	Basados en aspectos teóricos.	X				
	VALORACIÓN TOTAL	20	24			

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

Observaciones:



Dra. Rosa del Pilar Uriarte Torres
DNI: 16672607

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO (05)

I. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** Silvia Sánchez Mercado
- b. **Especialidad:** OBSTETRA
- c. **Cargo actual:** DOCENTE
- d. **Grado Académico:** DOCTORA EN GESTION EN SALUD
- e. **Institución:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
- f. **Tipo de instrumento:** TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA EL PERSONAL DE SALUD MODIFICADO
- g. **Título de la tesis:** SINDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca 04 de mayo 2022

II. INDICACIONES:

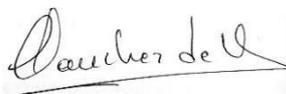
Estimado señor/a especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado: TEST DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA EL PERSONAL DE SALUD MODIFICADO

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.	X				
02	Formulación con lenguaje apropiado.	X				
03	Adecuado para los sujetos en estudio.	X				
04	Facilita la prueba de la hipótesis.	X				
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).	X				
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.	X				
07	Coherencia entre el cuadro de operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios	X				
08	Expresados en hechos medibles.	X				
09	Tienen secuencia lógica.	X				
10	Basados en aspectos teóricos.	X				
	VALORACIÓN TOTAL	50				

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

Observaciones:



Dra. Silvia Sánchez Mercado
DNI: 26613805

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

(06)



FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

III. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** Rocio Elizabeth Portal Vásquez
- b. **Especialidad:** Obstetra y Economista
- c. **Cargo actual:** Directora Ejecutiva de Salud de las Personas- DIRESA Cajamarca
- d. **Grado Académico:** Doctora en Gestión en Salud
- e. **Institución:** Dirección Regional de Salud Cajamarca
- f. **Tipo de instrumento:** TEST DE PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PARA EL PERSONAL DE SALUD MODIFICADO
- g. **Título de la tesis:** SINDROME DE BURNOUT Y PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca, 03 de mayo de 2022

IV. INDICACIONES:

Estimado señor especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado:

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.		X			
02	Formulación con lenguaje apropiado.		X			
03	Adecuado para los sujetos en estudio.	X				
04	Facilita la prueba de la hipótesis.	X				
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).	X				
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.	X				
07	Coherencia entre el cuadro de Operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios		X			
08	Expresados en hechos medibles.		X			
09	Tienen secuencia lógica.		X			
10	Basados en aspectos teóricos.		X			
	VALORACIÓN TOTAL	20	24			

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

Observaciones:

Se valida el instrumento.....

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Dra. Rocio E. Portal Vásquez
Directora Ejecutiva de Salud de las Personas

Dra. Rocio Elizabeth Portal Vásquez

DNI: 26693922

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

(07)

I. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** ROSA DEL PILAR URIARTE TORRES
- b. **Especialidad:** OBSTETRA
- c. **Cargo actual:** DOCENTE
- d. **Grado Académico:** DOCTOR
- e. **Institución:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.
- f. **Tipo de instrumento:** GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD – VIOLENCIA OBSTÉTRICA
- g. **Título de la tesis:** SINDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca 25/02/2022

II. INDICACIONES:

- a. Estimado señor especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado: GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD – VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.		X			
02	Formulación con lenguaje apropiado.	X				
03	Adecuado para los sujetos en estudio.	X				
04	Facilita la prueba de la hipótesis.	X				
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).		X			
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.		X			
07	Coherencia entre el cuadro de Operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios		X			
08	Expresados en hechos medibles.	X				
09	Tienen secuencia lógica.	X				
10	Basados en aspectos teóricos.	X				
	VALORACIÓN TOTAL	30	20			

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

Observaciones:



Dra: Rosa del Pilar Uriarte Torres
DNI: 16672607

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO (08)

I. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** SILVIA SANCHEZ MERCADO
- b. **Especialidad:** OBSTETRA
- c. **Cargo actual:** DOCENTE
- d. **Grado Académico:** DOCTORA
- e. **Institución:** UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
- f. **Tipo de instrumento:** GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD – VIOLENCIA OBSTÉTRICA
- g. **Título de la tesis:** SINDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca 04 de mayo 2022

II. INDICACIONES:

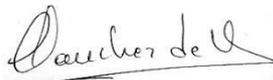
- a. Estimado señor especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado: GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD – VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACION				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.	X				
02	Formulación con lenguaje apropiado.	X				
03	Adecuado para los sujetos en estudio.	X				
04	Facilita la prueba de la hipótesis.	X				
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).	X				
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.	X				
07	Coherencia entre el cuadro de operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios	X				
08	Expresados en hechos medibles.	X				
09	Tienen secuencia lógica.	X				
10	Basados en aspectos teóricos.	X				
	VALORACIÓN TOTAL	50				

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

Observaciones:



Dra. Silvia Sánchez Mercado
DNI: 26613805

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO (09)



FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

V. REFERENCIA

- a. **Nombre del Experto:** Rocio Elizabeth Portal Vásquez
- b. **Especialidad:** Obstetra y Economista
- c. **Cargo actual:** Directora Ejecutiva de salud de las Personas- DIRESA Cajamarca
- d. **Grado Académico:** Doctora en Gestión de Servicios de Salud
- e. **Institución:** Dirección Regional de Salud de Cajamarca
- f. **Tipo de instrumento:** GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD – VIOLENCIA OBSTÉTRICA
- g. **Título de la tesis:** SINDROME DE BURNOUT Y PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
- h. **Nombres y Apellidos del tesista:** Ana Isabel Quiroz Bazán
- i. **Lugar y fecha:** Cajamarca, 03 de mayo de 2022

VI. INDICACIONES:

Estimado señor especialista, se le solicita su colaboración, para que luego de un riguroso análisis de los ítems del instrumento de investigación que le mostramos, indique de acuerdo con su criterio y su experiencia profesional, la calificación que usted asigne al instrumento denominado:

Para la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

N°	EVIDENCIAS	VALORACIÓN				
		MUY BUENO 5	BUENO 4	REGULAR 3	MALO 2	MUY MALO 1
01	Pertinencia de indicadores con instrumentos.		X			
02	Formulación con lenguaje apropiado.		X			
03	Adecuado para los sujetos en estudio.		X			
04	Facilita la prueba de la hipótesis.	X				
05	Suficiente para medir la(s) variable(s).	X				
06	Facilita la interpretación de los instrumentos.	X				
07	Coherencia entre el cuadro de Operacionalización de variables y la elaboración de los cuestionarios	X				
08	Expresados en hechos medibles.	X				
09	Tienen secuencia lógica.	X				
10	Basados en aspectos teóricos.		X			
	VALORACIÓN TOTAL	30	16			

Observaciones:

Se Valida el instrumento.....

VÁLIDA: 30 - 50
NO VÁLIDO: 0 - 29

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Dra. Rocio E. Portal Vásquez
Directora Ejecutiva de Salud de las Personas

Dra. Rocio Elizabeth Portal Vásquez
DNI: 26693922

ANEXO 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

A. CUESTIONARIO 1: “INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)”

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	5	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	5	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,860	22

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,860, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	49,0000	284,500	,955	,833
VAR00002	48,4000	287,800	,781	,839
VAR00003	49,0000	273,500	,938	,830
VAR00004	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00005	49,4000	292,300	,831	,838
VAR00006	49,8000	316,700	,519	,851
VAR00007	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00008	49,4000	292,300	,831	,838
VAR00009	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00010	51,0000	337,500	,422	,858
VAR00011	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00012	50,6000	345,800	,000	,863
VAR00013	49,8000	293,700	,991	,836
VAR00014	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00015	48,2000	430,700	-,902	,913
VAR00016	48,8000	408,200	-,701	,905
VAR00017	48,4000	281,300	,829	,836
VAR00018	47,4000	372,300	-,493	,881
VAR00019	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00020	47,6000	361,300	-,291	,877
VAR00021	47,0000	346,500	-,035	,866
VAR00022	49,8000	293,700	,991	,836

ANEXO 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

B. CUESTIONARIO 1: “INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)”

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	5	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	5	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,860	22

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,860, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	49,0000	284,500	,955	,833
VAR00002	48,4000	287,800	,781	,839
VAR00003	49,0000	273,500	,938	,830
VAR00004	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00005	49,4000	292,300	,831	,838
VAR00006	49,8000	316,700	,519	,851
VAR00007	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00008	49,4000	292,300	,831	,838
VAR00009	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00010	51,0000	337,500	,422	,858
VAR00011	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00012	50,6000	345,800	,000	,863
VAR00013	49,8000	293,700	,991	,836
VAR00014	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00015	48,2000	430,700	-,902	,913
VAR00016	48,8000	408,200	-,701	,905
VAR00017	48,4000	281,300	,829	,836
VAR00018	47,4000	372,300	-,493	,881
VAR00019	50,0000	295,000	,941	,837
VAR00020	47,6000	361,300	-,291	,877
VAR00021	47,0000	346,500	-,035	,866
VAR00022	49,8000	293,700	,991	,836

EVALUACIÓN DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $> 0,9$ es excelente
- Coeficiente alfa $> 0,8$ es bueno
- Coeficiente alfa $> 0,7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $> 0,6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $> 0,5$ es pobre
- Coeficiente alfa $< 0,5$ es inaceptable (64)

ANEXO 7

Prueba de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Violencia Obstétrica	,470	62	,000	,532	62	,000
Síndrome de Burnout	,535	62	,000	,303	62	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

p<0,05: La distribución de los datos no se considera normal.

Contrastación de Hipótesis para prueba de normalidad

I. Hipótesis:

1. Hipótesis Nula

H₀: El conjunto de datos sigue una distribución normal

2. Hipótesis Alternativa

H₁: El conjunto de datos no sigue una distribución normal

II. Prueba estadística: Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk

III. Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Si $p > 0,05$: Se acepta la H_0

Si $p < 0,05$: Se rechaza la H_0

IV. Decisión: Según los resultados $p < 0,05$, lo que indica que se rechaza la Hipótesis nula.

Conclusión: El conjunto de datos no sigue una distribución normal, por lo tanto, se puede usar pruebas no paramétricas en este caso Correlación Rho de Spearman.

ANEXO 08

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SÍNDROME DE BURNOUT Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OBSTETRAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA

Descripción

Usted ha sido invitado a participar en la investigación: Síndrome de Burnout y Violencia obstétrica en obstetras en algunos establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Cajamarca. Esta investigación es realizada por la Obsta. Ana Isabel Quiroz Bazán, doctorando de la Universidad Nacional de Cajamarca.

El propósito de esta investigación es establecer la relación entre el síndrome de Burnout y la violencia obstétrica en obstetras que laboran en algunos establecimientos de salud de la Red Integrada de Salud Cajamarca. Usted fue seleccionado a participar en esta investigación por ser integrante del equipo de obstetras que labora en el área de estudio y por tener una permanencia mayor a un año. Se espera que todos los obstetras participen de manera voluntaria en este estudio.

Si acepta participar en la investigación, se le solicitará llenar dos formularios: El test de Maslach (MBI –HSS) y el Test de Violencia Obstétrica para el personal de salud, los cuales serán de manera confidencial y sus respuestas no le ocasionarán repercusiones negativas.

Confidencialidad

Se le garantiza la confidencialidad de las respuestas por la naturaleza de ser encuesta anónima.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Si tiene alguna duda o desea más información, por favor comuníquese con la Obsta. Ana Isabel Quiroz Bazán al celular 976000187 o al correo electrónico aquirozb_epg20@unc.edu.pe.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante.....

Firma.....

Fecha.....