



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Escuela de Posgrado

Violencia obstétrica: Prevalencia en los establecimientos de salud. Huacho 2022

Tesis

Para optar el Grado Académico de Doctora en Salud Pública

Autora

Emma Dayana Estupiñan Guerrero

Asesora

Dra. Nelly Norma Tamariz Grados

Huacho – Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
LICENCIADA

Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020

ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

METADATOS

DATOS DE LA AUTORA:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Estupiñan Guerrero, Emma Dayana	42194695	26-12-2024
DATOS DE LA ASESORA:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
Tamariz Grados, Nelly Norma	15596612	0000-0002-9754-8448
DATOS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO-POSGRADO- DOCTORADO:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CODIGO ORCID
LLañez Bustamante, Soledad Dionisia	15689024	0000-0003-2374-0469
Farromeque Meza, María del Rosario	15584804	0000-0001-8747-568X
Aranda Bazalar, Carmen Rosa	15603334	0000-0002-2121-3094
Rodríguez Vigil, Eddy Gilberto	06124371	0000-0002-6287-4825

Emma Dayana Estupiñan Guerrero 2024-078581

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PREVALENCIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. HUACHO 2022

-  Quick Submit
-  Quick Submit
-  DIRECCION DE GESTION DE LA INVESTIGACION_Tesis Posgrado 2024

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3069658236

Fecha de entrega

6 nov 2024, 3:36 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

6 nov 2024, 4:09 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

2024-078581__SOLICITUD-SN__1_1__removed_removed.pdf

Tamaño de archivo

707.3 KB

119 Páginas

29,851 Palabras

163,418 Caracteres

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas

Fuentes principales

- 19%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 14%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PREVALENCIA EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. HUACHO 2022**

ESTUPIÑAN GUERRERO, EMMA DAYANA

TESIS DE DOCTORADO

ASESORA: Dra. Nelly Norma Tamariz Grados

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA
HUACHO
2025**

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico con mucho cariño a mi bella hija Antonella, quien como motor de mi vida me impulsa a seguir desarrollándome como profesional y ser humano y a mis queridos padres y hermanos cuyo apoyo me ha permitido alcanzar esta meta.

Emma Dayana Estupiñan Guerrero

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar siempre presente
en mi vida.

Al Dr. Darío Vásquez por su valiosa
dirección.

A mis padres y hermanos por su siempre
apoyo incondicional

A mi asesora por su valioso apoyo y
dirección en este proceso

ÍNDICE

Resumen	xi
Abstract.....	xii
Capítulo I. Planteamiento del Problema.....	2
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	2
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	4
1.5. Delimitación del estudio	5
Capítulo II. Marco Teórico.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.1.1. Investigaciones internacionales. A continuación, se detallan según autores:	6
2.1.2. Investigaciones nacionales. Se han considerado las siguientes:	10
2.2. Bases teóricas.....	13
2.3. Bases filosóficas	33
2.4. Definición de términos básicos	34
2.5. Hipótesis de investigación	35
2.6. Operacionalización de variables.....	35
Capítulo III. Metodología.....	37
3.1. Diseño metodológico	37
3.2. Población y muestra.....	37
3.3. Técnicas de recolección de datos	37
3.4. Técnicas para el procesamiento de la información	38
3.5. Matriz de consistencia.....	38
Capítulo IV. Resultados.....	41
Capítulo V. Discusiones.....	78
Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones	91
Capítulo VII. Referencias	93
Anexos.....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Violencia física según variables epidemiológicas

MINSA:	40
Figura 1. Violencia física según controles prenatales y clases de preparación al parto....	40
Figura 2. Violencia física según edad gestacional y tipo de parto.....	41
EsSalud:	42
Figura 3. Violencia física según controles prenatales y clases de preparación al parto....	42
Figura 4 Violencia física según edad gestacional y tipo de parto.....	43

Violencia física según variables sociodemográficas

MINSA:	44
Figura 5. Violencia física según edad cronológica.....	44
Figura 6. Violencia física según procedencia.....	45
Figura 7. Violencia física según estado civil.....	46
Figura 8. Violencia física según nivel de instrucción.....	47
Figura 9. Violencia física según ocupación.....	48
EsSalud:	49
Figura 10. Violencia física según edad cronológica.....	49
Figura 11. Violencia física según procedencia.....	50
Figura 12. Violencia física según estado civil	51
Figura 13. Violencia Física según nivel de instrucción.....	52
Figura 14. Violencia Física según ocupación.....	53

Violencia Psicológica según variables epidemiológicas

MINSA:	54
Figura 15. Violencia Psicológica según control prenatal	54
Figura 16. Violencia Psicológica según clases de preparación al parto.....	55
Figura 17. Violencia Psicológica según edad gestacional.....	56
Figura 18. Violencia Psicológica según tipo de parto.....	57
EsSalud:	58
Figura 19. Violencia Psicológica según control prenatal.....	58
Figura 20. Violencia Psicológica según clases de preparación al parto.....	59
Figura 21. Violencia Psicológica según edad gestacional.....	60
Figura 22. Violencia Psicológica según tipo de parto.....	61

Violencia Psicológica según variables sociodemográficas

MINSA:	62
Figura 23. Violencia Psicológica según edad cronológica.....	62
Figura 24. Violencia Psicológica según estado civil	63
Figura 25. Violencia Psicológica según procedencia	64
Figura 26. Violencia Psicológica según ocupación	65
Figura 27. Violencia Psicológica según nivel de instrucción	66
EsSalud:	67
Figura 28. Violencia Psicológica según edad cronológica.....	67
Figura 29. Violencia Psicológica según estado civil.....	68
Figura 30. Violencia Psicológica según procedencia	69
Figura 31. Violencia Psicológica según ocupación.....	70
Figura 32. Violencia Psicológica según nivel de instrucción	71
Violencia Obstétrica y Secuelas Físicas y Psicológicas:	
MINSA:	72
Figura 33. Violencia Obstétrica Física en establecimientos de salud de Huacho-2022....	72
Figura 34. Violencia Obstétrica Física en MINSA y EsSalud	73
Figura 35. Violencia Obstétrica Psicológica en Establecimientos de Salud de Huacho...	74
Figura 36. Violencia Obstétrica Psicológica en MINSA y EsSalud.....	75
Figura 37. Secuelas por violencia Obstétrica.....	76
Figura 38. Secuelas por violencia Obstétrica según Establecimientos de Salud.....	77

Resumen

Objetivo. Determinar la prevalencia de violencia obstétrica según variables epidemiológicas y sociodemográficas en Huacho 2022.

Materiales y Métodos. Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de enfoque cuantitativo. Los datos se obtuvieron aplicando un cuestionario validado constituido por preguntas cerradas y abiertas adecuadas a datos epidemiológicos y sociodemográficos en 118 mujeres que tuvieron sus partos entre junio y julio del 2022, en los establecimientos MINSA y EsSalud de la ciudad de Huacho.

Resultados. Según variables epidemiológicas y sociodemográficas la mayor prevalencia de violencia obstétrica física “más de cuatro tactos vaginales” fue en puérperas de MINSA que tuvieron más de cuatro controles prenatales (77.6%), en puérperas de ocupación amas de casa (71.6%) y con nivel de instrucción secundaria (71.6%), mientras que la mayor prevalencia de violencia obstétrica psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” fue en puérperas de EsSalud que tuvieron más de cuatro controles prenatales (100%) y en las de 20 a 35 años (70.6%).

Los tipos de violencia obstétrica tanto física como psicológica de mayor prevalencia en el total de la muestra fueron respectivamente “más de cuatro tactos vaginales” (65.3%) y “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” (83.1%).

Conclusión. Las violencias obstétricas física y psicológica de mayor prevalencia que percibieron las puérperas en los establecimientos de salud de la ciudad de Huacho según variables epidemiológicas, sociodemográficas y tipos de violencia obstétrica fueron respectivamente “más de 04 tactos vaginales” y “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto”.

Palabras clave: Violencia obstétrica física, Violencia obstétrica psicológica, Variables epidemiológicas, variables sociodemográficas, puérperas.

Abstract

Objective. Determine the prevalence of obstetric violence according to epidemiological and sociodemographic variables in Huacho 2022.

Material and methods. Descriptive, cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach. The data were obtained through a validated questionnaire consisting of closed and open questions adapted to epidemiological and sociodemographic data and which were applied to 118 postpartum women who gave birth between June and July 2022 in the health establishments: MINSA or EsSalud in the city of Huacho.

Results. According to epidemiological and sociodemographic variables, the highest prevalence of physical obstetric violence “more than four vaginal examinations” was found in puerperal women from the MINSA who had more than four prenatal check-ups (77.6%), in puerperal women of occupation housewives (71.6%) and with secondary education level (71.6%), while the highest prevalence of psychological obstetric violence “without the company of one or more people of their choice during childbirth” was in puerperal women from EsSalud who had more than four prenatal check-ups (100%) and in those aged 20 to 35 years (70.6%).

The most prevalent types of physical and psychological obstetric violence in the total sample were respectively “more than four vaginal examinations” (65.3%) and “without the company of one or more people of their choice during childbirth” (83.1%).

The most prevalent physical and psychological obstetric violence perceived by puerperal women in the health establishments of the city of Huacho according to epidemiological, sociodemographic variables and types of obstetric violence were respectively, “more than 04 vaginal examinations” and “without the company of one or more people of their choice during childbirth”.

Keywords: Physical obstetric violence, psychological obstetric violence, puerperal women.

Introducción

El concepto de violencia obstétrica se refiere a la violencia que ejercen los profesionales de la salud durante el proceso reproductivo de las mujeres (Belli, 2013), basado en trato inhumano, prescripción innecesaria de medicamentos y patologización de los procesos reproductivos, el parto y puerperio (Lafaurie y col, 2019) y que el personal de salud no lo identifica como violencia, incluso las mujeres interpretan como normal el maltrato físico y psicológico recibido durante el parto. Es un tema que ha sido visto por el activismo social, como una violación a los derechos humanos desde la perspectiva violencia de género y el derecho a la salud (Echeverry, 2018).

En el Perú la violencia obstétrica de mayor frecuencia ocurre en mujeres de zonas rurales o nativas y es uno de los factores que afecta el índice de muerte materna que según la Defensoría del Pueblo en el 2017 ascendió a 377 casos; por lo que esta problemática debe ser evidenciada y con mayor razón en la Región de Lima en donde no existe alguna investigación referente al tema. Por ello determinar la prevalencia de violencia obstétrica según variables epidemiológicas y sociodemográficas en Huacho 2022, e incluso la prevalencia según el tipo de violencia y entre instituciones, ha sido nuestro propósito para detallar su ocurrencia en los centros de salud de la ciudad de Huacho, a fin de generar un progresivo interés, responsabilidad y compromiso con el cuidado humanizado que debe ofrecer el personal en estas instituciones según lo recomendado por la OMS.

Asimismo se requiere dar conocimiento a las madres en este aspecto para que exijan un trato digno y respetuoso en sus procesos reproductivos, así como también a las autoridades del sector salud para que se formulen políticas y se tomen decisiones que prevengan y erradiquen los procedimientos que constituyan violencia obstétrica, mediante la dación de una Ley y su reglamentación, a fin de evitar las secuelas físicas y/o psicológicas que afectan a la madre, al vínculo con su bebé y también a su entorno familiar.

Capítulo I. Planteamiento del Problema

1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe la violencia como empleo intencionado de la fuerza física o el poder, ya sea al extremo de amenaza o concreto, contra uno u otro individuo y que puede originar o tener posibilidad de ocasionar daño físico, psicológico, afectar el desarrollo, causar privaciones o incluso la muerte (OMS, 2002).

El concepto de violencia obstétrica es relativamente moderno y se refiere a la violencia percibida por las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, ejercida por los profesionales de la salud (Belli, 2013).

En años recientes el activismo social ha visto con preocupación el incremento de la violencia durante el embarazo y parto, producto de la institucionalización de estos procesos, por lo que la violencia obstétrica ha sido catalogada como violación a los derechos de la mujer como ser humano, tanto como violencia de género y por atentar a su derecho de protección a la salud (Echeverry, 2018).

La OMS describe que existe un gran número de mujeres que durante el parto han experimentado trato desconsiderado y humillante durante el parto, violando su derecho a un trato adecuado, a la vida, a la salud, a una atención respetuosa, amenazando así el derecho a la vida, a la integridad física, a la salud y a no ser discriminada (OMS, 2014).

A fin de prevenir la morbilidad materno perinatal y garantizar una atención adecuada al binomio madre-niño se recurren a avances tecnológicos, además de prácticas de atención innecesarias o no informadas hacia las pacientes. Los centros de salud, guiados por un modelo de higiene e ideal de esterilización, se convirtieron en lugares donde las mujeres pudieran dar a luz, pero privándolas de las vivencias de sus mayores, del acompañamiento de sus familiares y de la posibilidad de poder tener a sus bebés de acuerdo a sus apreciaciones y a sus costumbres. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables [MIMP], 2016).

El abuso y trato irrespetuoso que sufren muchas mujeres durante el parto en varios países vulnera su derecho al debido cuidado de su salud, comprometiendo su dignidad y seguridad física y psicológica en un momento de suprema vulnerabilidad, por lo tanto, no sólo es una cuestión de salud pública, sino también de derechos humanos. (Da-Silva Carvalho & Brito, 2017).

La violencia obstétrica es una variable que afecta la tasa de muerte materna, según la defensoría del Pueblo en el Perú ascendió a 377 casos en el 2017 y fue más frecuente en mujeres de zonas rurales. De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas (PNUD), según el índice de mortalidad materna, el Perú ocupa el 10° lugar en Latinoamérica y según el informe de Thomson Reuters, Lima es la ciudad de mayor probabilidad de muerte materna y el peor lugar para el acceso a servicios sanitarios de calidad y a los servicios para la atención de la mujer en lo relacionado a la salud reproductiva (Defensoría del Pueblo, 2017).

En el Perú, los estudios sobre violencia obstétrica, son escasos o poco difundidos, y en nuestra Región no existen, por ello es necesario averiguar su dimensión, los factores que predominan y a partir de ello plantear alternativas para generar interés y compromiso en las autoridades y en el personal sanitario involucrado a fin de ofrecer una atención responsable, humana y cálida.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de violencia obstétrica, y según variables epidemiológicas y variables sociodemográficas, en Huacho 2022?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de violencia obstétrica, según variables epidemiológicas, en Huacho 2022?

¿Cuál es la prevalencia de violencia obstétrica, según variables sociodemográficas, en Huacho 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de violencia obstétrica y según variables epidemiológicas y sociodemográficas en Huacho 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de violencia obstétrica según variables epidemiológicas en Huacho 2022.

Determinar la prevalencia de violencia obstétrica según variables sociodemográficas en Huacho 2022.

1.4. Justificación de la investigación

El proceso del parto debería ser una experiencia única, indescriptible e inolvidable, sin embargo, aunque contradictorio, se ha convertido en horas incómodas en donde las mujeres son expuestas a procedimientos violentos ejercidos por el personal de salud, que constituyen violencia obstétrica, vulnerándose así sus derechos.

En el momento del parto existe cierto grado de angustia y temor, si a esto se suman actitudes y conductas violentas de parte del personal que asiste a la paciente, éstas pueden derivarse en serias complicaciones materno perinatales de diversa índole. En este contexto es importante explorar la prevalencia de la violencia obstétrica en los establecimientos de salud de Huacho, a fin de identificar la magnitud según factores epidemiológicos y sociodemográficos y el efecto directo en la salud de las madres e indirectamente en sus recién nacidos y en su vida conyugal.

La identificación de esta problemática motivará en los centros de salud mejorar la infraestructura, implementar programas que generen un progresivo interés, responsabilidad

y compromiso con el cuidado humanizado, cálido e íntegro de la mujer durante este proceso, es decir una atención de calidad, como lo aconseja la Organización Mundial de la Salud.

1.5. Delimitación del estudio

Fueron evaluadas puérperas que tuvieron sus partos en establecimientos de salud de la ciudad de Huacho, entre junio y julio de 2022.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Investigaciones internacionales. A continuación, se detallan según autores:

Quesada y Román (2020) desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue contrastar los grados de violencia obstétrica en cuanto a diferentes situaciones de parto y sociodemográficas en madres costarricenses. El diseño fue cuantitativo, correlacional y transversal y la muestra de 107 madres que tuvieron parto vaginal. El instrumento utilizado fue un cuestionario que incluyó ítems sociodemográficos más la herramienta elaborada por Risco (2019) con lo que determinaron situaciones de violencia obstétrica durante el parto y puerperio en el 49.5% de las participantes. encontrando correlación negativa entre el grado de violencia obstétrica y el año en que ocurrió el parto y ninguna relación con la edad de la mujer en el momento del parto, ni con la procedencia urbano o rural. Entre las formas más habituales de violencia hallaron no poder cambiar de postura durante el parto, no decidir sobre su placenta y soportar más de 05 exploraciones vaginales.

Márquez (2020) en investigación descriptiva, transversal, observacional, en 359 usuarias del Hospital Público de León, halló un 48.70% de usuarias que percibió violencia obstétrica, un 13.60% recibió comentarios del personal de salud en tono de broma, un 1.9% fue tratada con apelativos o diminutivos, un 9.50% fue reprochada porque llora o grita o por mostrar emociones durante el proceso de parto, un 8.10 % no pudo esclarecer sus dudas y manifestar miedos e inquietudes, a un 10.30 % la obligaron a permanecer acostada, a un 1,7 % le pusieron enema, un 3.10% sufrió ruptura artificial, al 5.60% le rasuraron los genitales, al 1.10% le administraron fármacos para inducir el parto, un 5.30% recibieron reiterados tactos vaginales y de diferentes personas, al 12.80% le aplicaron compresión del abdomen, un 7% sufrió episiotomía y un 5.30% no tuvo contacto inmediato con su hijo.

Rodríguez-Roque, Rodríguez-Rico, D., Rodríguez-Rico, G., & Jiménez-Malavé

(2020) realizaron un estudio cuya finalidad fue relacionar la violencia obstétrica en las madres embarazadas de tres centros sanitarios del estado de Anzoátegui-Venezuela, en relación a la conducta de los profesionales de la salud durante el parto. El diseño empleado no experimental, correlacional, transversal, prospectivo en 564 madres y 70 galenos. El instrumento utilizado fue un cuestionario. Los investigadores concluyeron que los médicos tuvieron un entendimiento regular y un comportamiento deficiente (60 %) pero sin relación alguna ($p>0,05$). Los principales tipos de violencia fueron: mantener una postura forzada y recibir prácticas no autorizadas (99.29 % y 73.36, respectivamente) y la violencia física prevaleció en el 100 % de los casos, aunque para el 72.5% de las mujeres el comportamiento de los profesionales de salud fue bueno.

Araujo (2019) realizó un estudio cuya finalidad fue determinar si los procedimientos utilizados en los servicios de obstetricia de establecimientos de salud tanto públicos como privados de Maracaibo-Venezuela, incurren en actos considerados como violencia obstétrica. Utilizó un diseño observacional, transversal, prospectivo, en una muestra constituida por 250 pacientes. El instrumento utilizado fue un cuestionario-encuesta. La investigación mostró un 75 % de participantes que tienen conocimiento de la existencia leyes de protección de alguna forma de violencia, un 80% desconocía la expresión violencia obstétrica, el 100% no conoce la existencia de camas para atender el parto en posición vertical, el 85% reportó haber recibido procedimientos sin el consentimiento informado, el 55% reportó haber recibido alguna clase de abuso de los profesionales de la salud, el 44.4% de los casos reportó maltrato correspondiéndole al profesional de enfermería el 75 %.

Llobera, Ferrer y Chela (2019), desarrollaron un estudio con el objetivo de apreciar el sentir y el efecto que ha tenido la violencia obstétrica en una muestra de 12 madres entre 20 a 40 años, que han experimentado violencia obstétrica durante los años 2012 y 2018 en algún centro sanitario público o privado de Mallorca. El diseño utilizado fue el cualitativo con

enfoque fenomenológico y utilizaron como instrumento una entrevista semiestructurada. Los investigadores concluyeron que la violencia obstétrica padecida se basó en el trato inhumano, jerarquizado, desconsiderado más la atención deficiente.

Jojoa, Chuchumbe-Sánchez, Ledesma-Rengifo, Muñoz-Mosquera, Paja y Suárez-Bravo (2019) efectuaron un estudio con el objetivo de determinar las distintas formas de violencia obstétrica. El diseño que utilizaron fue de enfoque fenomenológico. La muestra que utilizaron constituida por 16 madres con vivencias obstétricas menores a 2 años que fueron atendidas en el Instituto Colombiano de bienestar familiar en la ciudad de Popayán (Colombia). El instrumento utilizado fue la entrevista. Los autores concluyeron que el 69% de las mujeres sufrieron algún tipo de violencia obstétrica, dentro de las cuales la violencia institucional predominó para la mayoría y estuvo asociada a normativas que no cubren sus expectativas, además de la disconformidad con la atención que recibieron durante el parto, mientras que el no recibir información, la incapacidad para tomar decisiones, el maltrato y el no poder exteriorizar sus sentimientos y emociones fueron percibidas como violencia psicológica.

Madrid, De León, Delgado, Cancino, Rangel, Soto & Rodríguez (2019) realizaron un estudio cuyo objetivo fue valorar la incidencia de violencia obstétrica en mujeres durante el parto y posparto inmediato. El estudio descriptivo, prospectivo y transversal en una población de 140 pacientes con edad promedio de 23 años atendidas en el Hospital Público del Estado de Aguascalientes- México. El instrumento utilizado fue un cuestionario para medir la percepción de las usuarias respecto a la Violencia Obstétrica percibida. Los investigadores concluyeron que el 58% de las pacientes experimentó violencia obstétrica, de las cuales el 79% fue de tipo física y el 36% de tipo psicológica, que fue mayormente ocasionada por el personal de enfermería (50-72%). Además, reportaron un 41% de realización de cesáreas injustificadas.

Domínguez y Sánchez (2018) mediante estudio determinaron como perciben las usuarias la atención obstétrica recibida en tres Nosocomios de Guayaquil. El diseño descriptivo y prospectivo. La muestra constituida por 150 usuarias, el instrumento una encuesta. Los autores hallaron que el 59.33% de las mujeres fueron criticadas inapropiadamente, a un 77.33% las llamaron con apelativos, un 36% fueron agredidas verbalmente, al 72% no pudo optar por una posición de su voluntad, al 72.67 % no se les permitió la compañía de una persona de confianza, y al 65.33% le fue negada la posibilidad del vínculo temprano. En lo concerniente a las intervenciones para inducir el parto, el 100% de estos fueron practicados sin autorización explícita y fueron la episiotomía en un 48%, el 32.67% recibió conducción y al 11.33% les practicaron ruptura artificial de membranas, demostrando así la presencia de violencia obstétrica.

Castillo (2017) realizó una investigación para determinar la percepción y el impacto de la violencia obstétrica en adolescentes asistidas durante la gestación, el parto y posparto en el Hospital Delfina Torres de Concha-Ecuador. Empleó un diseño descriptivo, transversal y aplicó un cuestionario de preguntas cerradas a una muestra de 80 mujeres adolescentes. La información mostró un 80% de adolescentes que tuvo dificultad para manifestar sus inquietudes y miedos a los profesionales de la salud, sin embargo, un 70% pudo optar por la posición más adecuada durante el parto mientras que el 52% tuvo contacto inmediato con su bebé. El autor concluyó que los tactos vaginales repetitivos, las episiotomías y la falta de consentimiento informado, fueron las formas de violencia de mayor frecuencia.

Figuroa-Palomino, Hurtado-Lagarda, Valenzuela-Coronado, Bernal-Cruz, Duarte-Gutiérrez y Cázares-González (2017) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la percepción de las pacientes en respecto al maltrato recibido durante el parto, para lo cual aplicaron un test adaptado a una muestra de 45 participantes que se atendieron en Instituciones Hospitalarias Sonorenses- México. El diseño que utilizaron fue de tipo

cuantitativo, descriptivo. Los investigadores reportaron que el 37.7% de las madres reportaron alguna clase de violencia obstétrica ejercida por el personal de salud, siendo la más frecuentes, no deambular (51.1%), reproches por llorar (44.4%), no poder expresar su temor e intranquilidad (37.8%), uso de apelativos o diminutivos (28.9%), prohibir la conexión con el neonato (26.7%) y críticas hirientes, denigrantes (22.2%).

2.1.2. Investigaciones nacionales. Se han considerado las siguientes:

Huarino y Choque (2021) desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar la presencia de violencia obstétrica en gestantes que tuvieron parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El diseño de corte transversal, descriptivo y prospectivo. Aplicaron el Cuestionario de Violencia Obstétrica en 250 parturientas de edades entre 30 a 45 años (57.6%), con instrucción secundaria (74.4%), de estado civil conviviente (65.5%) y primíparas (67.5%). La violencia obstétrica fue percibida en el 34.8% que en ocasiones o nunca recibieron explicación durante la asistencia obstétrica, sobre el tacto vaginal (73.6%) ni autorización verbal para las prácticas, así el 48.8% no recibió información del por qué la ruptura artificial de membranas, tampoco sobre el corte genital (30.8%) y las evaluaciones del útero (57.6%). Asimismo, el 90.4% de las pacientes no estuvieron acompañadas durante el parto, el 17.6% percibió maltrato verbal, el parto en el 77.2% fue en posición de litotomía y al 76.4 le practicaron episiotomía. Los autores concluyeron que existe violencia obstétrica, porque no se permitió el acompañamiento de la madre, no pudieron elegir la posición más adecuada durante el parto y por la práctica de incisión perineal de rutina y trato inhumano ejercido por el personal sanitario.

Orcotorio (2019) realizó un estudio con la finalidad determinar en mujeres que fueron atendidas en el Hospital Regional del Cusco los factores relacionados a violencia obstétrica durante el parto. De diseño analítico, de corte transversal y prospectivo. Aplicó el cuestionario propuesto por Brower y Hill a 65 mujeres. Halló un 13.4% de las madres

encuestadas que sufrieron violencia física que manifestaron como restricción por haber sido sujetadas de las extremidades mientras que el 4.5% percibió la fuerza como violencia física. El autor concluyó que las manifestaciones de violencia obstétrica que predominaron fueron: el incumplimiento de estándares profesionales (83.6%), incompatibilidad médico-paciente (74.6%) y agresión verbal (62.7%), además los auxiliares de enfermería se convirtieron en factores predisponentes de violencia física.

Morales (2019) comparó la percepción de la calidad y violencia obstétrica durante el parto. Utilizó diseño observacional, transversal, descriptivo, comparativo. La muestra fue de 327 mujeres en posparto inmediato, que fueron atendidas en los Centros Materno Infantil (CMI) ubicados en los conos Norte y Sur de la ciudad de Lima, a las cuales les aplicó el modelo de encuesta SERVPERF (Service Performance), recomendado por Cronin & Taylor (1994) y el Cuestionario elaborado por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España (2016), modificado y certificado por Lam et al., (2017). El autor concluye, que existe mayor número de púerperas conformes con el trato recibido en los dos centros de madres (90%) y un bajo nivel de percepción de violencia obstétrica.

Paucar (2018) realizó una investigación con la finalidad de evaluar la percepción de las madres sobre la violencia obstétrica durante en el proceso de parto. El del tipo de estudio descriptivo transversal. La muestra integrada por 114 gestantes asistidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, a las cuales mediante una entrevista semiestructurada les aplicó un cuestionario para la obtención de los datos. El autor concluyó que las madres pudieron percibir varias formas de violencia obstétrica como ser llamadas con apodos (6.1%), ser criticadas por gritar o llorar de dolor (3.5%), la falta de acompañamiento (92.5%), el no pedir consentimiento para la realización de episiotomía (47.4%), el no poder elegir la posición durante el parto (27.2%).

Ayesta y Vásquez (2017) desarrollaron un estudio de caso para caracterizar, evaluar

y entender las experiencias de las madres que durante el parto han experimentado procedimientos considerados como abuso obstétrico. El diseño cualitativo, lo realizaron en 4 madres que fueron asistidas en el Hospital Docente las Mercedes de Chiclayo. Utilizaron como instrumento la entrevista en profundidad. Las puérperas manifestaron el mal trato como gritos, humillaciones, ser ignoradas por el personal de salud, el tacto vaginal repetitivo hecho por la obstetra y por los alumnos de medicina, percibiéndolo de éstos últimos como manoseo, además la falta de compañía de personas de su entorno y la episiotomía. Los autores concluyeron que las madres no perciben la violencia psicológica que se está ejerciendo sobre ellas.

Lam, Sánchez, Alva, Castillo & Cabellos (2017) realizaron un estudio con la finalidad de relacionar estrés y violencia obstétrica en mujeres en puerperio que tuvieron sus partos en un hospital de Chimbote. El estudio fue correlacional, no experimental, causal. La muestra constituida por 102 puérperas. Utilizaron el Cuestionario elaborado por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España (2016) y la escala de evaluación de Reacciones de Estrés agudo de Valdez (1999). Los autores identificaron, violencia obstétrica en el 81.4%, estrés agudo en un 67.7%, una relación significativa alta ente ambas variables y entre medicalización y patologización, además de una relación significativa entre trato inhumano y estrés agudo.

Esquivel (2018) mediante investigación descriptiva, no experimental, de diseño cuantitativo, exploratorio y transversal, identificó violencia obstétrica en gestantes atendidas durante el parto y puerperio en el Hospital Antonio Lorena de Cuzco, para lo cual aplicó una encuesta estructurada de carácter anónimo. Halló como omisiones violentas, el no rasurado de genitales, la no administración de enema, y el no uso de fórceps y como acciones violentas, la administración endovenosa (100%), el tacto vaginal frecuente (64%) y por diferente personal (78%), el monitoreo cardiaco fetal (91%) y como violencia psicológica el

llamarlas con apodos durante el parto (79%) y posparto (78%) y el no permitirles expresar abiertamente sus temores (50%). También halló discriminación, aunque en menores proporciones por edad, nivel social, procedencia, estado civil, así como la percepción de incapacidad como madre en el parto (33%) y posparto (19%), no recibir información sobre el progreso del postparto (50%) y sobre la atención al recién nacido (80%), falta de orientación sobre la lactancia y cuidados del neonato (50%) y sobre la planificación familiar (29 %), también el 48% de las madres notaron la presencia de alumnos durante el parto, no tuvieron el acompañamiento de una persona de su confianza en el parto y puerperio 89% y 44% respectivamente; el 100% no pudo elegir la posición en el parto, el 25% no pudo beber ni alimentarse luego del parto. El autor concluye que existe evidencia de violencia obstétrica en la institución, durante el parto y puerperio.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Definición de Violencia. No hay una definición universal de violencia, se han encontrado algunas que ofrecen un cierto consenso. Elsa Blair (2009) señala que, en términos físicos, Chenais la ha definido como “el ataque directo, corporal”, revistiendo un carácter triple: doloroso, brutal y exterior y según Jean-Marie Domenach se refiere a la aplicación de fuerza explícita o encubierta de uno sobre otro u otros para conseguir algo sin consentimiento, además de ser considerada como una característica de nuestro peor orden, que expone nuestra vulnerabilidad humana de manera más terrorífica a los demás, entregados sin ningún control a la voluntad del otro.

2.2.2 Violencia Obstétrica. Desde hace algunos años, el activismo feminista y los que defienden derechos de las mujeres han visto con preocupación como la violencia obstétrica se ha incrementado por la institucionalización de la atención al parto. La violencia obstétrica es un tipo particular de agresión en contra de las mujeres violando sus derechos humanos. Se produce en el contexto clínico obstétrico tanto en el sistema de salud público

como en el privado, es definido como cualquier acto o inacción de los trabajadores del sistema de Salud que ocasione afectación de la integridad física y/o psicológica a la madre durante la gestación, parto y posparto, expresándose como abuso de medicalización, dificultad para acceder a la atención en salud reproductiva, trato inhumano falta de acceso a servicios de salud reproductiva, trato cruel que menoscaba la autonomía reproductiva (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015).

Según Lafaurie, Rubio, Perdomo y Cañón (2019), la violencia obstétrica es un paradigma médico jerarquizado que muestra asimetría en la relación profesional de salud-paciente.

Belli (2013) sostiene que la violencia obstétrica es un efecto directo del modelo médico implementado en muchas partes de Latinoamérica.

El fondo de población de las naciones unidas (UNFPA) la define como intervención del personal en la autonomía reproductiva de la mujer, manifestándose como maltrato, uso excesivo de medicamentos, patologización de eventos naturales que resulta en restricción de la libertad e incapacidad de tomar decisiones libres respecto a su cuerpo y vida sexual, lo que impacta negativamente en su calidad de vida (Lafaurie et al., 2019).

Según Castrillo (2016) la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la Violencia Obstétrica en 05 categorías para implementar su definición legal:

1. Tratamientos y medicalizaciones rutinarias no necesarias
2. Maltrato físico, verbal, abuso y humillaciones
3. Instalaciones no suficientes, falta de materiales
4. Discriminación por aspectos religiosos, culturales y étnicos
5. Prácticas de internos y estudiantes sin consentimiento materno con datos exactos, completos y suficientes.

Para Villanueva-Egan (2010), la violencia institucionalizada y la violencia contra las mujeres confluyen en la violencia obstétrica. La vulneración de los derechos reproductivos y humanos y reproductivos de las mujeres ocurre mientras se atiende el parto e incluyen reprensión, mofa, sarcasmo, amedrantamiento, ofensas, desinformación, negativa de intervención, no derivar asistencia inmediata a otros profesionales y demoras en la asistencia médica de emergencia, indiferencia ante sus súplicas o reclamos, ocultar información sobre las decisiones tomadas durante el nacimiento, utilizarlas como material didáctico sin respetar su valor humano, utilizar el dolor como medio de coacción y castigo para obtener consentimiento forzado, lo que constituye una violación de los derechos de la afectada y un daño intencional a su salud.

Almonte (2016) refiere que varios autores sostienen que la violencia obstétrica se asocia solo al momento del parto, pero hay opiniones que señalan que abarca el embarazo, parto y puerperio, afectándose derechos humanos y reproductivos como equidad, trato sin distinción, comunicación, integridad, salud y derechos reproductivos. La violencia obstétrica en América Latina es naturalizada y, por lo tanto, es frecuentemente ignorada (Almonte, 2016).

Para Gherardi (2016) la violencia obstétrica en relación con la intervención medicalizada del embarazo y parto, refleja la opresión de las mujeres e involucra otras facetas de sus derechos sexuales y reproductivos, como la contracepción, el aborto, la menopausia y el control de la natalidad, además de la experiencia del parto.

2.2.3. Formas de Violencia Obstétrica. Desde la desatención médica hasta la tortura y muerte, la violencia obstétrica se manifiesta de diferentes formas e intensidades. La falta de asistencia clínica del parto, así como la reducción de la realidad vivida y experiencias de las mujeres por la imposición del saber médico, conduce a comportamientos que pueden constituirse en violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (Gherardi,

2016).

La violencia obstétrica se manifiesta de dos formas: la dimensión física y la psicológica. La forma física ocurre cuando se realizan prácticas invasivas, se administran medicamentos sin justificación o no se respetan los plazos ni la alternativa del parto natural y la violencia psicológica cuando el trato es indigno, ofensivo, discriminatorio y humillante, hay falta de asesoramiento o atención durante una práctica obstétrica y el desconocimiento de la madre y su familia sobre cómo va evolucionando el parto (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015).

2.2.4. Derechos Vulnerados en Violencia Obstétrica. Se consideran:

Derecho a la Salud. La OMS ha definido la salud como un estado de bienestar total, mental, físico y social y no solamente sin enfermedades o afecciones. Uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es disfrutar del bienestar máximo posible, independientemente de su origen, credo, orientación política, condición económica o estado social (OMS, 2016).

El artículo 7° de la Constitución establece que todos los seres humanos tienen derecho a la salud y el deber de protegerla en sí mismo, en su familia y en la comunidad. El gobierno establece la política de salud nacional (Constitución Política del Perú, 1993).

La salud reproductiva, implica un estado integral que incluye la salud física, mental y social en relación con la reproducción, abarca también la ausencia de enfermedades o dolencias en todas las dimensiones de la sexualidad y reproducción, es parte del derecho humano relacionado a la salud (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1995).

La Convención para la eliminación de todas las maneras posibles de discriminación contra las mujeres (CEDAW) establece que los estados miembro asumen la responsabilidad de implementar acciones adecuadas que permitan acabar con el trato desigual contra las mujeres en el ámbito de la asistencia médica, para asegurar que reciban servicios adecuados

relacionados con la gestación, parto y puerperio, brindando asistencia gratuita según sea necesaria (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1999).

Derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) ha analizado los siguientes aspectos sobre la interconexión entre el derecho a la integridad personal y el derecho a la salud: [...] En el contexto del derecho a la integridad personal, ha examinado algunos eventos particulares de angustia y ansiedad que tienen efecto en los seres humanos, incluyendo algunos efectos graves de la falta de atención médica o de la falta de acceso a determinadas intervenciones médicas. [...] Por lo que el derecho a la privacidad y dignidad personal están estrechamente relacionados con la atención médica. La falta de disposiciones legales protectoras de la salud reproductiva puede afectar la autonomía y el derecho a la elección reproductiva, por lo que se encuentra relación entre bienestar físico y psicológico, libertad reproductiva y autonomía personal. La violencia contra las mujeres es una agresión a su dignidad; además, es manifestación de discriminación que les impide tener los mismos derechos que los hombres (CoIDH, 2012).

La Convención Internacional de Belém do Pará cuyo objetivo fue proteger, eliminar y sancionar la violencia a las mujeres, define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género que le cause muerte, daño físico, sexual, emocional o psicológico (OEA, 1994).

Derecho a la Información y a la Toma de Decisiones. La información en el ámbito de la atención de la salud es fundamental para el consentimiento informado que la usuaria otorga voluntariamente producto del intercambio de información con el prestador de servicio de salud, después de que haya sido informada sobre las ventajas y desventajas de un procedimiento y tener conocimiento de otras opciones de igual eficacia sin estar obligada a presiones, amenazas y ser discriminada. Solamente la mujer podrá determinar si los efectos

beneficiosos de un tratamiento en particular compensaran los inconvenientes y riesgos que podría enfrentar (Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología [FIGO], 2006).

Derecho de las Mujeres a Vivir Libres de Violencia. La Convención de Belém do Pará cuyo objetivo fue proteger, eliminar y sancionar la violencia a las mujeres, define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género que le cause muerte, daño físico, sexual, emocional o psicológico, en ambos ámbitos, público y privado. Además, en su artículo 7° establece que el Estado debe proceder diligentemente, investigando y sancionando estas acciones (OEA, 1994).

Derecho a la Vida Privada. Según la Corte Interamericana de Derechos Humanos establece que la vida privada incluye la vida sexual y las relaciones familiares por lo que cualquier intervención estatal que limite la autonomía de las mujeres en cuanto a la toma de decisiones informadas y libres sobre su salud reproductiva y maternidad constituye una violación de este derecho (CoIDH, 2010).

2.2.5. Antecedentes Normativos Sobre Violencia obstétrica. La OMS (2014) indica que se deben tomar las siguientes medidas:

- Mayor apoyo gubernamental para la investigación y medidas frente a la falta de respeto y al abuso.
- Promover programas de atención materna de calidad con enfoque en la atención respetuosa.
- Resaltar el derecho de las mujeres a una atención médica respetuosa y digna y respetuosa durante la gestación y el alumbramiento.
- Obtener información sobre los mecanismos de responsabilización, la orientación profesional y las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa.
- Erradicar comportamientos ofensivos e irrespetuosos.
- Eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas y mejorar la calidad del servicio

involucrando a los interesados e incluso a las madres.

El Comité de Expertas (CEVI) aconsejó que los gobiernos implementen leyes que castiguen la violencia obstétrica y establezcan los componentes de lo que significa el mecanismo biológico del proceso del embarazo, parto u puerperio, sin uso excesivo de medicamentos y asegurando la declaración de la mujer para autorizar libremente las prácticas relacionados los derechos sexuales y reproductivos, asimismo integrar el enfoque intercultural que respete y valores las tradiciones de las aborígenes, afroamericanas en las instalaciones sanitarias (MESECVI, 2014).

2.2.6. Situación Legislativa referente a Violencia Obstétrica en los países de América Latina. Entre ellos:

Argentina. Dispone de dos leyes una de ellas es la ley 25.929, ley del parto humanizado y su reglamento (Senado y Cámara de Diputados, 2004) la cual considera los derechos de las mujeres durante la gestación, parto y puerperio, así como el derecho a estar enterada sobre los diversos procedimientos médicos y así poder elegir libremente cuando existen varias opciones, a recibir trato respetuoso, a proteger su intimidad teniendo en cuenta sus patrones tradicionales, ser calificada como saludable, al alumbramiento normal, a tener conocimiento informado del desarrollo de su parto, a conocer la condición de salud de su neonato, al contacto físico inmediato con su bebé, a contar con la compañía de una persona de su confianza, entre otros, que garanticen su libertad de elección. La otra ley es la N° 26.485 del 2009, ley integral de defensa de prevención y erradicación de la violencia en perjuicio de las mujeres en los entornos de sus interacciones personales. Describe la variedad de formas de violencia basada en el género incluyendo la definición de la violencia obstétrica, como la violencia que ejerce el profesional de salud sobre el cuerpo y la salud reproductiva de las mujeres caracterizada por trato inhumano, prescripción innecesaria de medicamentos y dar carácter de patología a procesos naturales. (Honorable Congreso de la

Nación Argentina, 2009). En el reglamento se define el trato inhumano durante la atención a la madre durante la gestación hasta el posparto, al neonato, durante las complicaciones de abortos espontáneos o inducidos, de carácter punible o no.

Las medidas y sanciones han sido contempladas en el artículo sexto de la ley 25.929, para todos los que incumplan la norma (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2004).

Bolivia. El Estado Plurinacional Boliviano emitió la "Ley N° 348, que en su artículo 2° establece acciones, procedimientos, políticas exhaustivas para precautelar, asistir, defender y de recuperación de las situaciones de violencia, para asegurar el goce completo de sus derechos a una vida digna y también para el seguimiento y sanción de los agresores (Bolivia, Asamblea Legislativa Plurinacional, 2013).

La norma en su artículo 7 describe los tipos de violencia contra las mujeres, aunque no la menciona como violencia obstétrica y entre ellos la falta de comunicación, asesoramiento, el cuidado integral y durante todo el proceso de la gestación, parto posparto y lactancia materna, decidir libremente sobre tomar una decisión libre y responsable sobre el tamaño y espaciado entre los nacimientos; al embarazo sin riesgos y a la elección de una maternidad saludable y al control de la natalidad seguro (Asamblea Legislativa Plurinacional Bolivia, 2013). También en el inciso 9, define la violencia en el ámbito sanitario como cualquier forma de discriminación denigrante e inhumana, que, al negar, omitir o limitar la accesibilidad a la información oportuna y a la pronta atención, arriesga la salud y bienestar de la mujer (Bolivia, Asamblea Legislativa Plurinacional, 2013).

Colombia. A la fecha, no hay leyes que regulen la violencia obstétrica, pero sí hay leyes como la N° 01257 que establece pautas para sensibilizar, prevenir y sancionarla, incluso se reformaron los Códigos de Procesos penales y la ley 294 de 1996, además de otras normas. A la fecha, no dispone de una legislación específica que regule este tipo de violencia,

pero en el artículo 13:4 de la ley, señala sobre medidas en el ámbito de la salud: “Promover la toma de decisiones de las mujeres respecto a su salud sexual y reproductiva (Congreso de Colombia, 2008).

Ecuador. La ley de protección a las mujeres contra la violencia se ratificó en Ecuador en el año 2018. El inciso g) del artículo 10 prescribe: a toda limitación o negación del derecho a las mujeres a recibir atención médica en ginecología, que se manifiesta en el abuso de medicalización, violación del secreto profesional, trato cruel, imposición de creencias o prácticas experimentales no consentidas, la no conformidad con las normas, protocolos o guías, intervenciones que patologicen los mecanismos naturales de la gestación, parto y posparto, imposición de la esterilización, inhabilidad para tomar decisiones sobre su cuerpo y sexualidad, ocasionando un impacto negativo en la salud, bienestar y calidad de vida de las mujeres en todas las etapas de su existencia, al ejecutar intervenciones intrusivas o con violencia física o psicológica (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2018).

México. Tiene dos órdenes de regulación, la federal y la estatal. En el estado federal no hay leyes particulares que regulen este tipo de violencia, sin embargo, desde el año 2007, existe una ley cuyo propósito en su primer artículo es impedir, penalizar y eliminar la agresión contra la violencia en la mujer (Díaz & Fernández, 2018). Solo un tercio de los estados federales ha definido violencia obstétrica en sus normas, entre ellos Chihuahua, Chiapas, Veracruz, San Luis Potosí, Colima Durango, Quintana Roo, Guanajuato, Tamaulipas e Hidalgo (Defensoría del Pueblo, 2020) y en toda la definición coincide e incluye la apropiación del cuerpo femenino y de la salud reproductiva, el cual se manifiesta en trato inhumano, conversión de procesos naturales en enfermedades, resultando en restricción de la autonomía corporal y reproductiva (Díaz & Fernández 2018).

Venezuela. Fue una de las primeras naciones en identificar la violencia obstétrica como una forma de discriminación contra las mujeres, por lo que emitieron la ley N°

38.668/2006, en la cual se estableció como este tipo de violencia la apropiación corporal médica y la intervención no consentida del personal sobre la salud reproductiva. Este fenómeno se manifiesta en trato inhumano, en sobreintervención médica y en la categorización de lo natural como enfermedad, dando lugar a perder la capacidad de elección sobre el propio cuerpo y su sexualidad afectando adversamente su condición de vida óptima (La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

También detallan las acciones particulares a cargo del personal sanitario que podrían ser consideradas como violencia obstétrica. Entre estas, incluyen:

1. No tratar las emergencias obstétricas de manera efectiva y oportuna.
2. Forzar la posición de cubito dorsal durante el parto, aunque haya medios adecuados para la posición vertical.
3. Privar el contacto temprano del nonato con la madre sin causa válida, impidiendo el contacto físico y la lactancia inmediata.
4. Usar métodos de aceleración del parto de riesgo bajo sin el consentimiento informado, expreso y voluntario de la madre.
5. Realizar cesárea innecesaria sin autorización informada.

El incumplimiento de estas acciones dará lugar a la aplicación de multas de 250 a 500 unidades tributarias más las medidas disciplinarias dispuestas por el colegio gremial (La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

Perú. Existe la ley N° 30364 contra violencia de género y familiar, aunque no reconoce explícitamente el abuso durante la maternidad, en artículo 5 reconoce a la violencia de género como a todo acto que provoque daño, muerte, sufrimiento físico, psicológico o sexual en el contexto público o privado (Congreso de la República del Perú, 2015). La violencia obstétrica se halla definida en el Plan Nacional contra la violencia de género aprobado con Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP, como toda forma de violencia ejercida

por profesionales de la salud sobre las funciones reproductivas que se manifiestan como maltrato, medicación injustificada y tratar como enfermedad procesos que son naturales; causando impacto negativo en la salud de las mujeres (MIMP, 2016).

Según la Defensoría del Pueblo el Estado sigue sin tomar medidas referentes al maltrato obstétrico, esto se debe a que no se han diseñado políticas públicas, presupuestos. para abordar esta cuestión (Defensoría del Pueblo, 2020).

2.2.7. Consecuencias de la Violencia Obstétrica. El intervencionismo obstétrico innecesario y la postura subordinada de las mujeres durante el proceso del parto se relacionan significativamente con algunas complicaciones obstétricas. Varios estudios han mostrado que intervenciones médicas excesivas como la cesárea y otras, no justifican una disminución en la mortalidad perinatal ni en el número de las demandas. (Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. (2013).

Las consecuencias físicas, emocionales, psicológicas o de salud productos de la violencia obstétrica, incluyen cambios, daños, huellas visibles o invisibles que generan dificultades personales, con su entorno familiar o la comunidad, que son percibidos en cortos o a largos plazos y con diferentes niveles de severidad, incluso irreversibles en algunos casos (Hernández, 2021).

Las episiotomías y las cesáreas son las prácticas que se realizan con mayor frecuencia sin informar a la paciente e injustificadamente. Las cesáreas pueden implicar un tratamiento medicamentoso intensivo, mayor riesgo de muerte materna y problemas postoperatorios (García A. 2015). Complicaciones como problemas de continencia y dolor sexual podrían generarse con las episiotomías (Fernández, 2015).

Las secuelas pueden variar según la violencia obstétrica. La psiquiatra explica que si los médicos culpan a la mujer por efectos adversos en el parto con términos como "No empujaste bien" o "El bebé sufrió por tu pelvis muy estrecha", se crea una sensación de

culpabilidad e incluso de derrota que dificulta mucho la relación vincular, Olza explica que, la agresión verbal durante el parto o las episiotomías innecesarias, pueden dar lugar a consecuencias emocionales, negación, problemas sexuales, enfado y pérdida de confianza a los profesionales de la salud y hasta infertilidad secundaria por temor a volver a experimentar una situación similar. La consecuencia principal de la violencia obstétrica es el síndrome de estrés postraumático posparto, que parece afectar al 5% de las mujeres, aproximadamente una de cada tres puede experimentar algunos de los síntomas (Oliver, 2019).

2.2.8. Impacto de la Violencia Obstétrica en el Recién Nacido. Algunas intervenciones médicas durante el parto pueden tener un impacto negativo en los resultados maternos y neonatales. Últimamente el incremento de las cesáreas y los partos por inducción, han dado lugar a más partos prematuros o recién nacidos con bajo peso al nacer, lo cual puede provocar complicaciones a largo plazo (Barbosa da Silva, 2013).

Las posibles consecuencias de una cesárea incluyen incremento del riesgo de morbilidad fetal o del neonato en comparación con el parto eutócico, como el tener problemas de aprendizaje, trastornos del espectro autista o sufrir patologías obstétricas (García, 2015).

La separación de la madre de su bebé, las numerosas intervenciones innecesarias que se realizan durante el proceso de parto producen muchas secuelas, que pueden dar lugar a que las madres tengan dificultad para cuidar al recién nacido (Villarme, 2015).

2.2.9. Percepción de las usuarias sobre Violencia Obstétrica. Las gestantes frecuentemente creen que necesitan de la tecnología para poder alumbrar, por lo que consideran normal la gran cantidad de intervenciones que se realizan durante el proceso de parto, desconociendo que dichas actuaciones podrían traer consecuencias en sus cuerpos. Una de las razones por las que el maltrato obstétrico sigue siendo invisibilizado se debe a que las mujeres perciben como normales estos comportamientos, a menudo creen que recibir

una atención desconsiderada de los profesionales de la salud es el precio que deben pagar por tener acceso a servicios de salud gratuitos (Belli, 2013). Además, es posible que se hayan habituado con una atención deficiente que no la consideran inadecuada (Pereira, Domínguez, & Merlo, 2015).

Por temor a sufrir dolor que puede prolongarse por horas, muchas mujeres cuando pueden decidir el tipo de parto que quieran tener, optan por un parto medicalizado a pesar de aceptar la posibilidad de sufrir efectos secundarios de procedimientos específicos, como la cesárea o la epidural, incluso, a pesar de reconocer los riesgos potenciales secundarios debido a dichos procedimientos (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014).

Muchas mujeres en situación traumática durante el parto, admiten haber sido tratadas autoritariamente no tomando en cuenta sus opiniones en el proceso de decisión y haber recibido una atención inhumana e irrespetuosa. En estas circunstancias, las mujeres pueden aceptar ciertas intervenciones médicas con el fin de poner fin rápidamente al trauma que están sufriendo durante el parto (Olza, 2014).

Muchas gestantes desconocen el término de violencia obstétrica y la existencia de medios para revelar el abuso obstétrico o la violencia sufrida (Damaris y Riaño, 2019).

Los motivos más comunes que puedan dar lugar a una denuncia por violencia obstétrica son: negarse a dar información sobre procedimientos particulares realizados que desvaloricen su autonomía, desacreditación de sus capacidades y apreciaciones, la ejecución de procedimientos de riesgo como cesáreas u otros, realizados protocolariamente sin un adecuado fundamento científico (Bellón 2015). Es importante tener en cuenta que, en la práctica diaria, las gestantes con frecuencia reciben una simple explicación de que algunas intervenciones específicas se hacen por protocolo, sin recibir más detalles (Guillén, 2006).

Los pacientes de las instituciones públicas requieren que, a pesar de la sobrecarga laboral y los recursos insuficientes, los médicos actúen de manera responsable y coherente,

comunicándoles constantemente sobre su progreso y las posibles soluciones terapéuticas; en concreto, que respeten su dignidad (Villanueva-Egan, 2010).

2.2.10. Percepción del personal de salud sobre Violencia Obstétrica. El personal de salud tiene un papel protagónico en la transgresión de los derechos de las mujeres embarazadas en el momento del parto, principalmente si no tienen conciencia de lo que significa para una mujer, en la mayoría de las veces es el centro de atención debido a sus actitudes mecanizadas y de apariencia impersonal relegando el bienestar de la mujer durante el proceso del parto. (Damaris y Riaño, 2019).

Los motivos que impulsan a los profesionales a cometer violencia obstétrica incluyen: el síndrome de Bournot en un elevado índice de trabajadores de la salud y no estar capacitados para manejar las cuestiones sexuales y emocionales de la mujer en el parto. El agotamiento profesional en los trabajadores de la salud que brindan atención durante las etapas, prenatal, parto y posparto, puede inducir un comportamiento aún más inhumano (Olza, 2014).

Los profesionales que ejercen o presencian la violencia obstétrica también sufren secuelas, como el Síndrome de estrés postraumático, que a menudo los hace abandonar el ejercicio profesional (Oliver, 2019).

2.2.11. Conceptualización del Trabajo de Parto. El trabajo de parto, es un evento biológico que consiste en la expulsión del feto y la placenta mediado por las contracciones uterinas (Carvajal, 2019). La secreción sanguinolenta, ruptura de membranas y la dilatación cervical progresiva, así como las contracciones uterinas regulares y dolorosas, forman parte del diagnóstico clínico del trabajo de parto (Norwitz, 2007).

Estadios del trabajo de parto. Para manejo clínico dado que el trabajo de parto es una marcha continua se ha dividido tradicionalmente en tres estadios (Norwitz, 2007):

Primer estadio, incluye el lapso de tiempo que transcurre desde el inicio del proceso

del parto y la dilatación cervical inicial. Friedman lo dividió en función del desarrollo de la dilatación cervical, en dos fases: la fase latente una fase lenta y de duración variable que abarca desde el inicio del proceso del parto hasta el momento en que se advierte progresión apertura cervical, mientras en la fase activa hay mayor avance de la dilatación e inicia cuando ésta alcanza aproximadamente 2 a 3 cm.

Segundo estadio. Comprende desde cuando se completa la dilatación del cuello del útero aproximadamente 10 cm hasta la expulsión fetal. El descenso y la expulsión del feto son sus características. Recomiendan que la paciente nulípara debe empujar al menos dos horas sin anestesia regional o tres horas con anestesia regional mientras que la paciente multípara debe empujar al menos una hora sin anestesia regional o dos con anestesia regional.

Tercer estadio. Comprende la expulsión de las membranas fetales y de la placenta. Tiene una duración de menos de 10 minutos, siempre que el sangrado no sea excesivo, se espera hasta 30 minutos antes de considerar una intervención activa.

2.2.12. Intervenciones Médicas Durante el Trabajo de Parto. La OMS (2018) ha establecido las siguientes recomendaciones para una experiencia de parto positiva:

Opción de atención	Recomendación	Categoría de Recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Cuidado respetuoso de la madre	Se recomienda un enfoque de cuidado maternal respetuoso y organizado que promueva la toma de decisiones informadas y brinde apoyo durante el proceso del parto garantizando su dignidad, confidencialidad y seguridad física de las mujeres.	Se recomienda
Comunicación eficaz	Recomendamos una comunicación eficaz entre los profesionales de la salud y las mujeres en trabajo de parto utilizando estrategias simples y sensibles a la cultura	Se recomienda
Acompañamiento durante el proceso de nacimiento	Es recomendable que la mujer cuente con la compañía de una persona de su confianza durante el proceso de parto.	Se recomienda
Atención continua	Los modelos de atención continua liderado por parteras –Consisten en una o un equipo reducido de parteras que dan atención continua desde el prenatal hasta el posparto – Se recomienda para mujeres embarazadas en áreas con programas de partería eficientes.	Recomendación adaptada al contexto

Fase de dilatación		
Definiciones de las fases de dilatación	<p>Para fines prácticos se recomienda adoptar las definiciones del de las fases latente y activas durante el periodo de dilatación:</p> <p>—La fase latente del periodo de dilatación se caracteriza por las dolorosas contracciones del útero con un borramiento inicial y una dilatación que progresa hasta los 5 cm tanto en el primer trabajo de parto como en los siguientes.</p> <p>—la dilatación activa se caracteriza por que las contracciones uterinas se vuelven más intensas y regulares, acompañadas de un progreso significativo en el borramiento y dilatación del cuello uterino desde 5 cm hasta la dilatación completa, típico de los primeros partos y siguientes.</p>	Se recomienda
Tiempo de dilatación	Es importante que las mujeres conozcan que no hay un tiempo estándar establecido para la fase latente del periodo de dilatación, ya que varía significativamente de una persona a otra, pero la fase activa, desde 5 cm hasta la dilatación completa generalmente dura hasta 12 horas en el primer parto y hasta 10 horas en partos subsecuentes	Se recomienda
Avance del estadio de dilatación	El criterio de dilatación cervical de 1cm/ hora en la fase activa, usado como referencia en el partograma, no es un indicador fiable para identificar riesgo de complicaciones durante el parto en aquellas mujeres embarazadas con inicio de trabajo de parto espontaneo, por lo que no se recomienda su uso como indicador de resultados adversos.	No se Recomienda
	Una dilatación cervical mínima de 1cm/ durante toda la fase activa del trabajo de parto puede ser demasiado rápida para algunas mujeres por lo que no es un indicador fiable para evaluar una progresión normal del parto. Una tasa de dilatación inferior a 1 cm/hora no debe ser un criterio de rutina para decidir la intervención obstétrica.	No se Recomienda
	El proceso de parto puede requerir un umbral de dilatación cervical de 5 cm para que progrese de manera natural. Por lo tanto, no se recomienda el uso de intervenciones médicas como la estimulación con Oxitocina o la cesárea para acelerar este proceso, mientras se garantice la salud y bienestar de la madre y el feto.	No se Recomienda
Política de acceso a la sala de parto	En el caso de mujeres embarazadas sanas en trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política del retrasar el ingreso a la sala de parto hasta que se alcance la dilatación activa, sólo en el marco de la investigación, rigurosa y supervisada.	Se recomienda en función del contexto de investigación
Pelvimetría obstétrica inicial	La Pelvimetría clínica no es necesaria de manera rutinaria en el ingreso hospitalario para parto en caso de mujeres embarazadas sanas	No se Recomienda
Monitorización fetal de ingreso	La cardiotocografía de rutina no se recomienda para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas que ingresan para parto espontáneo.	No se Recomienda
	Se recomienda emplear un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para la evaluación del bienestar del feto, en el momento del ingreso para el parto	Se recomienda
Rasurado perineal	No es recomendado el rasurado púbico o perineal como procedimiento de rutina antes del parto vaginal	No se Recomienda
Enema de admisión	No se recomienda la administración rutinaria de enemas para acelerar el proceso de parto	No se Recomienda

Evaluación vaginal	Es recomendable realizar un tacto vaginal cada cuatro horas para evaluación rutinaria y detección temprana de trabajo de parto activo prolongado.	Se recomienda
Monitorización fetal continua	En embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo la cardiotocografía continua como un método para evaluar bienestar fetal, no se recomienda	No se Recomienda
Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal	En el caso de embarazadas sanas en trabajo de parto se recomienda realizar controles regulares de la frecuencia cardíaca fetal utilizando ecografía Doppler o el estetoscopio de Pinard.	Se recomienda
Analgesia peridural	La anestesia peridural es recomendada para mujeres que desean aliviar el dolor durante el trabajo de parto, teniendo en cuenta sus preferencias personales.	Se recomienda
Analgésicos opioides	Se recomienda el uso de opioides como fentanilo, diamorfina y petidina para el alivio del dolor durante el parto, dependiendo de las preferencias de las mujeres embarazadas	Se recomienda
Técnicas alternativas de alivio del dolor	Se recomienda para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de las embarazadas sanas, el uso de técnicas de relajación que incluyan relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras.	Se recomienda
Terapias manuales para el dolor	Se recomienda utilizar técnicas de manejo de dolor como masajes o compresas tibias, para embarazadas sanas respetando sus preferencias personales.	Se recomienda
Manejo del dolor en el trabajo de parto	No se debe administrar alivio del dolor con el fin de minimizar y evitar el uso de conducción durante el trabajo de parto	No se Recomienda
Alimentación oral	En caso de bajo riesgo se recomienda que las mujeres consuman líquidos y alimentos durante el parto.	Se recomienda
Posición y movilidad materna	En caso de bajo riesgo se recomienda promover la libertad de movimiento y la postura erguida durante el parto.	Se recomienda
Higiene vaginal	La irrigación vaginal con clorhexidina no es recomendada como medida preventiva de infecciones durante el trabajo de parto.	No se Recomienda
Manejo obstétrico activo	No es recomendable la aplicación de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto como medida preventiva para el retraso del trabajo de parto.	No se Recomienda
Ruptura artificial de membranas	La amniotomía por sí sola no se recomienda para prevenir el retraso del trabajo de parto.	No se Recomienda
Oxitocina y anestesia peridural	La oxitocina no se recomienda como medida preventiva para el retraso del trabajo de parto en mujeres que reciben analgesia peridural.	No se Recomienda
Fármacos antiespasmódicos	No es recomendable la administración de antiespasmódicos como medida preventiva para el retraso del trabajo de parto.	No se Recomienda
Etapa expulsiva		
Definición y tiempos de la etapa expulsiva	En la práctica clínica se recomienda utilizar la siguiente definición y duración estándar para el periodo expulsivo: El periodo expulsivo es la fase del parto en el que la mujer experimenta contracciones uterinas expulsivas y un deseo irresistible de pujar, desde la dilatación completa del cuello uterino hasta el nacimiento del bebé. Las mujeres deben ser informadas sobre la variabilidad del periodo expulsivo, desde un promedio de tres horas en el primer parto a dos horas para los partos siguientes.	Se recomienda
Posición para dar a luz sin anestesia peridural	Se recomienda permitir que las mujeres sin anestesia epidural puedan adoptar la posición preferida, incluyendo opciones erguidas.	Se recomienda

Posición para dar a luz con anestesia peridural	Para mujeres con anestesia peridural se recomienda promover la libertad de elección en la posición para dar a luz, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz incluso opciones erguidas.	Se recomienda
Método de pujar sin anestesia peridural	Es importante fomentar y apoyar a las mujeres para que sigan su instinto natural de pujar durante el periodo expulsivo del parto.	Se recomienda
Método de pujar con anestesia peridural	En situación de anestesia o recuperación de la sensibilidad para pujar se puede prolongar la acción de pujar hasta dos horas después de la dilatación siempre y cuando se cuenten con recursos adecuados para prevenir la hipoxia perinatal.	Se recomienda en función del contexto específico
Técnicas de prevención del trauma perineal	En el período expulsivo, se recomienda emplear técnicas con el fin de minimizar el trauma perineal y favorecer el parto espontáneo, tal como masajes perineales, compresas tibias y protección activa del perineo según preferencias y opciones de la mujer.	Se recomienda
Episiotomía	La episiotomía no se recomienda como práctica habitual en partos vaginales espontáneos.	No se Recomienda
Presión uterina	La presión en el fondo uterino no se recomienda como método para promover el parto durante el periodo expulsivo.	No se Recomienda
Parto vaginal		
Uterotónicos preventivos	Se recomienda administrar uterotónicos en todos los partos para reducir el riesgo de hemorragia posparto (HPP). Se recomienda la oxitocina (10 UI, IM/IV) como uterotónico de elección para prevenir la hemorragia posparto (HPP). Para entornos sin acceso a oxitocina se pueden emplear otros uterotónicos como ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina por vía inyectable o misoprostol oral (600 µg).	Se recomienda Se recomienda Se recomienda
Pinzamiento retrasado del cordón umbilical	Se recomienda retrasar el pinzamiento del cordón umbilical no antes de 1 minuto después del nacimiento para mejorar la salud y nutrición tanto de la madre como del bebé.	Se recomienda
Tracción gradual del cordón	Para partos vaginales en entornos con asistentes obstétricos capacitados se aconseja la tracción controlada del cordón para minimizar la pérdida de sangre y acortar el alumbramiento según criterio del profesional y la madre.	Se recomienda
Masaje del útero	No es recomendable realizar masaje uterino sostenido para prevenir la hemorragia posparto, en mujeres tratadas con oxitocina.	No se recomienda
Cuidado del recién nacido		
Aspiración de secreciones	No se recomienda la aspiración de la boca y la nariz en neonatos que nacen con líquido amniótico claro y respiran por su propia cuenta.	No se Recomienda
Contacto piel a piel	Los recién nacidos sin complicaciones deben ser colocados en contacto piel con piel con la madre durante la primera hora postnatal para mantener la temperatura corporal y fomentar la lactancia materna.	Se recomienda
Amamantamiento	Se recomienda que todos los recién nacidos incluyendo aquellos de bajo peso sean amamantados lo más pronto después del nacimiento una vez verificada la estabilidad clínica y la preparación de la madre y el bebe.	Se recomienda
Vitamina K en recién nacidos	Se recomienda administrar por vía intramuscular 1 mg de vitamina K a todos los recién nacidos, después de la primera hora del nacimiento, tras el contacto piel con piel y lactancia	Se recomienda

	materna.	
Baño y cuidados iniciales del recién nacido	Se recomienda retrasar el baño del recién nacido hasta 24 horas después del nacimiento o al menos seis horas si esto no es posible por razones culturales. Vestir al bebé con ropa adecuada (dos capas más que adultos) y sombrero o gorro para mantener la temperatura temporal y cuidar la unidad madre-bebé en la misma habitación durante las primeras 24 horas.	Se recomienda
Atención de la madre en el Posparto		
Evaluación del tono uterino	Todas las mujeres deben recibir una evaluación postparto del tono muscular uterino para detectar tempranamente la atonía uterina.	Se recomienda
Profilaxis antibiótica en parto vaginal normal	La profilaxis antibiótica no es recomendada de manera rutinaria en mujeres que experimenta un parto vaginal sin complicaciones.	No se Recomienda
Tratamiento antibiótico preventivo para episiotomía	La profilaxis antibiótica no es recomendada de manera rutinaria en mujeres que han tenido una episiotomía.	No se Recomienda
Revisión materna posparto	En el puerperio inmediato durante las primeras 24 horas, se debe realizar a todas las mujeres un examen de rutina que incluya la monitorización de hemorragia vaginal, contracción del útero, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca. La monitorización de la presión arterial debe iniciarse después del nacimiento y si es normal se repetirá en seis horas y se debe documentar la orina dentro de las seis horas siguientes.	Se recomienda
Alta hospitalaria después del parto vaginal normal	Se recomienda un mínimo de 24 horas de estancia en el centro de salud para madres y sus recién nacido después de un parto vaginal normal para recibir una atención y cuidados especializados.	Se recomienda

Cuadro 1. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (OMS, 2018, p. 3-7).

2.2.13. Acciones del personal de salud que pueden revelar violencia obstétrica.

Almaguer, García y Vargas (2010) basándose en las recomendaciones de la OMS, consideran:

a) Procedimientos técnicos de rutina durante el parto. Incluye acciones que pueden excluirse salvo indicación:

Indicación de acciones rutinarias que pueden afectar a las madres y a sus hijos.

Como el uso de enemas, rasurado del pubis, episiotomías, exploración uterina antes del parto, inducción con oxitócicos antes de las 42 semanas de gestación uso de tranquilizantes y sedantes en la madre, realizar cesárea en paciente cuyo parto anterior ha sido por cesárea, administrar agua o glucosa a los bebés que están lactando, corte temprano del cordón umbilical.

Limitaciones al empoderamiento de las madres. Incluyen la separación de los bebés de sus madres, impidiéndoles decidir sobre su cuidado, ni lactar sin restricciones, la prohibición de ingerir líquidos, recibir visitas de sus parientes y la persistencia en su aislamiento institucional universal.

Limitación del trabajo de parto. considera la desatención de la madre, la imposición posición supina en el trabajo de expulsión; el dejarla sola sin compañía afectiva

b) Maltratos y desprecios. A través de expresiones, utilizadas por el personal de salud, como: ¿acaso no le dolía hace nueve meses?, “aguanta lo amargo si te gusto lo dulce”, o también “con tu hombre si abres las piernas, mamacita”. Además, el estar desnuda exponiendo los genitales para la revisión vaginal y durante el parto en presencia de varias personas, y la exposición de sus glúteos por el uso de batas cortas con listones rotos.

c) Intervenciones obstétricas innecesarias para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes. Entre estos procedimientos, exploración vaginal, las incisión perineal y cesáreas. Las prácticas son el resultado de diversas manifestaciones del patriarcado, la mujer es deshumanizada y tratada como un objeto, donde sus intereses y sensaciones no son importantes y los objetivos de instrucción del residente se colocan en una posición superior.

d) Diseño de presupuestos y espacios de atención materna. Infraestructura inadecuada, con espacios restringidos para la atención de parto; lo que impide el acompañamiento, además produce un hacinamiento entre las mujeres obstaculizando el trabajo de parto entre ellas.

e) Maltrato cultural y social en salud reproductiva. Las mujeres indígenas y pobres padecen muchas veces maltrato en los servicios de salud, que incluyen, burla o rechazo de sus creencias y costumbres culturales, y mayor discriminación. Según la convención sobre eliminación de todas las maneras de segregación contra las mujeres (CEDAW), en el Perú la mayoría de las mujeres de las comunidades indígenas no hacen uso de su derecho a una

maternidad segura y protegida por las dificultades culturales, barreras geográficas y dificultades económicas que obstaculizan la accesibilidad a los servicios sanitarios. Según el Ministerio de Salud (MINSA), las mujeres en áreas rurales en comparación a las de procedencia urbana, corren el doble de riesgo de muerte por durante el embarazo. En el 2010 el 58.7% de los alumbramientos que ocurrieron en áreas rurales fueron atendidos en centros de salud público (causa principal de morbilidad materna), en contraste con el 82% de los nacimientos atendidos en áreas urbanas (Familiar O. N., 2018).

2.3. Bases filosóficas

El biopoder, ideado por Michel Foucault, es un método de poder utilizado por los estados capitalistas contemporáneos para controlar a individuos y poblaciones mediante normas y estándares. El poder no es propiedad de la clase dominante; sostiene que es una estrategia, el poder se ejerce, no se tiene (Ávila-Fuenmayor, 2006). Sostiene que el control de la población se puede concebir como algo racional y consensuado a través de varios mecanismos de biopoder, por ejemplo, los parámetros del bienestar, las prácticas de reproducción, los comportamientos sexuales y la cultura de salud en la población pueden ser controlados por el estado contemporáneo.

Mediante el lenguaje de Foucault, los hospitales se convierten en una de las “instituciones disciplinarias” más significativas desde donde se ejerce el biopoder (Bellón, 2015). De acuerdo a la teoría foucaultiana la violencia obstétrica es un concepto ideológico que se basa en la supremacía del saber/poder médico sobre el cuerpo de las mujeres a través de una estructura jerárquica (Lafaurie, et al., 2019).

La bioeticista Arguedas Ramírez, propone que el poder obstétrico es un concepto clave para el entendimiento de la violencia obstétrica, basado en aportes de feministas y filósofos como Donna Haraway, Sara Hardey y Michel Foucault, y define a la violencia obstétrica como una manifestación de dominación y control que surge del uso de este tipo

de poder basado en "[...] un modo de control disciplinante [...] que crea cuerpos dóciles y sexuados (Calafell, 2015). Éste actúa mediante una serie de tecnologías disciplinarias que incluyen todas las conductas que las mujeres soportan durante el embarazo, desde innecesarios exámenes vaginales hasta la inducción del miedo para que opten por la cesárea (O'neal Coto, 2017).

2.4. Definición de términos básicos

Violencia obstétrica. Prácticas que implican el trato degradante, intimidante y opresivo hacia las mujeres y las niñas en la atención médica y especialmente en la atención reproductiva (Arguedas Ramírez, 2014).

Atención de parto. Asistencia brindada a la mujer y neonato en las distintas etapas del proceso de parto a través de un conjunto de actividades procedimiento e intervenciones. (INMP, 2018).

Episiotomía. Es una cirugía realizada durante el alumbramiento en la región vaginal-perineal (Mayoclinic. Org, 2022).

Puerperio. Etapa comprendida entre el término de la expulsión de la placenta y la sexta semana o 42 días (Ministerio de Salud, 2016).

Puérpera. Se refiere a la mujer que se encuentra en la etapa de posparto, la cual comprende desde que se expulsa el feto hasta que se expulsa completamente la placenta y las membranas ovulares (Ministerio de Salud, 2016).

Variables sociodemográficas, se refieren a categorías específicas que caracterizan a los participantes: edad cronológica, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, estado civil (definida para los fines de esta investigación).

Variables epidemiológicas, se refieren a características relacionadas a la salud: Control prenatal, clases prenatales, Edad gestacional, tipo de nacimiento (definida para este estudio)

2.5. Hipótesis de investigación

Estudio descriptivo por lo que no se formularon hipótesis

2.6. Operacionalización de variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Violencia Obstétrica	Abarca todas las formas de agresión efectuados por el personal sanitario, durante la atención prenatal, natal y postnatal, expresado en el trato inhumano, exceso de medicalización y patologización de un proceso natural, afectando negativamente la salud reproductiva y sexual de la madre.	Determinación de violencia obstétrica en puérperas procedentes de establecimientos de salud de Huacho a través de un cuestionario validado para tal fin.	Violencia física	Restricción de la movilidad Tactos múltiples por diferente personal Maniobras y cirugías innecesarias Medicación innecesaria	Nominal
			Violencia psicológica	Abandono Comentarios irónicos, denigrantes en tono de chiste Críticas (/por llorar, gritar) Sobrenombres. diminutivos Falta de privacidad	Nominal
Variables Epidemiológicas	Describen y caracterizan un problema de salud colectivo, determinando los individuos y poblaciones en riesgo	Describen y caracterizan situaciones de riesgo de mujeres en períodos, pre, parto y postparto, determinados a través de un cuestionario, para su descripción.	Control prenatal clases de preparación al parto	Controlada No controlada	Nominal
			Edad gestacional	Rangos de edad gestacional	Nominal
			Parto	Tipo de parto	Nominal
Variables Sociodemográficas	Datos sociodemográficos que describen las características de una población, cuyo análisis permite la interpretación de su comportamiento en el ámbito de donde se toman, la proyección y la predicción	Obtención de datos de naturaleza social de una población de mujeres en situación de pre, parto y postparto mediante un cuestionario para su descripción	Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
			Procedencia	Rural Urbano	Nominal
			Ocupación	Estudiante Ama de casa Dependiente Independiente	Nominal
			Nivel de instrucción	Primaria-secundaria-superior	Ordinal
			Edad cronológica	Edad en años	Discreta

Capítulo III. Metodología

3.1. Diseño metodológico

Es un estudio descriptivo porque no se manipuló la variable de estudio, solo se estudió la prevalencia y características de la violencia obstétrica física y psicológica según variables epidemiológicas y sociodemográficas, así como la prevalencia de los tipos de violencia física y psicológica en la muestra estudiada. Es un estudio transversal retrospectivo porque fueron datos recolectados en un momento determinado mediante un cuestionario validado sobre violencia obstétrica percibida por puérperas que tuvieron sus partos en dos instituciones de salud de la ciudad de Huacho entre los meses de junio y julio de 2022. La metodología utilizada de enfoque cuantitativo porque a pesar de recolectar datos cualitativos éstos se cuantificaron para el análisis.

3.2 Población y muestra

Población. Puérperas cuyos partos se han realizado en establecimientos de salud de la ciudad de Huacho, entre junio y julio del 2022.

Muestra. 118 puérperas cuyos partos se han realizado en establecimientos de salud de la ciudad de Huacho, entre los meses de junio y julio del 2022. Se consideraron como criterios de inclusión:

Puérperas que firmaron hoja de consentimiento informado

Puérperas cuyos recién nacidos fueron registrados en la ciudad de Huacho

3.3. Técnicas de recolección de datos

Se empleó un cuestionario validado que incluye una serie de preguntas cerradas y abiertas que adaptaron datos epidemiológicos y sociodemográficos. Las preguntas del Test de Violencia Obstétrica con opción de respuesta Sí o No y un apartado con respuesta abierta (Anexo 2).

3.4. Técnicas para el procesamiento de la información

Nuestros datos fueron organizados y analizados mediante el programa Excel 2010 en una computadora Intel core i5. Los resultados se han presentado en gráficos.

3.5. Matriz de Consistencia

Violencia Obstétrica: Estudio de Prevalencia, Huacho 2022

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de violencia obstétrica, según variables epidemiológicas y demográficas, en Huacho 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la prevalencia de Violencia Obstétrica según variables epidemiológicas?</p> <p>2. ¿Cuál es la prevalencia de Violencia Obstétrica según variables demográficas?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la prevalencia de violencia obstétrica y según variables epidemiológicas y demográficas en Huacho 2022</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1. Determinar la prevalencia de Violencia Obstétrica según variables epidemiológicas en la Región Lima Provincias. Huacho 2022.</p> <p>2. Determinar la prevalencia de Violencia Obstétrica según variables demográficas en la Región Lima Provincias. Huacho 2022.</p>	<p>No se formulan hipótesis por ser estudio de Tipo Descriptivo</p>	<p>Violencia Obstétrica</p> <p>Variables epidemiológicas</p>	<p>Violencia física</p> <p>Violencia psicológica</p> <p>Control prenatal</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Parto</p>	<p>Restricción de la movilidad</p> <p>Tactos múltiples por diferente personal</p> <p>Maniobras y cirugías innecesarias</p> <p>Medicación innecesaria</p> <p>Abandono comentarios irónicos, en tono de chiste por su comportamiento</p> <p>Críticas (por llorar, gritar) en el trabajo de parto</p> <p>Sobrenombres, diminutivos</p> <p>Falta de privacidad</p> <p>Controlada</p> <p>No controlada</p> <p>Rango de edad gestacional</p> <p>Vaginal</p> <p>Cesárea</p>	<p>Diseño metodológico</p> <p>Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo con metodología cuantitativa porque a pesar de recolectar datos cualitativos, estos se cuantificaron para el análisis.</p> <p>Población</p> <p>Puérperas que fueron atendidas en dos establecimientos de salud de la ciudad de Huacho, entre junio y julio del 2022.</p> <p>Muestra</p> <p>118 puérperas cuyos partos se han realizado en establecimientos de salud de la ciudad de Huacho, entre los meses de junio y julio del 2022</p> <p>Técnicas de recolección de datos</p> <p>Se utilizó un cuestionario validado. Que consta de preguntas cerradas y abiertas que adaptaron datos epidemiológicos y sociodemográficos. Las preguntas del Test de Violencia Obstétrica con opción de respuesta Sí o No y un apartado con respuesta abierta.</p>

			Variables Sociodemo gráficas	Estado civil Casada Conviviente Procedencia Rural Urbana Ocupación Estudiante Ama de casa Dependiente Independiente Nivel de Instrucción Primaria Secundaria Superior Edad cronológica Edad en años	Técnicas para el procesamiento, de la información Nuestros datos fueron organizados y analizados mediante el programa Excel 2010 en una computadora Intel core i5. Los resultados se han presentado en gráficos
--	--	--	------------------------------	---	---

Capítulo IV. Resultados

4.1. Análisis de Resultados

En cuanto a prevalencia de violencia obstétrica física, según variables epidemiológicas, se muestran los siguientes hallazgos:

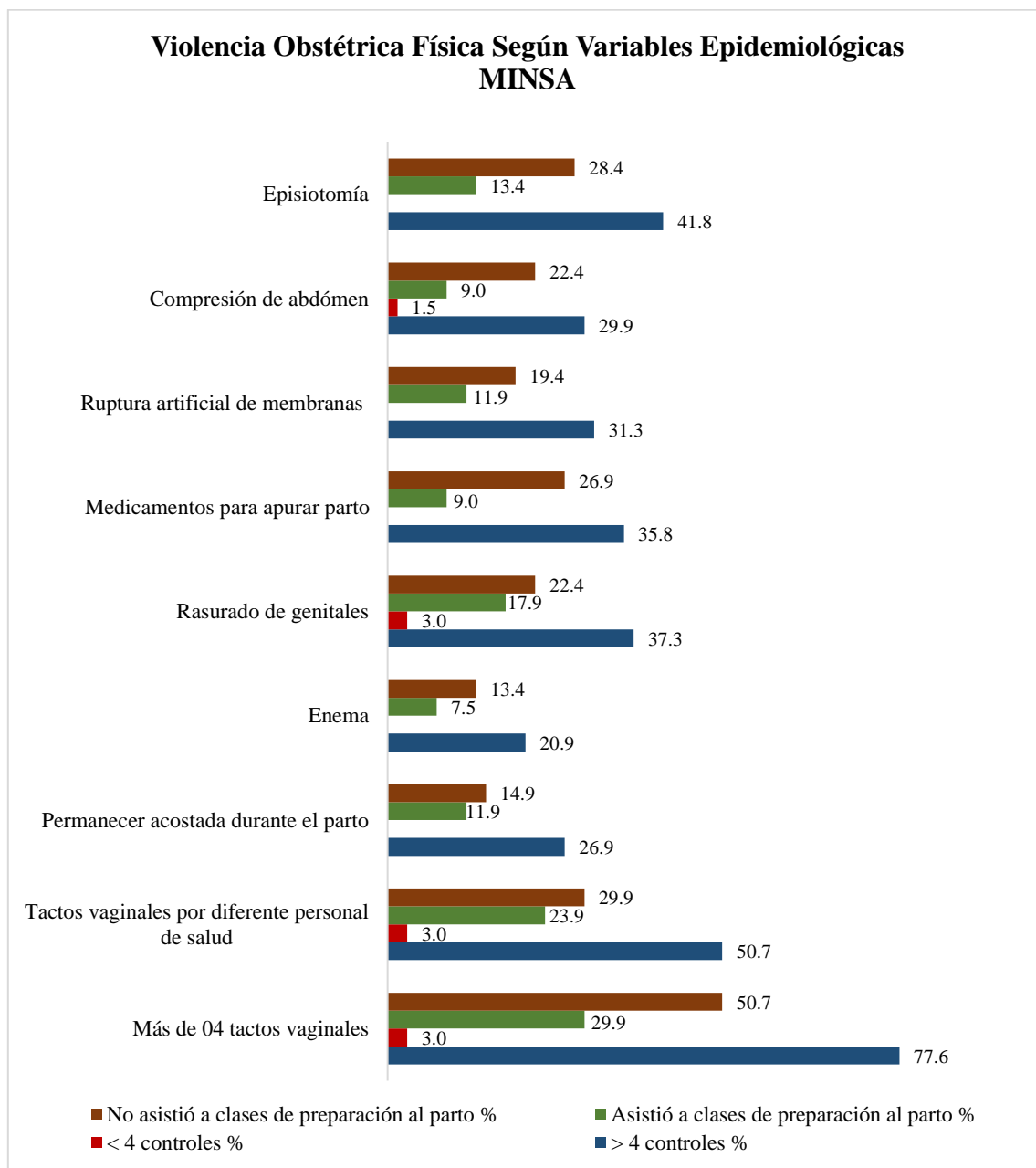


Figura 1. Violencia física según controles prenatales y clases de preparación al parto

Se observa en la figura 1, que la violencia física “más de 04 tactos vaginales” predominó en púerperas que tuvieron más de 04 controles prenatales (77.6 %) y en púerperas que no asistieron a clases de preparación al parto (50.7 %).

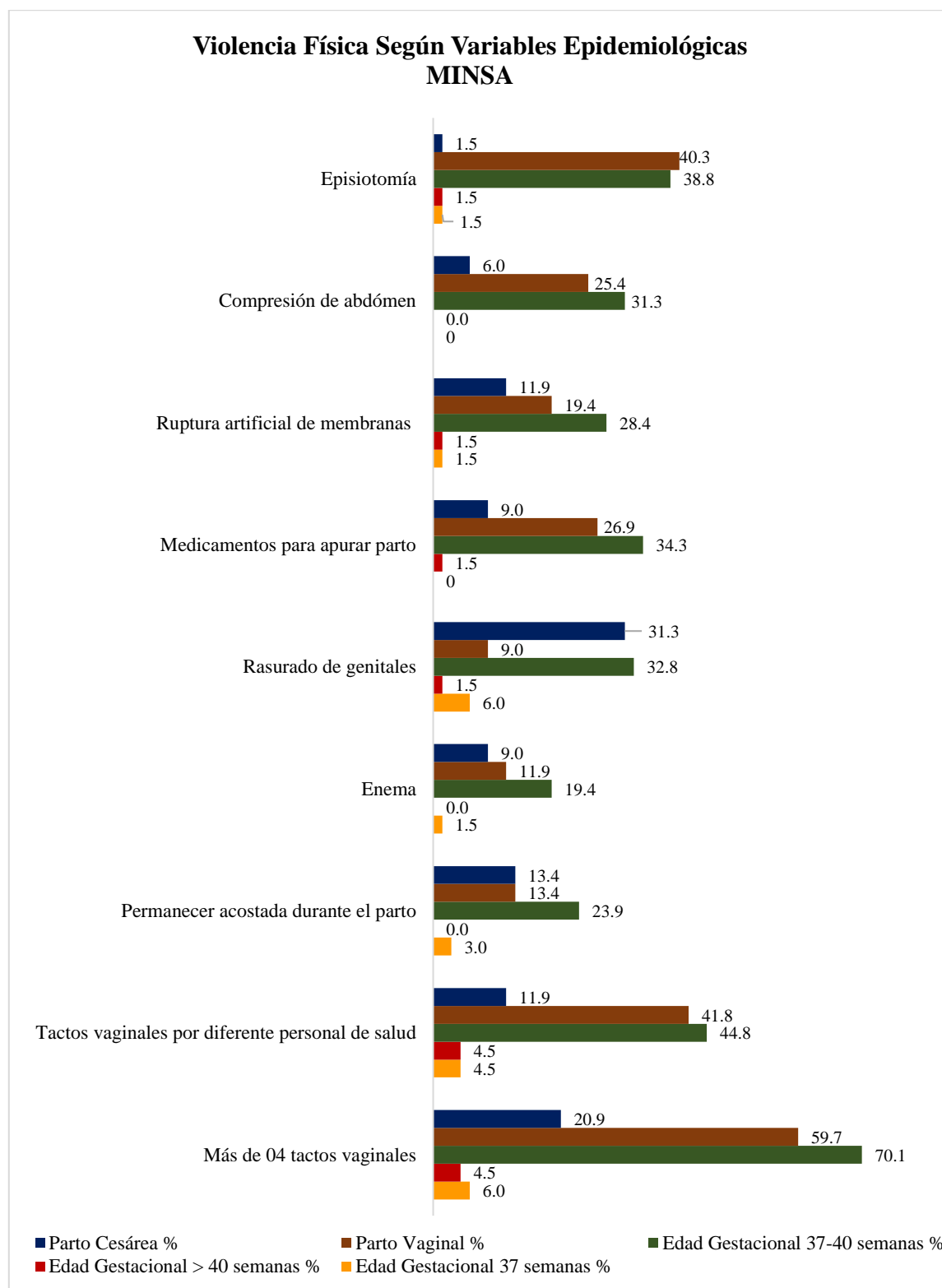


Figura 2, Violencia física según edad gestacional y tipo de parto

En la figura 2, Se muestra que la violencia física “más de 04 tactos vaginales” predominó en púerperas de MINSA de edad gestacional entre 37-40 semanas (70.1 %) y en las que tuvieron parto vaginal (59.7 %).

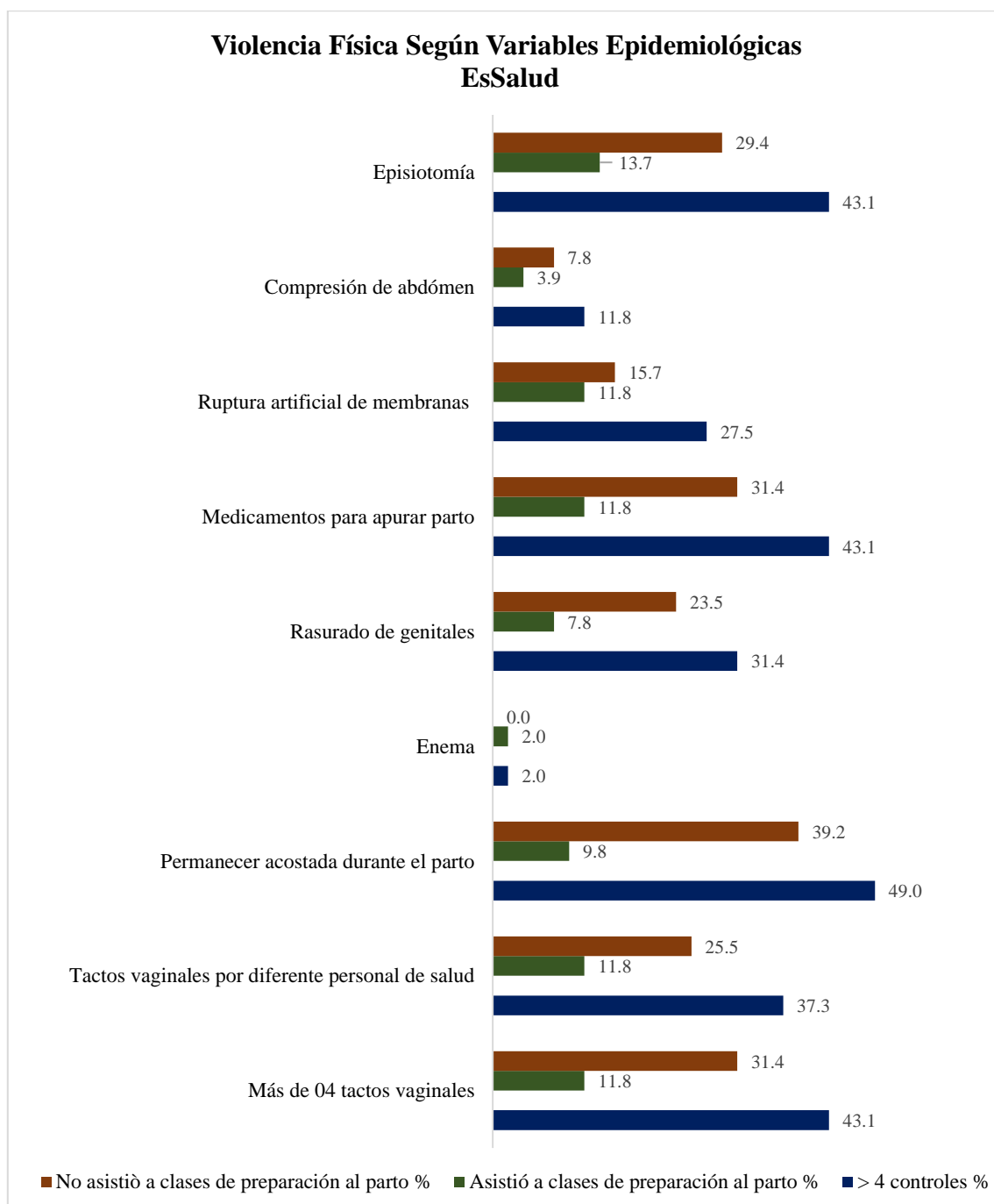


Figura 3. Violencia física según controles prenatales y clases de preparación al parto

En la figura 3 se muestra que la violencia física “permanecer acostada durante el parto” predominó en púerperas con más de cuatro controles prenatales (49.0%) y en púerperas que no asistieron a clases de preparación al parto (39.2 %).

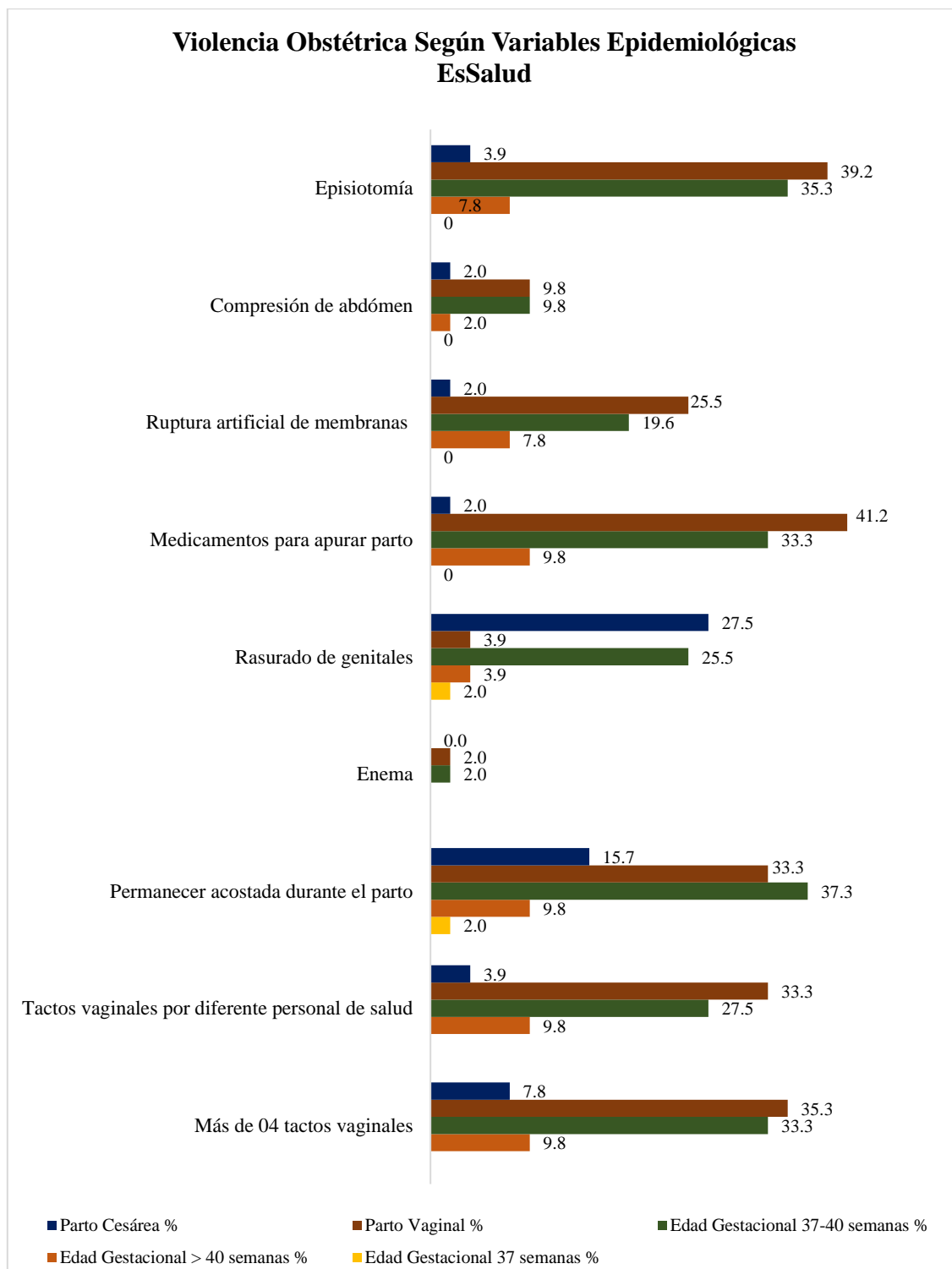


Figura 4. Violencia física según edad gestacional y tipo de parto

Se muestra en la figura 4 que la violencia física “permanecer acostada durante el parto” predominó en púerperas de edad gestacional entre 37- 40 semanas (37.3 %), mientras que la violencia física “medicamentos para apurar el parto” predominó en púerperas que tuvieron parto vaginal (41.2 %).

En cuanto a la Violencia Obstétrica Física según Variables Sociodemográficas, se muestran los siguientes hallazgos:

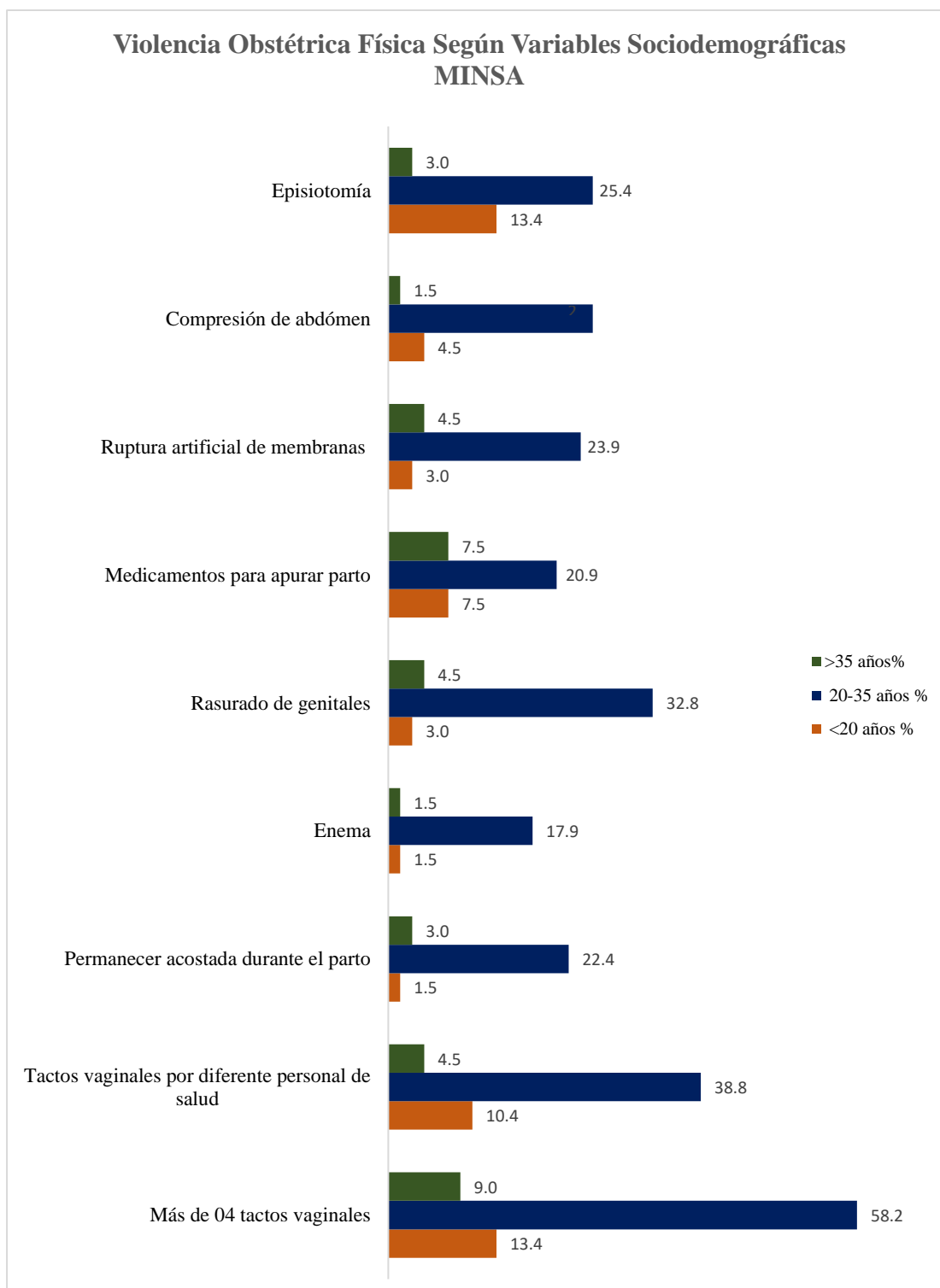


Figura 5. Violencia física según edad

En la figura 5, se muestra que la violencia física “más de 4 tactos vaginales” predominó en púérperas de edades entre 20-35 años (58.2%).

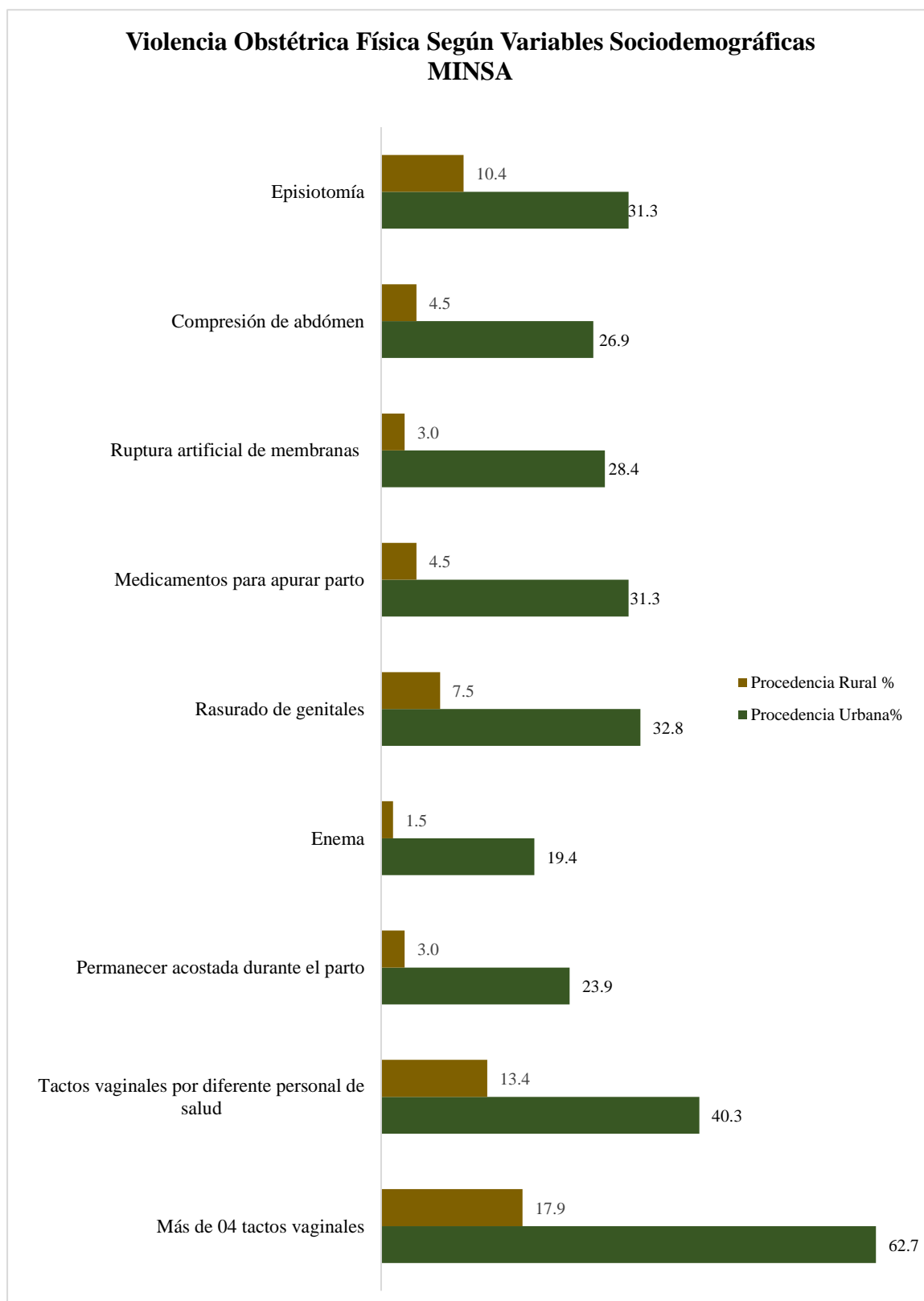


Figura 6. Violencia física según procedencia

En la figura 6, se muestra que la violencia física “más de 4 tactos vaginales” predominó en púérperas de procedencia urbana (62.7 %).

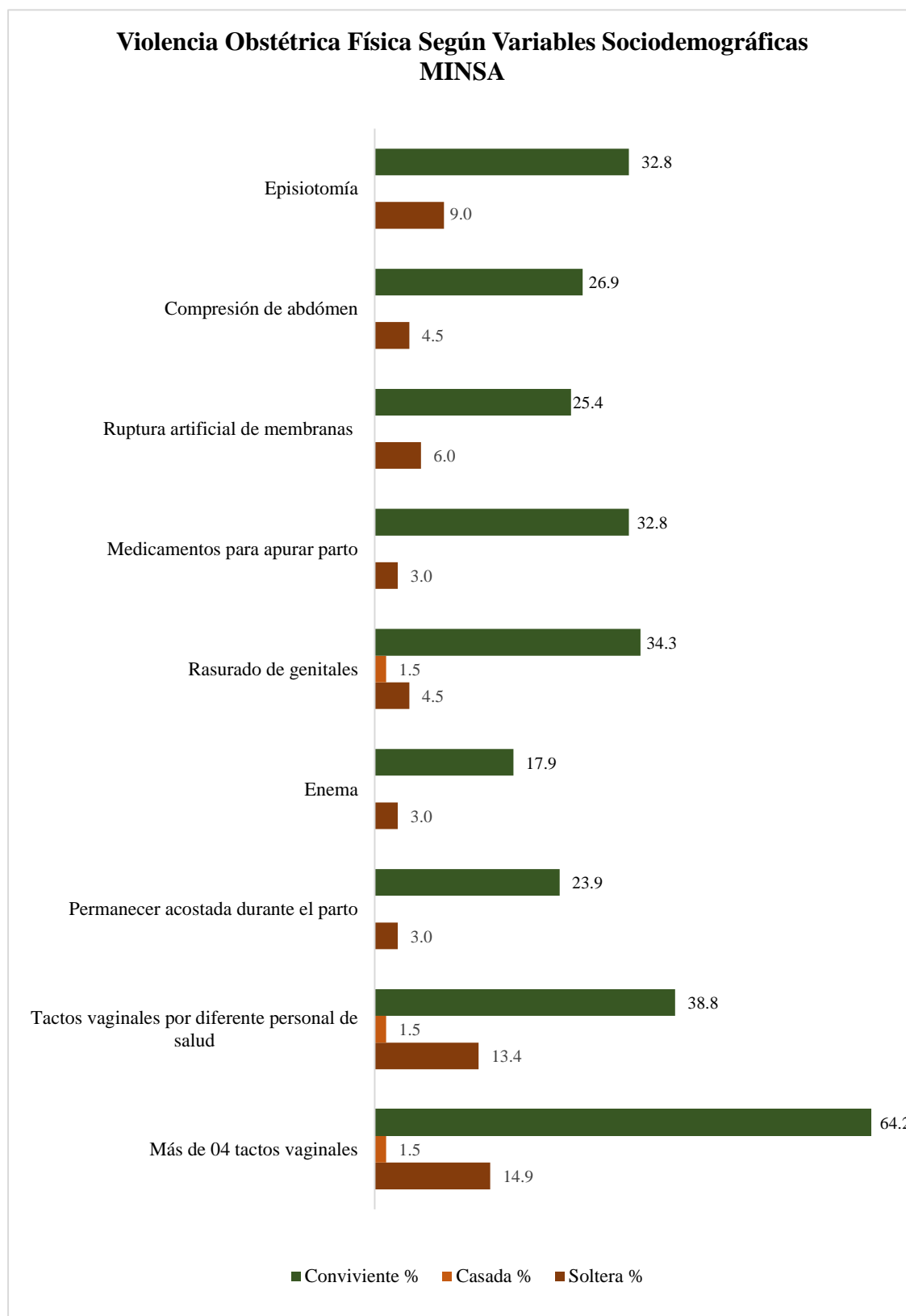


Figura 7. Violencia física según estado civil

En la figura 7, se muestra que la violencia física “más de 4 tactos vaginales” predominó en púérperas de estado civil conviviente (64.2 %).

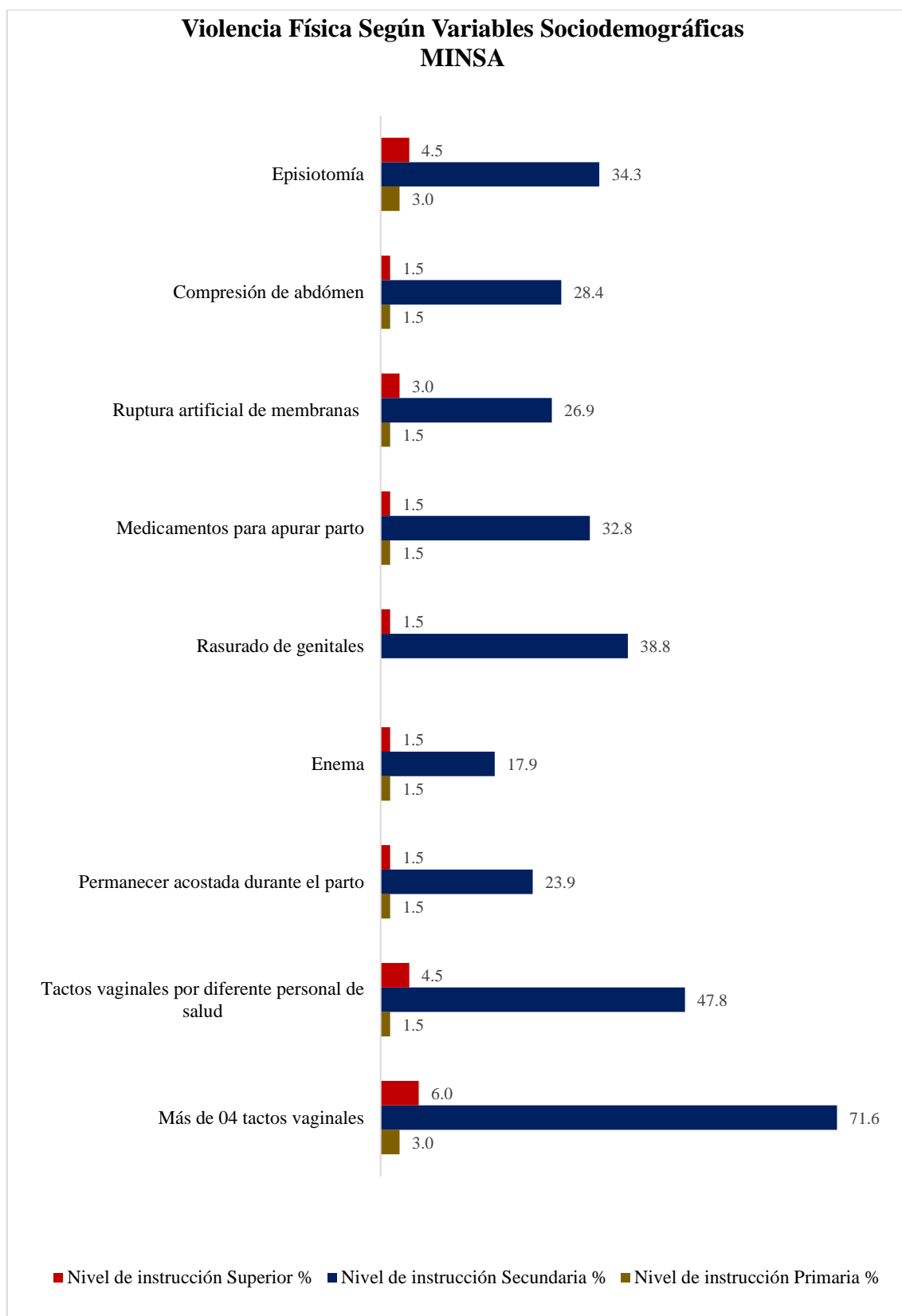


Figura 8. Violencia física según nivel de instrucción

En la figura 8 se muestra que la violencia física “más de 4 tactos vaginales” predominó en púerperas con nivel de instrucción secundaria (71.6 %).

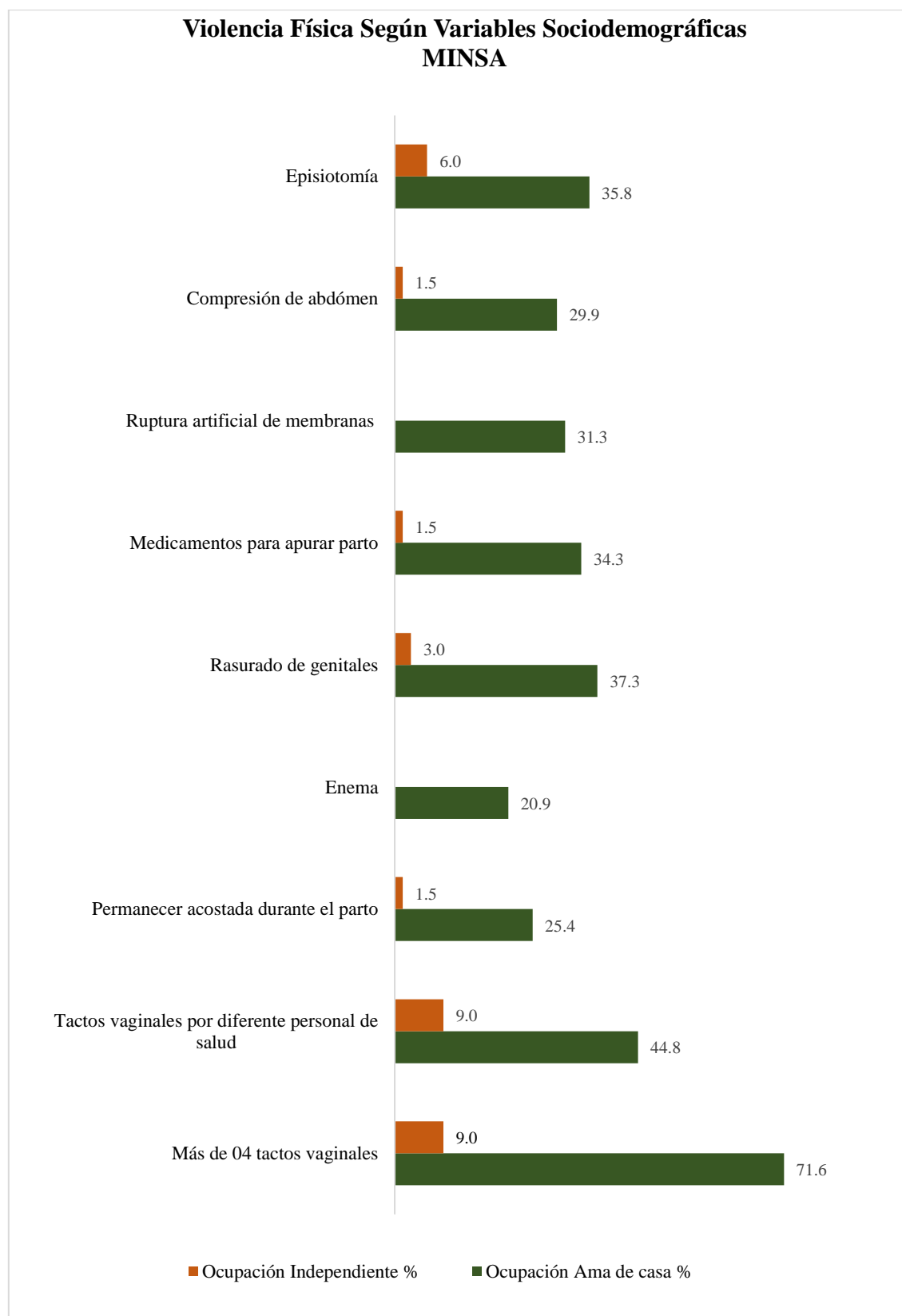


Figura 9. Violencia física según ocupación

En la figura 9 se muestra que la violencia física “más de 4 tactos vaginales” predominó en púerperas con ocupación amas de casa (71.6 %).

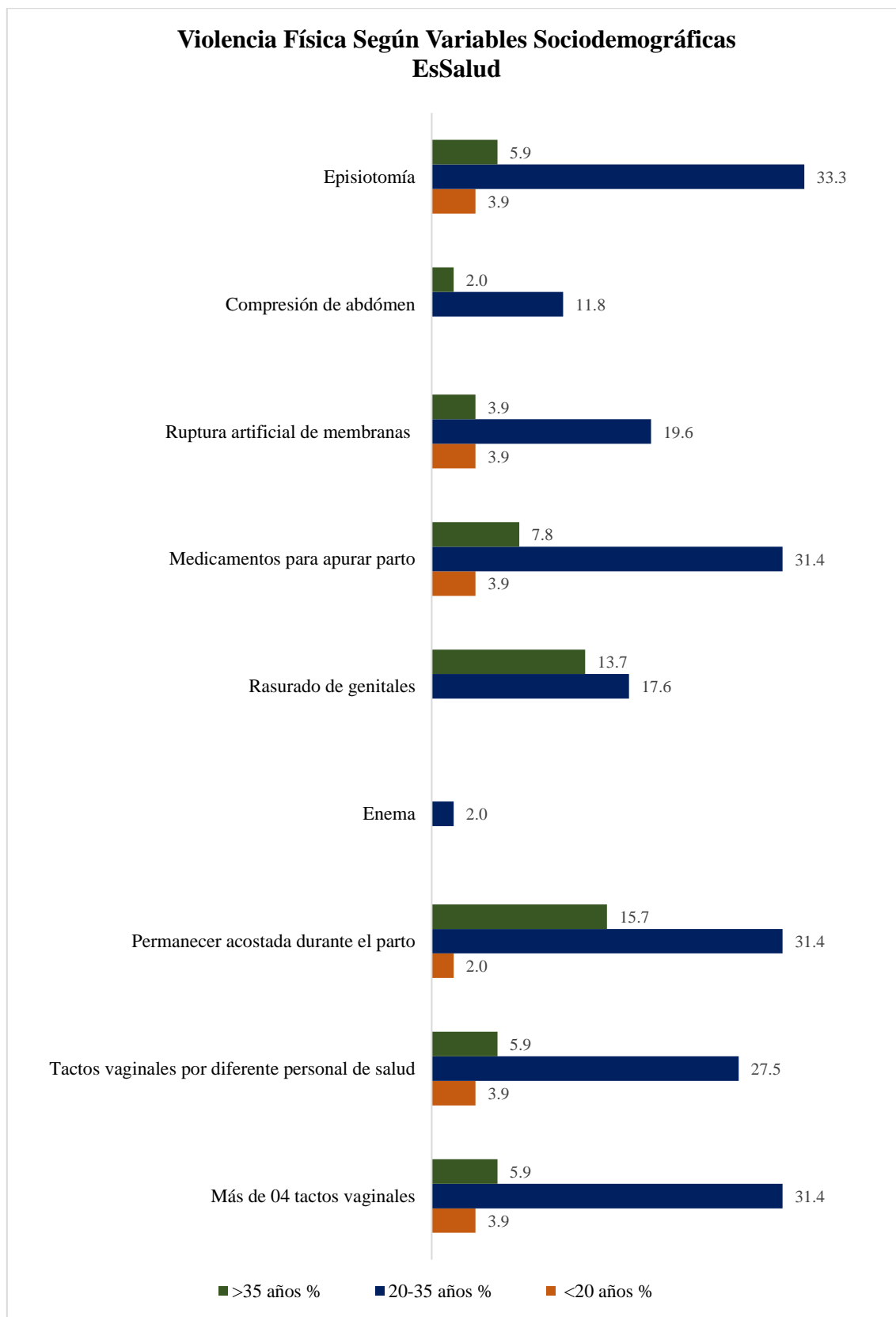


Figura 10. Violencia física según edad

En la figura 10 se muestra que la violencia física “episiotomía” predominó en puérperas de 20 a 35 años (33.3%).

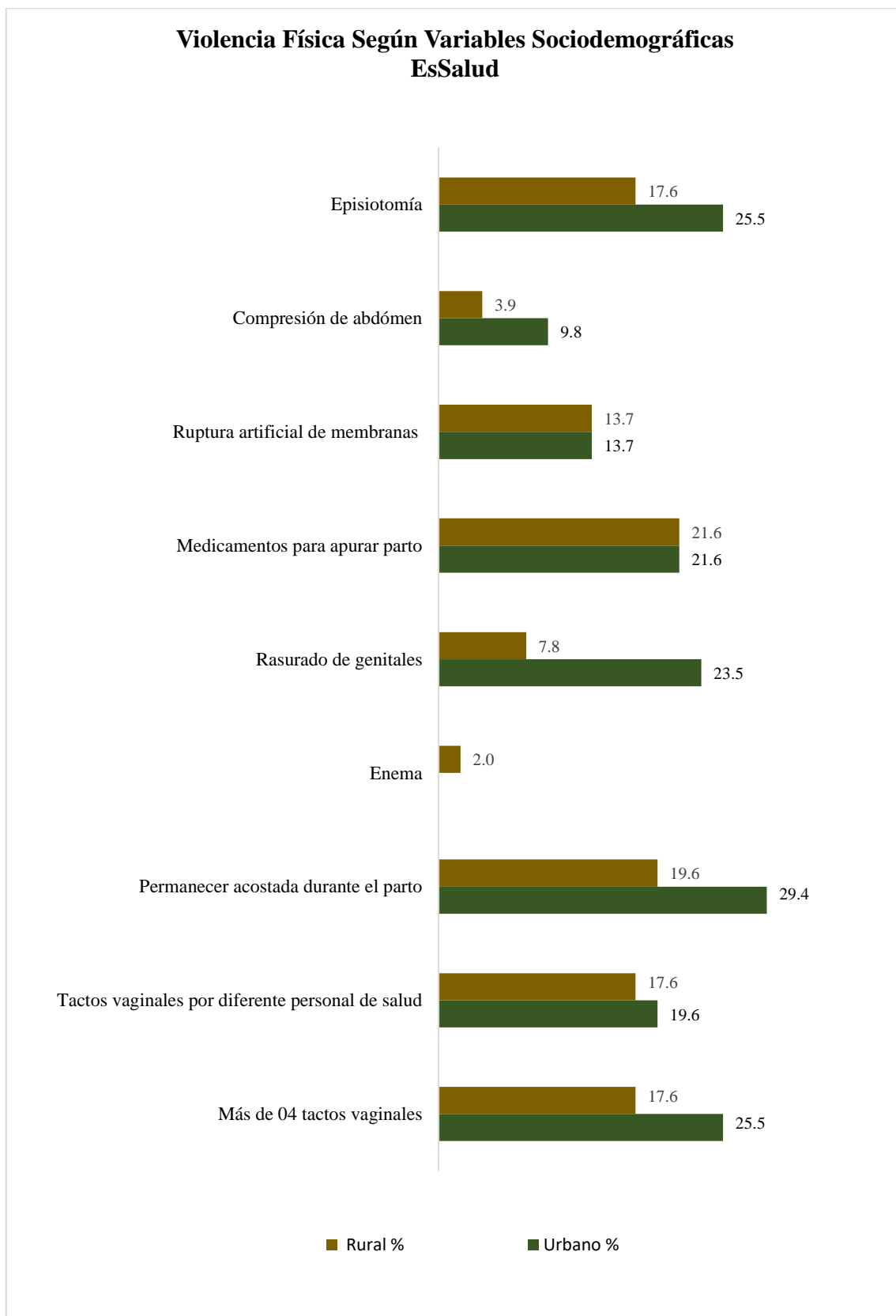


Figura 11. Violencia física según procedencia

En la figura 11 se muestra que violencia física “permanecer acostada durante el parto” predominó en púerperas procedentes de zona urbana (29.4%).

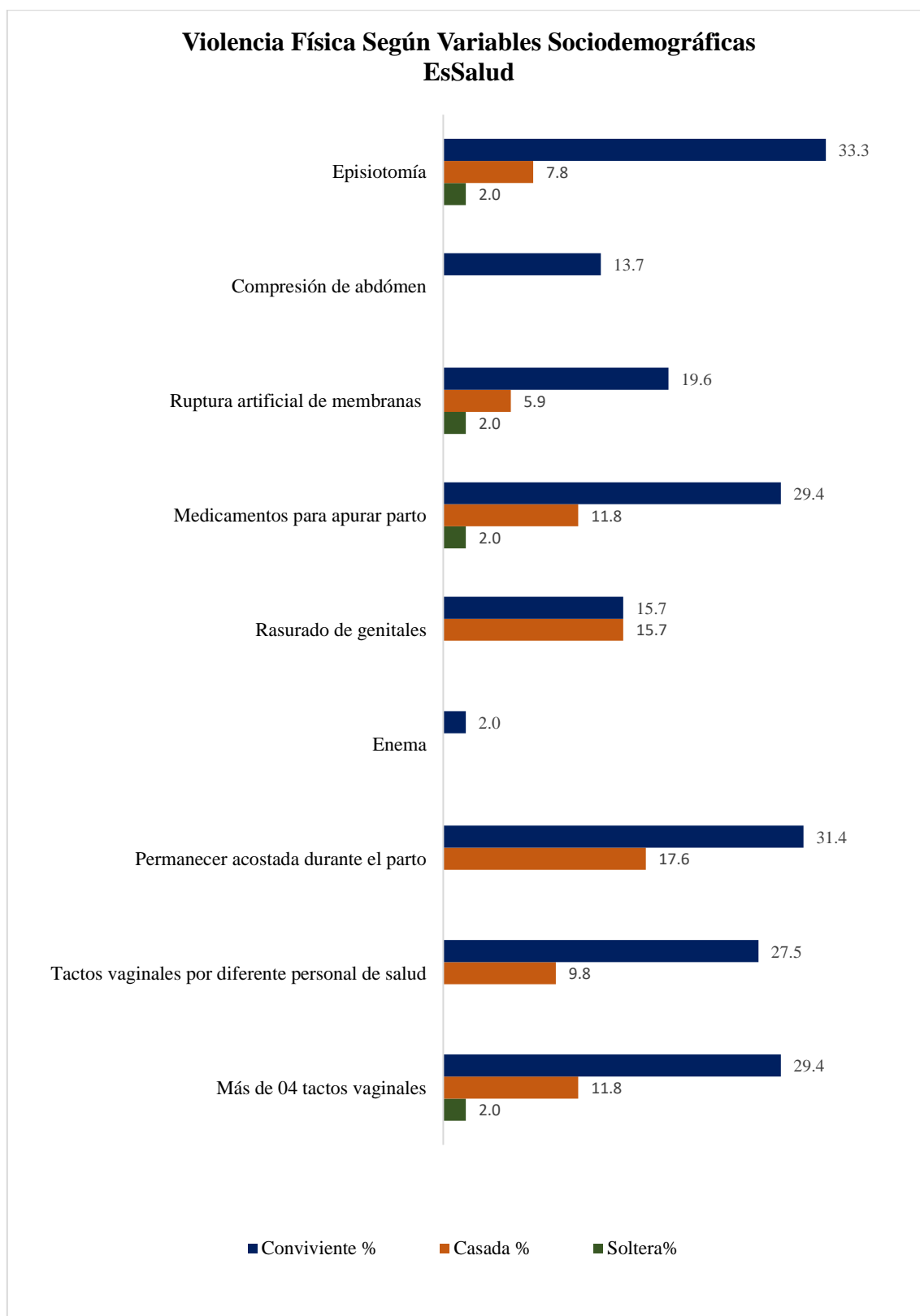


Figura 12. Violencia física según estado civil

En la figura 12 se muestra que la violencia física “episiotomía” predominó en púerperas de estado civil conviviente (33.3%).

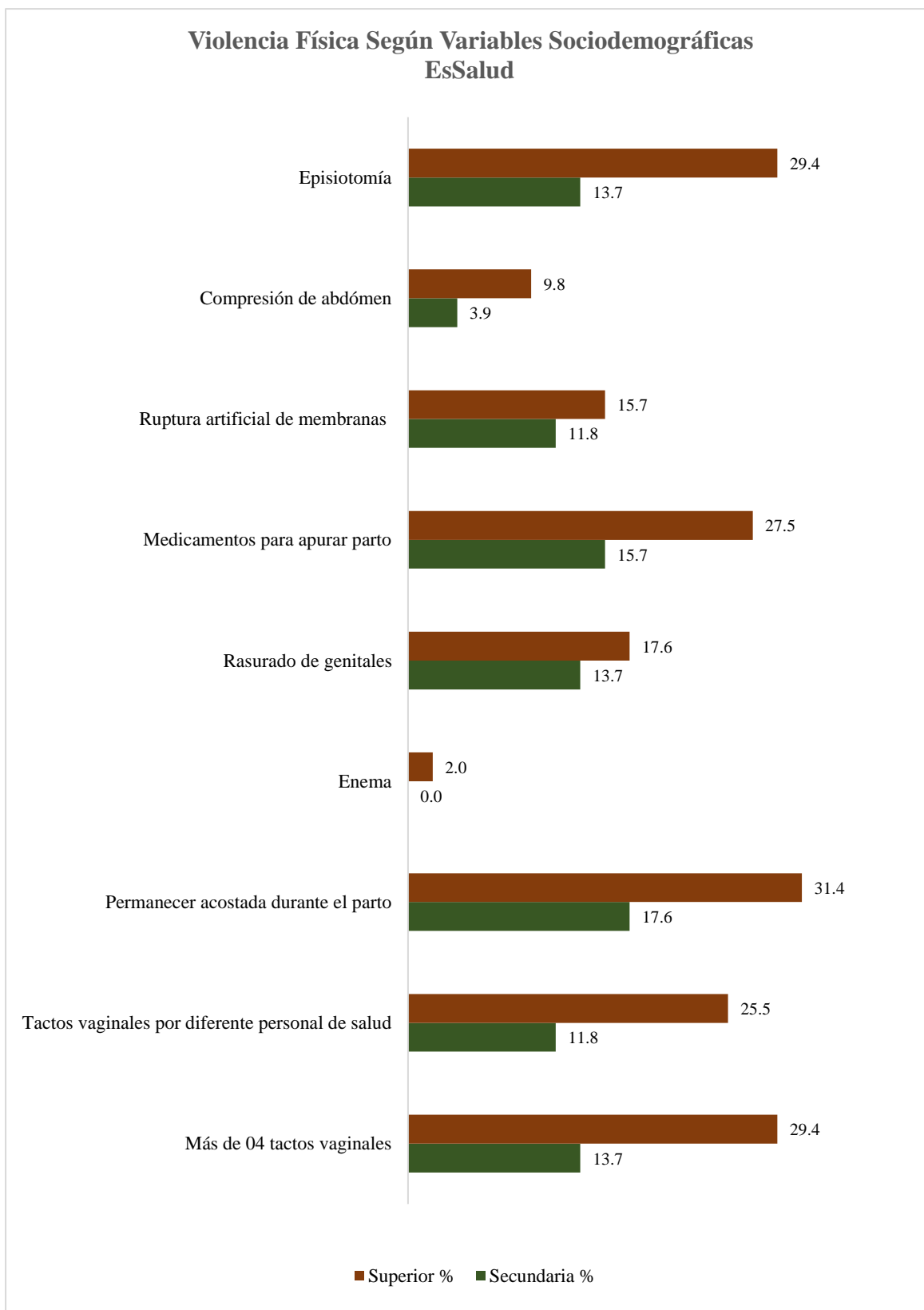


Figura 13. Violencia Física según nivel de instrucción

Se observa en la figura 13, que la violencia física “permanecer acostada durante el parto” predominó en puérperas con nivel de instrucción superior (31.4%).

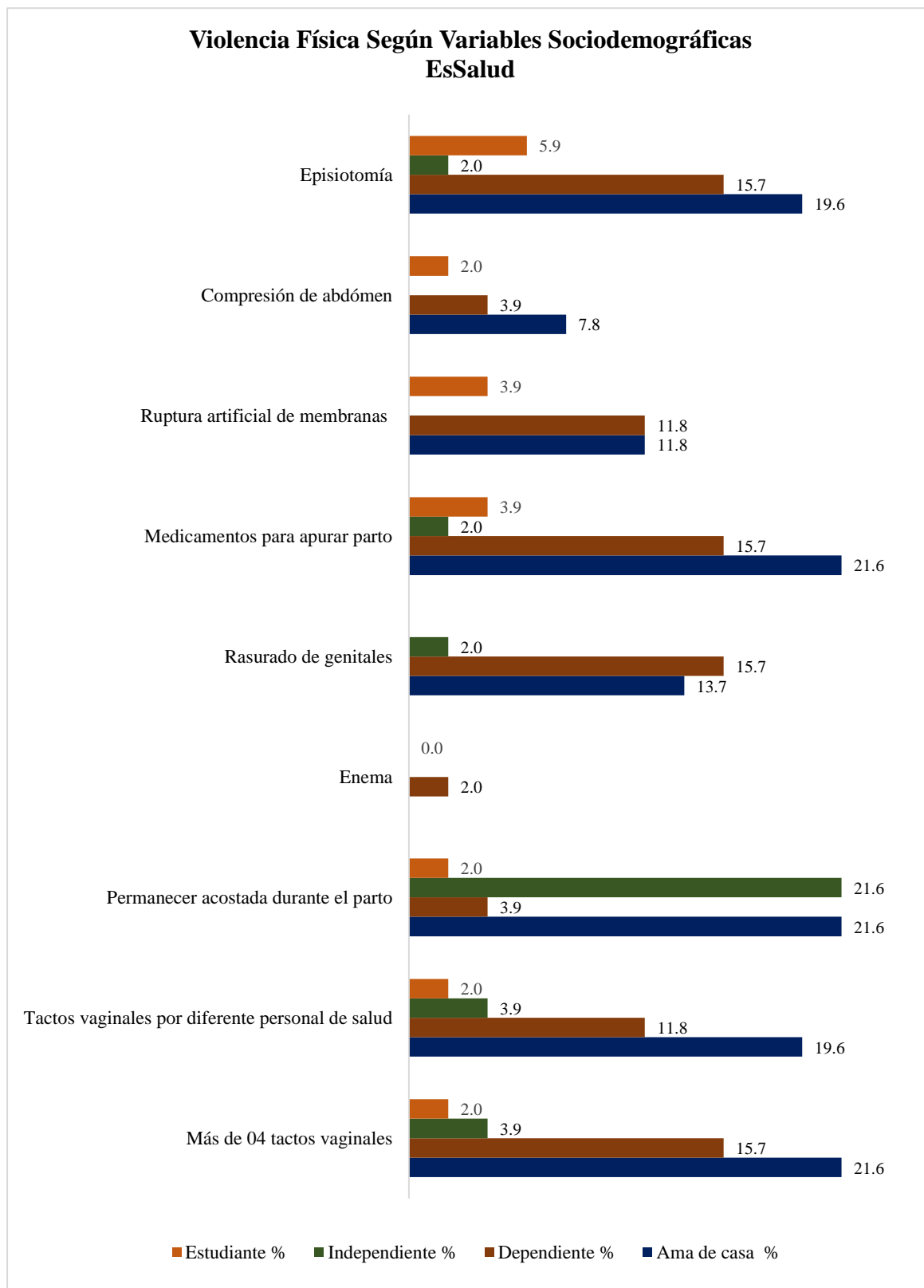


Figura 14. Violencia Física según ocupación

Se observa en la figura 14, que las violencias físicas: “más de cuatro tactos vaginales”, “medicamentos para apurar parto” y “permanecer acostada durante el parto”, predominaron en las púerperas de ocupación ama de casa (21.6%).

Se muestran los resultados de Violencia Obstétrica Psicológica según Variables

Epidemiológicas:

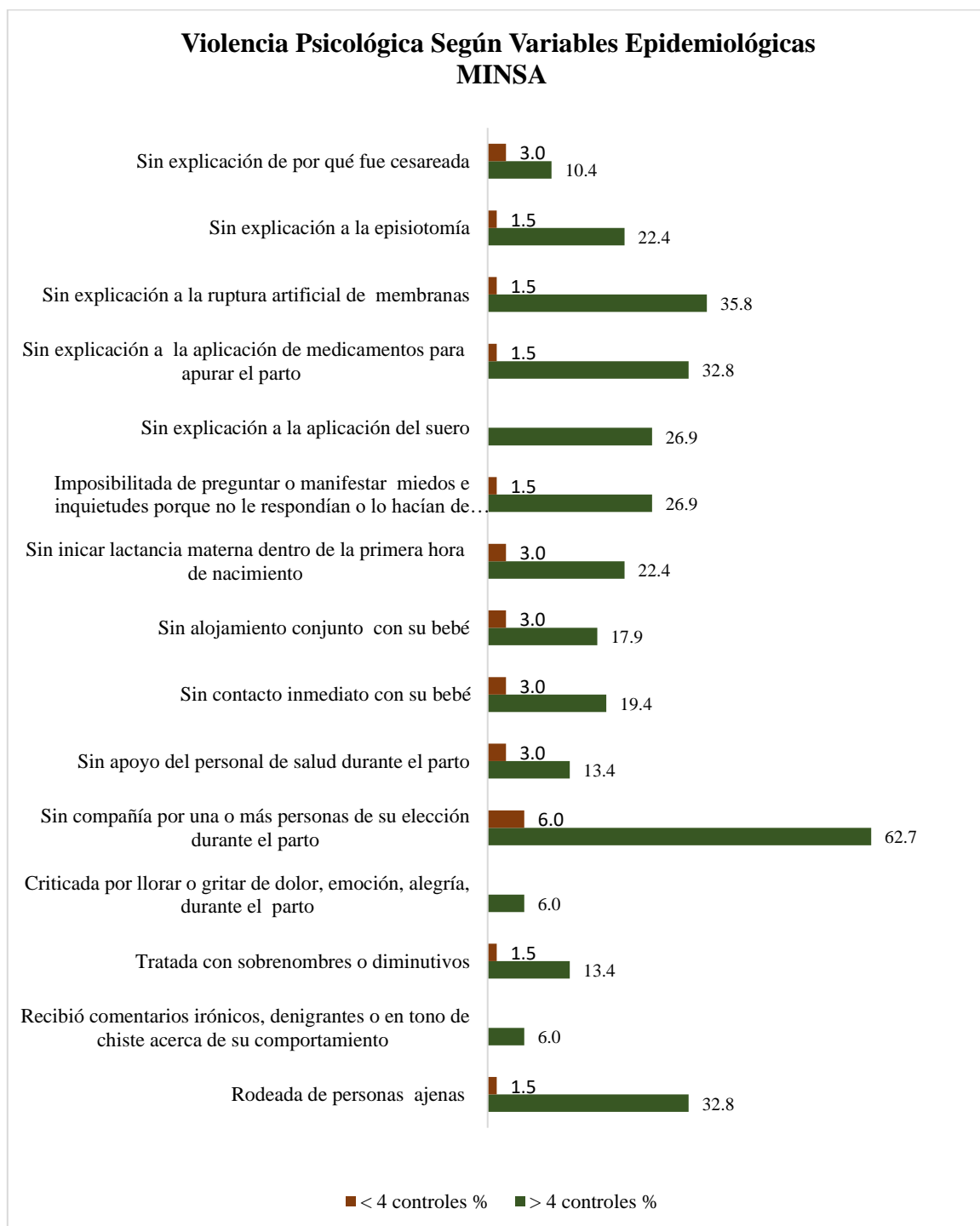


Figura 15. Tipos de Violencia Psicológica según control prenatal

En la figura 15, se muestra que la violencia Psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto”, predominó en puérperas que tuvieron más de cuatro controles prenatales (62.7%).

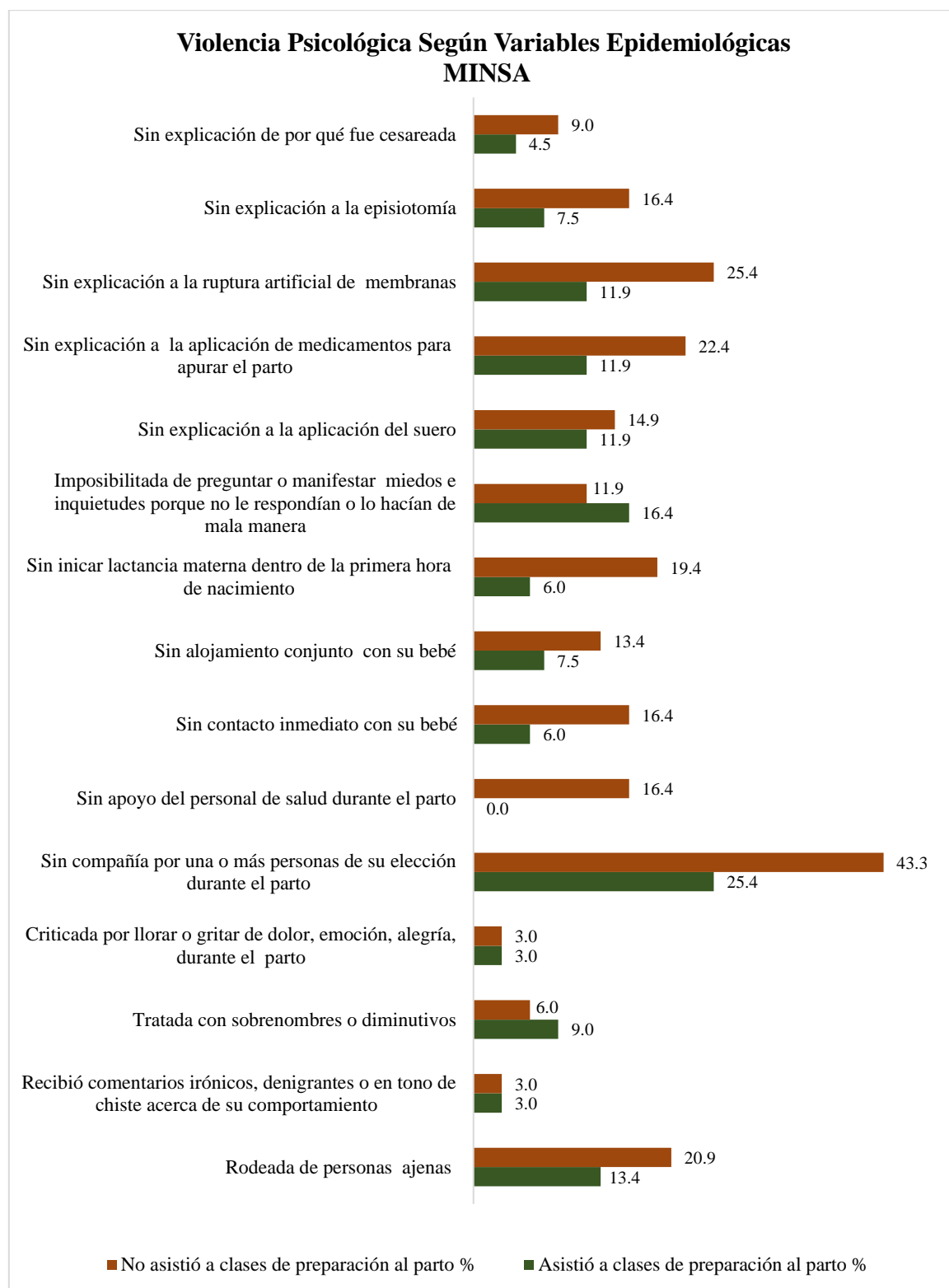


Figura 16. Tipos de Violencia Psicológica según asistencia a clases de preparación al parto

En la figura 16, se muestra que la violencia Psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto”, predominó en púerperas que no asistieron a clases de preparación al parto (43.3%).

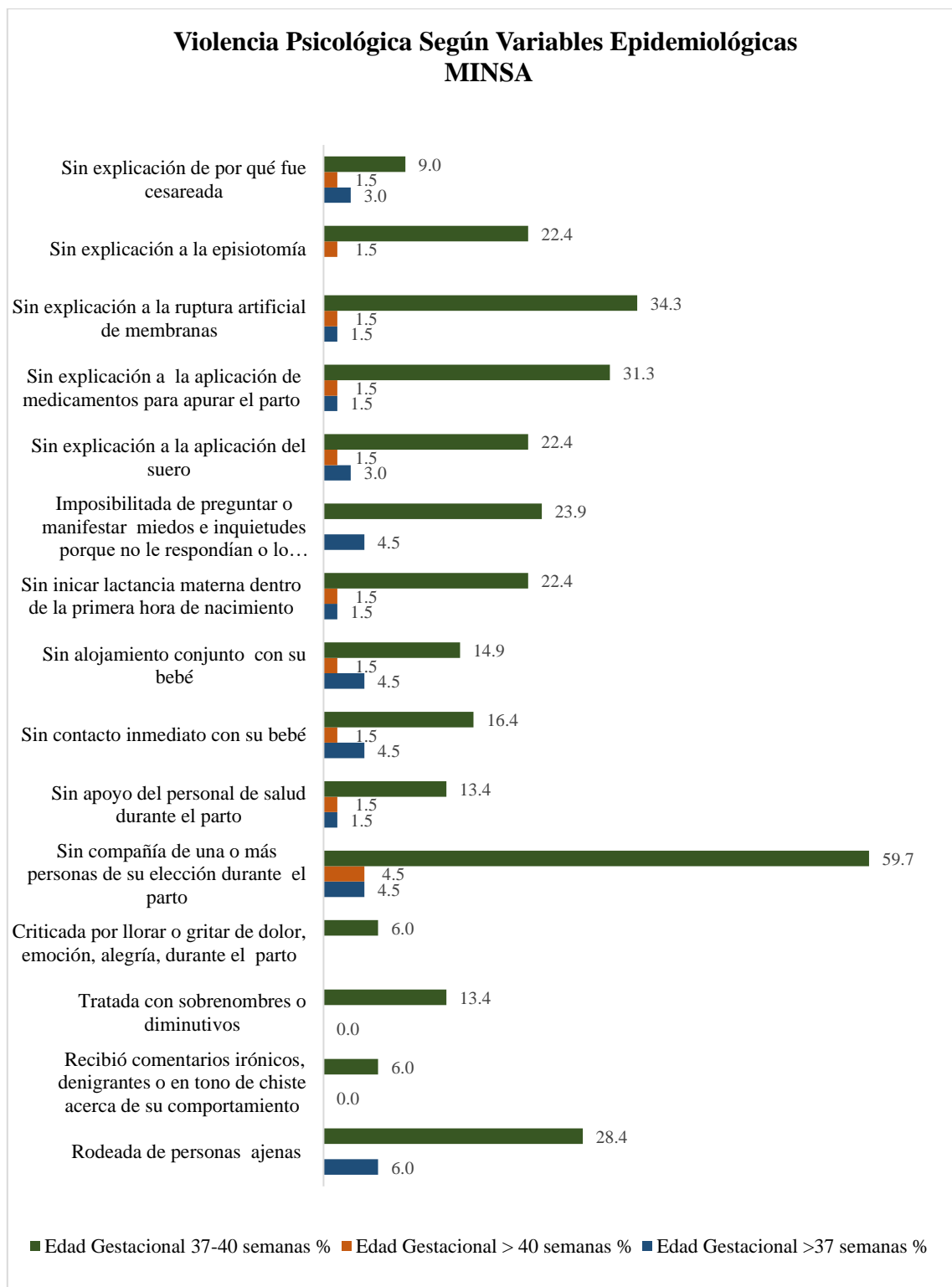


Figura 17. Tipos de Violencia Psicológica según edad gestacional

En la figura 17, se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas con edad gestacional entre 37-40 semanas (59.7%).

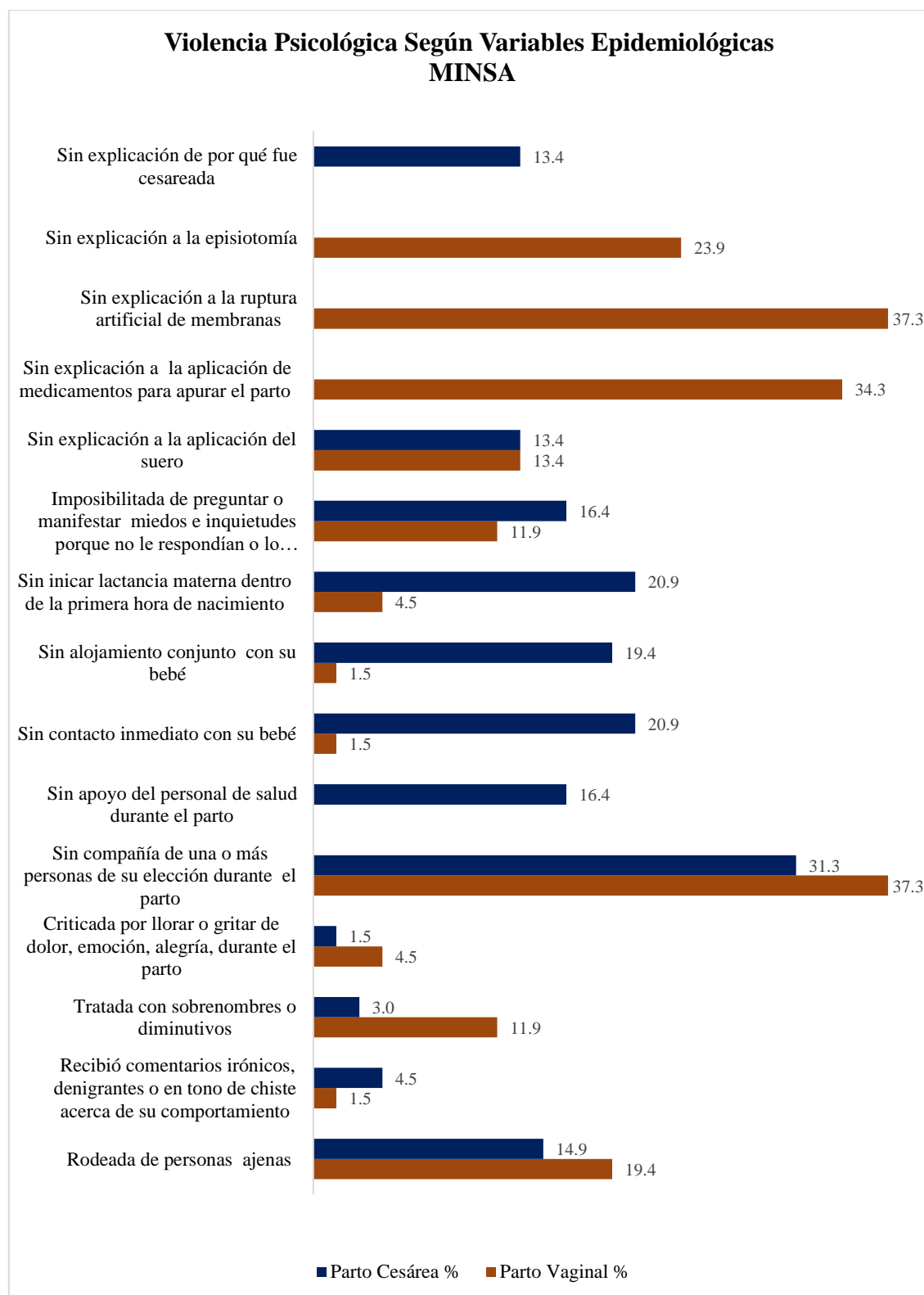


Figura 18. Tipos de Violencia Psicológica según tipo de parto

En la figura 18, se muestra que las violencias psicológicas: “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” (37.3%) y “sin explicación a la ruptura de membranas” (37.3%), predominó en puérperas con parto vaginal.

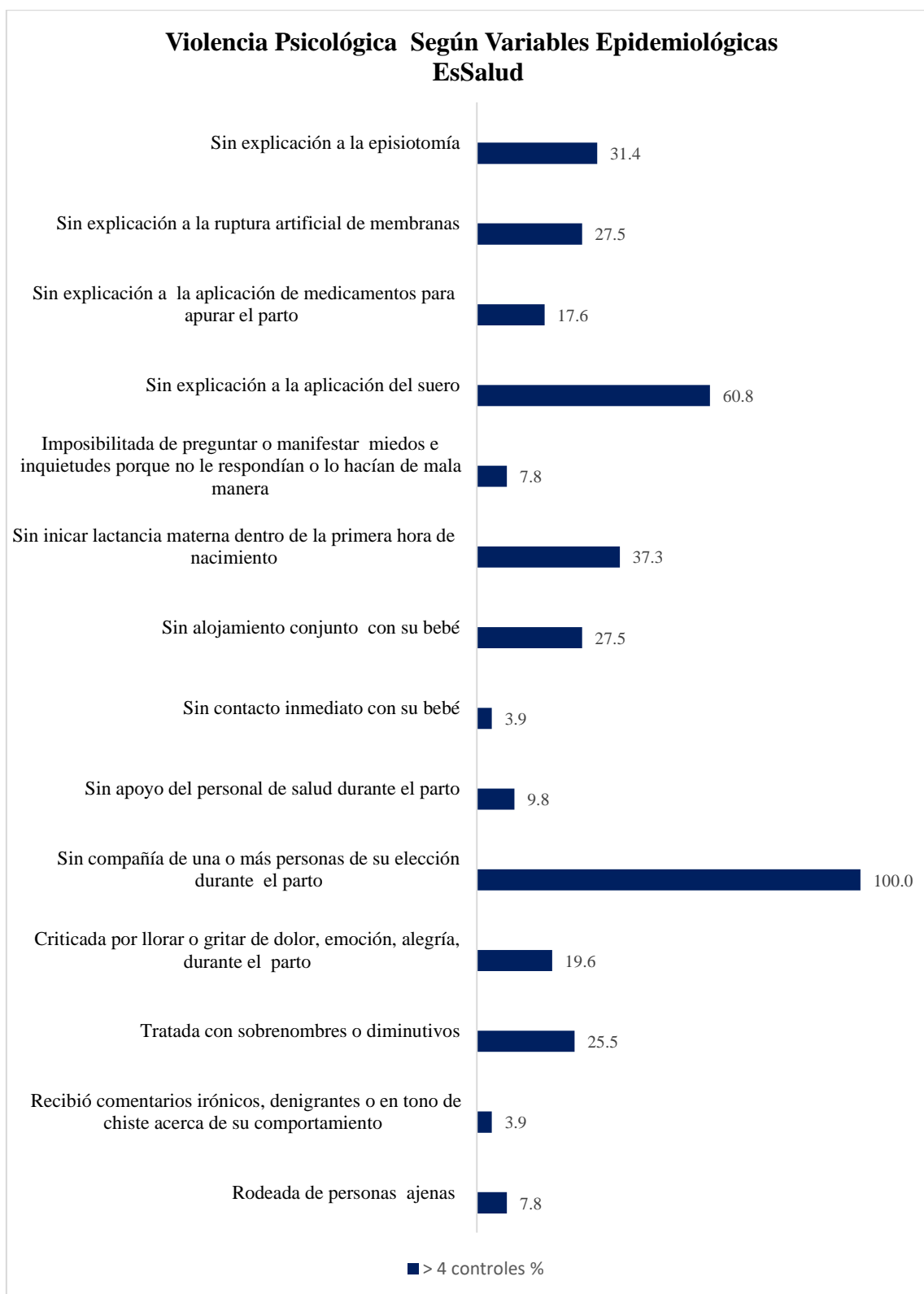


Figura 19. Tipos de Violencia Psicológica según control prenatal

En la figura 19 se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto”, predominó en puérperas con número de controles prenatales mayor a 4 (100%).

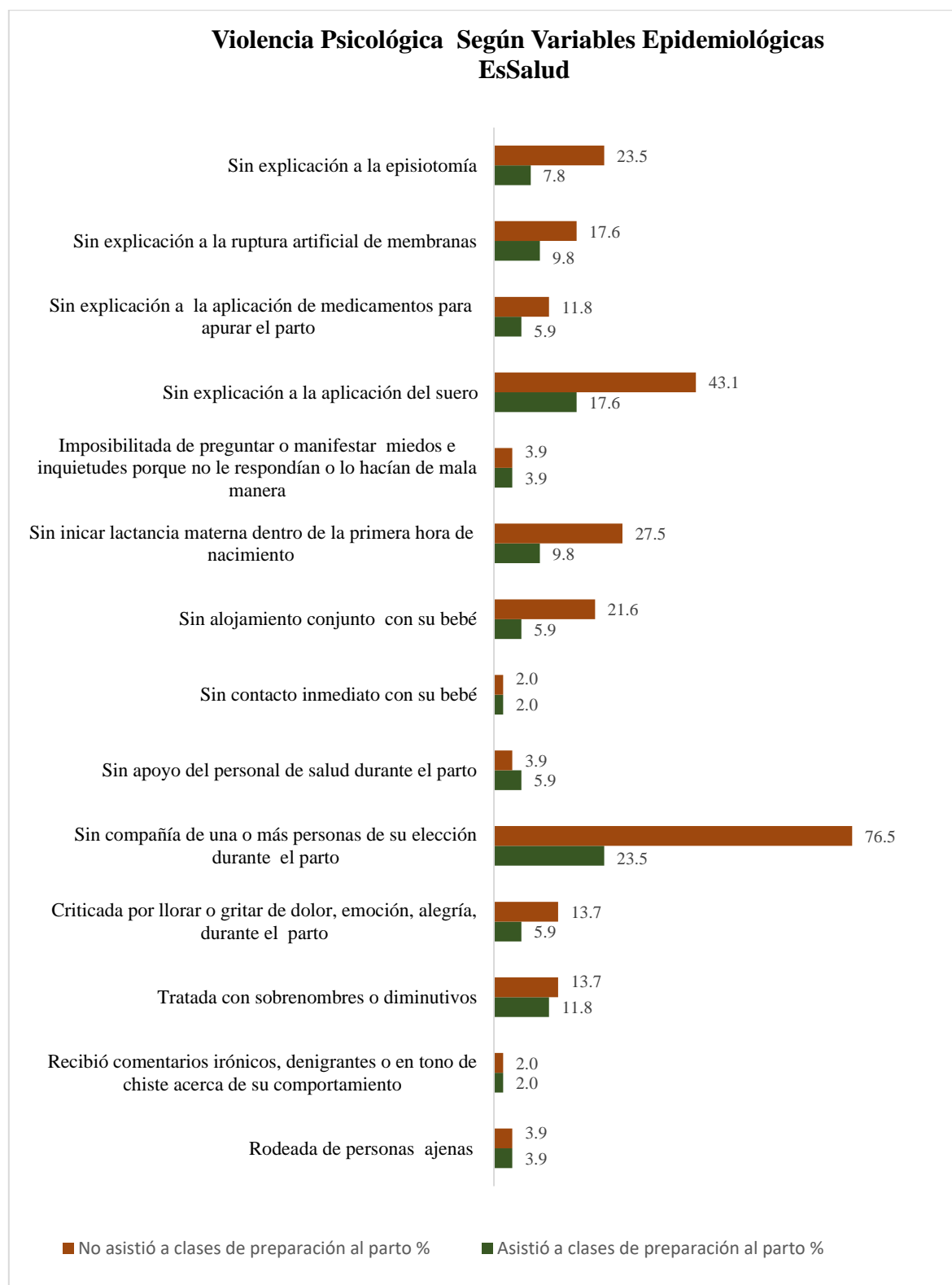


Figura 20. Tipos de Violencia Psicológica según asistencia a clases de preparación al parto

En la figura 20 se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto”, predominó en puérperas que no asistieron a clases de preparación al parto (76.5%).

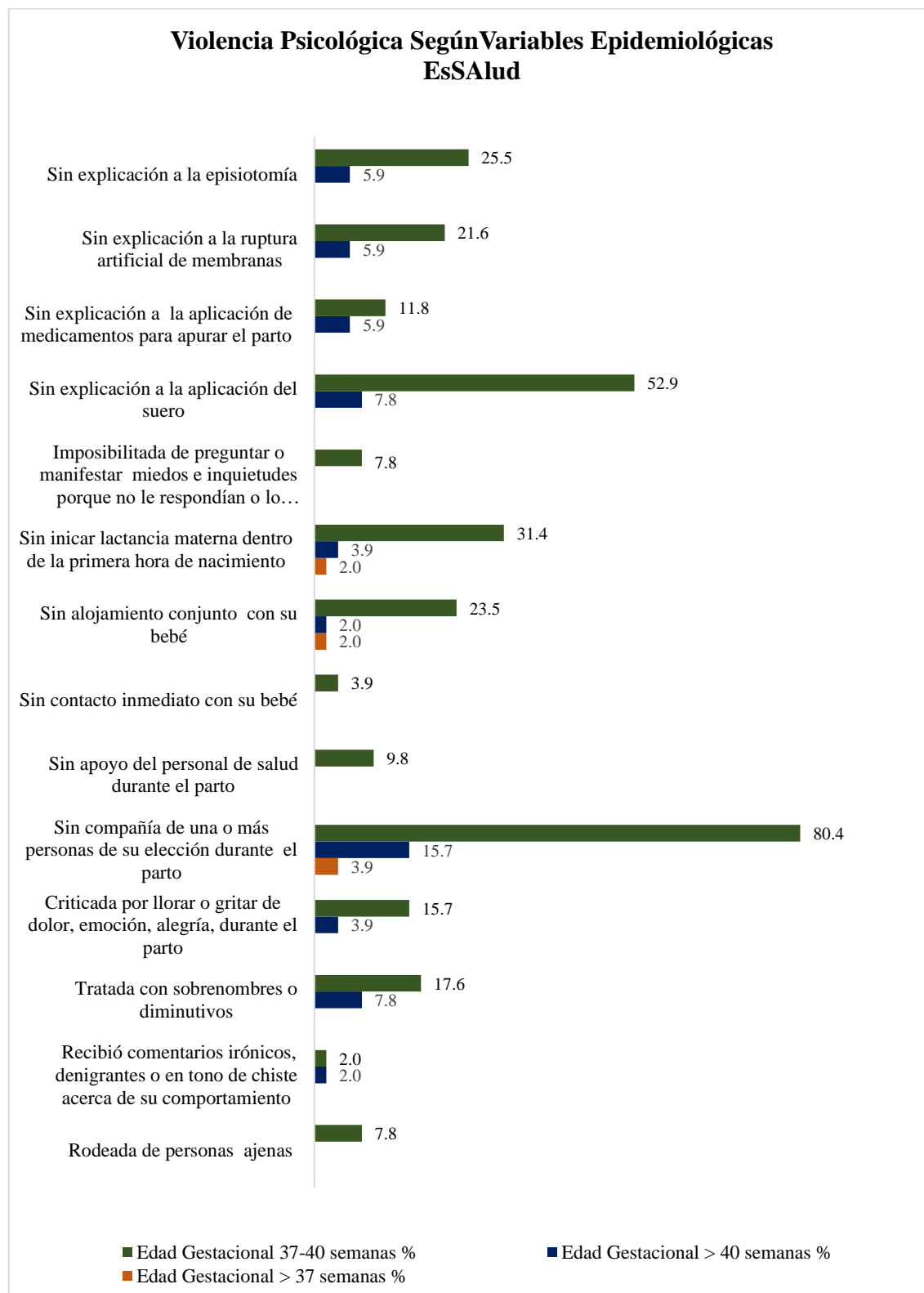


Figura 21. Tipos de Violencia Psicológica según edad gestacional

En la figura 21, se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en puérperas con edad gestacional entre 37-40 semanas (80.4%) y en puérperas que tuvieron parto vaginal (64.7%).

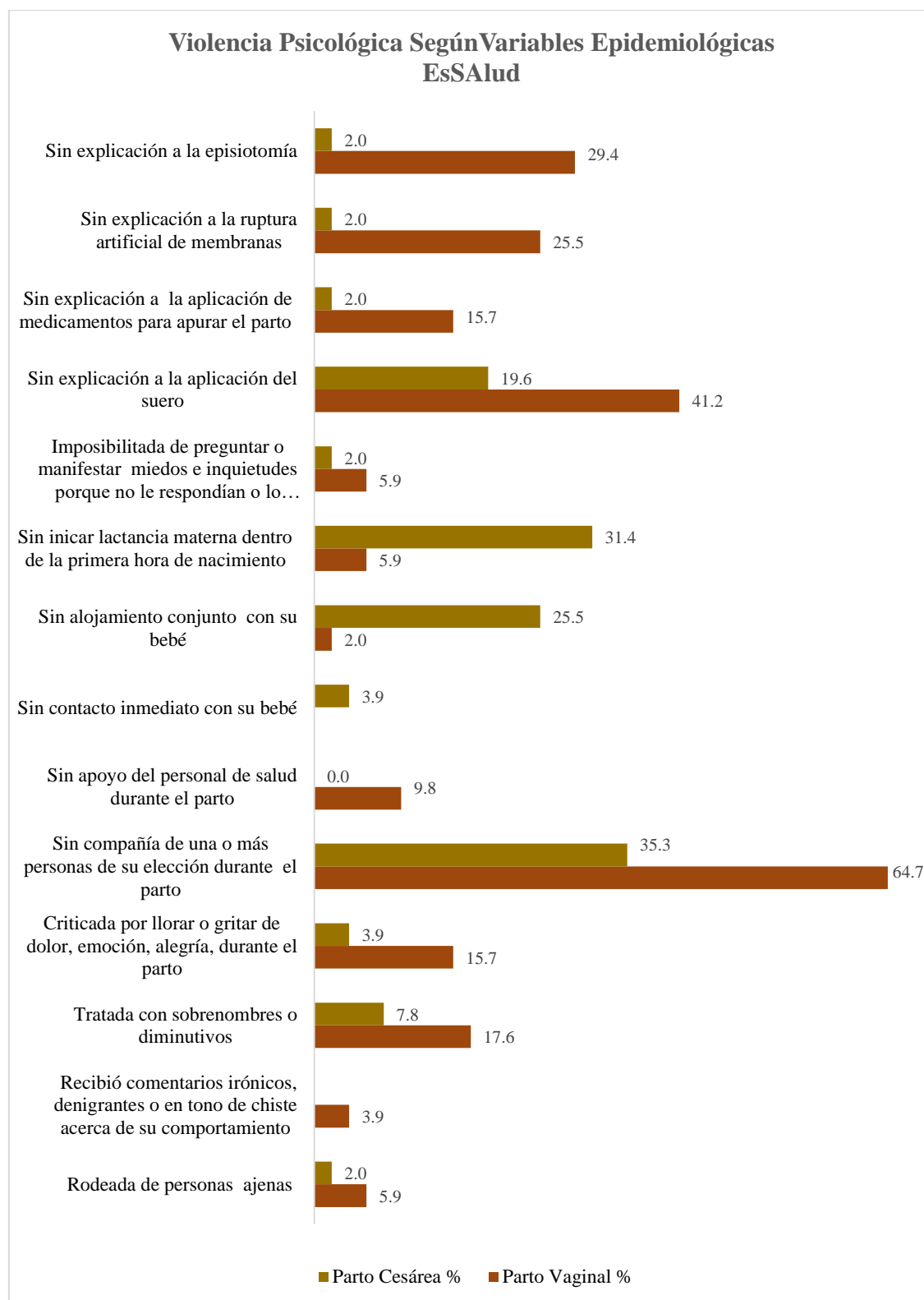


Figura 22. Tipos de Violencia Psicológica según tipo de parto

En la figura 22, se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas que tuvieron parto vaginal (64.7%).

Se muestran los resultados de Violencia Psicológica según Variables Sociodemográficas:

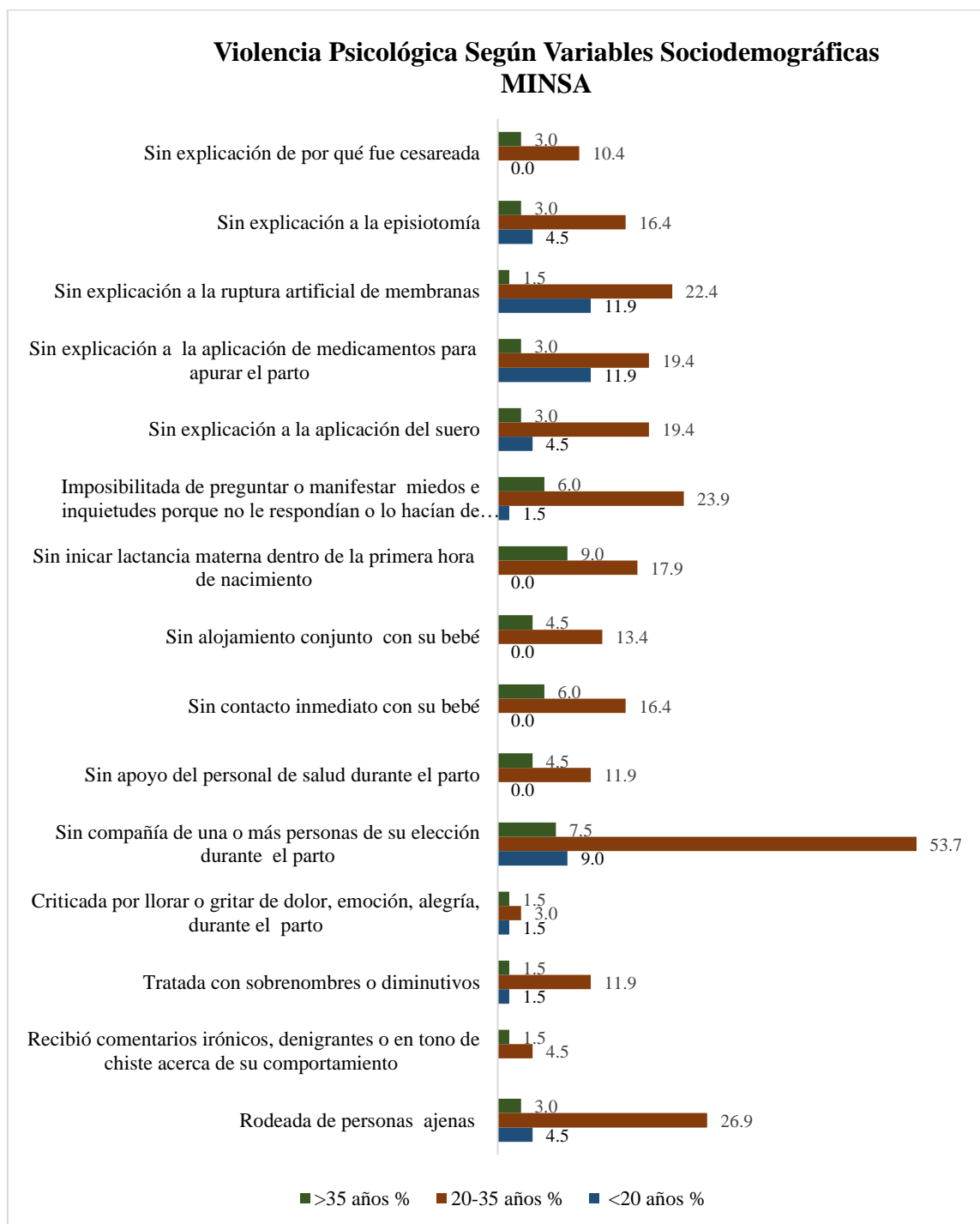


Figura 23. Tipos de Violencia Psicológica según edad cronológica

En la figura 23 se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en puérperas de edad entre 20 a 35 años (53.7%).

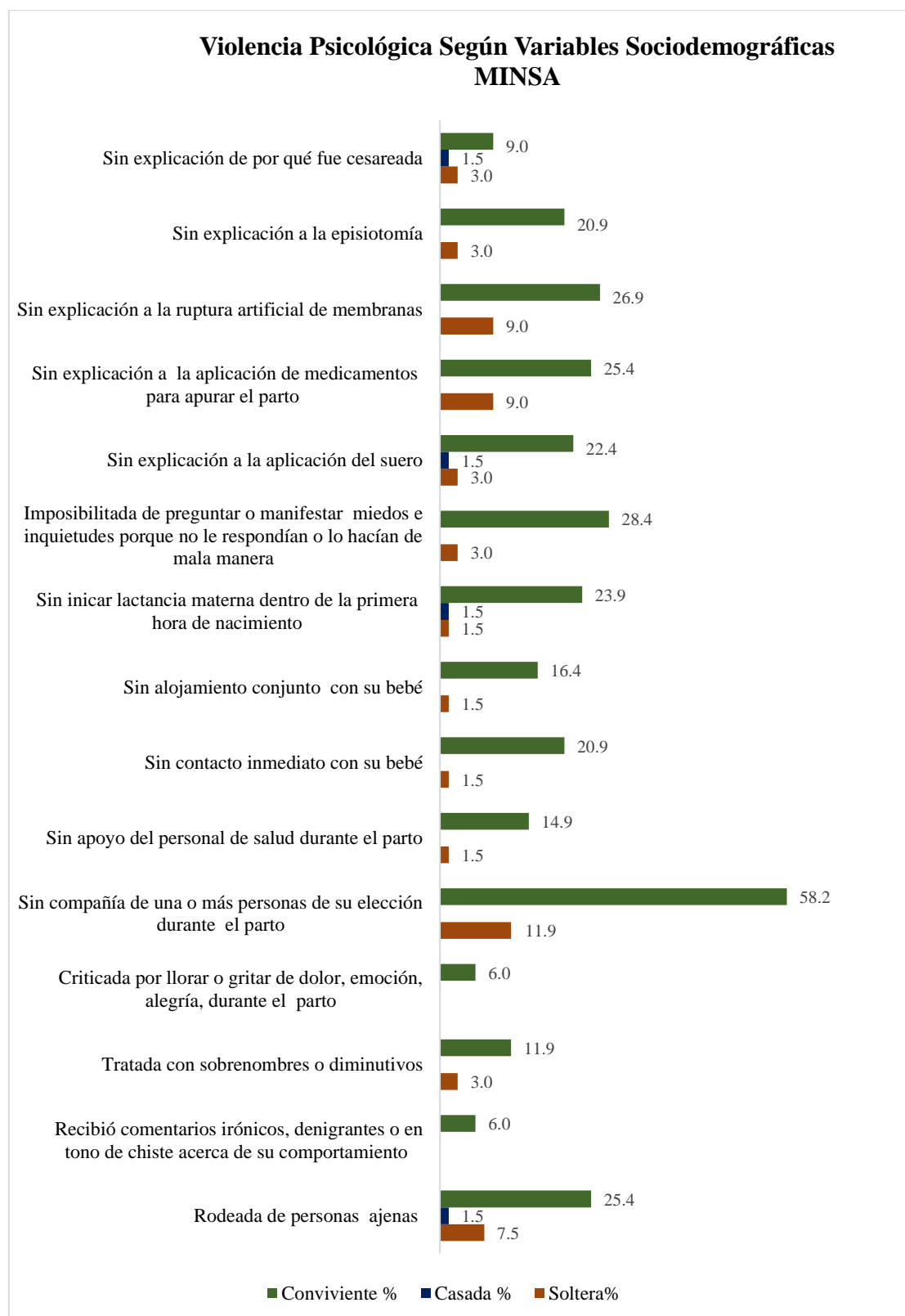


Figura 24. Tipos de Violencia Psicológica según estado civil

En la figura 24 se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas de estado civil conviviente (58.2%).

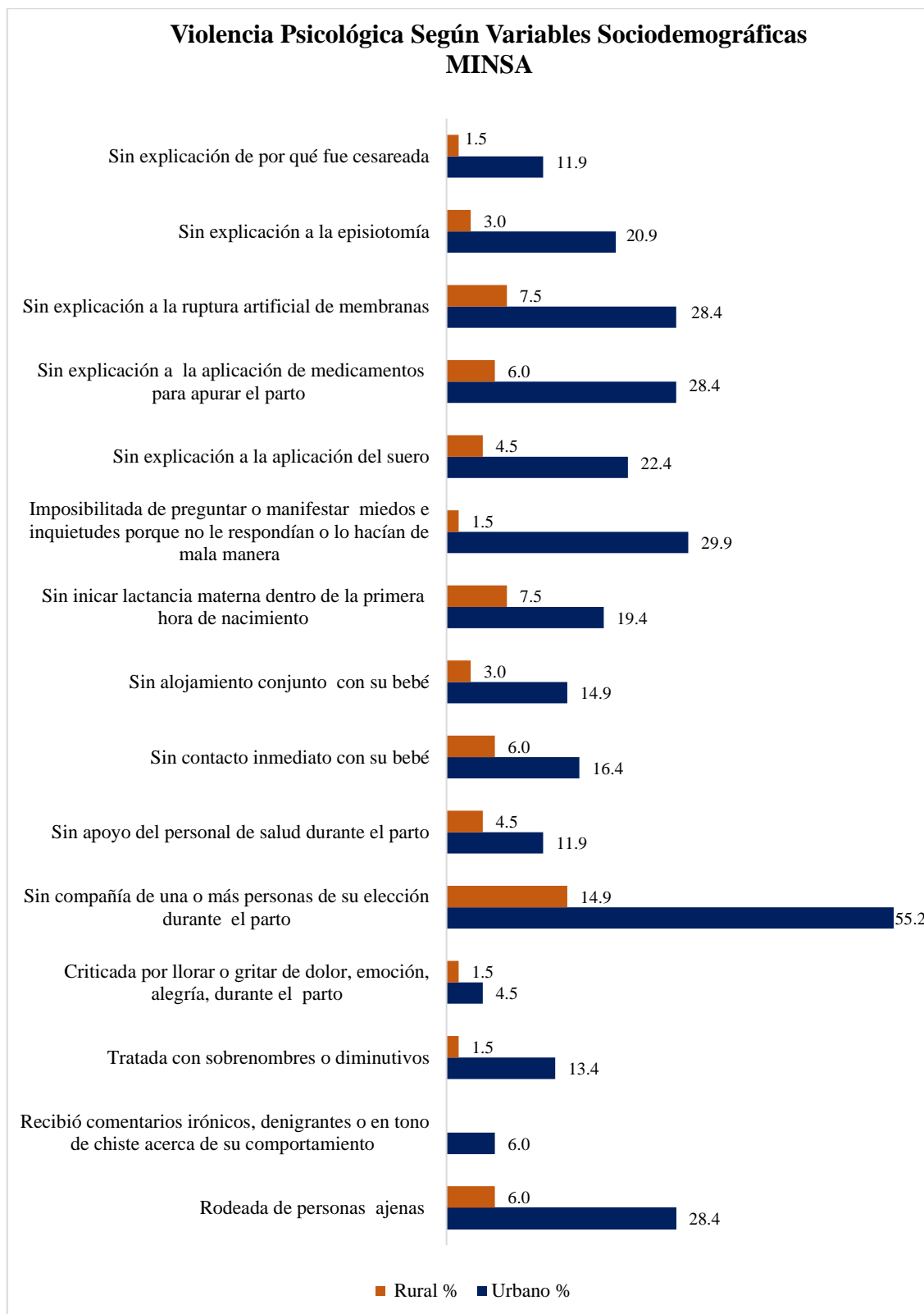


Figura 25. Tipos de Violencia Psicológica según procedencia

En la figura 25 se muestra que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en puérperas procedentes de zona urbana (55.2%).

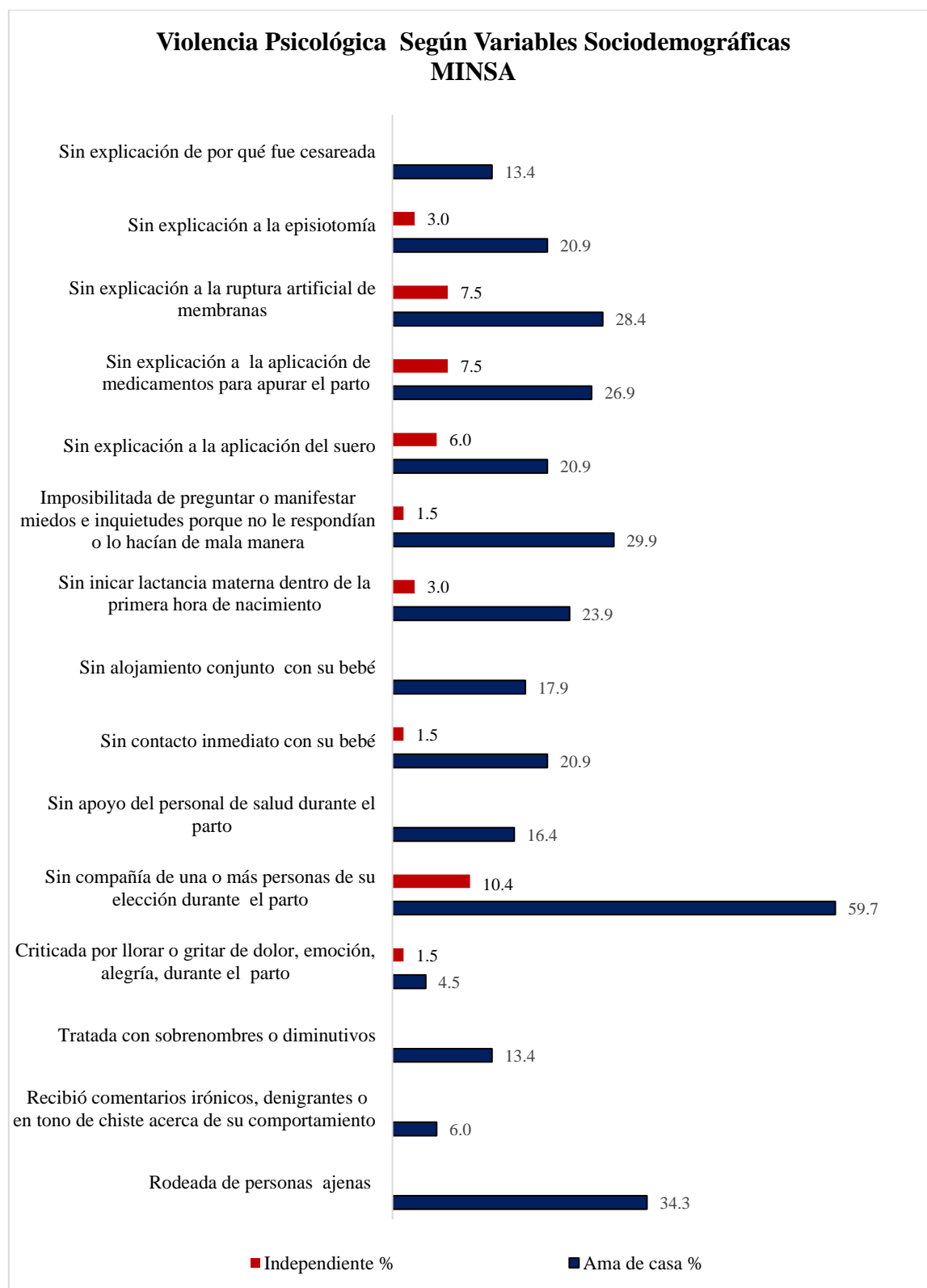


Figura 26. Tipos de Violencia Psicológica según ocupación

Se observa en la figura 26 que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas de ocupación ama de casa (59.7%),



Figura 27. Tipos de Violencia Psicológica según nivel de instrucción

Se observa en la figura 27 que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas con nivel de instrucción secundaria (62.7%).

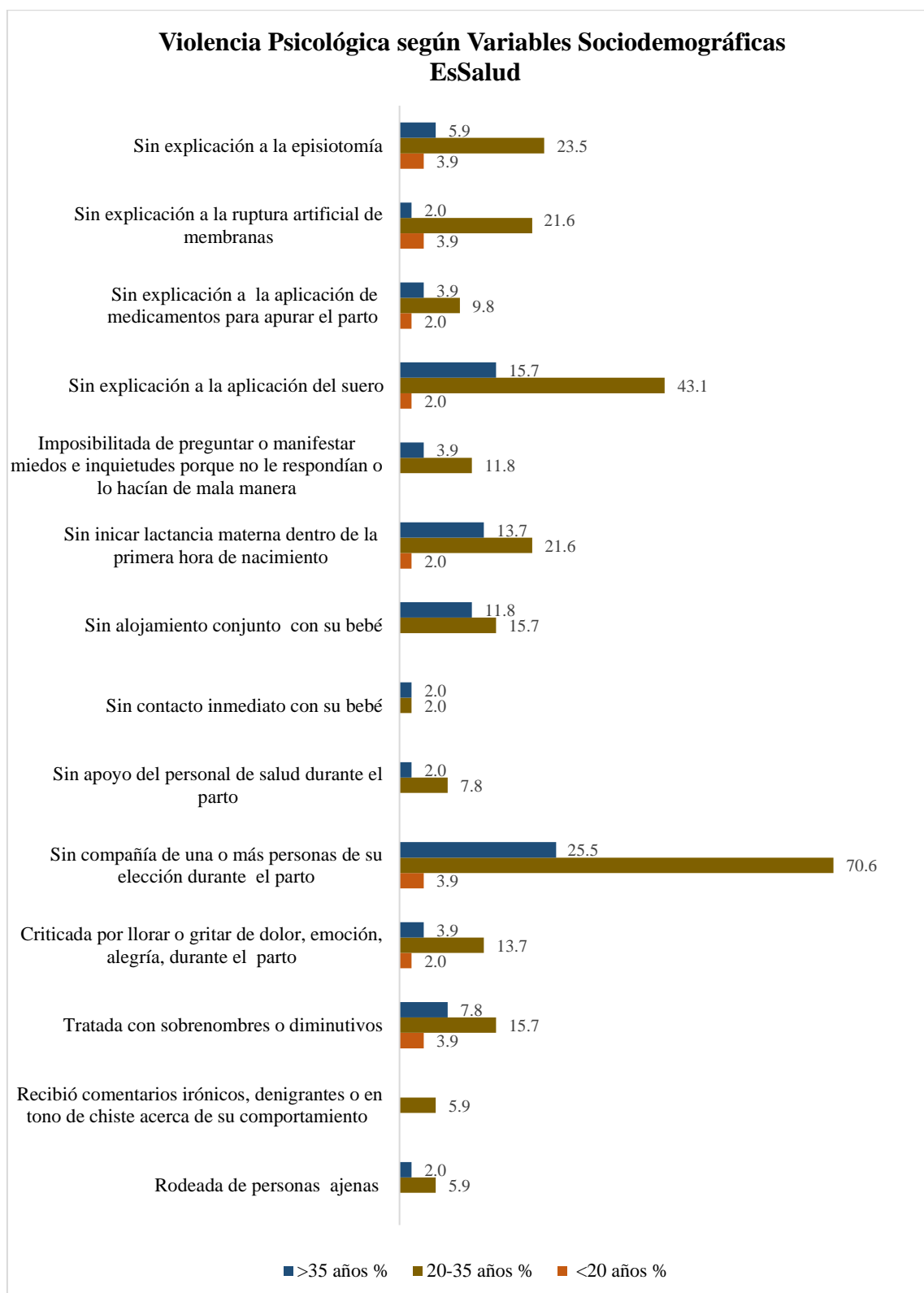


Figura 28. Violencia Psicológica según edad cronológica

En la figura 28 se observa que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas entre 20 a 35 años (70.6%).

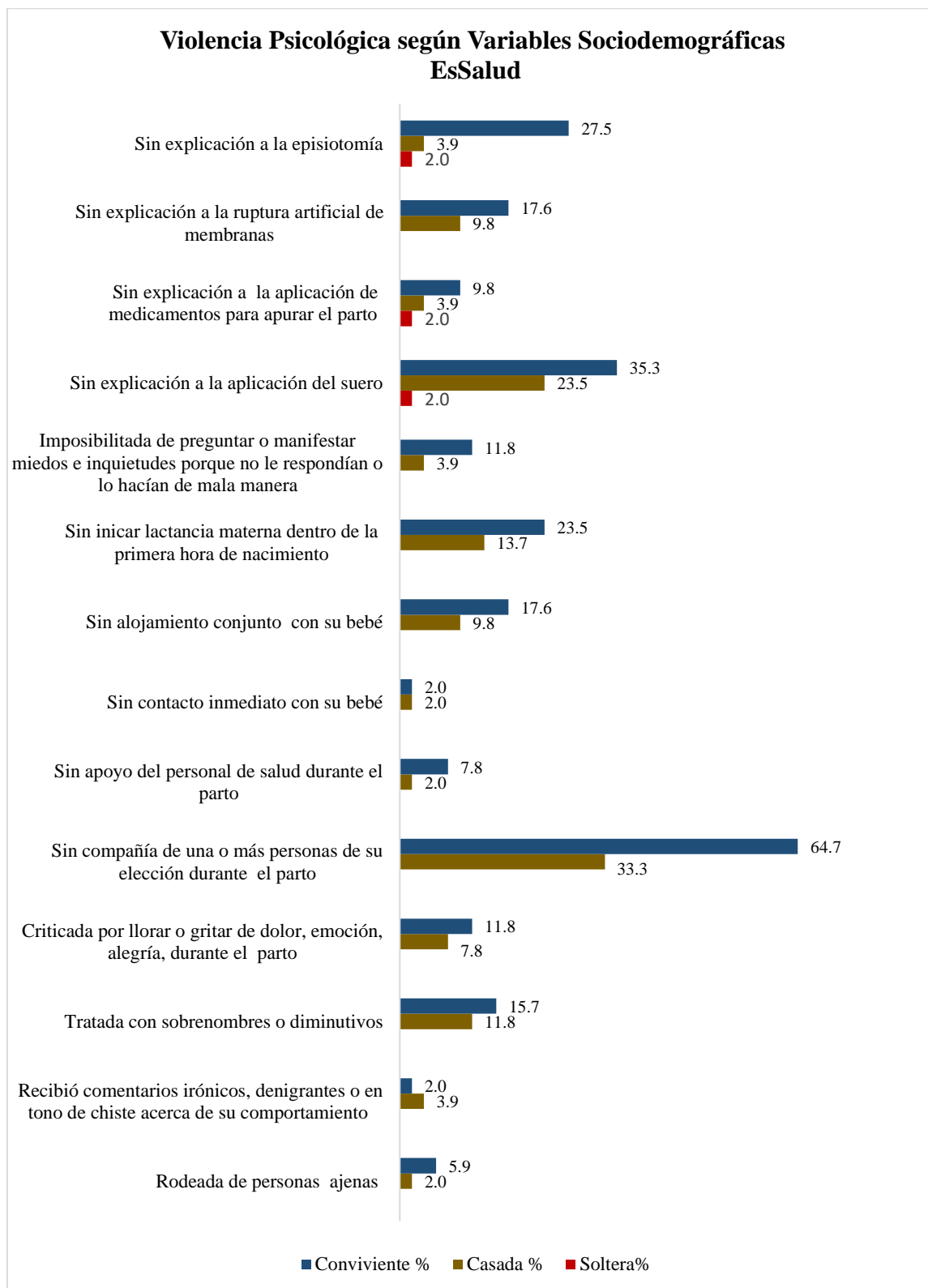


Figura 29. Violencia Psicológica según estado civil

En la figura 29 se observa que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas de estado civil conviviente (64.7%).

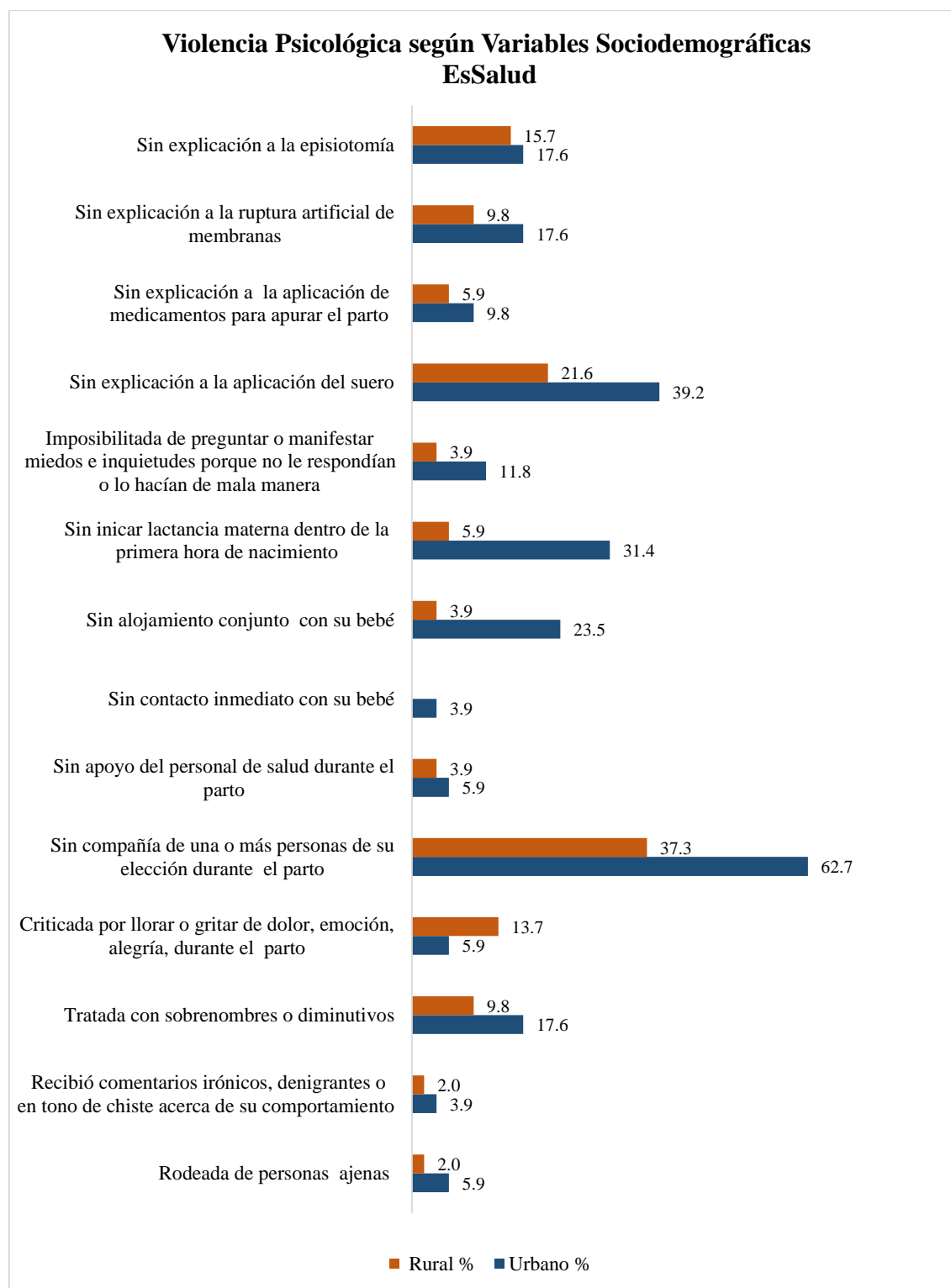


Figura 30. Violencia Psicológica según procedencia

En la figura 30 se observa que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas de procedencia urbana (62.7%).

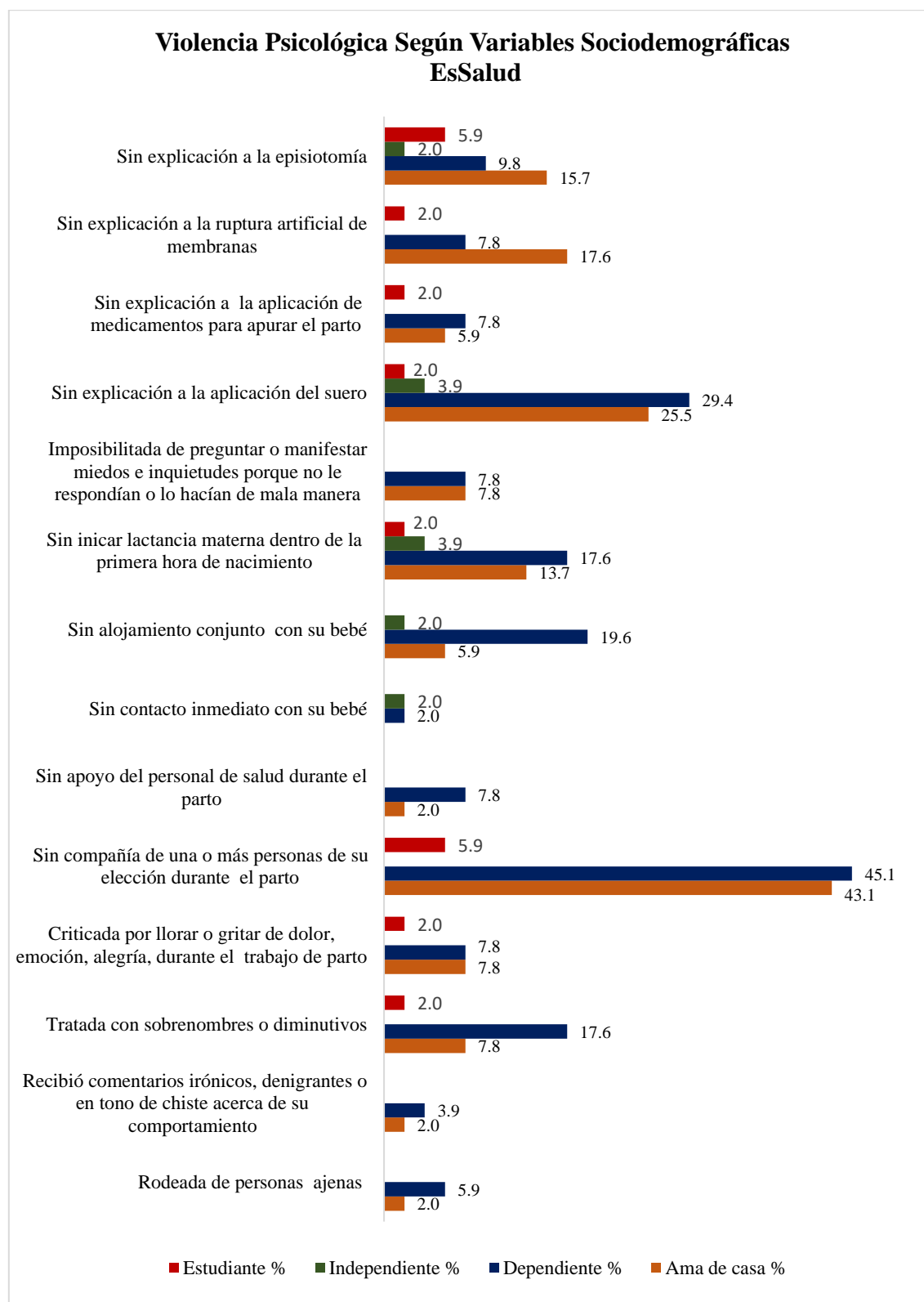


Figura 31. Violencia Psicológica según ocupación

Se observa en la figura 31, que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas de ocupación dependiente (45.1%).

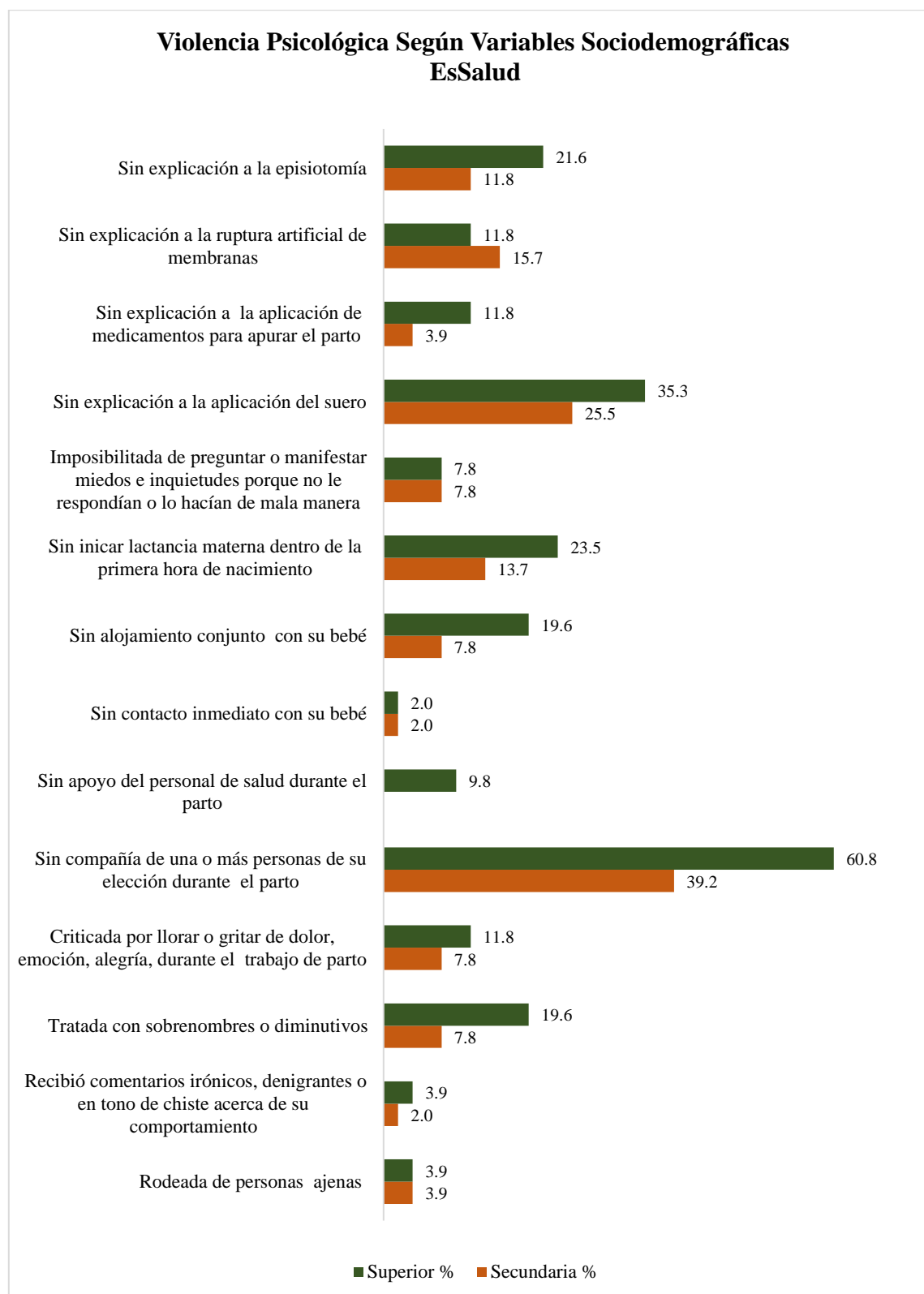


Figura 32. Violencia Psicológica según nivel de instrucción

Se observa en la figura 32, que la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en púerperas con nivel de instrucción superior (60.8%).

En las siguientes figuras se muestran la prevalencia según Tipos de Violencia Obstétrica, en establecimientos de salud de Huacho:

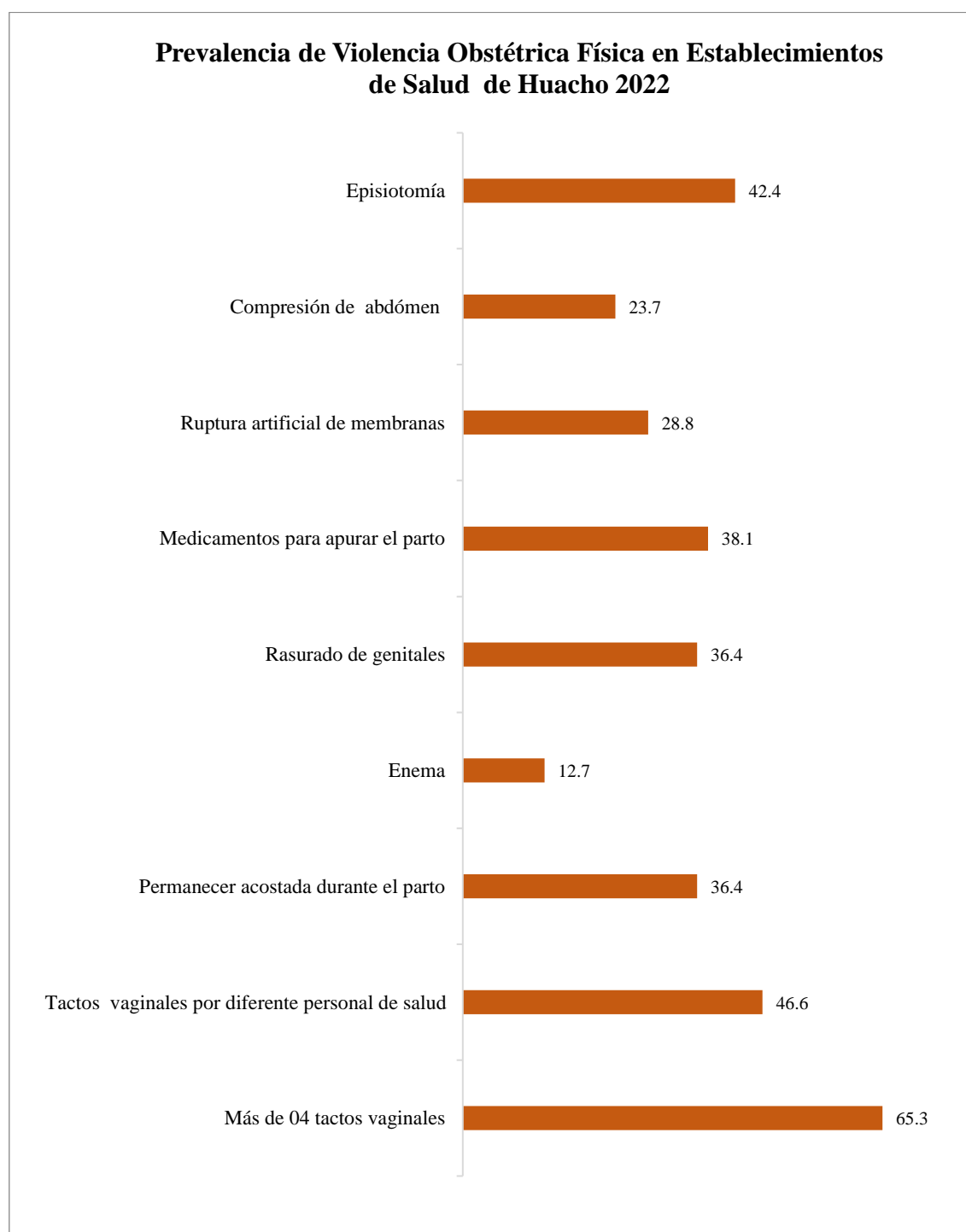


Figura 33. Tipos de Violencia Obstétrica Física en Establecimientos de Salud de Huacho-2022

En la figura 33, se muestran los tipos de violencia obstétrica física, predominando “más de 04 tactos vaginales” (65.3%), seguido de “tactos vaginales por diferente personal de salud” (46.6%) y “episiotomía” (42.4%).

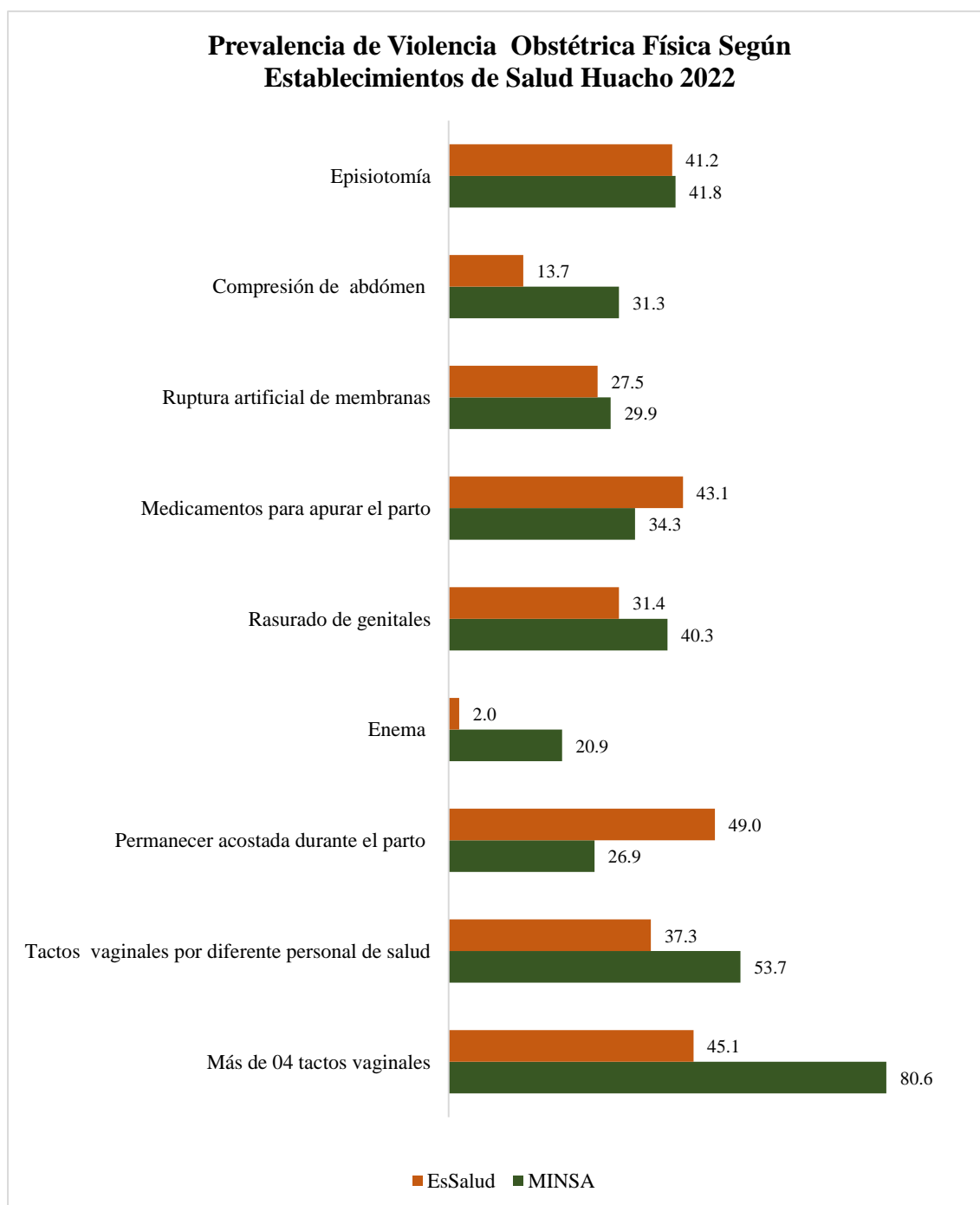


Figura 34. Tipos de Violencia Obstétrica Física en Púerperas de MINSA y EsSalud

La figura 34, muestra que el tipo de violencia obstétrica física que predominó en las púerperas de MINSA fue “más de 04 tactos vaginales” (80.6%), seguida de “tactos vaginales por diferente personal de salud” (53.7%) y de “episiotomía” (41.8%), mientras que, en las púerperas de EsSalud, “permanecer acostada durante el parto” (49%), “más de 04 tactos vaginales” (45.1%) y “medicamentos para apurar el parto” (43.1%).

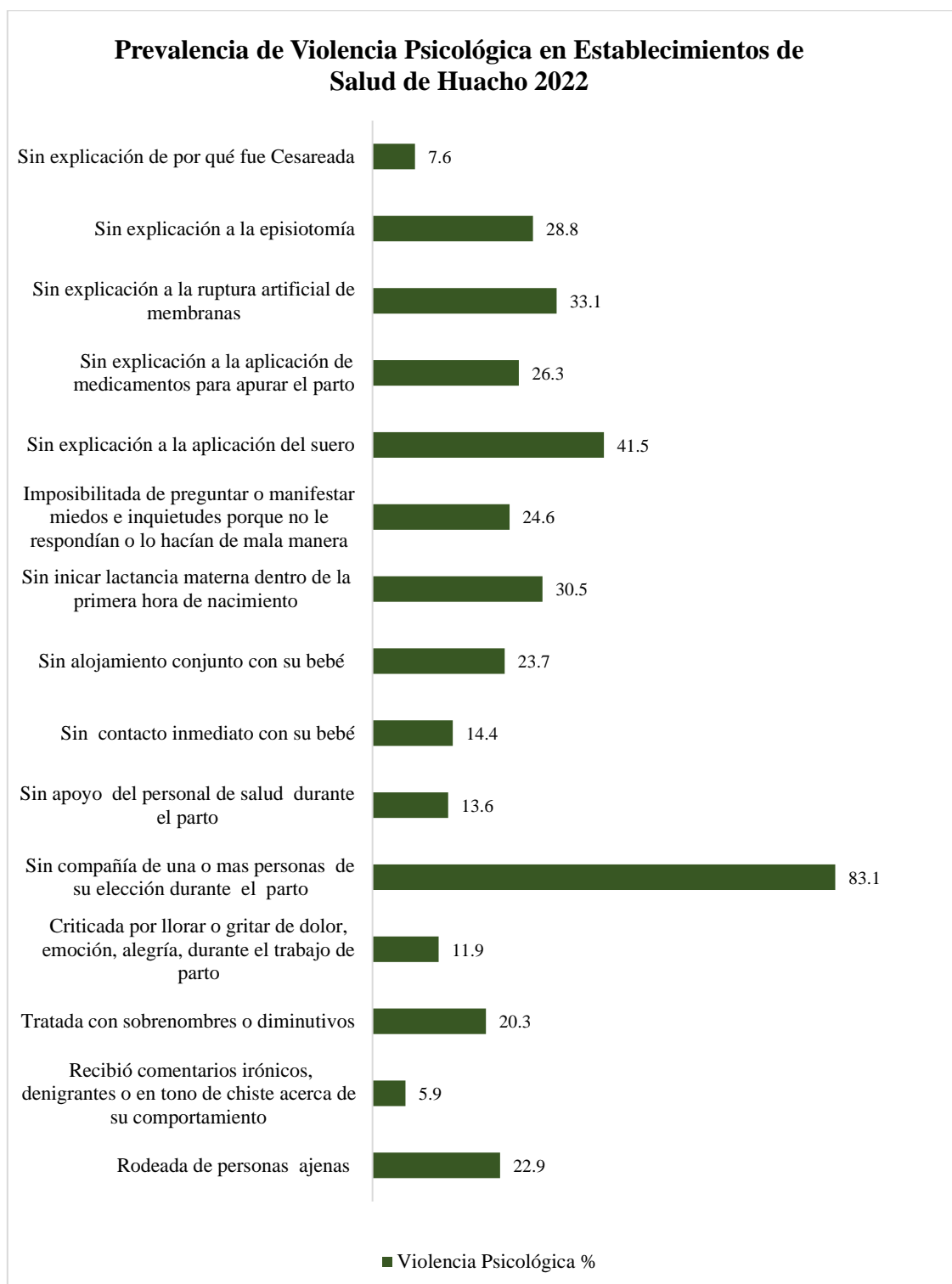


Figura 35. Tipos de Violencia Obstétrica Psicológica en Establecimientos de Salud de Huacho-2022

En la figura 35, se muestran los tipos de violencia psicológica, predominando: “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” (83.1%), seguido de “sin explicación a la aplicación del suero” (41.5%) y “sin explicación a la ruptura artificial de membranas” (33.1%).



Figura 36. Tipos de Violencia Obstétrica Psicológica en MINSA y EsSalud-2022

En la figura 36, se muestra que el tipo de violencia obstétrica psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” predominó en el total de púerperas de EsSalud (100%), seguida de las de MINSA (70.1%).

Los tipos de violencia tanto física como psicológica dieron lugar a secuelas físicas y psicológicas emocionales que se muestran en las siguientes figuras:

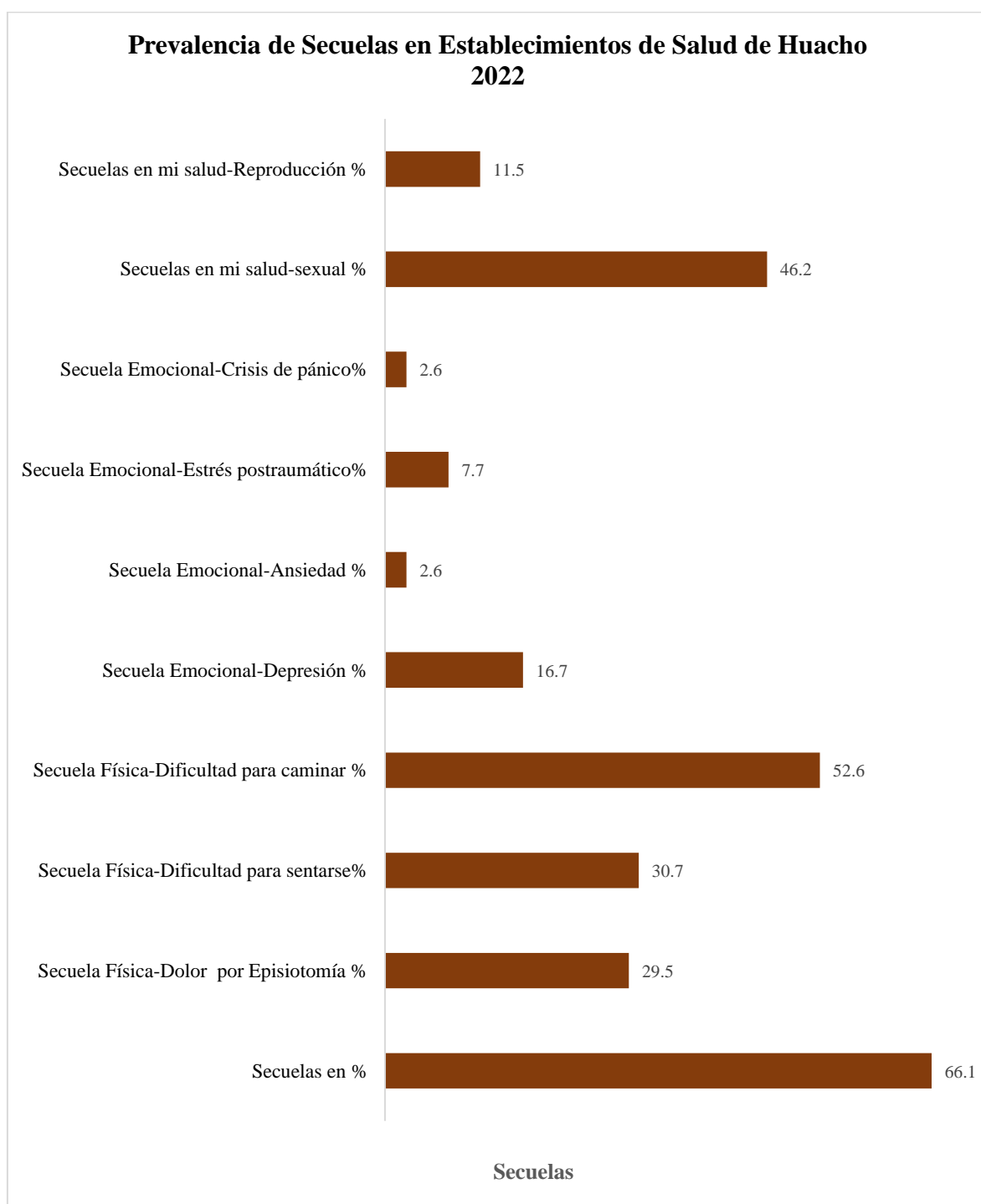


Figura 37. Secuelas por Violencia Obstétrica

En la figura 37, se muestra que el 66.1% de las púerperas que participaron del estudio sufrieron algún tipo de secuelas. En las secuelas físicas predominó “dificultad para caminar” (52.6%) y en las secuelas psicológicas la secuela emocional-depresión (16.7%).

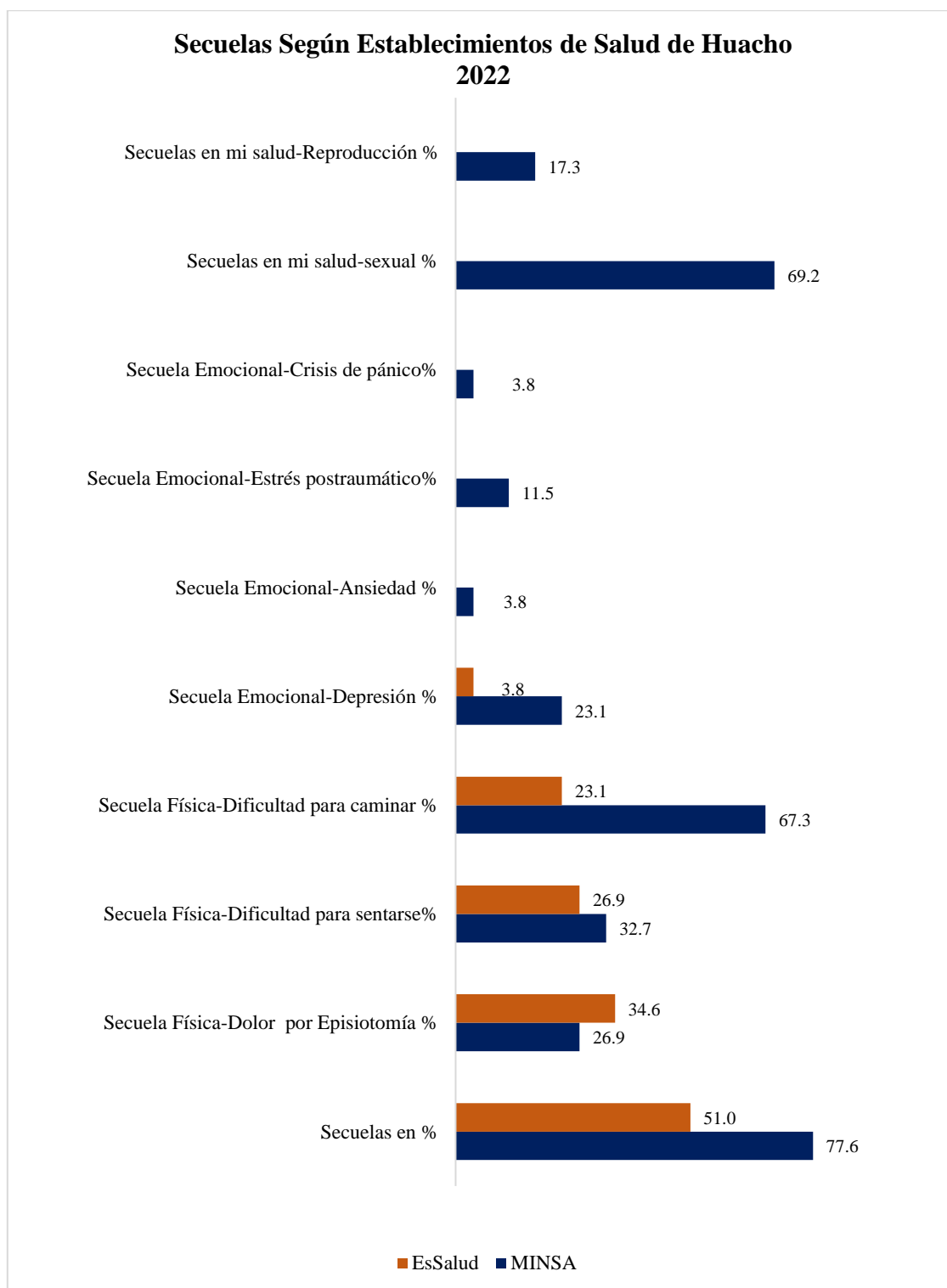


Figura 38. Secuelas por Violencia Obstétrica Según Establecimientos de Salud

En la figura 38, se muestra mayor prevalencia de secuelas en puérperas de MINSA (77.6%) de las cuales predominaron “dificultad para caminar” (67.3%), seguida de “secuelas en la salud sexual” (69.2%), mientras que en puérperas de EsSalud predominaron “Dolor por episiotomía” (34.6%) y “dificultad para sentarse” (26.9%).

Capítulo V. Discusión

5.1 Discusión de Resultados

La violencia Obstétrica se refiere a cualquier tipo de maltrato percibido por las mujeres durante el embarazo, parto o posparto, puede ser físico y psicológico. La prevalencia de la violencia obstétrica física y psicológica según variables epidemiológicas y sociodemográficas fue determinada en nuestra investigación en una muestra de puérperas tanto de MINSA como de EsSalud:

5.1.1. Violencia Física según Variables Epidemiológicas. Según las variables epidemiológicas, “controles prenatales” y “clases de preparación al parto”, en puérperas de MINSA la violencia obstétrica física de mayor prevalencia “más de 04 tactos vaginales”, fue percibida en el 77.6% de puérperas que tuvieron más de cuatro controles prenatales y en el 50.7% que no asistió a clases de preparación al parto; mientras que en puérperas de EsSalud, la violencia obstétrica física de mayor prevalencia “permanecer acostada durante el parto” fue percibida en el 49% de puérperas que tuvieron más de cuatro controles y en el 39.2% de puérperas que no asistieron a clases de preparación al parto (figuras 1 y 3).

Según las variables epidemiológicas “edad gestacional” y “tipo de parto”, en puérperas de MINSA la violencia obstétrica física de mayor prevalencia “más de 04 tactos vaginales” fue percibida en el 70.1% con edad gestacional entre 37-40 semanas y en el 59.7% que tuvo parto vaginal; mientras que en puérperas de EsSalud, la violencia obstétrica física con mayor prevalencia “permanecer acostada durante el parto” fue percibida en el 37.3% con edad gestacional de 37 a 40 semanas, mientras que la violencia física con mayor prevalencia “medicamentos para apurar el parto” fue percibida en el 41.2% de puérperas que tuvieron parto vaginal (figuras 2 y 4).

Como se observa la mayor prevalencia de la violencia física “más de 04 tactos vaginales” según variables epidemiológicas ocurrió en puérperas de MINSA, en donde

también las puérperas han informado que los tactos son hechos por diferente personal de salud, lo que explicaría esta mayor prevalencia. Las pacientes sufren tactos vaginales que además de ser dolorosos, violan la privacidad de las pacientes y en la mayoría de los casos sin su autorización y ni siquiera van a proporcionar información significativa debido a que cada mujer para dilatar necesita de un tiempo y ritmo específico y diferente, cada parto es distinto y más bien los tactos vaginales ofrecen riesgo de infección (García, 2018).

En puérperas de EsSalud, la mayor prevalencia de la violencia física “permanecer acostada durante el parto” también ocurrió en las que tuvieron más de cuatro controles, lo que indica que no favorece el que la madre haya asistido a los controles recomendados y más bien se deduce que la posición acostada es para facilitar el trabajo del personal de salud, aunque no haya justificación para esta práctica, pues se ha demostrado que la posición vertical ofrece mayores ventajas como lo señalan Vargas Londoño y col. (2016) en cuanto a disminuir el tiempo de duración del parto, menos desgarros y edema bulbar, menores casos de episiotomía, de placenta retenida y de presión del fondo del útero, menor necesidad de instrumentación, menos dolor, entre otros, por lo cual debería facilitarse el que la madre adquiera la posición que le de comodidad durante el parto. Además, en el Perú existe una directiva que al parecer no se aplica y en la que se advierte que a nivel nacional en todos los establecimientos de salud, se debe promover el papel protagónico de la parturiente en todo el proceso del parto, dándole la posibilidad de elegir la posición para dar a luz con la compañía del cónyuge u otro pariente y además recomienda que en dichas instalaciones se cuenten con los fármacos e insumos necesarios para atender el parto vertical y evitar complicaciones (Norma Técnica de Salud, 2016).

5.1.2. Violencia Física según Variables Sociodemográficas. Según las variables sociodemográficas edad, procedencia y estado civil, en puérperas de MINSA la violencia obstétrica física de mayor prevalencia “más de 04 tactos vaginales” fue percibida en el 58.2%

de 20 a 35 años, en el 62.7% de procedencia urbana y en el 64.2% de estado civil conviviente (Figuras 5, 6 y 7), mientras que en puérperas de EsSalud la violencia física de mayor prevalencia “episiotomía” fue percibida en el 33.3% de 20 a 35 años y en el 33.3% de estado civil conviviente, mientras que el “permanecer acostada durante el parto” fue percibida en el 29.4 % de procedencia urbana (Figuras 10, 12 y 11).

Según las variables sociodemográficas “nivel de instrucción” y “ocupación”, en puérperas de MINSA la violencia física de mayor prevalencia “más de 04 tactos vaginales” fue percibida en el 71.6% con nivel de instrucción secundaria y en el 71.6% con ocupación ama de casa (Figuras 8 y 9). En puérperas de EsSalud la violencia física de mayor prevalencia “permanecer acostada durante el parto” fue percibida por el 31.4% de madres con nivel de instrucción superior y por el 21.6% de madres con ocupación ama de casa (Figuras 13 y 14). También un 21.6% de madres con ocupación amas de casa respondieron haber percibido las violencias físicas “medicamentos para apurar el parto” y “más de 04 tactos vaginales” (Figura 14).

Por lo que, la violencia física “más de 04 tactos vaginales” según variables sociodemográficas tuvo mayor prevalencia en puérperas de MINSA con ocupación ama de casa y nivel de instrucción secundaria, lo que podría explicarse porque esta institución además de ser un hospital público es un hospital docente en donde hay afluencia de alumnos de las carreras de salud, sobre todo del área de medicina. En puérperas de EsSalud la mayor prevalencia de la violencia física “episiotomía” fue en puérperas de 20 a 35 años y de estado civil conviviente. Según la OMS, no se recomienda realizar esta práctica en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo, ya que existe evidencia científica sólida sobre sus efectos perjudiciales, así García Lorca y col. (2019) hallaron una fuerte correlación con un mayor grado de desgarro en una población de mujeres atendidas en un hospital clínico universitario.

La violencia física “más de 04 tactos vaginales” fue la de mayor prevalencia en púerperas de MINSA con ocupación ama de casa, nivel de instrucción secundaria y estado civil conviviente, hallazgos concordantes con el estudio de Quesada y Román (2020) quienes demostraron que en Costa Rica la violencia obstétrica está relacionada a las condiciones sociodemográficas y que muchas madres reportaron haber recibido más de cinco tactos vaginales.

5.1.3. Violencia Psicológica según Variables Epidemiológicas. Según las variables epidemiológicas: “controles prenatales”, “clases de preparación al parto”, “edad gestacional” y “tipo de parto”, la violencia psicológica “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” tanto en púerperas de MINSA como de EsSalud fue de mayor prevalencia, en el 62.7% y el 100% que tuvieron “ más de cuatro controles prenatales”, en el 43.3% y el 76.5% que “no asistieron a clases de preparación al parto”, en el 59.7% y el 80.4 % de “edad gestacional entre 37-40 semanas” y en el 37.3% y 64.7% que tuvieron “parto vaginal”, respectivamente (figuras 15 al 22).

5.1.4. Violencia Psicológica según Variables Sociodemográficas. Según: “edad”, “estado civil”, “lugar de procedencia”, “ocupación” e “instrucción” tanto en púerperas de MINSA como de EsSalud la violencia obstétrica psicológica más prevalente también fue “Sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” en el 53.7% y 70.6% de “20 a 35 años”, en el 58.2% y 64.7% de “Estado civil conviviente”, en el 55.2% y 62.7% de “procedencia urbana”, respectivamente. Asimismo, en el 59.7% con Ocupación ama de casa y el 45.1% con ocupación dependiente; en el 62.7% y 60.8% de nivel de instrucción secundaria y superior respectivamente (figuras 23 al 32).

En nuestro estudio la violencia obstétrica psicológica de mayor prevalencia según variables epidemiológicas y sociodemográficas fue “sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” (figuras 23 al 32), resultados similares a lo hallado por

Paúcar (2018) quien en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca identificó la falta de acompañamiento durante el parto como violencia obstétrica en el 92,5% de las pacientes y a los hallazgos de Domínguez y Sánchez (2018) en donde al 72.67% de usuarias de hospitales de Guayaquil se les negó el acompañamiento de una persona de su elección. La mayor prevalencia de esta violencia obstétrica psicológica podría explicarse por falta de una infraestructura apropiada para el acompañamiento de las madres por al menos de una persona de su confianza durante el parto, situación que debe tomarse en cuenta y ser corregida ya que se ha demostrado científicamente la importancia de acompañar a la gestante durante el parto, así Quispe (2019) ha observado que la compañía del padre durante el parto tiene un efecto favorable en el bienestar de la gestante por la menor percepción del dolor, por la tendencia a tener tiempo de trabajo de parto normal y efectos significativamente positivos durante el periodo de dilatación y el expulsivo, aunque no sobre el alumbramiento. Así mismo la OMS ha recomendado en base a evidencia de certidumbre baja y moderada, que la madre tiene el derecho de elegir la compañía de una persona sea un miembro de su familia, una persona de su confianza, para una experiencia positiva de parto y con respecto a la evidencia de certidumbre baja ha mostrado que el acompañamiento da lugar a que se puedan aumentar los partos vaginales espontáneos, se puedan reducir los partos vaginales instrumentados, las cesáreas, el uso de cualquier tipo de anestesia, así como la depresión posparto y además se ha evidenciado un mayor efecto sobre el parto vaginal espontáneo cuando las personas no forman parte del centro de salud y tampoco han sido escogidos por la madre. Respecto a la relación materno-infantil a más largo plazo escasa o ninguna diferencia en cuanto a la lactancia materna exclusiva, pero si el acompañamiento es por personas que no son parte del centro de salud y tampoco fueron escogidas por la mujer es probable aumente la lactancia materna exclusiva o cualquier uso de ella. Sin embargo, la evidencia moderada ha demostrado un efecto escaso o nulo en los traumatismos, en la región

perineal por la episiotomía o por los desgarros, en la reducción de las apreciaciones indeseables durante el parto, un efecto escaso o nulo en el dolor intenso durante el trabajo de parto y la probabilidad de que disminuya la puntuación baja del índice Apgar a los 5 minutos (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Para Riaño (2021) la participación del cónyuge o pariente en el trabajo de parto y parto tiene las siguientes ventajas: fortalecer la conexión familiar, disminuir los síntomas de depresión posparto, la ansiedad, el estrés y el temor, para brindar tranquilidad, aumentar el autoestima, contribuir a la seguridad del embarazo y del parto, prevenir la mortalidad infantil, aumentar la probabilidad de partos vaginales reduciendo así la necesidad de cesáreas y el uso de fórceps, facilitar el proceso del parto, adquirir nuevos conocimientos y mayor responsabilidad del cónyuge, dar mayor valor a la mujer y ayudar a la construcción de la paternidad tanto participativa como afectiva.

La Norma Técnica de Salud aconseja el apoyo de una persona vinculada afectivamente a la gestante para establecer una relación de apoyo físico y psicológico, brindándole seguridad y confianza para reducir el tiempo de duración del nacimiento, evitando la ansiedad materna para neutralizar la adrenalina, se libere oxitocina y se favorezcan las contracciones uterinas (NTS N°121-MINSA/DGIESP V.01, 2016).

5.1.5. Violencia Física en el total de puérperas y entre instituciones. Se observa que en el 65.3 % del total de puérperas y en el 80.6% de puérperas de MINSA la violencia física de mayor prevalencia fue “más de 04 tactos vaginales”. Además de los tactos vaginales reiterados, la violencia física “tactos vaginales por diferente personal de salud” fue percibida en el 46.6% del total de puérperas siendo de mayor prevalencia en puérperas que se atendieron en el MINSA (53.7%), visto en las figuras 33 y 34 respectivamente; lo cual concuerda con los hallazgos de Esquivel (2018) quien identificó como acciones violentas durante el parto en gestantes del Hospital Antonia Lorena del Cuzco entre otras formas de

violencia física, los tactos reiterados en el 64% y por distintas personas en el 78% y con lo hallado por Márquez (2020), aunque con menor prevalencia, sólo el 5.30% de las participantes del estudio reportó haber recibido tactos vaginales reiterados y por diferentes personas.

En lo referente a los demás tipos de violencia física la “episiotomía” fue reportada por el 42.4% del total de puérperas y en similares proporciones en puérperas de MINSA y de EsSalud, 41.8% y 41.2% respectivamente, resultados que se asemejan a los de Domínguez y Sánchez (2018) quienes hallaron que al 48% de usuarias de tres hospitales de Guayaquil les practicaron episiotomía. Asimismo, aunque de menor prevalencia hemos hallado que en el total de puérperas (Figura 33) a un 38.1% le administraron “medicamentos para apurar el parto”, a un 36.4% le “rasuraron los genitales”, al 28.8% le practicaron “ruptura artificial de membranas”, al 23.7% le aplicaron “compresión de abdomen” y al 12.7% le aplicaron “enema”, siendo “medicamentos para apurar el parto” la de mayor prevalencia (43.1%) en puérperas provenientes de EsSalud (Figura 34). Nuestros hallazgos son similares a los de Márquez (2020) quien en 359 mujeres usuarias del hospital público de León encontró que al 1.10% le administraron medicamentos para acelerar el parto, al 5.6% le rasuraron los genitales, el 3.10% sufrió ruptura artificial, al 12.80% le aplicaron compresión del abdomen y al 1.7 % le pusieron enema.

Como se observa en la figura 34, en puérperas de EsSalud la violencia física de mayor prevalencia fue “permanecer acostada durante el parto” (49%), resultados que concuerdan con los de Rodríguez et al. (2020), quienes hallaron una mayor prevalencia (99.29%) de la práctica “estar en posición obligada”; con lo hallado por Domínguez y Sánchez donde el 72% de las mujeres no pudieron adoptar una postura de su elección y con lo reportado por Quesada y Román (2020) quienes al comparar niveles de violencia obstétrica según condiciones sociodemográficas en 107 madres procedentes de Costa Rica, hallaron que una

de las manifestaciones más comunes durante el parto fue el no poder optar por otra posición diferente a la horizontal.

Los resultados de nuestro estudio indican que todas las puérperas percibieron alguna forma de violencia obstétrica física, a pesar de la existencia de directrices dadas por la OMS para la atención durante el parto OMS (2018) y por la Norma Técnica de Salud, ésta última entre otras, recomienda: la no ruptura de la bolsa de aguas cuando el parto está evolucionando normalmente, la no aplicación de procedimientos considerados de rutina en el trabajo de parto (rasurado de genitales, episiotomía, enema, pujo forzado previo a la fase expulsiva) por ser perjudiciales (NTS N°121-MINSA/DGIESP V.01, 2016).

5.1.6. Violencia Psicológica en el total de puérperas y entre instituciones. “Sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” fue la violencia que predominó y fue reportada por el 83.1% del total de puérperas de nuestro estudio predominando en las que tuvieron sus nacimientos en EsSalud (100%), figuras 35 y 36.

Aunque de menor prevalencia, en el total de puérperas (Figura 35), también fueron percibidas las violencias psicológicas: “sin explicación a la aplicación del suero” (41.5%), “sin explicación a la ruptura artificial de membranas” (33.1%), “sin explicación a la episiotomía” (28.8 %), “sin explicación a la aplicación de medicamentos para acelerar el parto” (26.3%), “rodeada de personas ajenas” (22.9 %) y “sin apoyo del personal de salud durante el parto” (13.6%), y según instituciones estos tipos de violencia resultaron con una mayor prevalencia en puérperas de EsSalud “sin explicación a la aplicación del suero” (60.8%) y “sin explicación a la episiotomía” (33.3 %) y en puérperas de MINSA “sin explicación a la ruptura artificial de membranas” (37.3%), “sin explicación a la aplicación de medicamentos para acelerar el parto” (34.3%), “rodeada de personas ajenas” (34.3 %) y “sin apoyo del personal de salud durante el parto” (16.4%). Además un 24.6% del total de puérperas y un mayor porcentaje de puérperas de MINSA (31.3%) reportó estar

“Imposibilitada de preguntar o manifestar miedos e inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera”, tal como lo descrito por Domínguez y Sánchez (2018) quienes también hallaron un 37.8% de puérperas que “no pudieron manifestar sus temores o inquietudes”, pero diferentes a los de Castillo (2017) que en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha- Ecuador encontró que al 80% no les fue difícil exteriorizar sus miedos e inquietudes al personal de salud durante el embarazo parto y postparto. Nuestros hallazgos también mostraron que el 7.6% del total de puérperas reportaron la violencia “sin explicación de por qué fue cesareada”, y sólo ocurrió en puérperas de MINSA (13.4%), tal como Madrid et al. (2019) quienes obtuvieron un 41% de realización de cesáreas injustificadas cuando estudiaron la prevalencia de violencia obstétrica en un hospital público del estado de Aguas calientes, México, durante el trabajo de parto hasta el puerperio inmediato.

La Norma Técnica de Salud del Ministerio de Salud considera la importancia desde la recepción de la gestante para determinar la confianza y colaboración en las diferentes etapas del parto, recomienda la explicación clara sin uso de términos técnicos de los procedimientos a seguir, sobre todo si no tuvieron atenciones prenatales para disminuir el temor a lo desconocido y resolver las preguntas e inquietudes con términos fáciles de entender teniendo en cuenta la cultura, idioma, costumbres de la gestante, además incluye los procedimientos para atender con calidad el parto en posición vertical (NTS N°121-MINSA/DGIESP.012016), medidas que se considera deberían implementarse en las instituciones de salud.

“Sin iniciar lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento”, fue reportada por un 30.5% del total de puérperas y entre instituciones la mayor prevalencia fue en puérperas de MINSA (37.3%), contrario a lo recomendado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], (2023) que considera a la lactancia una

intervención que protege la vida de la madre y su bebé, como es la prevención de hemorragias posparto y la reducción del riesgo de infecciones, respectivamente (FIGO, 2023).

También se halló un 14.4% del total de puérperas “sin contacto inmediato con su bebé”, y un 23.7% “sin alojamiento conjunto con su bebe”, siendo de mayor prevalencia respectivamente en puérperas de MINSA (22.4%) y de EsSalud (27.5%), resultados que no concuerdan con lo hallado por Castillo (2017) en donde el 52% de las adolescentes que tuvieron sus partos en el Hospital Delfina Torres de Concha-Ecuador tuvieron contacto inmediato con su bebé, pero concuerdan con Figueroa et al. (2017) quienes hallaron un 26.7% de mujeres que se atendieron en instituciones hospitalarias Sonorenses- México que percibieron “impedir el contacto con recién nacido” como uno de las formas de violencia obstétrica realizadas con mayor frecuencia y con los hallazgos de Domínguez y Sánchez (2018) que reportaron un 65.33% de madres que no tuvieron la oportunidad del apego precoz. Aunque la prevalencia hallada en nuestro estudio en este aspecto fue baja, no deja de preocupar que se estén dando cifras que perjudican la lactancia y afectan el apego necesario para el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad de un ser humano en el futuro.

En nuestro estudio se muestran iguales proporciones del total de puérperas y de puérperas de los dos establecimientos estudiados (5.9%) que recibieron comentarios irónicos denigrantes o en tono de chiste, un 20.3% del total de puérperas y una mayor proporción de puérperas de EsSalud (27.5%) fueron llamadas con apodos o diminutivos y un 11.9% del total de puérperas y un mayor porcentaje de puérperas de EsSalud (19.6%) que fueron criticadas por llorar o gritar de dolor o emoción, alegría durante el parto; tal como lo reportado por Domínguez y Sánchez (2018) quienes hallaron que un 59.33% de las madres fueron objeto de comentarios inadecuados, al 77.33% las llamaron con apelativos y el 36%

sufrió agresión verbal, y lo hallado por Figueroa et al. (2017) quienes concluyeron que las críticas por llorar (44.4%), el uso de sobrenombres o diminutivos (28.9%) y los comentarios irónicos, descalificantes (22.2%) fueron los más comunes entre las mujeres participantes del estudio y Según Paúcar (2018) las mujeres percibieron una variedad de formas de violencia obstétrica que incluyeron ser llamadas con sobrenombres (6.1%) y ser criticadas por gritar o llorar de dolor (3.5%).

Nuestros resultados también coinciden con los de Jojoa et al. (2019) quienes hallaron que el 69% de mujeres atendidas en el Instituto bienestar familiar colombiano reportaron alguna forma de violencia obstétrica psicológica como la falta de información, el no poder tomar sus propias decisiones ni manifestar sus emociones y sentimientos, así como maltrato.

5.1.7. Secuelas producto de la violencia obstétrica física y psicológica. En la figura 37, se muestra que el 66.1% de puérperas que participaron del estudio sufrieron algún tipo de secuelas físicas y psicológicas, predominando “dificultad para caminar” (52.6%) y la secuela emocional “depresión” (16.7%), respectivamente.

Asimismo, en la figura 38, se muestran las secuelas reportadas por el 77.6% y el 51% de puérperas de MINSA y de EsSalud, respectivamente. Para las de MINSA la de mayor prevalencia fue secuelas “en mi salud sexual” (69.2%) seguida de “dificultad para caminar” (67.3%) y de menor prevalencia las secuelas emocionales por “depresión” (23.1%), por “estrés postraumático” (11.5%), por “ansiedad” (3.8%) y por “crisis de pánico” (3.8%). En puérperas de EsSalud, la secuela física que predominó fue “dolor por episiotomía” (34.6%) seguida de “dificultad para sentarse” (26.9%) y “dificultad para caminar” (23.1%), sólo se halló un 3.8% con la secuela “depresión”.

En general se ha mostrado mayor prevalencia de las secuelas físicas que de las secuelas emocionales a diferencia de lo reportado por Oliver (2019) donde la principal secuela fue el trastorno de estrés postraumático que afectó a un 5% de las madres, hallando

además que de cada tres una puede presentar síntomas parciales. Olza refuerza que el maltrato verbal y las episiotomías innecesarias y dañinas, pueden provocar secuelas como el bloqueo, la dificultad para retomar las relaciones sexuales, la rabia y la desconfianza en la relación con los profesionales de la salud, e incluso la infertilidad secundaria por miedo a volver a pasar por una situación parecida. Para Cooklin, Amir, Nguyen, Buck, Cullinane, Fisher y Donath (2018) los factores que afectan la salud mental de la madre en el posparto serían los problemas físicos y la falta de apoyo y según Lemus y Cabrera (2017) el alto nivel de estrés durante el parto afectaría los mecanismos innatos del vínculo madre-hijo y la lactancia, al ocasionar reducción de la oxitocina e incrementar los niveles de adrenalina, efectos que pueden ocasionar conductas negativas en la madre como no saber cargar su hijo, no amamantarlo e incluso rechazarlo; por lo que la OMS recomienda que se debe favorecer una experiencia de parto positiva a fin de evitar las secuelas físicas y/o emocionales (OPS, 2019).

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

La violencia obstétrica física de mayor prevalencia según variables epidemiológicas que percibieron las puérperas en establecimientos de salud de la ciudad de Huacho fue “Mas de 04 tactos vaginales”.

La violencia obstétrica física de mayor prevalencia según variables sociodemográficas que percibieron las puérperas en establecimientos de salud de la ciudad de Huacho fue “Mas de 04 tactos vaginales”.

La violencia obstétrica psicológica de mayor prevalencia según variables epidemiológicas, que percibieron las puérperas en los establecimientos de salud de la ciudad de Huacho fue “Sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto”.

La violencia obstétrica psicológica de mayor prevalencia según variables sociodemográficas, que percibieron las puérperas en las instituciones de salud de la ciudad de Huacho fue “Sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto”.

Todas las puérperas que participaron del estudio percibieron algún tipo de violencia obstétrica física, predominando “más de 04 tactos vaginales” (65.3%), seguido de “tactos vaginales por diferente personal de salud” (46.6%) y “episiotomía” (42.4%)

Todas las puérperas que participaron del estudio percibieron algún tipo de violencia obstétrica psicológica, predominando “Sin compañía de una o más personas de su elección durante el parto” (83.1%), seguido de “sin explicación a la aplicación del suero” (41.5%) y “sin explicación a la ruptura artificial de membranas” (33.1%).

La secuela física de mayor prevalencia fue la dificultad para caminar.

La secuela psicológica de mayor prevalencia fue la depresión.

6.2. Recomendaciones

Se reconozca que la violencia obstétrica atenta contra los derechos de la mujer y se norme, implemente y monitoree su cumplimiento en las instituciones estudiadas, para prevenir, eliminar y sancionar cualquier comportamiento o acción que provoquen daño físico o psicológico, dando lugar a secuelas que afecten tanto la salud física como la emocional o incluso le provoque la muerte a la madre y/o al neonato.

Mientras se elabore la propuesta de ley específica y se reglamente, se debe vigilar el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sobre la atención y cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

Reeducar, capacitar, sensibilizar según corresponda al personal de salud para evitar las acciones que pueden constituirse en violencia obstétrica.

Que los establecimientos de salud gestionen la mejora de infraestructura para que, durante el proceso del parto las madres puedan contar con la compañía de una persona de su confianza, asimismo se pueda aplicar la Norma Técnica de Salud para la atención del parto en la posición vertical, en el contexto de los derechos humanos con pertinencia intercultural.

Capacitar a las madres para que sepan reconocer la violencia obstétrica tanto física como psicológica y puedan detenerla en el acto y denunciarla.

Capítulo VII. Referencias

7.1 Fuentes electrónicas

- Almaguer J., G. H. (2010). La Violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y Salud en Cifras*, 4-20. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/genero-y-salud-en-cifras/articulo/la-violencia-obstetrica-una-forma-de-patriarcado-en-las-instituciones-de-salud>.
- Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir. EAM, N°2, 2016*, 1-10. Recuperado de <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>.
- Ayesta Olivos C.B., Vásquez Delgado A.L. (2016). Violencia obstétrica: vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el hospital regional docente Las Mercedes-2016. Recuperado de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3068/Ayesta%20-%20Vasquez.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Araujo-Cuauro, JC. (2019), Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y derechos humanos? *Rev. Mex. Forense*. 2019; 4(2): 1-11. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmf192a.pdf>
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 145-169. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Asamblea Legislativa Plurinacional Bolivia. (9 de marzo de 2013). Ley Integral Para Garantizar A Las Mujeres Una Vida Libre De Violencia ley 348. Recuperado de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf.

- Asamblea Nacional República del Ecuador. (05 de febrero de 2018). Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. Registro Oficial Suplemento 175. Recuperado de https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
- Ávila-Fuenmayor, F. (2006). El concepto de poder en Michel Foucault. *TELOS. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales Universidad Rafael Belloso Chacín*, 215-234. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/993/99318557005.pdf>
- Barbosa da Silva, F. R. (2013). Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 1031-8. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reensp/a/sjG5dpSppH7KMRrHFB84Y4h/?lang=pt&format=pdf>.
- Belli L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013; 4:25-34. ¿Recuperado de <https://afar.info/biblio/detail.php?lang=es&id=2696>.
- Bellón Sánchez S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*. 2015(18):93-111. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.
- Blair Trujillo, Elsa. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y cultura*, (32), 9-33. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422009000200002&lng=es&tlng=es.

- Calafell, N. (2015). La Violencia Obstétrica y sus Modelos de Mundo. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, N° 10; 2015: 331-354. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/4288/Art_culo_Calafell_definitivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carvajal, J. R. (2019). Manejo del trabajo de parto y atención del parto. En *Manual Obstetricia y Ginecología* (págs. 88-107). Chile. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
- Casal-Moros, Norma & Alemany-Anchel, M José (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enferm vol.23* (1-2), 61-64. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013.
- Castillo Ortiz, L.W. (2017) *violencia obstétrica desde la percepción de las adolescentes que asisten al Hospital Delfina Torres De Concha*. Tesis-Licenciatura en Enfermería Universidad. Recuperado de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1293/1/castillo%20ortiz%20larry%20wilson.pdf>.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 43-68. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/?format=pdf&lang=es>.
- Congreso de Colombia. (04 de 12 de 2008). LEY 1257 de 2008. Diario Oficial N°. 47.193. normas de para la sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y

discriminación contra las mujeres. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/ley_1257_de_2008_colombia.pdf.

Congreso de la República del Perú. (2015). Recuperado de https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/02/Ley3036_erradicarviolenciapdf.

Cookling, A.R., Amir, L.H., Nguyen, C.D., Buck ML, Cullinane M, Fisher J.R.W, Donath S.M. (2018) Physical health, breastfeeding problems and maternal mood in the early postpartum: a prospective cohort study. *Arch Women's, Ment Health*, 21: 365-374 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0805-y>, Recuperado de <https://saludmentalperinatal.es/2019/06/06/las-secuelas-fisicas-del-parto-y-los-problemas-de-lactancia-afectan-la-salud-mental-materna/>

Constitución Política del Perú [Const]. (29 de diciembre de 1993). *Constitución Política del Perú*. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/spanish/per_res17.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH]. (2012). Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica. *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.*, 142. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf

Corte Interamericana Derechos Humanos [CoIDH]. (2010). Caso Rosendo Cantú y otra vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, 107. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_216_esp.pdf

Damaris Martínez Ivon y Riaño Garzón Angie Camila (2019). *Percepción de la atención del parto visto desde la Violencia Obstétrica*. [Anteproyecto de Grado Facultad de ciencias Económicas Administrativas y Contables Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud, Universidad Cooperativa de Colombia] Bogotá. Recuperado de

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16354/1/2020_Percepcion-Parto-ViolenciaObsterica.pdf

Da-Silva-Carvalho, Isaiane, & Santana-Brito, Rosineide. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(47), 71-97. Epub 01 de julio de 2017. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>

Davis-Floyd R, P.-B. D. (2011). The International Mother Baby Childbirth Initiative: Working to create optimal. *International Journal of Childbirth*, 196-212. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/233718458>

Defensoría del Pueblo. (2020). *Violencia Obstétrica en el Perú*. Lima (N°023-2020-DP/AD) Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf>

Defensoría del Pueblo, (2017/11/22) Minsa y EsSalud no garantizan servicios de calidad en salud materna. *Defensoría noticias*. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/minsa-y-essalud-no-garantizan-servicios-de-calidad-en-salud-materna/>

Díaz García, Luis Iván, & Fernández M., Yasna. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)*, (51), 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123.

Domínguez Ontano, Doménica y Sánchez Zambrano, Bryan (2018). Percepción de las usuarias sobre la atención obstétrica recibida en los hospitales de Guayaquil Editor Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia.

Recuperado de <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/8a3b1ef8-07fc-4e69-bb95-07e3accb256b/content>

Echeverry, D. (2018). análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia. Recuperado de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4185/1/2018_analisis_violencia_obstetrica.pdf.

Esquivel Vargas, N:C (2018). Violencia obstétrica a gestantes durante la atención del parto y puerperio en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2019 (Tesis de grado) Universidad Andina del Cusco. Recuperado de <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/2333>.

Familiar, O. N. (26 de 01 de 2018). Violencia obstétrica. Lima, Perú. Recuperado de https://observatorioviolencia.pe/mv_violencia-obstetrica/

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO]. (noviembre 2006). Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y salud de la mujer de la FIGO. Recuperado de [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6289BABF568DC1E805257D160072C179/\\$FILE/7_Guias_de_FIGO.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6289BABF568DC1E805257D160072C179/$FILE/7_Guias_de_FIGO.pdf).

Fernández Guillén, F. (2015). ¿qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18: 113-128. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>.

Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutiérrez CD, Cázares-González FA (2017). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. SANUS [Internet]. 11 de agosto de 2019; (3):14-21. Recuperado de <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones unidas. Recuperado de <http://bit.ly/1FVZyEB>.
- García Alonso EM. Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. *Dilemata*. 2015(18):27-43. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/inde.php/dilemata/article/view/370>
- García E. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid- España. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
- García-Lorca, Ana Isabel; Viguera-Martínez, María de los Ángeles; Ballesteros-Meseguer, Carmen, Fernández-Alarcón, María de las Mercedes; Carrillo-García, César, Martínez-Roche, María Emilia (2019). Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Española de Salud Pública*, 2019, v.93, e201907040. ISSN 2173-9110. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/resp/2019-v93/e201907040/es/#>.
- Gherardi, N. (2016). Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Santiago: CEPAL: *Serie Asuntos de Género*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/eaaabf2b-a41b-4daa-8d57-83346c7bfbe4/content>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE]. (2015). Violencia obstétrica: negación de acceso y mala atención del parto. México: GIRE. Recuperado de <https://informe2015.gire.org.mx/#/negacion-acceso>
- Guillen, F. (2006). Numerosos estudios han demostrado que la utilización excesiva de ciertas intervenciones. *Medicina Naturista*, 507-516. Recuperado de

file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-NosotrasParimosNosotrasDecidimos-1985570.pdf.

Hernández Vargas, M. (2019). Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricense sobre violencia obstétrica. *Wimb Lu*, 16(2), 93-118. <https://doi.org/10.15517/w1.v16i2.48101>. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/48101/47672>.

Honorable Congreso de la Nación Argentina (2009). *Ley 25.929*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805/texto>.

Huarino-Suca, S. L. & Choque -Chura, O. (2021). Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un Hospital público. *Revista Médica Basandrina*, 15(3), 3-10 <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.3.1151>. Recuperado de <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1151>.

Instituto Nacional Materno Perinatal (2018). *Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología* (2ed.). Lima: INMP. Recuperado de <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO]. (2023). *Harnessing the golden hour: breastfeeding recommended within first hour of life*. Recuperado de https://www.figo.org/sites/default/files/2023-07/FIGO%20Statement_breastfeeding%20recommended%20within%20first%20hour%20of%20life_2023.pdf

Jojoa Tobar E, Chuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja Campo AM y Suárez-Bravo JP (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud.*; 51(2): 135-146. doi:

<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>. Recuperado de

<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9625++>

La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (23 de 04 de 2007). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia N° 38.668. Caracas, Venezuela: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

Lafaurie, M., Rubio, D., Perdomo, A., & Cañón, A. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>. Recuperado de [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/).

Lam Flores, S.L., Sánchez Romero, V.J., Alva Olivos, M.A., Castillo Vásquez, J.S., & Cabellos Tufinio, P. (2018). *Violencia obstétrica y estrés en puérperas atendidas en un hospital de Chimbote, 2017*. Recuperado de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USPE_42db3a4f7b2d3e6abd9bb498672cf08b.

Lemus Díaz LF& Cabrera Ramírez KMM. (2017). *Percepción de mujeres acerca de la violencia obstétrica* (Tesis de grado). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Recuperado de <http://www.repositorio.usac.edu.gt/8184/>

Llobera Cifre Rosa; Ferrer Pérez Victoria A. y Chela Álvarez Xenia (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas* ISSN: 1131-8635 <http://dx.doi.org/10.5209/infe.60886> ediciones complutenses. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/334037562_Violencia_obstetrica_La_perspectiva_de_mujeres_que_la_han_sufrido.

Madrid Medina, C., De León Pérez, M. Ángel, Delgado Mandujano, M.J., Cancino de la Cruz, L. G., Rangel Jiménez, P., Soto Rosales, B. E., & Rodríguez Limón, M. del R. (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*, 14 (42), 27-36. <https://doi.org/10.33064/421m20192245>. Recuperado de <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2245>.

Márquez González Y. M. (2020). *Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León* (Tesis de grado de Especialidad). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Recuperado de <https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/648366/Tesis%20final%20Violencia%20obst%c3%a9trica.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

Mayoclinic. Org. (2022). *Episiotomía: cuándo es necesaria y cuándo no*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282>).

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará [MESECVI]. (2014). *Guía para la aplicación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Washington (OEA/Ser.L/II.7.10 y MESECVI/CEVI/ doc.193/13 Rev.1). Recuperado de <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/bdp-guiaaplicacion-web-es.pdf>

MIMP. (26 de 07 de 2016). DECRETO SUPREMO N° 008-2016-MIMP “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021”. Lima, Perú: Diario Oficial El Peruano. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/empresasegura/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-nacional-contr-la-viol-DS-008-2016-mimp.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2016). *Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado*. (1ª ed.). Lima:

Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-14497. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>.

Ministerio de Salud (2016). *Guía Técnica: Consejería Nutricional en el Marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera*. Lima-Perú. 1ª edición. Recuperado de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342323/Consejer%C3%ADa_nutricional_en_el_marco_de_la_atenci%C3%B3n_integral_de_salud_de_la_gestante_y_pu%C3%A9rpera__Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica20190716-19467-r0rac8.pdf?v=1563295756.

Morales Murga, Y.B. (2019). *Percepción de la Calidad de Atención del Parto y Violencia Obstétrica en Puérperas Inmediatas del Centro Materno Infantil del Cono Norte y Sur de la Ciudad de Lima Junio-Julio del 2018* (Tesis de pregrado) Universidad Privada de Norte Lima -Perú. Recuperado de <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/15299/Morales%20Murga%2c%20Yessica%20Brigitte.pdf?sequence=1&isAllowed=>

NTS (2016). *Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural*. (NTS N° 121-MINSA/DGIESP V.01). Recuperado de <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>.

Norwitz, E. R. (2007). Trabajo de parto y parto. En S. N. Gabbe, *Obstetricia* (págs. 353-394). España: Marbán libros.

O`neal Coto, K. (24 de marzo de 2017). Violencia obstétrica: un campo para hacer filosofía. *Universidad de Costa Rica*. Recuperado de <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/03/24/violencia-obstetrica-un-campo-para-hacer-filosofia.html>

Oliver, D. (27 de 09 de 2019). La violencia obstétrica se hace visible para la ONU. España.

El País Recuperado de

https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mamas_papas/1569401750_024829.html

Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto.

Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de Medicina*

Psicosomática y Psiquiatría de enlace, 79-83. Recuperado de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961>.

Orcotorio Quispe, Y.O. (2019). *Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto*

en mujeres atendidas en el servicio de obstétrica del Hospital Regional del Cusco,

2019 (Tesis de Pregrado). Universidad Andina del Cusco. Perú. Recuperado de

<https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/2560/YeritTesis>

[bachiller2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/2560/YeritTesis)

Organización de Estados Americanos [OEA]. (9 de junio de 1994). *Convención*

Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la*

salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract

[_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Constitución de la Organización Mundial*

de la Salud. Recuperado de

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de*

respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Recuperado

de <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

- Organización de las Naciones Unidas (1999). *Recomendaciones generales adoptadas por el comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer*. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paucar Briones R. (2018). *Violencia obstétrica percepción de las gestantes en trabajo de parto Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca-Perú. Recuperado de https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/1801/T016_72540406_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pereira, Carlota, Domínguez, Alexa, & Toro, Judith. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&tlng=es.
- Poder Ejecutivo Nacional Argentina. (20 de 07 de 2010). *Reglamentación de la Ley N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires, Argentina: Boletín Nacional. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1011-2010-169478/texto>
- Puma, Javier, Díaz, Jorge, & Caparó, Carlos. (2015). Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima,

Perú. *Revista Médica Herediana*, 26(1), 17-23. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000100004&lng=es&tlng=es.

Quesada Coronado, D., & Román Quirós, R. (2021). El derecho a dar luz sin violencia: una aproximación cuantitativa sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Psicoinnova*, 5(1), 21-26 <https://doi.org/10.54376/psicoinnova.v5i1.38>. Recuperado de <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/38>.

Quispe Jiménez C.G. (2019). *Efectos del acompañamiento paterno durante el trabajo de parto y el parto en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Puquio – Lucanas* (tesis de pregrado) Universidad Alas Peruanas, Lima -Perú. Recuperado de https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/9278/Tesis_Efectos_Acompa%20c3%b1amiento%20paterno_Trabajo%20de%20parto.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Riaño Correa A.L. (2021). Acompañamiento de la pareja o familiar en el trabajo de parto y parto. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería, Bogotá D.C Recuperado de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4318/monografia%20lorena%20ria%20c3%91o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Rodríguez-Roque, S., Rodríguez-Rico, D., Rodríguez-Rico, G., & Jiménez-Malavé, R. (2020). Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto. Estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 80(4), 280-291. Recuperado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20464

Risco, M. I. (2019). Violencia obstétrica durante la atención del parto, puerperio y la percepción de la usuaria (tesis inédita de Licenciatura). Universidad César Vallejo,

- Trujillo, Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40428/Risco_VMI.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Segura, M. S. (2016). Formación del Personal de Salud para el Abordaje de la Violencia de Género en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 78-85. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200010
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (17 de 09 de 2004). Ley 25.929 Parto humanizado. Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Terán, Pablo, Castellanos, Carlos, González Blanco, Mireya, & Ramos, Damarys. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&tlng=es.
- Vargas Londoño Vanessa Fernanda, Rodríguez Castiblanco Jessyca Paola, Corredor Acosta Marcia Tatiana y Vallejo Astudillo Nasly Mildred (2016). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Pontificia Universidad Javeriana*. Universidad Nacional de Colombia, Colombia DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.vdpv>. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/15532>
- Villanueva-Egan, L. A. (julio-setiembre de 2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3), 148. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393251>

Villarme, S. O. (2015). El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *DILEMATA*, 157-183.
<https://documat.unirioja.es/descarga/articulo/5106942.pdf>.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo.....con
DNI N°

Declaro que he recibido información y que he sido convocado para participar en una investigación llamada Violencia Obstétrica: Estudio de Prevalencia 2022. Se me ha explicado el objetivo, las características y los posibles beneficios y riesgos del estudio. Entiendo que el propósito de este estudio es describir, analizar y comprender las experiencias de las mujeres que han tenido durante sus partos, atendidos en los diversos establecimientos de salud de Huacho y mi participación consistirá en responder una encuesta que durará alrededor de 15 minutos. He sido informado que mi Participación es libre y que puedo o no responder o dar por terminada la encuesta cuando desee, así mismo que no recibiré compensación económica alguna por completar la misma, que se han tomado todas las precauciones posibles para proteger mi privacidad y las respuestas que dé sólo se utilizarán para esta investigación y que mi identidad nunca será revelada en los análisis o publicaciones de este estudio. Toda la información se almacenará en bases de datos de forma anónima. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y plantear mis dudas y me han respondido a mi entera satisfacción.

Por lo que doy **Mi CONSENTIMIENTO**, aceptando voluntariamente a participar, siendo que esta información tiene un beneficio para la sociedad y que recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Firma

Nombre:

DNI:

Fecha:

Si hubiere alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio podrá comunicarse con Emma

Dayana Estupiñan Guerrero al número de celular N° 999 009 767.

Anexo N°2**CUESTIONARIO**

El presente cuestionario tiene por finalidad describir, analizar y comprender las vivencias de las mujeres que han tenido durante sus partos atendidos en los diversos establecimientos de salud de Huacho y cuyos recién nacidos han sido registrados en la Municipalidad de Huacho. El llenado del cuestionario toma alrededor de 15 minutos.

Agradecemos su valiosa participación y le pedimos que lea con detenimiento cada una de las preguntas de manera que las respuestas que emita sean fidedignas ya que son fundamentales para esta investigación cuyos resultados permitirán cambiar las políticas de atención a las mujeres embarazadas y a la forma de nacer de sus hijos en este país.

Nombres y Apellidos.....

Edad:

Estado civil:

Soltera () Casada () conviviente () otro ()

zona de procedencia:

Urbano () rural ()

Ocupación:

Estudiante () Ama de casa () Dependiente () Independiente ()

Nivel de instrucción

Primaria () Secundaria () Superior ()

Completar el Siguiete Cuestionario:

1. ¿Dónde tuvo su último parto? Marque con una x

Hospital MINSA () Seguro social EsSalud ()

2. ¿Usted asistió a clases de preparación al parto?

No () Si ()

3. ¿Usted asistió a control prenatal?

No () Si ()

4. ¿A cuántos controles prenatales asistió? Marque con una X una de las opciones

a) Menos de 4 controles ()

b) Más de 4 controles ()

5. Este último parto, ¿fue parto vaginal o fue por cesárea? Marque con una x

Parto vaginal () Cesárea ()

6. ¿Cuántas veces en total usted ha tenido partos vaginales?

.....

7. ¿Cuántas veces en total usted ha tenido cesáreas?

.....

8. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando tuvo su último parto? Marque con una X

Menor de 37 semanas () 37-40 semanas () mayor de 40 semanas ()

9. Marque lo que ocurrió durante el último parto:	SI	NO	Observaciones
¿Previo al parto, tuvo más de 4 tactos vaginales?			
¿Los tactos vaginales fueron realizados por diferente personal de salud?			
¿Le indicaron permanecer acostada todo el tiempo?			
¿Le realizaron el lavado anal, para limpiar el intestino? (enema)?			
¿Le realizaron rasurado de genitales?			
¿Le pusieron suero cuando ingresó al hospital?			
¿Le pusieron algún medicamento para “apurar” el parto?			
¿Le rompieron las membranas” agua de fuente” (ruptura artificial de membranas)?			
¿Le realizaron compresión del abdomen en el momento del expulsivo?			
¿Le realizaron Episiotomía (corte en genitales)?			
En la sala de partos, ¿estuvo Ud. rodeada de personas ajenas a usted y a ese servicio?			
¿El personal de salud que la rodeaba, hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento?			
¿La trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita)?			

¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto (dilatación) y/o el parto?			
¿Pudo estar acompañada por una o más personas de su elección durante todo el trabajo de parto?			
¿Tuvo apoyo continuo por el personal de salud del área de partos durante todo el proceso de parto?			
¿Tuvo contacto inmediato con su recién nacido?			
¿Tuvo a su bebé en alojamiento conjunto (siempre junto a usted) desde que nació? ¿Por qué?			
¿Se inició lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento? ¿Por qué?			
¿Le fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera?			
Si le pusieron suero. ¿Le explicaron por qué le ponían suero?			
Si le pusieron un medicamento para apurar el parto, ¿Le explicaron porque le ponían ese medicamento?			
Si le rompieron el “agua de la fuente” (rotura artificial de membranas) ¿Le explicaron para que le rompían el agua de la fuente?			
¿Si le hicieron Corte en genitales (episiotomía) Le explicaron para que lo realizaron?			
¿Usted decidió que su parto fuera por cesárea?			
Si en caso usted no decidió que su parto fuera por cesárea, ¿le explicaron porque tenían que hacerle dicha cesárea?			

10. ¿La experiencia de su parto le ha dejado alguna sensación negativa o secuela?

- a) No () b) Si ()

11. Marque con un X los tipos de secuela (o sensación negativa) que le ha dejado su experiencia de parto:

- a) Secuela física.:

Dolor por el corte de los genitales () Dificultad para caminar ()

Dificultad para sentarse ()

- b) Secuela emocional

Depresión () ansiedad () estrés postraumático () crisis de pánico ().

- c) Secuela en mi salud

sexual () reproductiva ()

Muchas gracias por su colaboración