

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015

TESIS PRESENTADA POR:  
CERPA RODRÍGUEZ CLAUDIA DANITZA  
VELÁSQUEZ CHAUCA MARÍA DEL CARMEN

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

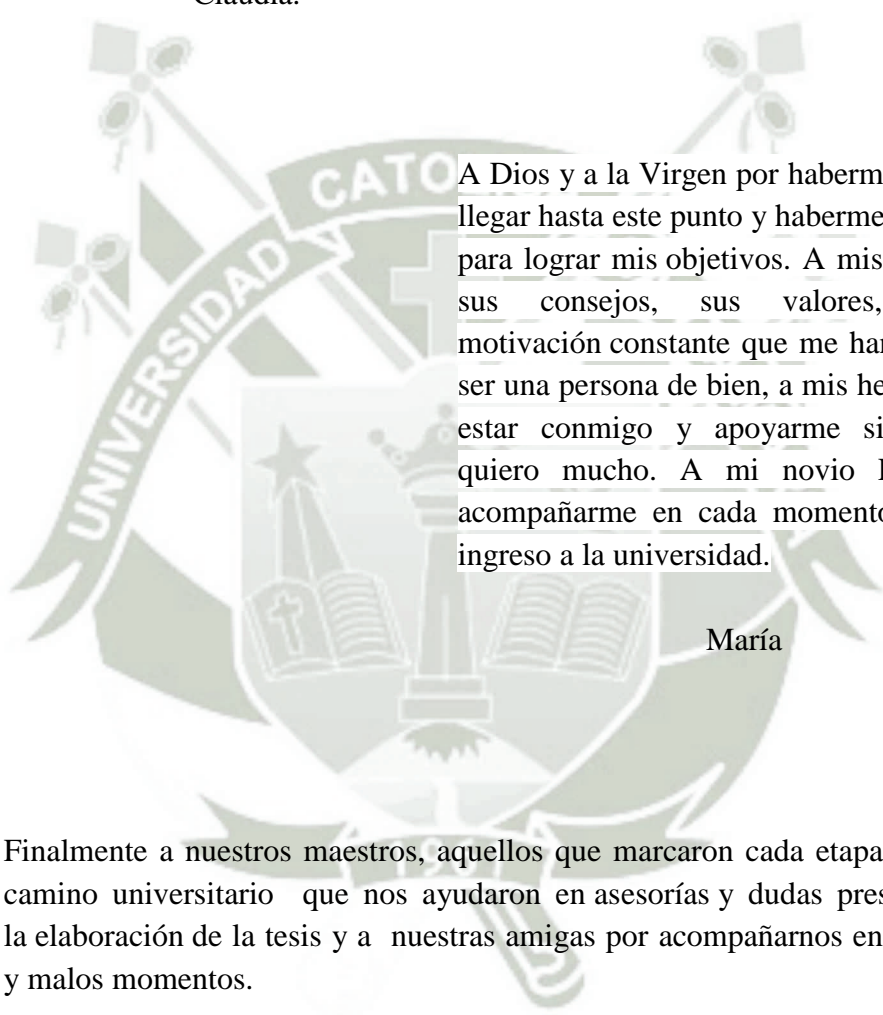
AREQUIPA – PERÚ

2015

A Dios, por darme la oportunidad de vivir,  
por fortalecer mi corazón e iluminar mi  
mente y por haber puesto en mis manos la  
capacidad de recibir a una nueva vida.

A mi madre, por darme la vida, creer en mí y  
por darme una carrera para mi futuro; a mi  
abuela, por quererme y apoyarme siempre,  
esto también se lo debo a ella.

Claudia.

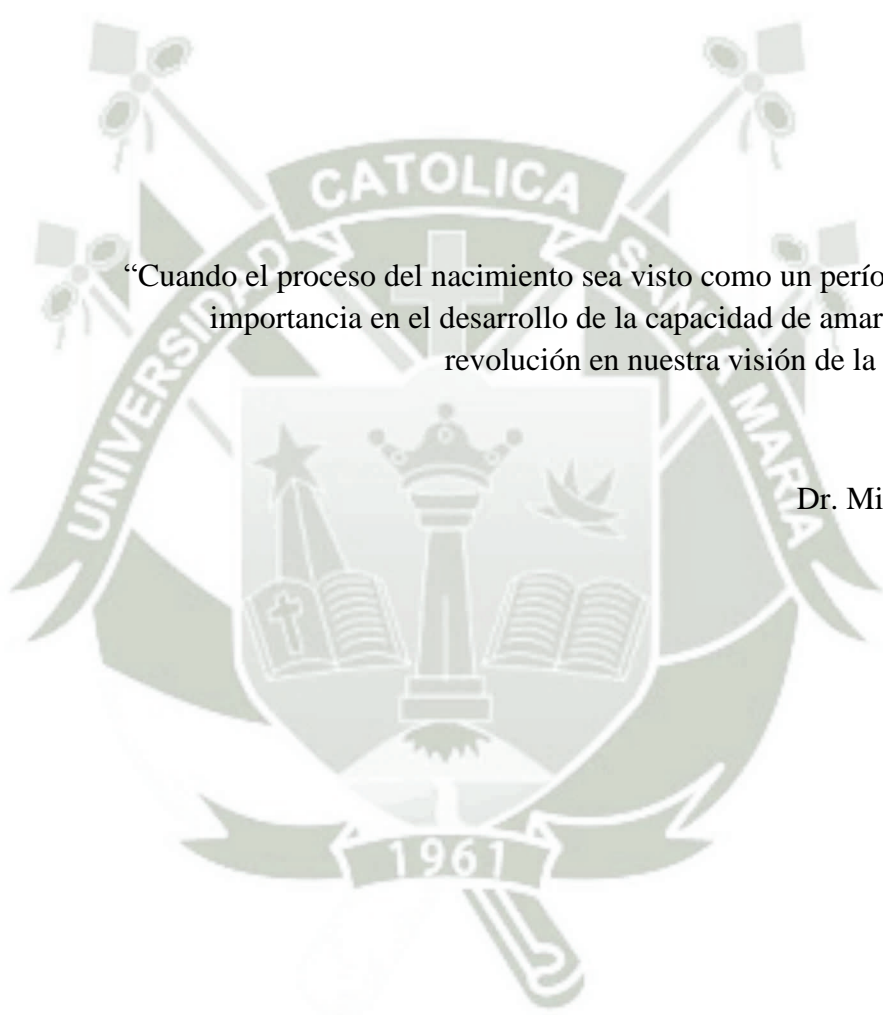


A Dios y a la Virgen por haberme permitido  
llegar hasta este punto y haberme dado salud  
para lograr mis objetivos. A mis padres por  
sus consejos, sus valores, por la  
motivación constante que me han permitido  
ser una persona de bien, a mis hermanas por  
estar conmigo y apoyarme siempre, las  
quiero mucho. A mi novio Edson, por  
acompañarme en cada momento desde mi  
ingreso a la universidad.

María

Finalmente a nuestros maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro  
camino universitario que nos ayudaron en asesorías y dudas presentadas en  
la elaboración de la tesis y a nuestras amigas por acompañarnos en los buenos  
y malos momentos.

Claudia y María



“Cuando el proceso del nacimiento sea visto como un período de suma importancia en el desarrollo de la capacidad de amar, ocurrirá la revolución en nuestra visión de la violencia”.

Dr. Michel Odent

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	11
1.1 ENUNCIADO .....	11
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	11
A) ÁREA DEL CONOCIMIENTO .....	11
B) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	12
C) INTERROGANTES BÁSICAS.....	14
D) TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	14
E) NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	14
2. OBJETIVOS.....	16
3. MARCO TEÓRICO .....	17
3.1 MARCO CONCEPTUAL.....	17
A. GÉNERO.....	17
B. DESIGUALDAD DE GÉNERO.....	18
C. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG).....	20
D. VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	21
a. Características de la Violencia Obstétrica. ....	23
b. Tipos de Violencia Obstétrica.....	23
c. Personal de Salud que podría cometer Violencia Obstétrica. ....	24
d. Marco Legal.....	25
E. GESTACIÓN-TRABAJO DE PARTO- PARTO- PUERPERIO....	32
F. MODELOS DE ATENCIÓN .....	34
G. PROCEDIMIENTOS O INTERVENCIONES INNECESARIAS ...	40
3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	47
4. HIPÓTESIS .....	50
<b>CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>51</b>

1. TÉCNICA INSTRUMENTO Y MATERIAL DE INVESTIGACIÓN .....	52
1.1 Técnica: .....	52
1.2 Instrumento: .....	52
1.3 Consentimiento Informado: .....	52
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	52
2.1 UBICACIÓN ESPACIAL .....	52
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL.....	53
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO .....	53
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN .....	54
3.1 ORGANIZACIÓN .....	54
3.2 RECURSOS .....	54
3.3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.....	55
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADO .....	56
4.1 Nivel de Sistematización de Datos:.....	56
5. CRONOGRAMA DE TRABAJO .....	57
<b>CAPITULO III RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
DISCUSIÓN .....	76
CONCLUSIONES .....	77
RECOMENDACIONES .....	79
BIBLIOGRAFÍA .....	80
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>
<input type="checkbox"/> ANEXO 1: Delimitación Demográfica .....	84
<input type="checkbox"/> ANEXO 2: Consentimiento Informado.....	85
<input type="checkbox"/> ANEXO 3: Encuesta. ....	86
<input type="checkbox"/> ANEXO 4: Permiso y Autorización.....	88
<input type="checkbox"/> ANEXO 5: Estadística. ....	90
<input type="checkbox"/> ANEXO 6: Matriz de Datos. ....	92

## RESUMEN

La Violencia Obstétrica es toda conducta, acción u omisión realizada por el Personal de Salud que afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, implicando la existencia de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Sin embargo, en las prácticas rutinarias del Personal de Salud, no existen datos de su garantía, ni tampoco sobre la real existencia o no de Violencia Obstétrica.

**Objetivo:** Demostrar si existe Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico, conocer el grado en el que se presenta, determinar su tipo y especificar el Personal de Salud que la comete en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Abril – Junio 2015.

**Metodología:** Diseño descriptivo, transversal, realizado en la ciudad de Arequipa, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, entre Abril y Junio del 2015. Se realizó una entrevista basada en una encuesta de 14 preguntas a 306 mujeres en el postparto inmediato en el Área de Puerperio de dicho hospital. La cual consistía en que si no había ninguna respuesta afirmativa el puntaje sería de 0 no violencia, mientras si existía de 1-3 respuestas afirmativas el grado sería bajo, para 4-8 respuestas un grado mediano, mientras que de 9-14 respuestas afirmativas el grado sería alto. Para el análisis se usó estadísticos descriptivos de frecuencia porcentuales para la elaboración de los cuadros. Y el procesamiento mediante el Software SPSS Versión 21.

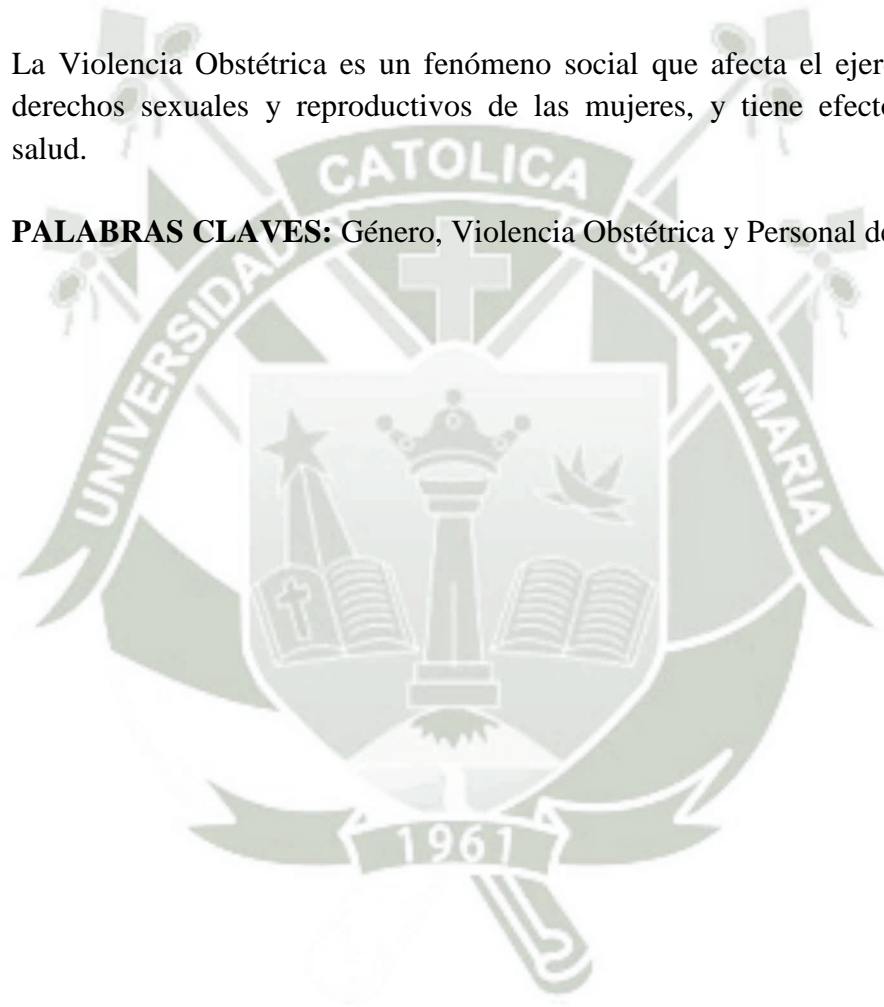
**Resultados:** Según el estudio se encontró que el 98.4% de las puérperas sufrieron de Violencia Obstétrica, en un grado alto, mediano y bajo con 4.6%, 57.2% y 36.6% respectivamente. En cuanto a los tipos de Violencia Obstétrica, la violencia física representa un 30.4%, violencia psicológica un 4.2%, ambos tipos de violencia 63.7% y sin violencia 1.6%, en cuanto al personal de salud que comete Violencia Obstétrica se encontró que obstetras y médicos residentes son los que inciden más con un porcentaje de 39% y 24.3% respectivamente. Al cruzar las variables encontramos que en relación a edad con número de casos de violencia se encuentra que los grupos más vulnerables son de 15-22 años y 23-30 años con 38.6% cada uno; número de hijos en relación con número de casos de violencia el grupo de 1-2 hijos representa el 73.2%; grado de instrucción en relación a número de casos de violencia el grupo vulnerable son las que cuentan

con estudios Secundarios 50.9% y finalmente la relación entre procedencia y número de casos de violencia es de 57.2% procedentes de Arequipa.

**Conclusión:** Este es un estudio que aborda la Violencia Obstétrica y aporta elementos para el desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de las mujeres durante la atención del parto y post-parto por el personal de salud; que se manifiesta principalmente por malos tratos, imposición de procedimientos médicos innecesarios y en la negación del protagonismo de la mujer.

La Violencia Obstétrica es un fenómeno social que afecta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y tiene efectos sobre su salud.

**PALABRAS CLAVES:** Género, Violencia Obstétrica y Personal de Salud.



## SUMMARY

Obstetric Violence is any behavior, action or omission made by the Health Personnel affecting the body and reproductive processes of women, implying the existence of a number of rights which in recent years have begun to be legally recognized. However, in routine practices of Health Personnel, there are no data of its guarantee, not about the actual existence of Obstetric Violence.

**Objective:** Demonstrate whether there Violence Obstetric women attending Calving eutocic, knowing the extent to which it occurs, determine its type and specify the Health Personnel who commits the service Gynecology-Obstetrics Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, April - June 2015.

**Methodology:** Descriptive, cross-sectional design, conducted in the city of Arequipa, Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, between April and June 2015 an interview based on a survey of 14 questions was conducted 306 women in the immediate postpartum Postpartum in the area of the hospital. Which was that if there was no positive response would score 0 no violence, as if there was 1-3 positive answers the serious degree low to medium grade 4-8 responses, while positive answers 9-14 the degree would be high? For the analysis it was used descriptive statistics of frequency percentage for making pictures. And processing by SPSS version 21 software.

**Results:** The study found that 98.4% of the postpartum Obstetric Violence suffered in a high, medium and low with 4.6%, 57.2% and 36.6% respectively. As for the types of obstetric violence, physical violence represents 30.4%, 4.2% psychological violence, both violence and violence 63.7% 1.6%, as health personnel who commit violence Obstetric and found that obstetricians medical residents are affecting more with a percentage of 39% and 24.3% respectively. When crossing the variables found in relation to age with incidence of violence it is that the most vulnerable are 15-22 years and 23-30 years with 38.6% each; number of children in relation to number of cases of violence on children 1-2 group represents 73.2%; level of education in relation to number of cases of violence on vulnerable group are those with secondary education 50.9% and finally the relationship between source and incidence of violence is 57.2% from Arequipa.

**Conclusion:** This is a study addressing obstetric violence and provides elements for the development of a culture of respect for human rights of women during delivery care and postpartum by Health Personnel; which it is mainly manifested by abuse, imposition of unnecessary medical procedures and the denial of the role of women. Obstetric Violence is a social phenomenon that affects the exercise of sexual and reproductive rights of women, and has effects on their health.

**KEYWORDS:** Gender, Obstetric Violence and Personal Health.



## INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años, la Comunidad Internacional ha reconocido cada vez más la violencia contra las mujeres como un problema de Salud Pública. En este sentido, la Violencia Obstétrica implica la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. La importancia de este tema se da por el momento en el que se genera la Violencia Obstétrica; el embarazo, parto y puerperio, los cuales son momentos significativos para la vida de cualquier persona, ya sean madres, padres, niños/as. Por ende para este trabajo se consideró la atención de mujeres durante el intraparto y puerperio inmediato.

Actualmente es de gran importancia llevar a cabo una investigación sobre Violencia Obstétrica, debido a que es un tema poco estudiado. Este tipo de Violencia contra la mujer fue reconocido por primera vez en el mundo en el año 2007 por Venezuela y le dio tratamiento jurídico con la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. En cuanto a nuestro país no existe una legislación específica en cuanto a Violencia Obstétrica.

Entendemos por Violencia Obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por Personal de Salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Finalmente la investigación se realizó con la intención de generar un nuevo y útil conocimiento para la carrera y demás profesionales de salud en su totalidad además de generar leyes y programas de nivel gubernamental para poder disminuir la Violencia Obstétrica, por ende no es un hecho casual que la investigación se realice en una Institución Pública, esto es así, porque este lugar es el que recibe y atiende a la mayoría de la población cotidianamente.

“La violencia obstétrica sólo cesará cuando los profesionales de la atención del parto puedan reflexionar y sanar sus propias heridas, es decir, el dolor que acarrea fruto de la formación que recibieron”. (17)



# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 ENUNCIADO

Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril – Junio 2015.

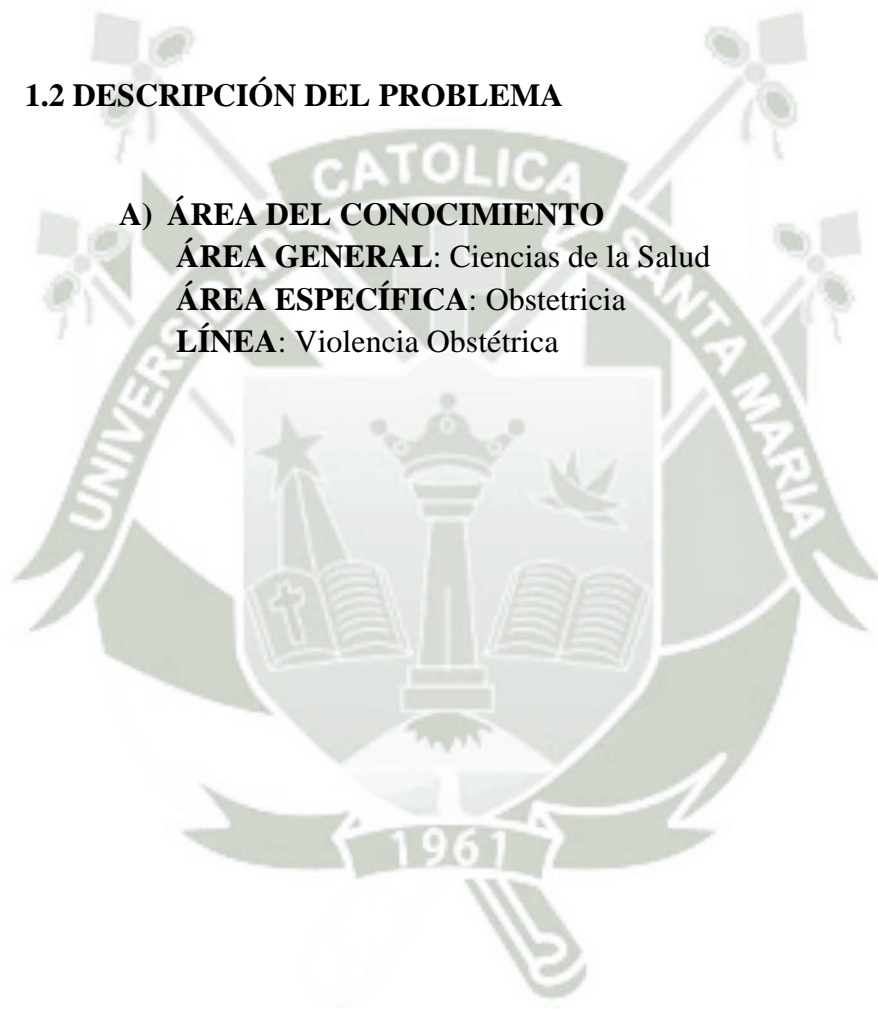
### 1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

#### A) ÁREA DEL CONOCIMIENTO

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud

ÁREA ESPECÍFICA: Obstetricia

LÍNEA: Violencia Obstétrica



**B) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	CATEGORIAS	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b>	1. Tipo de Violencia	1.1 Psicológica	1.1.1 Gritos 1.1.2 Burlas 1.1.3 Apodos 1.1.4 Indiferencia
		1.2 Física	1.2.1 Tactos dolorosos 1.2.2 Tactos Reiterados 1.2.3 Amniotomía Temprana 1.2.4 Rasurado Perineal 1.2.5 Enemas 1.2.6 Venoclisis y Medicación 1.2.7 Episiotomía 1.2.8 Maniobra de Kristeller
	2. Personal de Salud causante de Violencia	2.1 Médico Asistente 2.2 Médico Residente 2.3 Obstetra 2.4 Enfermera 2.5 Técnico de Enfermería 2.6 Interno (a) de Medicina 2.7 Interno(a) de Obstetricia	

<b>CARACTERISTICAS SOCIO- DEMOGRAFICAS</b>	1. Datos personales de las púerperas	1.1 Edad	1.1.1 15 – 22 años. 1.1.2 23 – 30 años. 1.1.3 31 – 38 años. 1.1.4 39 – 46 años.
		1.2 Número de Hijos	2.4.3 1-2 hijos 2.4.4 3-4 hijos 2.4.5 5 hijos a más
		1.3 Grado de Instrucción	1.3.1 Analfabeta 1.3.2 Primaria 1.3.3 Secundaria 1.3.4 Superior
		1.4 Procedencia	1.4.1 Arequipa 1.4.2 Puno 1.4.3 Cusco 1.4.4 Otros

### **C) INTERROGANTES BÁSICAS**

1. ¿Existe Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Abril – Junio 2015?
2. ¿Cuál es el grado de Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Abril – Junio 2015?
3. ¿Cuál es el tipo de violencia que se presenta en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Abril - Junio 2015?
4. ¿Quién es el Personal de Salud que comete Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Abril - Junio 2015?

### **D) TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio de Campo, Transversal.

### **E) NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel de investigación es Descriptivo.

### a. JUSTIFICACIÓN

Es importante y conveniente hablar sobre violencia obstétrica porque es un problema actual relacionado con la violencia generalizada que ocasiona un desorden mundial. De gran **interés personal** porque trabajamos diariamente en un medio donde el embarazo, parto y puerperio constituye de por sí, procesos fisiológicos con gran carga emotiva y por consiguiente; las mujeres son más susceptibles a su entorno, situación que nos motiva a mostrar mayor empatía.

Posee gran **relevancia social** al ser un problema de salud pública que requiere leyes y programas de nivel gubernamental esperando disminuir la Violencia Obstétrica. El hecho de conocer su trascendencia, estadística y creciente importancia, no sólo nos permitirá identificar el tipo de Violencia sino el agente causante y en consecuencia proponer medidas socializadoras.

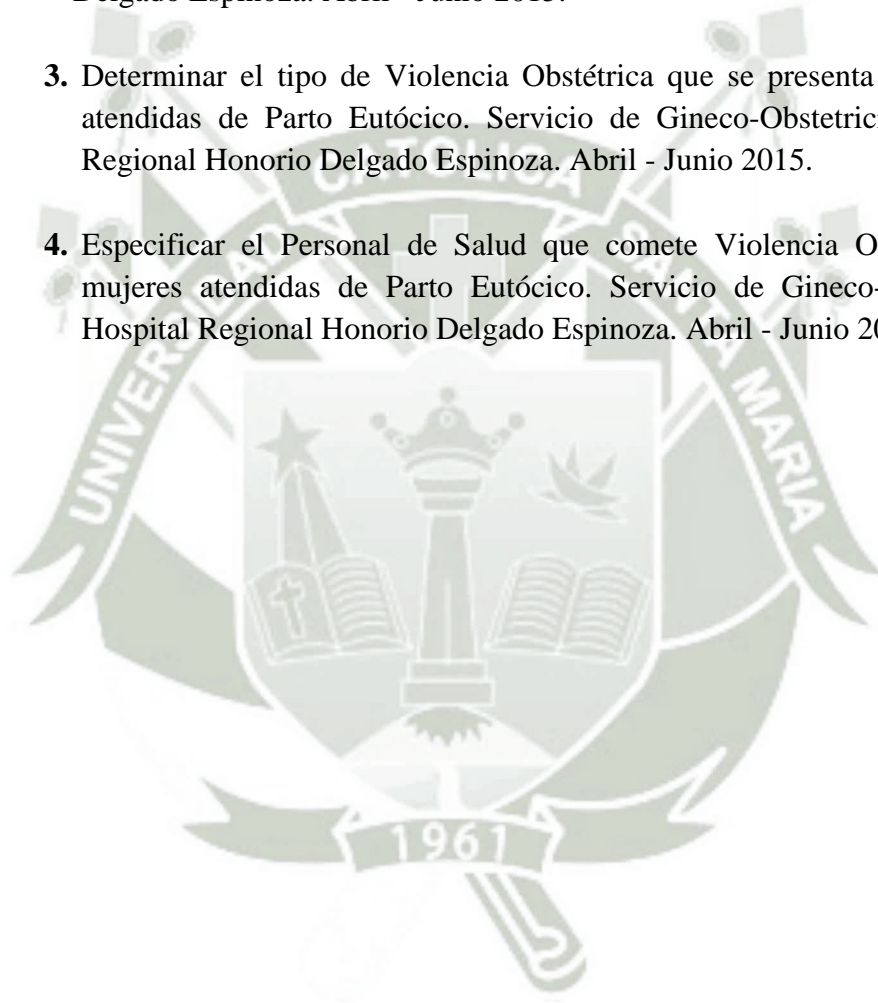
Gracias a la **relevancia contemporánea** de este proyecto es que podremos establecer y proponer fines y acciones para poder disminuir este tipo de Violencia poco conocido, tener conocimiento de las modificaciones en las leyes y normas que se manejan al respecto a nivel nacional e internacional, logrando finalmente conocer nuestra realidad local.

La **importancia académica** del estudio radica en el hecho que los resultados servirán para documentar este problema de salud pública y establecer un programa de prevención de la Violencia Obstétrica, en coordinación con las autoridades respectivas promover mecanismos de acción que permitan mejorar nuestra atención hacia parámetros humanistas y el **aporte** del presente estudio es proponer medidas que permitan incluir el tema de Violencia Obstétrica en la currícula académica del curso de Bioética y Obstetricia Fisiológica II donde se desarrolla la Atención de Parto Humanizado.

Este estudio resulta **original**, toda vez que no existe estudios de Violencia Obstétrica en Arequipa. **Factible** de ejecutarlo en nuestra práctica asistencial; más aún si responde a necesidades de **Política de Salud** actual.

## 2. OBJETIVOS

1. Demostrar si existe Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Servicio de Gineco – Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril - Junio 2015.
2. Conocer el grado de Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril - Junio 2015.
3. Determinar el tipo de Violencia Obstétrica que se presenta en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril - Junio 2015.
4. Especificar el Personal de Salud que comete Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril - Junio 2015.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 MARCO CONCEPTUAL

##### A. GÉNERO

Frecuentemente se confunde sexo y género cuando si bien el sexo determina el género. Ambos conceptos tienen significados distintos.

##### ❖ Sistema Sexo-Género.

**Sexo:** Es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y esencialmente inmodificables.

**Género:** Es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas.

Estas características son históricas, se van transformando con y en el tiempo y, por tanto, son modificables. El conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana es lo que fundamenta el sistema sexo-género. Género no es sinónimo de mujer.

##### ❖ Construcción Social de Género.

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, es una construcción social que supone un conjunto de acuerdos tácitos o explícitos elaborados por una comunidad determinada en un momento histórico determinado y que incluye a los procesos de enseñanza-aprendizaje.

El género es una variable de base sobre la que actúan las otras dimensiones generadoras de diferencias (etnia, edad, nivel educativo, clase social, ingresos, condición rural o urbana, etc.) por lo que los frenos y transformaciones en el ámbito de género influyen en las otras y viceversa. Como elemento constitutivo de las relaciones sociales, el género se expresa en:

- ✓ **Símbolos culturales:** visualizan las representaciones sociales de ambos sexos.
- ✓ **Conceptos normativos:** polarizan y reprimen comportamientos y tareas.

- ✓ **Instituciones y políticas:** reproducen y valorizan la asignación de roles y capacidades.
- ✓ **Identidad subjetiva:** posiciona y determina el proyecto de vida de unos y otras.

❖ **Naturalización de los Roles de Género.**

Los roles o papeles de género son comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros perciban como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y las jerarquicen y valoricen de manera diferenciada. La constante asignación social de funciones y actividades a las mujeres y a los hombres naturaliza sus roles. Esta naturalización de los atributos de género es lo que lleva a sostener que existe una relación determinante entre el sexo de una persona y su capacidad para realizar una tarea. Considerar como "naturales" los roles y las capacidades es creer que son inmutables. Reconocer y descubrir que estas características, supuestamente fijas e inamovibles, son asignaciones culturales, es lo que permite transformarlas. Desnaturalizar la percepción que se tiene del ser varón o mujer y reconocer que sus roles y capacidades han sido socialmente adjudicados permite pensar de otro modo los lugares que ambos pueden ocupar en la sociedad.(18)

## **B. DESIGUALDAD DE GÉNERO**

Pese a la masiva incorporación femenina a la fuerza de trabajo en las últimas décadas en la región, las brechas de género persisten. Desigualdades de género son consecuencia directa de las perspectivas tradicionales sobre el lugar y el papel que deben ocupar las mujeres en la sociedad, basadas en prejuicios y discriminaciones. Diagnósticos sobre la participación laboral femenina y una serie de recomendaciones y propuestas para generar políticas que promuevan la equidad de género en el empleo en pos del desarrollo sostenible y equitativo, realizaron cinco organismos internacionales que elaboraron de manera conjunta el *“Informe sobre Trabajo Decente e Igualdad de Género. Políticas para mejorar el acceso y calidad del empleo de las mujeres en América Latina y El Caribe”*. (19)

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), ONU Mujeres, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Comisión Económica

para América Latina y El Caribe (CEPAL) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) sostienen que la superación de las brechas entre hombres y mujeres -potenciadas por las desigualdades raciales y étnicas- requiere el desarrollo de políticas que permitan avanzar hacia la autonomía económica y la igualdad de género.

El Informe sobre “*Trabajo Decente e Igualdad de Género*” busca apoyar el diseño y la puesta en marcha de políticas de empleo para la igualdad de género, que contribuyan a los esfuerzos colectivos que se realizan en pos del desarrollo sostenible y equitativo, con trabajo decente y calidad de vida en los países de América Latina y el Caribe.

Los organismos internacionales que generaron el informe aseguran que las desigualdades de género son consecuencia directa de las perspectivas tradicionales sobre el lugar y el papel que deben ocupar las mujeres en la sociedad, basadas en prejuicios y discriminaciones, que no sopesan los avances que ha experimentado la región y sus efectos en las sociedades. Por ello, el informe sostiene que si América Latina y el Caribe quiere abordar eficazmente sus enormes desigualdades sociales, necesita concentrar esfuerzos, recursos y espacios en las políticas públicas orientadas hacia las mujeres, pues son ellas las más vulnerables a la pobreza, quienes reciben los salarios más bajos, a la vez que los destinan en mayor medida al bienestar familiar. Asegura el informe que la situación que enfrentan las mujeres en el empleo requiere afectar los sistemas estructurales en los que se funda la desigualdad y que las políticas públicas hacia el trabajo deben concurrir a la construcción de sociedades más inclusivas e igualitarias, fortaleciendo la inserción, la permanencia y el ascenso de las mujeres en el mercado laboral, en condiciones de igualdad.

#### ❖ **Persistencia de las Brechas de Género.**

Durante las últimas décadas en la región se produjo una masiva incorporación femenina a la fuerza de trabajo, especialmente de mujeres urbanas y con mayores niveles educativos, debido a los avances en su nivel de escolaridad. Sin embargo, la participación de la mujer es muy heterogénea en la región y cerca de la cuarta parte de la población económicamente activa –masculina y femenina– tiene bajos niveles de calificación. A pesar de que la tasa de participación laboral femenina aumentó en la última década, la brecha de

género en la participación en el mercado laboral continúa siendo relevante y las mujeres tienen mayores tasas de desempleo.

Las mujeres enfrentan mayores niveles de precariedad laboral: tienen menos probabilidades de trabajar como asalariadas que los hombres; una proporción alta sólo encuentra empleo en el servicio doméstico, que en su gran mayoría es informal o desprotegido; y duplican el porcentaje de quienes son trabajadores familiares no remunerados.

#### ❖ **Desigualdad de Género como Problema Estructural.**

La desigualdad social y de género es un problema estructural que exige de la intervención de políticas públicas, con medidas de corto, mediano y largo plazo para que la desigualdad sea efectivamente erradicada. En nuestra región todavía hay carencia de políticas públicas bien estructuradas y con una perspectiva estratégica en relación al trabajo, donde se incluya la generación de empleos de calidad y la no discriminación en todas sus dimensiones. Para avanzar hacia la autonomía económica y la igualdad de género, los cinco organismos internacionales proponen un conjunto de recomendaciones para el desarrollo de políticas, que buscan apoyar a los gobiernos, organizaciones de trabajadores y de empleadores, además de los movimientos de mujeres en la construcción de políticas para mejorar el acceso y la calidad del empleo en sus países. (20)

#### **C. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG).**

Es la violencia que involucra a hombres y mujeres, en la cual la mujer es usualmente la víctima, y que se deriva de una desigualdad de poder entre el hombre y la mujer (UNFPA).

Es todo acto que involucre el uso de la fuerza o la coerción, con la intención de perpetuar y promover las relaciones desiguales entre los géneros (IIDH).

#### ❖ **Casos de Violencia Basada en Género(VBG):**

- ✓ Violencia física contra la mujer.
- ✓ Violación sexual contra mujeres.
- ✓ Abuso sexual de menores.
- ✓ Mutilación genital femenina.
- ✓ Prostitución forzada.
- ✓ Embarazo involuntario.

- ✓ Violencia contra homosexuales o transexuales.
- ✓ Ritos de iniciación sexual para los varones.

❖ **Causas de la Violencia Basada en Género (VBG)**

- ✓ La VBG, problema complejo, no puede ser atribuido a una sola causa.
- ✓ Desigualdad relacionada con el género, posición social subordinada con respecto a los hombres.
- ✓ Creencia en la superioridad innata del varón.
- ✓ Relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer.
- ✓ Modelo Ecológico, son cuatro sistemas que influyen para la presencia de la violencia.

❖ **La Violencia Basada en Género (VBG) un Problema de Salud Pública**

- ✓ Por la alta prevalencia, en el Perú por cada 10 personas que reportan ser víctimas de violencia 9 son mujeres.
- ✓ Por su alta frecuencia (4 mujeres de cada 10 sufren violencia MIMDES 2009)
- ✓ Por la gravedad del daño, las enfermedades, ITS, embarazos no deseados, depresión y suicidio, fuertemente asociados a la violencia.
- ✓ Por los costos que produce.
- ✓ Por ser transmisible culturalmente.
- ✓ Por el interés social. (21)

**D. VIOLENCIA OBSTÉTRICA.**

Tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente.(22)

Por su parte, la violencia generada por las prestadoras de servicios se asienta en un sistema de salud altamente jerarquizado, en un contexto de relaciones médico-paciente caracterizada por las asimetrías de poder y por la apropiación del sistema sobre las decisiones vitales sobre el cuerpo de sus usuarios/as.

Esto crea condiciones específicas sobre la concepción sobre el cuerpo para la clínica obstétrica. (1)

Este tipo de violencia es poco tratado pero no por eso menos frecuente. La violencia obstétrica la vamos a definir como el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, vejada, lastimada física y emocionalmente, también se incluye el no ser respetada en sus decisiones. Es recurrente en los hospitales, pero también se da en todas las esferas de la sociedad.

Las mujeres en el embarazo y la procreación se encuentran en un estado vulnerable; por lo tanto la CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer), pide a los estados, adoptar medidas que eliminen la discriminación en contra la mujer y recomienda que los servicios de atención médica garanticen el libre acceso a servicios relacionados durante el embarazo, parto y puerperio, además de contar con servicios de maternidad gratuitos y sin riesgo, los cuales también deben de ser libres de discriminación racial y edad.

La violencia obstétrica se presenta sin importar religión, edad, nivel socio-económico y educativo; esto quiere decir que todas las mujeres son vulnerables. El estado tiene la obligación de proveer servicios de salud materna desde la perspectiva de derechos humanos y en este aspecto la CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) ha recomendado garantizar el acceso a la atención profesional durante el parto y el periodo posterior, incluyendo servicios de obstetricia de emergencia, especialmente a los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades específicas y decisiones, al respecto nos referimos a los usos y costumbres de cada región.

El personal médico debe de estar capacitado en todos sentidos, tener un trato de calidad y humanizado, ya que este tipo de violencia se podría considerar una forma de tortura, así como la esterilización forzada sin consentimiento de las mujeres y la negativa de poseer servicios de salud sexual y reproductiva. La violencia obstétrica no debe verse como normal, parte de esto es que las obstetras o personal médico griten, ridiculicen o ignoren a los pacientes y evadan las opiniones de la mujer que está a punto de parir. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este sentido son: evitar la maniobra Kristeller, (empujar al bebé dentro del vientre

para agilizar su nacimiento), la episiotomía (es el corte que se realiza en la zona perianal para agrandar la apertura de la vagina), obligar a parir acostada en posición horizontal o inmovilizada, la maniobra Hamilton (en la cual el médico desprende del cuello del útero las membranas que rodean al bebé utilizando las manos o algún otro instrumento con el fin de permitir el desprendimiento que lo mantiene unido al útero). También se considera violencia obstétrica alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas que aceleren el nacimiento sin el consentimiento de la madre (ya sea de manera verbal o escrita), al igual que se realice el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural y la inadecuada atención a emergencias obstétricas.

Este tipo de violencia como hemos apuntado anteriormente, no obedece a un nivel económico; un parto violento, irrespetuoso y deshumanizado es la realidad de muchas mujeres en el mundo y es papel del estado prever, capacitar, sancionar y erradicar este tipo de violencia, además de otorgar las herramientas necesarias educativas, culturales y materiales. Nuestro papel por otro lado es informarnos y educarnos en materia de derechos humanos. (1)

#### **a. Características de la Violencia Obstétrica.**

Es importante mencionar que cuando hablamos de Violencia Obstétrica, es posible visualizar una gran naturalización, a tal punto que no se distingue de qué se trata y no se reconocen como violencia tantas prácticas que en este sentido si lo son. A esto lo define Gioconda Mota Gutiérrez como “Aquello que de tanto repetirse se convierte en norma, hasta el punto de institucionalizarse y pasar de forma inadvertida, en las propias mujeres y familias que son víctimas.”

#### **b. Tipos de Violencia Obstétrica.**

- **Violencia Obstétrica Física:** Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

Las principales dimensiones analizadas son: el abuso de prácticas invasivas como tactos dolorosos, tactos reiterados, amniotomía temprana, rasurado perineal, enema, venoclisis y medicalización, episiotomía y Maniobra de Kristeller; el tipo de control de embarazo mirado desde la perspectiva de derechos; la violencia obstétrica física y psíquica.

- **Violencia Obstétrica Psicológica:** Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Asimismo comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general.(17)

- ❖ **Gritos.**-levantar la voz más de lo normal para expresar enfado desaprobación.
- ❖ **Burlas.**- acción o palabras con que se ridiculiza a las personas o cosas, engaño, abuso de confianza.
- ❖ **Apodos.**- nombre que suele darse a una persona, en sustitución al propio, normalmente tomado de sus peculiaridades físicas o de alguna circunstancia.
- ❖ **Indiferencia.**-Se designa con el término de indiferencia a aquel estado de ánimo que experimentamos los seres humanos y que básicamente se caracteriza por la falta de atracción o rechazo, según corresponda, por las cosas y las personas con las cuales se topa e interactúa en el mundo que lo rodea. Frialdad.(23)

### c. Personal de Salud que podría cometer Violencia Obstétrica.

- **Medico Asistente:** Es un profesional médico capacitado que realiza tareas administrativas y clínicas, dependiendo de la especialidad, un asistente médico se emplea principalmente en una clínica médica, un hospital o un consultorio médico privado.

- **Residente:** Un médico residente es un profesional que después de obtener su título de médico decide realizar una especialidad de la Medicina. Este sistema consiste básicamente en un trabajo formativo, La residencia dura entre tres y cinco años, dependiendo del hospital donde se realice y la especialidad médica en que el médico ha decidido formarse.

- **Obstetra:** Personal de Salud especialista en la rama de la Obstetricia, que es una parte de la medicina que trata de la gestación, parto y puerperio además de otras actividades en salud sexual y reproductiva.

- **Enfermera:** La enfermera es el personal que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.
- **Técnico de Enfermería:** Es aquel o aquello que auxilia (que presta asistencia, ayuda o colaboración), está capacitado para alimentar e higienizar a enfermos o heridos, hacer las camas de los enfermos, cuando sea necesario, ordenar y clasificar todo lo que sería el material del centro hospitalario, tener en perfecto estado de limpieza y orden los materiales de los carros que se emplean para acometer las curas, etc.
- **Interno de Medicina:** Estudiante que realiza un año obligatorio antes de lograr convertirse en profesional, año indispensable para que ellos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos. (24)
  - **Interna de Obstetricia:** Rotación Intrahospitalaria, que tiene por objetivo el de adquirir, desarrollar y fortalecer destrezas en el manejo y asistencia de pacientes en los diversos servicios programados. (25)

#### d. Marco Legal

##### 1. Derechos Humanos

Desde hace más de tres décadas, una serie de conferencias internacionales realizadas en el marco del alcance de los derechos humanos, como la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) conjuntamente con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará” (1996)- han alertado sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante los logros conseguidos a partir de estas iniciativas, las inequidades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo. (26)

❖ **Declaración Universal de los Derechos Humanos – 1948 (27), consta de 30 artículos, que relacionados al tema, tenemos:**

- **Artículo 1.-** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
- **Artículo 2.-** Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.
- **Artículo 3.-** Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.  
...
- **Artículo 5.-** Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- **Artículo 6.-** Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.
- **Artículo 7.-** Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.
- **Artículo 8.-** Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.  
...
- **Artículo 10.-** Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

- ...
- **Artículo 12.-** Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.
- ...
- **Artículo 18.-** Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.
  - **Artículo 19.-** Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.
- ...
- **Artículo 25**
    1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
    2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

## **2. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para manejo de Violencia Obstétrica.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que sus recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo. Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. En estas recomendaciones se tiene en cuenta los factores sociales, emocionales y

psicológicos que reconoce como fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

Las siguientes **16 Recomendaciones De La Organización Mundial De La Salud (OMS)** son algunas de las recomendaciones más importantes a mencionar en cuanto a la prevención de la violencia obstétrica: **“El nacimiento no es una enfermedad” (Resumen del Documento “Tecnologías de Parto Apropriadas”, publicado por la OMS en abril de 1985)(1).**

- 1) Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- 2) Debe fomentarse la capacitación de matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como el puerperio.
- 3) Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc.).
- 4) No existe justificación en ninguna región geográfica para más de un 10 al 15% sean cesárea.
- 5) No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
- 6) No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- 7) No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de preparto.
- 8) Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
- 9) No se justifica el uso rutinario de episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).
- 10) No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a

- determinadas indicaciones médicas. Ninguna región Geográfica deba tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
- 11) Debe evitarse durante el trabajo de parto la administración por rutina de fármacos analgésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
  - 12) No se justifica científicamente la ruptura artificial de las membranas por rutina.
  - 13) El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
  - 14) Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
  - 15) Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.
  - 16) Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

### 3. Legislación Nacional.

- **LEY N° 28048 reglamentada por el Decreto Supremo N° 009-2004-TR (publicada 21-07-2004):** Ley de protección a favor de la mujer gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud y/o el desarrollo normal del embrión y el feto.(28)
- **LEY N° 26260:** Ley de protección frente a la Violencia Familiar (29)

**ARTÍCULO 1°.-** Se establece una medidas de protección contra la violencia familiar.

**ARTÍCULO 2°.-** Se entiende por violencia familiar al maltrato físico, psicológico e inclusive la amenaza entre:

- a) Cónyuges
- b) Convivientes
- c) Ascendientes

- d) Descendientes
- e) Parientes consanguinidad
- f) Quienes habitan en el mismo hogar.

**ARTÍCULO 3º.-** Es obligatorio que el Estado luche contra todo tipo de violencia familiar, y realizarse las siguientes acciones:

- a) Enseñar los valores éticos, los derechos del niño, de la mujer, del adolescente y de la familia.
- b) Hacer campañas sobre la problemática social y difundir la ley y condenar los actos de violencia familiar.
- c) Estudiar las causas de violencia familiar y adoptar medidas para que no vuelva a suceder.
- d) Establecer procesos legales para las víctimas y facilitar la atención gratuita en los reconocimientos médicos requeridos por la Policía, Ministerio Público o Poder Judicial.
- e) Promover la participación de organizaciones, entidades públicas o privadas para el tratamiento de víctimas de violencia y agresores.

#### **4. Legislación Internacional.**

##### **A. Argentina:**

- **LEY 26485:** Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

##### **ARTÍCULO 6º.-** Modalidades

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.(30)

- **LEY 25929:** Ley Nacional de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento (31)

**ARTÍCULO 2º.-** Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

#### **B. Venezuela:**

Fue el primer país del mundo en reconocer la violencia obstétrica y otorgarle tratamiento jurídico. En 2007 se promulgó: **“Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”**(32)

Según Legislación de Venezuela, considera actos constitutivos de Violencia Obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- ✓ No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- ✓ Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- ✓ Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- ✓ Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- ✓ Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

#### **ARTÍCULO 15.-**

j) Se entiende por Violencia Obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

### **E. GESTACIÓN - TRABAJO DE PARTO – PARTO – PUERPERIO**

Hipócrates fue el primero en determinar la duración de la gestación en 280 días, 40 semanas o 10 meses lunares. Posteriormente Carus y después Naegele, en 1978, confirmaron estos datos. Si el cálculo lo realizamos desde la fecha de la concepción (el día en el que quedó embarazada), el embarazo duraría 38 semanas. Pero existe una gran variabilidad en cuanto a su duración debido a determinados factores de una mujer a otra, aunque lo más habitual es que el parto se desencadene en cualquier momento desde la semana 38 a la 42.

Hoy en día, y de forma consensuada, para determinar la Fecha Probable de Parto (FPP) al primer día de la última regla (FUR) se le suman 40 semanas, y en el caso de que se desconozca la fecha de la última regla, las semanas de gestación se podían determinar en base a otros datos como son la altura uterina o la percepción de los primeros movimientos fetales que aparecen en

los primeros embarazos alrededor de las 20 semanas y en los demás sobre las 18 semanas aunque hoy en día se utiliza la ecografía que permite ajustar la edad gestacional con mayor fiabilidad.

- **Embarazo o Gravidéz** (de grávido, y este del latín *gravīdus*) (2) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos. (3)
- **Trabajo de Parto:** El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilata) y adelgace (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto. El trabajo de parto suele comenzar dos semanas antes o después de la fecha probable de parto. Sin embargo, nadie sabe con exactitud qué desencadena el inicio del trabajo de parto.(33)
- **Parto:** El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en "buenas condiciones." "En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural". OMS 1996. El parto es un proceso biológico que conduce al feto hacia el exterior. Aunque tan solo le separan unos pocos centímetros del exterior, para el feto resulta un camino tremendamente complicado y para el obstetra representa un proceso que está lleno de incertidumbres y de dudas respecto de su resultado final. Los periodos del parto son tres: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Hay que añadir un cuarto periodo, que corresponde al postparto inmediato (dos primeras horas tras el parto), en el que la parturienta estabiliza sus constantes y que requiere una vigilancia especial con el fin de detectar precozmente

algunos problemas, que como la hemorragia del alumbramiento pueden llegar a ser muy graves.

En la mayoría de los casos podemos considerar que el parto se inicia cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y dolorosa, con al menos dos contracciones uterinas de mediana intensidad cada 10 minutos y con un borramiento cervical  $> 50\%$  y con 2 cm de dilatación. (4)

- **Puerperio:** Tradicionalmente se define el Puerperio como el periodo que va desde la finalización del parto (del niño y la placenta) hasta que el organismo materno regresa a su estado basal (previo al embarazo). Se considera que este periodo dura de 6 – 8 semanas, pero no todos los sistemas de la mujer se recuperan en este tiempo, algunos estudios consideran que la mujer tardará un año en volver a su estado previo al embarazo. Durante este periodo, la gran variedad de cambios a los que se ve sometida la nueva madre, físicos (con involución de los cambios del embarazo en el aparato genital fundamental mente y en el resto de sistemas) y psicológicos (con la adaptación a una nueva situación con un niño que depende absolutamente de ella) pueden conducir a alteraciones conductuales que hasta en el 10% de las puérperas desembocan en una depresión postparto. El contacto piel a piel, en lo partos normales inmediatamente después del parto ha demostrado importantes beneficios tanto en la madre como en el niño.

Se distinguen en esta fase tres periodos según los protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia):

- ✓ Puerperio inmediato.- las primeras 24 horas.
- ✓ Puerperio clínico o mediato.- desde las primeras 24 horas hasta el séptimo día postparto.
- ✓ Puerperio tardío.- desde el séptimo día postparto hasta que venga la primera menstruación.(5)

## F. MODELOS DE ATENCIÓN

### ❖ Calidad de Atención

Cuando se realiza la atención desde una perspectiva psicosocial y de género, se contempla la satisfacción de necesidades y el respeto por la condición humana de las personas que consultan.

Esto último supone tener en cuenta la noción de salud integral y eliminar diferentes formas de discriminación, en particular las que derivan del sexo de pertenencia y los derechos de las personas. Si la atención está centrada en el concepto de salud integral que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales, las personas atendidas en este marco, se sentirán fortalecidas en su condición humana y se favorecerá su autodeterminación, su autonomía. En lo que se refiere a la calidad de atención en salud de las mujeres, el empoderamiento significa apropiación de sí misma, cargarse de poderes de afirmación. Esto es afirmación de su corporalidad, su sexualidad, su preferencia sexual, su autoestima, y sus decisiones, las cuales han sido negadas en el proceso de construcción de su identidad de género. El modelo biomédico tiene determinadas características patriarcales que hace que las personas que trabajan en los centros de atención en el sistema institucional se manejen en forma despersonalizada y con escaso respeto a las inquietudes de las personas que consultan. (6)

Para entender que estas formas de atención María Isabel Matamala y Pilar Maynou Osorio en MYSU - Mujer y Salud en Uruguay. (Cuaderno de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual Reproductiva. Mayo 2007E. Lutz. /2007) Diferencian un marco patriarcal y de un marco humanista caracterizados de la siguiente manera:

❖ **Marco Patriarcal.-**

Las/ los profesionales y el personal de salud son los que:

- ✓ Deciden qué hacer.
- ✓ Su tiempo es lo más importante.
- ✓ Deben ser objetivos, ocultar sus sentimientos.
- ✓ Se olvidan de la comunicación clara y sencilla, usan lenguaje esotérico.
- ✓ Sienten que tienen autoridad, se enojan, se fastidian.
- ✓ Creen que la persona consultante es ignorante, que no entenderá ninguna explicación.
- ✓ Sin darse cuenta, pueden ser coercitivos, utilizar la amenaza.
- ✓ Les molesta que una consultante regrese por los mismos síntomas.
- ✓ Se guían más por las normas de la institución, que por las necesidades humanas.
- ✓ Se sienten autoridades indiscutidas.

La consultante, por su parte:

- ✓ Sabe que el profesional es el que sana.
- ✓ Va dispuesta a pasar toda la mañana o toda la tarde en el consultorio.
- ✓ No se atreve a preguntar.
- ✓ Los términos que no entendió le hacen pensar que tiene algo grave.
- ✓ Es una relación de sumisión.
- ✓ No tiene ni busca información científica, está educada para creer que no la entenderá.
- ✓ Acepta lo que el personal de salud le dice, aunque tenga dudas o no esté de acuerdo.
- ✓ Teme molestar, que la vayan a tratar mal o que su inquietud no es importante.
- ✓ Mejor se lo pregunta a una amiga.
- ✓ Es una paciente

❖ **Marco Humanista**

Papel del médico:

- ✓ Aceptación plena de la consultante.
- ✓ La respeta como un ser igual con derechos y necesidades de información.
- ✓ Si no sabe lo que le está pasando, es imposible que colabore y que se responsabilice por su salud.
- ✓ Le informa sobre efectos colaterales, ventajas y riesgos de tratamientos y cirugías.
- ✓ Desestimula la dependencia y alienta la autodeterminación.
- ✓ Investiga, observa, aprende de la consultante, de sus valores, de su historia y de su entorno. Sólo así podrá comprender sus enfermedades.
- ✓ No impone sus criterios para la aplicación de nuevos medicamentos.
- ✓ Es flexible sencillo. Comprende.
- ✓ Escucha, presta atención a los temores, intuiciones y sentimientos de la consultante.
- ✓ Se comporta espontáneamente sin máscaras rígidas.
- ✓ Se siente una persona solidaria, no "la autoridad".

Papel y actitudes de la consultante.

- ✓ Tranquilidad, confianza, seguridad.
- ✓ Si no entiende no podrá responsabilizarse; necesita conocimiento sobre su estado.
- ✓ Asume responsabilidades acerca de su cuerpo, es decir, de ella misma.
- ✓ Se expresa con amplitud y sin "guardarse" la información.
- ✓ Crece y siente su importancia como persona por el trato que recibe.
- ✓ No tiene temor de ser ella misma ni de cómo la vayan a calificar.
- ✓ Ella decide y asume los riesgos después de ser informada.
- ✓ Se siente con derecho a cambiar de opinión, a equivocarse.
- ✓ Es alentada a ser ella misma, crece en la relación.
- ✓ Acude a buscar una ayuda que valora y siente necesaria.
- ✓ Se siente una persona que está consultando, no "una paciente" (1)

#### ❖ **Norma Técnica de Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural**

El objetivo de esta norma es estandarizar la atención del parto vertical de acuerdo a los criterios internacionales y a la experiencia nacional, respondiendo a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna.

**Recepción de la gestante:** El personal de salud debe brindar una cálida bienvenida, explicarle los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante.

**Atención del periodo de dilatación:** El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizarán lo siguiente:

- ✓ Procedimientos.-
  - Control de funciones vitales cada hora.
  - Evaluar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 o 45 minutos (al inicio e inmediatamente de cada contracción).
  - Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias en caso de identificarse complicaciones.

✓ Examen vaginal.

Sólo debe ser realizado por personal de salud capacitado, con manos limpias, cubiertas con guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario, durante la fase de dilatación, una vez cada 4 horas es suficiente. Sólo los siguientes casos:

- Cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrecen.
- Cuando hay signos de que la mujer quiere pujar.

Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el porqué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.

✓ Manejo del Dolor.

- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.
- Brindar libertad de expresión y acción de acuerdo a sus costumbres.(34)

❖ **Humanización del Trabajo de Parto**

El parto en diversas variantes de la posición vertical constituye una práctica milenaria de quizá todas las culturas, como puede apreciarse en la iconografía antigua. En Europa occidental, en el siglo XVII comenzó la práctica de "acostar" a las mujeres para parir, probablemente para facilitar el uso del fórceps, instrumento que comenzó a usarse para ayudar en el alumbramiento. Con la introducción y difusión en el siglo XX de la anestesia peridural durante el trabajo de parto, se fue imponiendo cada vez más la posición horizontal. Estos y otros procedimientos se inscriben dentro del enfoque biomédico occidental. Pero mientras que en este enfoque se entiende el parto como una condición de salud que requiere intervención médica, en otros contextos se lo considera un hecho natural. Hoy el parto vertical se está difundiendo en muchos países, y esto ha impulsado un debate académico sobre las ventajas y desventajas de una u otra modalidad de parto. En el sistema de salud peruano, la atención del parto en posición vertical se realiza formalmente desde comienzos del decenio de 1990, aunque ya mucho antes se practicaba en el ámbito domiciliario. Hacia fines de ese decenio, el Proyecto 2000, una importante iniciativa de salud materno infantil, emprendió diversos estudios e intervenciones para evaluar e impulsar la atención del parto vertical. En 2005,

el Ministerio de Salud publicó la norma técnica que establece el marco procedimental para la atención del parto vertical. Además, el sistema de salud ha implementado y difundido en diversas zonas algunas innovaciones que consideran la introducción de prácticas tradicionales de las culturas locales, y formas de participación de la comunidad, tales como el "acompañamiento" y las casas de espera. (35)

#### ❖ Entorno favorable para el parto

Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985: "Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional."

Michel Odent establece una analogía entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada.

- LA INTIMIDAD es una necesidad en el parto de los mamíferos tanto para dormir como para el parto se precisa una reducción del Neocórtex, lo que facilita el sueño, facilita el parto, es difícil dormirse si nos están haciendo preguntas. Durante el parto la madre se encuentra en "otro mundo" y no es capaz ni de recordar su número de teléfono, pues se encuentra reducida la actividad del Neocórtex. El aspecto más importante de la fisiología del parto en el plano práctico es la reducción de la actividad del Neocórtex.
- LA LUZ SUAVE o la ausencia de luz favorecen el sueño y el parto.
- LA PRIVACIDAD es una necesidad básica durante el parto. La tendencia a negar esa privacidad es realmente cultural. Los estudios sistemáticos han confirmado que el hecho de sentirse observado es una situación que estimula el neocortex y se alarga el parto.
- EL CALOR, durante el parto favorece, pues con el frío se libera adrenalina que es una hormona antagónica de la oxitocina. (1)

#### ❖ Malos tratos

... "La relación entre las mujeres y el aparato médico se caracteriza por la falta de diálogo, por la asimetría y por el reforzamiento del poder médico. Estos vínculos no dan lugar a la retroalimentación, ni a un reconocimiento de

las necesidades cotidianas que tienen las mujeres. El acto médico se transforma en unilateral y autoritario y la calidad de la atención niega a las mujeres como sujetos de derecho”. (1)

Según Rosa Isaac y otros, en una investigación llevada a cabo en una maternidad de Tucumán: “Las mujeres también aparecen violentadas cuando los médicos y médicas de la Maternidad se quejan de que las embarazadas no van a hacerse los controles. Se refieren así al tema: “por dejadez”, “por cuestiones económicas”, “por falta de información” (esta enunciada como “ignorancia”), “por la calidad de los servicios”, “porque no están informadas de las ventajas de los controles”, etc.”. Las causas de por qué las mujeres no asisten al control prenatal son complejas y sus motivaciones están ocultas. Es posible pensar que no quieren exponerse al maltrato de los agentes de salud, y como dice Galimberti (2002) las mujeres que son víctimas de Violencia Obstétrica no quieren que las toquen. Esto hace que en la consulta sean reacias a ser examinadas, mal interpretadas por los médicos/as y rememoren experiencias pasadas. Además la idea de ir al ginecólogo/a no es un problema solamente de los sectores populares. La resistencia a someterse a cuidados médicos y ocuparse de la propia salud atraviesa todos los sectores sociales. (7)

### **G. PROCEDIMIENTOS O INTERVENCIONES INNECESARIAS**

La institucionalización de los partos ha hecho que se sistematicen una serie de controles y procedimientos sobre la mujer y el bebé sin evaluar el estado de salud de cada individuo y sus necesidades particulares, transformándose en rutinas; que suelen ser molestas, dolorosas y potencialmente riesgosas aplicándose sin justificación científica por costumbre del equipo de salud o que sigue pautadas que no han sido revisadas y actualizadas. Un eje central en esta “cadena” de rutinas sobre la mujer y el bebé es el tiempo, la imposición de que este proceso sea lo más breve posible, que todo termine rápido. Según la Red Latinoamericana y de Caribe por la Humanización de Parto y el Nacimiento, en este apuro se generan iatrogenias que van desde casos leves a casos severos con sufrimiento fetal agudo y hasta muerte de la mujer y el bebé. (3). Esto no sucedería si tan sólo se respetara el tiempo que cada mujer y cada bebé necesita para parir y nacer.

Prácticas rutinarias que además se realizan sin informar a la parturienta de la causa o pedir autorización, y que normalmente las mujeres no cuestionamos porque creemos que si lo hacen los profesionales, será porque es lo mejor. El problema es cuando, se descubre que no es así. Entre estas prácticas, están los

tactos dolorosos, amniotomía temprana, rasurado perineal, enema, venoclisis, episiotomía y maniobra de Kristeller. Es necesario conocer las rutinas que apuran el proceso de nacimiento para poder cuestionar su utilización indiscriminada; y saber que cuando esta cadena empieza es difícil detenerla, cada rutina hace necesaria la siguiente transformando un hecho fisiológico en un acto médico alterando por completo su ritmo saludable y natural. (8)

¿Qué dice la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

La Organización Mundial de la Salud en su guía para la atención al parto normal, recomienda que la atención al parto normal, de bajo riesgo, se lleve a cabo con el menor intervencionismo posible y respetando, al máximo, la fisiología natural del parto. Cualquier intervención debe ser sopesada y la mujer que va a dar a luz ha de ser informada de su situación para elegir lo más conveniente.

❖ **Tactos dolorosos:**

El examen vaginal es un procedimiento común a nivel mundial y usado para evaluar el progreso del trabajo de parto, siendo de origen incierto, pero ya se practicaba de forma rutinaria en el siglo XIX, recomendándola tres veces: Iniciado el trabajo de parto, cuando se rompían las membranas y cuando las contracciones eran más intensas. Los exámenes vaginales forman parte de muchas evaluaciones de rutina en la mujer, siendo usado con fines de diagnósticos y de tratamiento en el cuidado ginecológico, obstétrico y sexual; pero puede ser dificultado si la mujer ha tenido experiencias traumáticas con el examen. Los profesionales de la salud deberían lograr hacer este examen de la forma más confortable y menos amenazante posible, manteniendo la sensibilidad y el respeto de la dignidad de la mujer, por tal razón se necesita un lugar íntimo, para que la mujer se sienta segura y no inhibida.

Todas las consultas, exámenes e investigaciones médicas son potencialmente estresantes, sin embargo muchos pacientes encuentran los exámenes e investigaciones de mama, genitales y recto particularmente intrusivas. La mayoría de las mujeres aceptan el examen vaginal, si la necesidad del procedimiento es explicada y si el examen es hecho por un médico habilidoso, gentil y que brinde empatía. Algunos estudios mencionan al tacto vaginal (TV) como desagradable para muchas mujeres, y que puede experimentarse como doloroso, estresante, embarazoso e invasivo. Sin embargo la información que provee el examen pélvico es de vital importancia para el conocimiento de incorporación, dilatación, altura de la presentación, estado de

las membranas y la variedad de posición. Menage sugirió que el dolor físico, los sentimientos de impotencia, falta de información y una actitud poco empática por parte del médico u obstetras puede contribuir al trauma psicológico. El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ha emitido una guía de conducta sobre los exámenes vaginales, enfocándose especialmente en el problema de la necesidad, explicación, consentimiento, dignidad e indicadores de estrés. (9).

#### ❖ **Tactos Reiterados:**

Los reiterados tactos vaginales que se realizan a las mujeres durante el trabajo de parto en la mayoría de las instituciones, son realizados generalmente por diferentes personas, de manera indiscriminada, con fines pedagógicos y sin esperar que las mujeres se relajen, tengan la intimidad que requieren los mismos o que lo consientan.

El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario: durante la fase de dilatación, generalmente una vez cada cuatro horas es suficiente. Si el parto progresa con rapidez, el personal calificado puede limitar el número de exámenes a uno sólo. Idealmente, ese sería el examen necesario para establecer la fase activa del parto, es decir, para confirmar que existe dilatación cervical. Otra práctica en el manejo del parto es llevar a cabo un examen vaginal únicamente cuando existe una indicación para ello, por ejemplo, cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece o cuando hay signos de que la mujer quiere empujar o antes de la administración de analgésicos.

#### ❖ **Amniotomía Temprana:**

La amniotomía de rutina o sistemática, practicada en gestantes con trabajo de parto de inicio espontáneo, se da en gran parte de hospitales del Perú y el mundo, documentándose su prevalencia hasta en 77%. Sin embargo, poco se conoce acerca de los beneficios y daños que puede ocasionar en el feto y en la madre. Se realizó una búsqueda de la literatura médica, con la finalidad de encontrar evidencia científica sólida que respalde o rechace esta práctica. Se llega a la conclusión que la amniotomía practicada sistemáticamente altera la evolución fisiológica del trabajo de parto, acortándolo hasta en 50 minutos en promedio; sin embargo, este acortamiento no tiene trascendencia clínica ni para el feto ni para la madre. Por el contrario, su práctica de rutina puede aumentar el número de partos disfuncionales y el puntaje APGAR menor de siete a los cinco minutos. La amniotomía es la rotura deliberada o artificial de las membranas corioamnióticas, realizada digitalmente o a través de

instrumentos denominados amniótomos, como el de Beacham, o empleando pinzas, como la Kelly o Köeher. Es un procedimiento simple, que ha sido utilizado a través de muchos años en pacientes que no han estado en trabajo de parto, para la inducción del parto, solo o asociado a otros fármacos, como prostaglandinas y oxitocina. También, ha sido utilizada en pleno trabajo de parto, para verificar el color y aspecto del líquido amniótico, y para la colocación de electrodos en el cuero cabelludo fetal, con la finalidad de obtener el registro de la actividad cardíaca del feto o para la obtención de sangre y la medición del pH, en el diagnóstico de acidosis fetal. Sin embargo, es sabido que el color meconial del líquido amniótico puede no responder a la hipótesis de que el feto está en sufrimiento fetal y se sabe que 20% de los fetos a término presentan líquido meconial, sin otro hallazgo de distrés fetal. Asimismo, ha sido utilizada para aumentar la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas y acortar de esta forma la duración del trabajo de parto. Por otro lado, hay que recordar que fisiológicamente 70% de gestantes llega a dilatación completa con las membranas intactas. (10)

#### ❖ **Rasurado Perineal:**

Desde hace muchísimos años se ha demostrado que el rasurado perineal no es una práctica beneficiosa, sin embargo es todavía muy usado, con el criterio de reducir la infección y facilitar la sutura de la episiotomía o de los desgarros. Es posible reemplazar el rasurado por el recorte del vello perivulvar/perineal con tijera. El rasurado perineal y pubiano (en ocasiones se rasura todo) no está exento de riesgos, ya que en ocasiones se producen pequeñas erosiones en la piel que, como toda herida, pueden dar lugar a colonización por microorganismos. Además se trata de una acción que puede ser desagradable para algunas mujeres pues causa malestar y picor cuando el vello crece. Por estas dos razones deberíamos saber hasta qué punto el rasurado mejora los riesgos de infección que puedan producirse durante el parto.

En una revisión Cochrane realizada en 2008 de dos ensayos con una muestra total de 439 mujeres no se encontraron diferencias al analizar la morbilidad febril materna. A la hora de valorar las diferencias en cuanto a la colonización por bacterias se observa, en uno de los estudios, una diferencia significativa al cuantificar la colonización por bacterias gram negativas, ya que 54 mujeres, de las 75 rasuradas en dicho estudio sufrieron dicha colonización, frente a 4 de las 75 mujeres que no fueron rasuradas. Es decir, que por el hecho de haber sido rasuradas el riesgo de colonización por bacterias gram negativas es muchísimo más alto que si no se rasura a la mujer (en ese caso, en los

estudios, se les cortaba un poco el vello). En conclusión los posibles efectos secundarios de dicha práctica, que en uno de los ensayos se definen como “irritación, enrojecimiento, rasguños superficiales múltiples y ardor y prurito vulvar”, y tras observar que no existen, por el momento, diferencias significativas en cuanto al riesgo de infección en la mujer, se desaconseja el rasurado perineal y/o vulvar a las mujeres que están en trabajo de parto. (11)

❖ **Enema:**

Administrar a las mujeres enemas durante el trabajo de parto ha sido la práctica habitual en muchos países durante muchos años. Ocasionalmente las mujeres defecan durante el parto y se consideraba que un enema en el trabajo de parto inicial reduciría esta encopresis y las consiguientes molestias para las mujeres. También se pensaba que la evacuación intestinal proporcionaría más espacio para el nacimiento del feto, reduciría la duración de trabajo de parto y disminuiría las probabilidades de infección para la madre y el recién nacido. También se ha indicado que reduciría las evacuaciones intestinales después del nacimiento, las que a menudo provocan preocupación en las mujeres. Las desventajas indicadas fueron que es un procedimiento muy desagradable y provoca mayor dolor a las mujeres durante el trabajo de parto. También se considera que un enema podría producir una encopresis fecal acuosa mientras ocurre el parto, lo cual pudiera aumentar el riesgo de infección. (12)

❖ **Venoclis y Medicalización:**

Según la "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia" (del 2004): El aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompañan del aumento de niveles de insulina y esto produce aumento en plasma de los valores de glucosa en el recién nacido y disminución del pH en la sangre arterial en el cordón umbilical. Si la madre recibe más de 25 g de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir h́perinsulinismo fetal. Esto puede producir hipoglucemia neonatal y aumentar los niveles de lactato en sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a la hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido. La colocación rutinaria de venoclis, además, interfiere con el proceso natural del parto y disminuye las posibilidades de las mujeres de moverse libremente. Debe desaconsejarse el uso rutinario de venoclis si se asegura la hidratación oral. No hay evidencias que sean de utilidad para una eventual emergencia obstétrica. (11)

#### ❖ **Episiotomía:**

La episiotomía, o la incisión del perineo para aumentar la abertura vaginal, es otra de las prácticas obstétricas que siguió a la introducción de la postura tumbada en el parto. Sin ningún estudio que la avale y mucha evidencia científica en contra, la persistencia de la episiotomía de rutina es una de las grandes incógnitas de la obstetricia medicalizada. Supuestamente concebida para evitar lesiones, se practica indiscriminadamente a casi todas las mujeres, lesionándolas de hecho. Que un «cortesito limpio» previene las lesiones graves del perineo es uno de los mitos más arraigados entre muchos profesionales.

El principal argumento que apoya el uso de la episiotomía es que «previene desgarros». Pero hoy en día, se considera que las principales causas de desgarro grave son la posición tumbada, la dilatación forzada químicamente, los pujos dirigidos y, sobre todo, la propia episiotomía. Cuando la parturienta está tumbada de espaldas, está obligada a empujar a su bebé sobre una gran superficie de frotamiento y en contra de la gravedad. En esas condiciones, es más fácil que sufran desgarros los tejidos profundos, más lentos en cicatrizar. En cambio, si la mujer tiene libertad de movimientos, siempre encuentra la postura en la que la tensión de la vulva es menor. Cuando la mujer se inclina hacia delante, apoyada sobre una cama, por ejemplo, o se cuelga de alguien, los músculos de la cara interna de los muslos pueden relajarse y los del perineo se dilatan más fácilmente. Incluso cuando en estas condiciones se produce algún desgarro, este cicatriza mucho mejor que una episiotomía, ya que suele afectar al tejido superficial y no al profundo, y además se produce por la línea de menor resistencia, lo que no ocurre con la episiotomía. Este corte del perineo se realiza de forma rutinaria en los hospitales convencionales en casi todas las primíparas y en una gran parte de las multíparas. Cuando el parto no se interfiere, la madre tiene libertad de movimientos y la episiotomía se limita a los casos necesarios, estos raramente superan el 20 por ciento. Holanda, por ejemplo, registra un porcentaje de episiotomías del 8 por ciento. En algunas regiones europeas, el índice es del 6 por ciento, mientras que en otras es del cien por cien. (13)

#### ❖ **Maniobra de Kristeller:**

El esfuerzo del periodo del expulsivo en el parto se multiplica tanto a veces que llega incluso a ser ineficaz, por lo que se recurre a ayudar a la parturienta de múltiples formas, tal como se ilustra en grabados de culturas milenarias en Egipto, Siam, etc. Y no tan antiguas en el tiempo, incluso en nuestra historia

reciente, se recurre a ayudas externas, como el fórceps, el vacuum, las espátulas y la maniobra de Kristeller, o presión del fondo uterino. La maniobra de Kristeller recibe su nombre en honor a su autor, Samuel Kristeller, que la describió en 1867, citado por Hopp, como un «nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos». La idea de este procedimiento para el autor era fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, masajeando el útero y presionándolo en el fondo repetidamente en dirección hacia el canal del parto. En el International Forum on Birth, celebrado del 8 al 11 de junio de 2005 en el Centro de Medicina Perinatal y Reproductiva de la Universidad de Perugia, en Roma, se estableció que era imposible cuantificar el daño causado a las parturientas y los recién nacidos (RN) por tal maniobra, ya que muchas veces no se registran los daños causados por razones legales.

La sensación que se sigue teniendo entre los profesionales que atienden los partos es que, en el medio en el que nos desenvolvemos, aún se está utilizando la presión fúndica a veces con demasiada ligereza, sin registrar su uso en la historia clínica, por lo que es difícil realizar estudios sobre dicha maniobra y sus consecuencias, y aún más un ensayo clínico. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) sigue haciendo referencia a esta maniobra y su uso en casos muy concretos y determinados. En sus Recomendaciones de 2008 sobre la asistencia al parto se establece que la presión sobre el fondo uterino podrá ser utilizada sólo para ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación. Esta recomendación sigue dando libertad a la utilización de los profesionales en ese determinado caso, pero no para ayudar al descenso de planos de la cabeza. Sin embargo, en la guía práctica de 1996 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los cuidados del parto normal ya se comentaba que es muy común en muchos países la práctica de la presión fúndica durante el expulsivo, con el fin de acelerarlo. También se señala que, aparte de acarrear molestias maternas, existe la sospecha de que podría ser dañino para el útero, el periné y el feto, pero no existen estudios al respecto. (11) (14).

### 3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### A. QUEVEDO, PAULA. “VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA MANIFESTACIÓN OCULTA DE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO” TESIS PARA OBTENER TÍTULO DE LIC. TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO. ARGENTINA. 2012. (1)

El presente trabajo de investigación pretende identificar las prácticas rutinarias de los profesionales y personal de salud que vulneran una serie de derechos de las mujeres gestantes que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente, dado que los datos existentes no tienen ninguna garantía ni tampoco expresan la real existencia o no de Violencia Obstétrica.

Esta investigación es cuanti-cualitativa, por lo que la etapa de encuestas corresponde a la parte cuantitativa y la profundización de los datos a través de entrevistas y de la observación comprende la parte cualitativa. Se realizó 30 encuestas a mujeres atendidas de parto en el Hospital Lagomaggiore de Mendoza; obteniendo como resultados que el 44.4% dijo que sí recibió maltrato verbal, 73.3% recibió tratos con sobrenombres y diminutivos, el 20% fue criticada por llorar o gritar, 36.6% indicó que se les prohibió tomar agua e ingerir alimentos. En cuanto a intervenciones innecesarias: (100%) no recibió enema, (90%) permaneció acostada todo el tiempo, (86.6%) Ruptura Artificial de Membranas, (96.6%) Administración de medicamentos Endovenosos, (63.3%) Tactos Vaginales Reiterados y por diferentes personas, (50%) Compresión del Abdomen al momento del pujo, (73.3%) Episiotomía y (13.3%) Cesáreas.

Finalmente el 66.6% indicó que la experiencia del parto las hizo sentir vulnerables, culpables e inseguras.

#### CONCLUSIONES:

- 1) La Violencia Obstétrica es de interés público que debe ser abordado por el personal de salud para así lograr reducir el número de casos.
- 2) Las mujeres durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio son las más propensas a sufrir de este tipo de violencia.
- 3) Se debe tener en cuenta el apoyo moral que se le brinde a la madre.
- 4) Evitar los procedimientos de rutina sin el consentimiento de la paciente.

**B. ARGUEDAS R., Gabriela. “LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROPUESTA CONCEPTUAL A PARTIR DE LA EXPERIENCIA COSTARRICENSE”. CUADERNOS INTERCAMBIO SOBRE CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE VOL. 11, NO. 1 ENERO-JUNIO, 2014. (15)**

El presente artículo contiene algunos resultados preliminares de un proyecto de investigación cuyo objetivo es teorizar acerca de la violencia obstétrica a partir del proyecto de investigación: “Genealogía y fundamentación conceptual de la violencia obstétrica: la producción de cuerpos sexuados y dóciles a través del ejercicio del poder obstétrico” de Costa Rica. Para ello, propone un concepto teórico novedoso: el poder obstétrico. A partir de dicho estudio, este trabajo retoma fuentes teóricas relevantes y evidencia empírica relacionadas con el tema. Se considera que, entre las teorías disponibles, la desarrollada por Michel Foucault es referencia clave para el análisis del problema. De ahí que sea posible identificar una particular forma de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas.

### **CONCLUSIONES**

- 1) Resaltar que la violencia obstétrica, como noción incorporada a un discurso oficial, nace en el ámbito jurídico gracias al trabajo del activismo feminista en Venezuela, Argentina y México.
- 2) Desde el activismo feminista y de derechos humanos, así como las numerosas investigaciones empíricas y teóricas rastreables hasta los años setenta –con Kate Millet y su libro *Sexual Politics*, o Diane Russell y Jill Radford (1992) con su definición de feminicidio (que incluye las muertes por negligencia en la atención del parto y el postparto) –, ha quedado en evidencia que sí hay un ejercicio de una forma particular de violencia relacionada con las mujeres y la reproducción.
- 3) La noción de poder obstétrico como una forma de poder disciplinario que funciona dentro de la institución médica –que es a su vez una institución patriarcal- nos permite comprender que la violencia obstétrica es un mecanismo para disciplinar los cuerpos de las mujeres, para reforzar el mandato social inscrito en la categoría sexo/género y para perpetuar las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad.

**C. VALDEZ-SANTIAGO, Rosario. “NUEVA EVIDENCIA A UN VIEJO PROBLEMA: EL ABUSO DE LAS MUJERES EN LAS SALAS DE PARTO”. REV CONAMED 2013; 18(1): R 4-20 (16)**

En el presente trabajo se ha observado un abuso hacia la mujer en el proceso de atención gineco-obstétrica, en salas de parto de hospitales del estado de Morelos. Se realizó un estudio transversal a 512 mujeres en el posparto inmediato en 2 hospitales del estado de Morelos en los cuales se brinda atención gineco-obstétrica, entre el 7 de mayo y 7 de junio del 2012. Se obtuvo proporción para las categorías y media y desviación estándar para variables discretas. Se realizaron pruebas de Chi cuadrada. Obteniendo como resultados: 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud. La persona que ejerció maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). 19% reporto maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% reporto abuso total (toda mujer que respondiera afirmativamente a las preguntas: pregunta abierta de percepción de maltrato, maltrato verbal o maltrato físico). Conclusión. Este es el primer estudio en México que aborda la violencia obstétrica y aporta elementos para el desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de las mujeres durante la atención del parto entre las y los profesionales de la salud.

**CONCLUSIONES:**

- 1) En este estudio, 29 de cada cien mujeres reportan algún tipo de abuso durante la atención del parto, 19 de cada cien refirieron algún tipo de abuso verbal, con frases intimidatorias y que limitan el derecho de las mujeres a expresar sus emociones y proceso natural de dolor que conlleva el trabajo de parto.
- 2) Es evidente la urgente necesidad de que el personal de salud reconozca a las mujeres que atienden como sujetos de derecho y, no como pacientes pobres sin ningún poder de decisión.
- 3) Es urgente reconocer que el abuso del personal de salud es una práctica continua y naturalizada en las instituciones de salud en nuestro país. Sólo a partir de ello será posible intervenir a diferentes niveles dentro y fuera de la institución.

#### 4. HIPÓTESIS

**Dado que** la Violencia Obstétrica es una manifestación oculta de la Violencia Basada en Género y no reconocida legalmente en nuestro país.

**Es probable que** las mujeres atendidas de Parto Eutócico del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tengan una alta incidencia de Violencia Obstétrica.





# **CAPITULO II**

## **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICA INSTRUMENTO Y MATERIAL DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Técnica:

Las técnicas que se utilizó en esta investigación son la entrevista estructurada en profundidad, con la encuesta respectiva.

### 1.2 Instrumento:

Fue documental: formulario de preguntas, ver Cuestionario (Anexo 3)

#### ❖ **Materiales:**

- Computadora
- Impresora
- Hojas Bond
- Material de Escritorio

### 1.3 Consentimiento Informado:

- ❖ Ver Anexo 2

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

#### **Precisión del lugar:**

El trabajo de investigación se realizó en el Perú, Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito de Cercado, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Servicio de Obstetricia.

#### **Caracterización del lugar:**

Ámbito Institucional Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Servicio de Gineco-Obstetricia MINSA, Sector Puerperio que cuenta con 24 camas.

#### **Delimitación gráfica del lugar**

- ❖ Ver Anexo 1

## 2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

**Cronología:** Abril - Junio 2015

**Visión Temporal:** Prospectivo.

**Corte Temporal:** Transversal.

## 2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

**Universo:** En el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2014 (tomando como referencia), se atendieron 3450 partos eutócicos, para nuestra investigación se consideró los partos eutócicos atendidos en el periodo Abril - Junio 2014, que corresponde a un total de 823 partos eutócicos. Y cumplen los siguientes criterios.

❖ **Criterio de inclusión:**

- Mujeres atendidas de parto eutócico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Mujeres que ingresan por Tópico de Emergencia en trabajo de parto.

❖ **Criterio de exclusión:**

- Mujeres gestantes que acuden por consultorio externo.
- Mujeres con parto Distócico
- Mujeres con parto Extra hospitalario.

**Muestra:**

❖ **Criterios Estadísticos:** Según tablas de Arkin y Colton.

**Confiabilidad:** 99.7%

**Margen de error:** +/-5%

**Probabilidad:** 50%

La muestra para 500 es de 0

La muestra para 823 es X

La muestra para 1000 es de 474

Establecemos tres diferencias:

- ✓  $1000 - 500 = 500$
- ✓  $474 - 0 = 474$
- ✓  $823 - 500 = 323$

Planteamos una regla de tres:

- ✓ Para 500 es 474
- ✓ Para 323 es X

$$X = 323 \times 474 / 500 = 306.2; \text{ es decir, } 306.$$

- **Tamaño de la muestra**

- ❖ Universo: 823
- ❖ Muestra: 306

- **Tipo de muestreo:**

- ❖ No Probabilístico, por Conveniencia.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

#### 3.1 ORGANIZACIÓN

- **Autorización:** Se realizó la coordinación con la Jefatura del Servicio de Gineco – Obstetricia. Se proporcionó un formato de Consentimiento Informado a cada paciente antes de responder las preguntas de la Encuesta (Anexo 3). La encuesta se realizó momentos previos al alta médica considerando que cada paciente tenía de 12 a 24 horas postparto, y cada encuesta fue de 10 a 15 minutos de duración. Para el presente estudio se tomó en cuenta la atención durante el periodo de Intraparto y Puerperio Inmediato.

#### 3.2 RECURSOS

- **Humanos:**

- ❖ Investigadoras: Claudia Danitza Cerpa Rodríguez.  
María del Carmen Velásquez Chauca.
- ❖ Asesora: Mgter. Armida Fernández Vásquez.

- **Físicos:**

- ❖ Material de escritorio (papel, lapicero, tinta, etc.)
- ❖ Computadora
- ❖ Paquete estadístico SPSS Versión 21

- **Financieros:** El monto económico gastado es un promedio de un mil seiscientos nuevos soles (S/. 1,600.00) aproximadamente. Este gasto será autofinanciado.

### 3.3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

- **Procedimiento:** Se realizó una encuesta a 40 púerperas inmediatas que tuvieron Parto Eutócico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, además se realizó la validación estadística con el programa SPSS versión 20.

✓ **Confiabilidad del Instrumento:** se usa el Alfa de Cronbach y este debe ser  $\geq 0.60$  para decir que el Instrumento es confiable.

✓ **Validez de Instrumento:** Según el coeficiente KMO, al ser significativo ( $P < 0.05$ ) indica que el análisis factorial realizado al Instrumento es válido.

Asimismo el instrumento explica el 73.311% de la varianza, lo que quiere decir, que la variación originada por el test al aplicarlo a una población de estudio, mide el 73.311% de la variación total y se ha conformado cinco componentes.

- ✓ **Baremos:** Para establecer puntos de cortes (baremos) para los grados de Incidencia de Violencia Obstétrica, se utilizó la técnica de baremos mediante los percentiles; que consiste en ajustar la matriz piloto a una distribución normal y luego calcular los percentiles 25-50-75, los cuales serán los puntos de cortes para cada uno de los niveles siguientes:  
(Anexo 4)

A	0
B	1-3
C	4-8
D	9-14

- **Finalidad:** La finalidad del presente trabajo es juzgar su eficacia, para su perfeccionamiento y ver el tiempo que se necesita para llevarlo a cabo.

- Para clasificar el Grado de Violencia Obstétrica es que se usa un cuadro resumen de resultados. Considerando que se aplicará una encuesta con un puntaje de 1 punto por respuesta afirmativa que hará un total de 14 puntos. Para ello se usará una tabla resumen como la siguiente:

GRADO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	INTERVALO DE PUNTAJE
A. Sin Violencia	0 puntos
B. Baja	1 – 3 puntos
C. Mediana	4 – 8 puntos
D. Alta	9 – 14 puntos

#### 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADO

##### 4.1 Nivel de Sistematización de Datos:

- **Tipo de sistematización:** Fue electrónica.
- **Plan de Operación:** En el presente trabajo de investigación se realizó con matrices de clasificación, utilizando codificación; el recuento fue electrónico.
- **Plan de Análisis:** Fue estadístico, SPSS versión 20, se realizó tablas univariadas y de contingencia para mostrar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así mismo se diseñó gráficos de barras para expresar las fracciones porcentuales.

### 5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
ACTIVIDADES																				
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X																
Elección del Tema					X	X														
Elaboración del Proyecto							X	X	X	X										
Aprobación del Proyecto											X	X								
Ejecución o Recolección de Datos													X	X	X					
Procesamiento de Datos															X	X	X			
Elaboración y Presentación del Informe Final																			X	X

# **CAPITULO III**

## **RESULTADOS**



**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015**

**CUADRO N° 1**

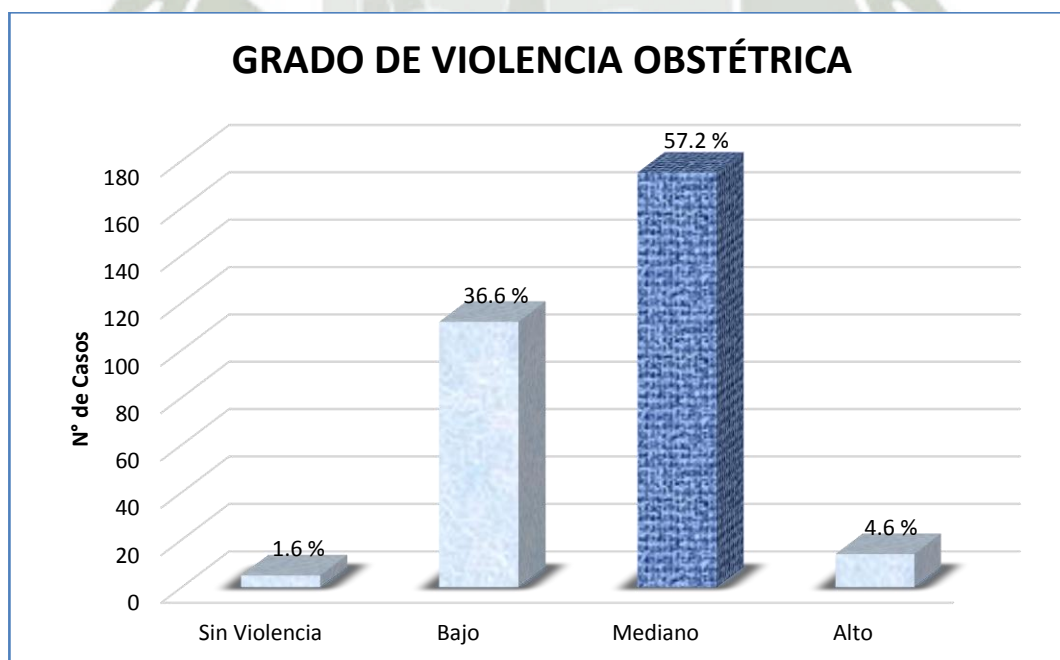
**GRADO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

<b>Grado de Violencia Obstétrica</b>	<b>N° de Casos</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Sin Violencia</b>	5	1,6
<b>Bajo</b>	112	36,6
<b>Mediano</b>	175	57,2
<b>Alto</b>	14	4,6
<b>Total</b>	306	100

Fuente: Personal.

El Cuadro N° 1, respecto al Grado de Violencia Obstétrica, se muestra que el 98.4% si sufrió Violencia Obstétrica, siendo el resultado más significativo el grado mediano con 57.2% del total.

**GRÁFICO N° 1**



Fuente: Personal.

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015**

**CUADRO N° 2**

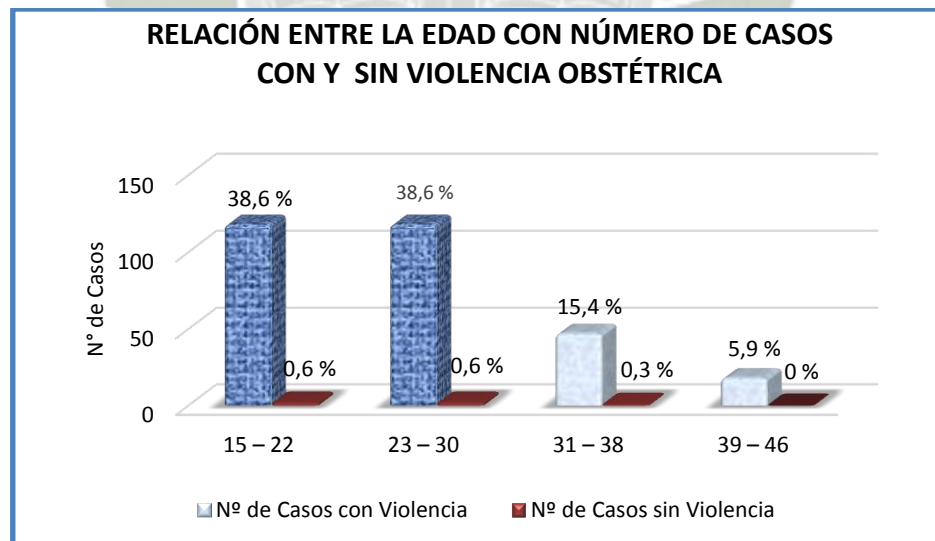
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD CON NÚMERO DE CASOS CON Y SIN  
VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

<b>EDAD</b>	<b>N° de Casos con Violencia</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>N° de Casos sin Violencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
15 – 22	118	38.6	2	0.6
23 – 30	118	38.6	2	0.6
31 – 38	47	15.4	1	0.3
39 – 46	18	5.9	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>98.5</b>	<b>5</b>	<b>1.5</b>

**Fuente: Personal.**

El Cuadro N° 2, respecto ala edad de las puérperas encuestadas se muestra que los grupos formados de 15 – 22 años representa un 38,6%, de 23 – 30 años 38,6% evidenciando que son los más vulnerables.

**GRÁFICO N° 2**



Fuente:Personal

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015**

**CUADRO N° 3**

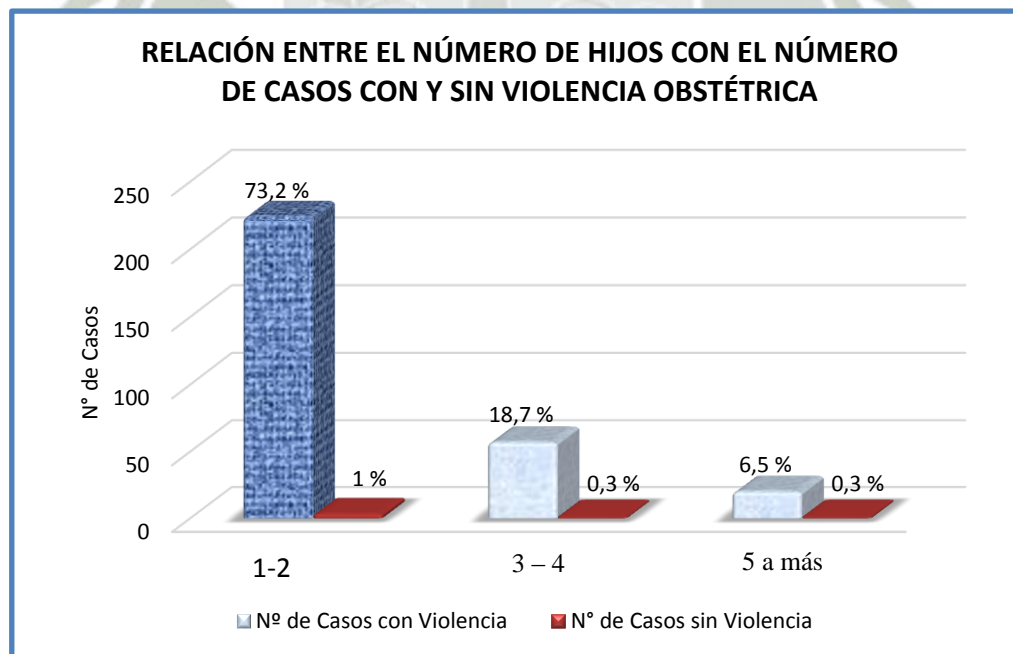
**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS CON EL NÚMERO DE CASOS  
CON Y SIN VIOLENCIA OBSTÉTRICA.**

# de Hijos	N° de Casos con Violencia	Porcentaje %	N° de Casos sin Violencia	Porcentaje %
1 – 2	224	73.2	3	1
3 – 4	57	18.7	1	0.3
5 a más	20	6.5	1	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>98.4</b>	<b>5</b>	<b>1.6</b>

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 3, respecto al número de hijos de las púerperas encuestadas se muestra que de 1-2 hijos representa un 73.2% evidenciando que es el más representativo.

**GRÁFICO N°**



Fuente: Personal.

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015**

**CUADRO N° 4**

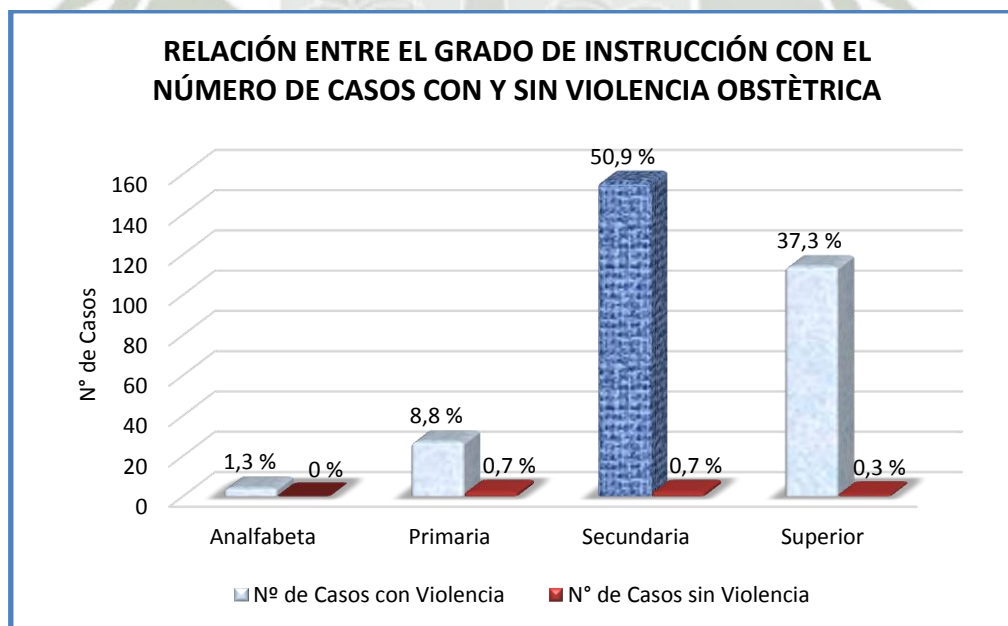
**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN CON EL NÚMERO DE  
CASOS CON Y SIN VIOLENCIA OBSTÈTRICA**

<b>G. de Instrucción</b>	<b>N° de Casos con Violencia</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>N° de Casos sin Violencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
Analfabeta	4	1.3	0	0
Primaria	27	8.8	2	0.7
Secundaria	156	50.9	2	0.7
Superior	114	37.3	1	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>98.3</b>	<b>5</b>	<b>1.7</b>

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 4, en cuanto al Grado de Instrucción de las púérperas encuestadas, se evidencia que el grupo de secundaria representa un 50,9% del total.

**GRÁFICO N° 4**



Fuente: Personal.

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015**

**CUADRO N° 5**

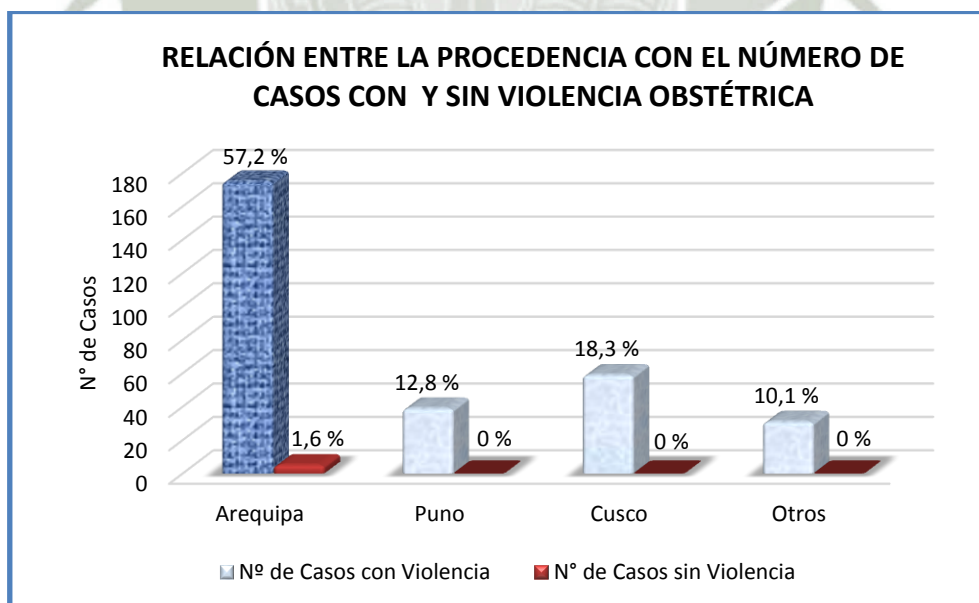
**RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA CON EL NÚMERO DE CASOS  
CON Y SIN VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Procedencia	N° de Casos con Violencia	Porcentaje %	N° de Casos sin Violencia	Porcentaje %
Arequipa	175	57.2	5	1.6
Puno	39	12.8	0	0
Cusco	59	18.3	0	0
Otros	31	10.1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>98.4</b>	<b>5</b>	<b>1.6</b>

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 5, respecto a la procedencia de las puérperas encuestadas se muestra que procedentes de Arequipa representa un 57,2% evidenciando que es el más representativo.

**GRÁFICO N° 5**



Fuente: Personal.

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015**

**CUADRO N° 6**

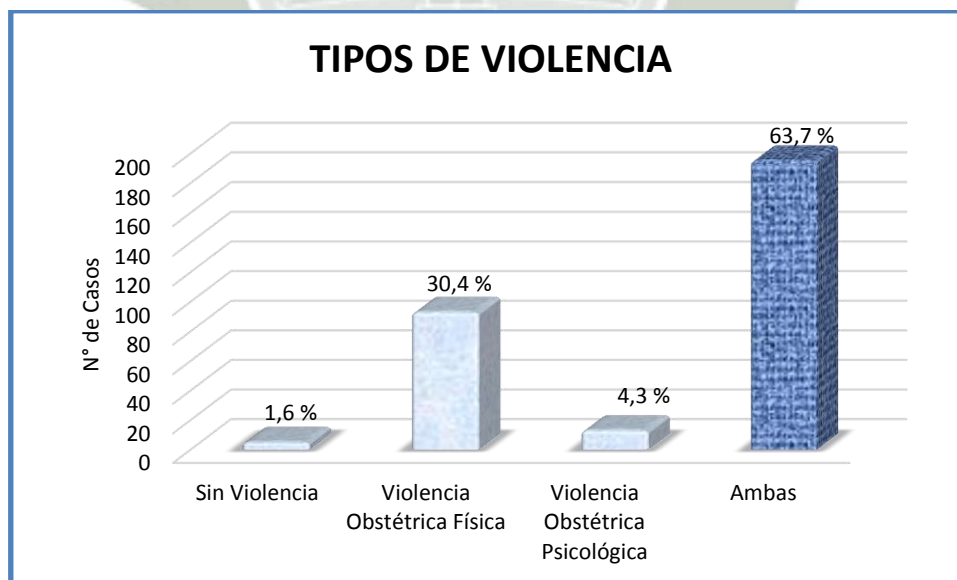
**TIPO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

<b>Violencia Obstétrica</b>	<b>Tipos de Violencia</b>	<b>N° de Casos</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Sin Violencia</b>		5	1.6
<b>Con Violencia</b>	Violencia Obstétrica Física	93	30.4
	Violencia Obstétrica Psicológica	13	4.2
	Ambas	195	63.7
<b>TOTAL</b>		<b>306</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 6, se muestran los Tipos de Violencia Obstétrica son psicológica, física y ambas con 4.2%, 30.4% y 63.7% respectivamente.

**GRÁFICO N° 6**



Fuente: Personal.

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA. ABRIL - JUNIO 2015**

**CUADRO N° 7**

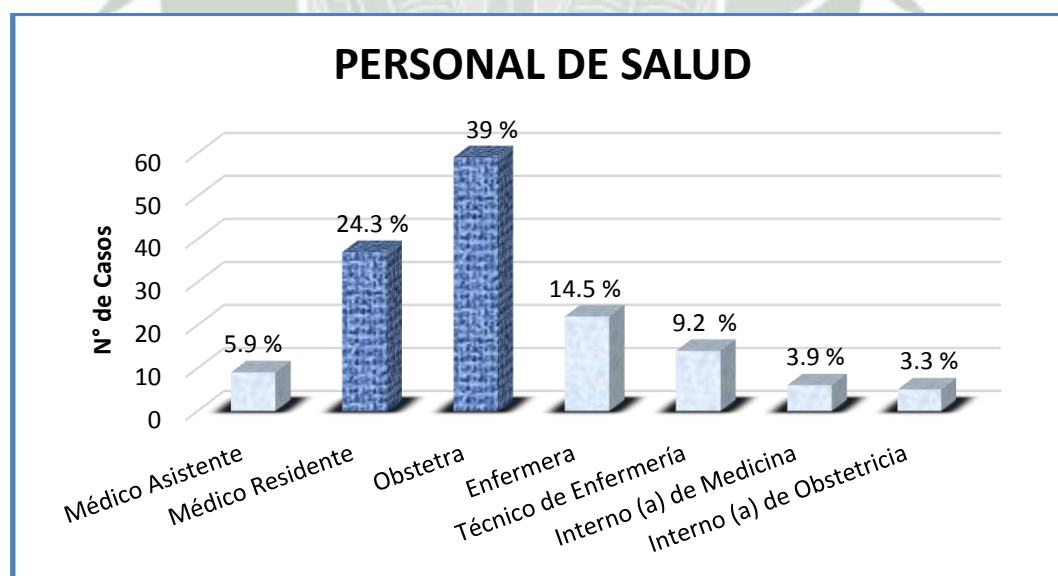
**PERSONAL DE SALUD INVOLUCRADO.**

Personal de Salud	N° de casos	Porcentaje
Médico Asistente	9	5.9%
Médico Residente	37	24.3%
Obstetra	59	39%
Enfermera	22	14.5%
Técnico de Enfermería	14	9.2%
Interno (a) de Medicina	6	3.9%
Interno (a) de Obstetricia	5	3.3%
<b>TOTAL</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 7, se evidencia que el Personal de Salud, que comete Violencia Obstétrica son Obstetras y Médicos Residentes con un porcentaje de 39% y 24.3% respectivamente.

**GRÁFICO N° 7**



Fuente: Personal.

**CUADROS COMPLEMENTARIOS POR PREGUNTA**

**CUADRO N° 8**

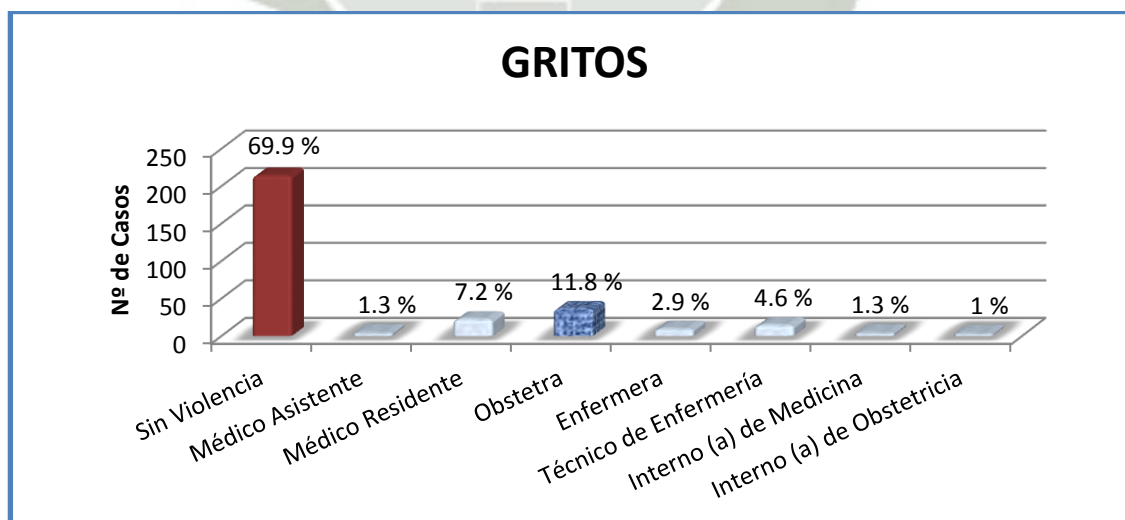
**PERSONAL DE SALUD QUE GRITO EN ALGÚN MOMENTO A MUJERES  
ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO.**

Personal de Salud	Casos	Porcentaje (%)
<b>Sin Violencia</b>	214	69,9
<b>Con Violencia</b>		
Médico Asistente	4	1,3
Médico Residente	22	7,2
Obstetra	36	11,8
Enfermera	9	2,9
Técnico de Enfermería	14	4,6
Interno (a) de Medicina	4	1,3
Interno (a) de Obstetricia	3	1
<b>Total</b>	306	100

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 8, muestra que el 69.9% de las mujeres no recibió gritos despectivos por algún Personal de Salud, por otro lado se muestra que si recibieron gritos un 11.8% por parte de la Obstetra, y en segundo lugar representado en un 7.2% por el Médico Residente.

**GRAFICO N° 8**



Fuente: Personal.

**CUADRO N° 9**

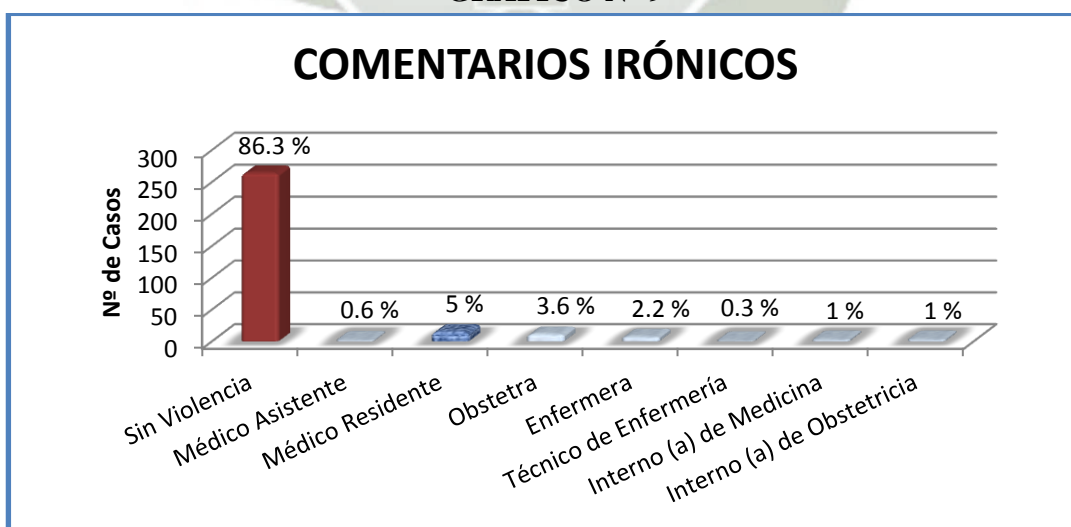
**PERSONAL DE SALUD QUE HIZO COMENTARIOS IRÓNICOS,  
DESCALIFICADORES O EN TONO DE CHISTE ACERCA DEL  
COMPORTAMIENTO DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO**

Personal de Salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sin Violencia</b>	264	86,3
<b>Con Violencia</b>		
<b>Médico Asistente</b>	2	0,6
<b>Médico Residente</b>	15	5
<b>Obstetra</b>	11	3,6
<b>Enfermera</b>	7	2,2
<b>Técnico de Enfermería</b>	1	0,3
<b>Interno (a) de Medicina</b>	3	1
<b>Interno (a) de Obstetricia</b>	3	1
<b>Total</b>	306	100

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 9, muestra que el 86.3% de las mujeres no escuchó ningún comentario irónico, descalificativo o en tono de chiste por algún Personal de Salud, pero si una minoría de 4.9% por el Médico Residente, siguiéndoles la Obstetra con un 3.6%.

**GRAFICO N° 9**



Fuente: Personal.

**CUADRO N° 10**

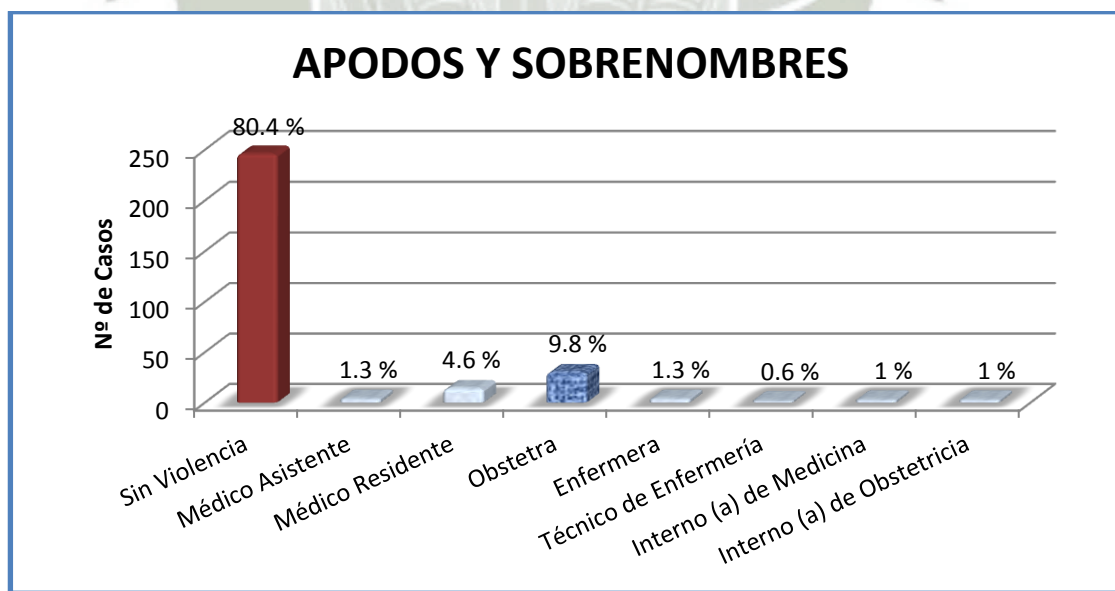
**PERSONAL DE SALUD QUE TRATÓ CON APODOS, SOBRENOMBRES O DIMINUTIVOS A MUJERES ATENDIDAS DE ARTO EUTÓCICO.**

Personal de Salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sin Violencia</b>	246	80,4
<b>Con Violencia</b>		
Médico Asistente	4	1,3
Médico Residente	14	4,6
Obstetra	30	9,8
Enfermera	4	1,3
Técnico de Enfermería	2	0,6
Interno (a) de Medicina	3	1
Interno (a) de Obstetricia	3	1
<b>Total</b>	306	100

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 10, se muestra que el 80.4% no recibió ningún trato con apodos o sobrenombres por parte de algún Personal de Salud, pero si una minoría muestra que un 9.8% por la Obstetra, seguida del Médico Residente representado en un 4,6%.

**GRAFICO N° 10**



Fuente: Personal.

**CUADRO N° 11**

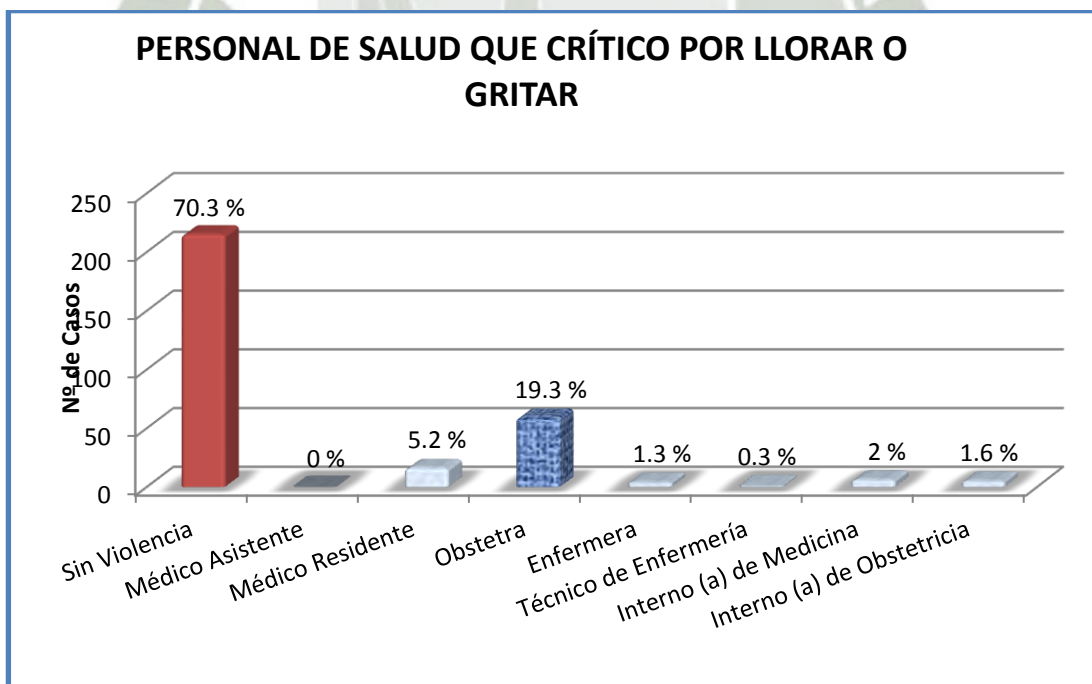
**PERSONAL DE SALUD QUE CRÍTICO POR LLORAR O GRITAR A LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO.**

Personal de Salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sin Violencia</b>	215	70,3
<b>Con Violencia</b>		
Médico Asistente	0	0
Médico Residente	16	5,2
Obstetra	59	19,3
Enfermera	4	1,3
Técnico de Enfermería	1	0,3
Interno (a) de Medicina	6	2
Interno (a) de Obstetricia	5	1,6
<b>Total</b>	306	100

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 11, muestra que un 70.3%, no fue crítica por llorar o mostrar sus emociones por algún Personal de Salud, pero sí un 19.3% indica que recibió alguna crítica por parte de la Obstetra, seguido de un 5.2% por parte del Médico Residente.

**GRAFICO N° 11**



Fuente: Personal.

**CUADRO N° 12**

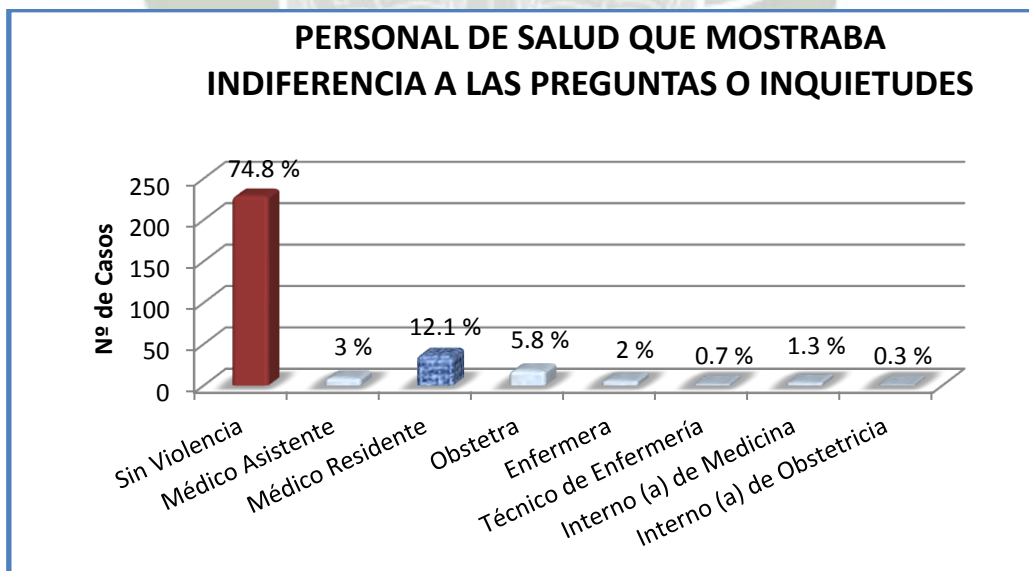
**PERSONAL DE SALUD QUE MOSTRABA INDIFERENCIA A LAS PREGUNTAS O INQUIETUDES DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO.**

Personal de Salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sin Violencia</b>	229	74,8
<b>Con Violencia</b>		
<b>Médico Asistente</b>	9	3
<b>Médico Residente</b>	37	12,1
<b>Obstetra</b>	18	5,8
<b>Enfermera</b>	6	2
<b>Técnico de Enfermería</b>	2	0,7
<b>Interno (a) de Medicina</b>	4	1,3
<b>Interno (a) de Obstetricia</b>	1	0,3
<b>Total</b>	306	100

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 12, muestra que un 74.8% de las mujeres no le fue difícil o imposible preguntar, mientras que un 12.1% indico que quería hacerlo pero que el Médico Residente no le hacía caso, seguido por la Obstetra que representa el 5.8%.

**GRAFICO N° 12**



Fuente: Personal.

**CUADRO N° 13**

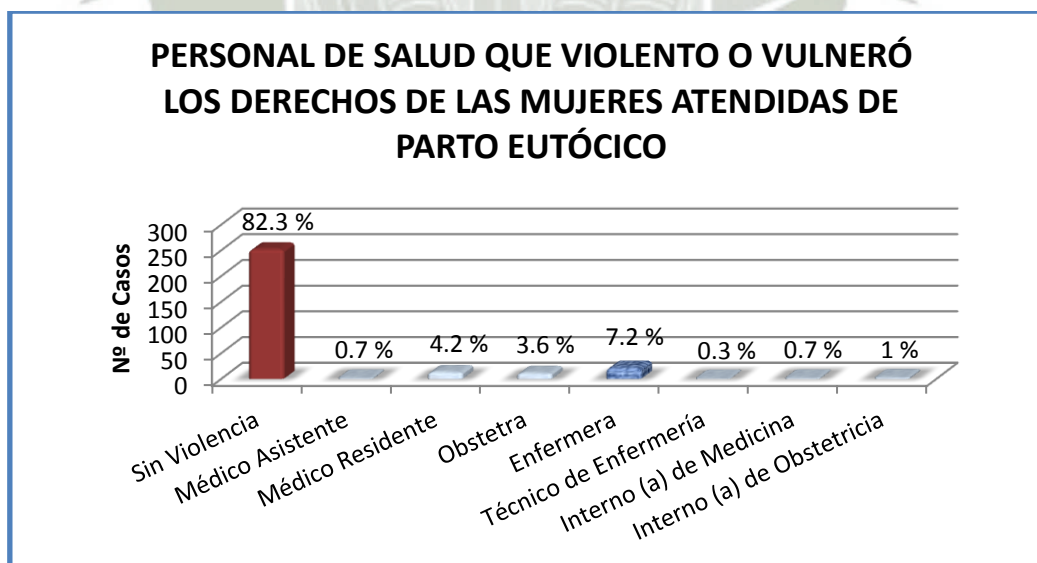
**PERSONAL DE SALUD QUE VIOLENTO O VULNERÓ LOS DERECHOS DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO.**

Personal de Salud	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sin Violencia</b>	252	82,3
<b>Con Violencia</b>		
<b>Médico Asistente</b>	2	0,7
<b>Médico Residente</b>	13	4,2
<b>Obstetra</b>	11	3,6
<b>Enfermera</b>	22	7,2
<b>Técnico de Enfermería</b>	1	0,3
<b>Interno (a) de Medicina</b>	2	0,7
<b>Interno (a) de Obstetricia</b>	3	1
<b>Total</b>	306	100

Fuente: Personal.

En el Cuadro N° 13, muestra que un 82,3% de las mujeres considera que no le paso algo violento, incorrecto o que vulnerara sus derechos, pero sí un 7.2% indico que sí por parte de la enfermera.

**GRAFICO N° 13**



Fuente: Personal.

**CUADROS DE CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS**

**CUADRO N° 14**

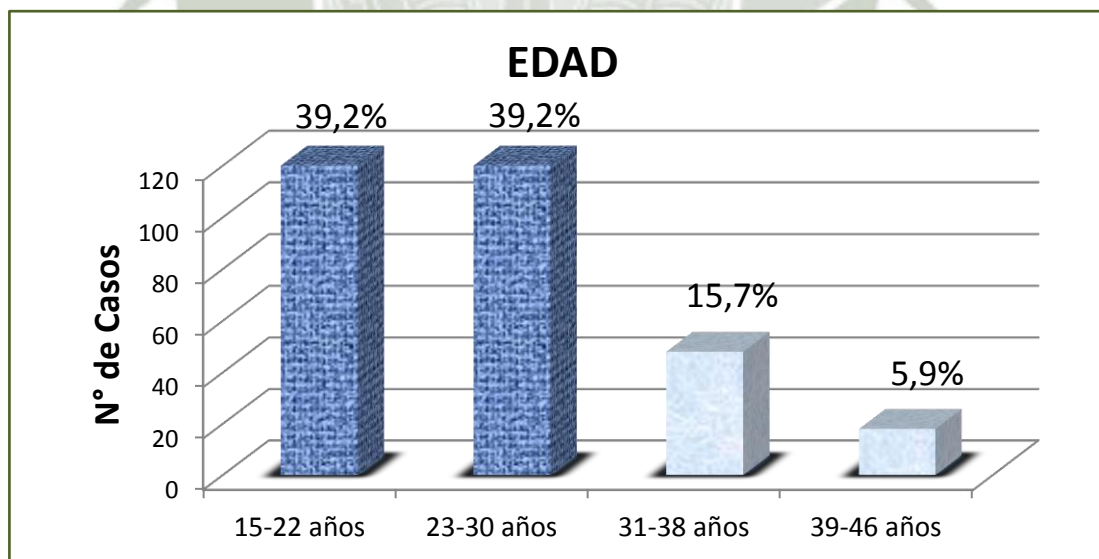
**EDAD DE MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO EN EL  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
15-22	120	39,2
23-30	120	39,2
31-38	48	15,7
39-46	18	5,9
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>100,0</b>

Fuente Personal

El cuadro N° 14, muestra que el 39.2% de las mujeres tiene entre 15-22 años y de 23-30 años, el 15.7% representa a mujeres entre los 31-38 años de edad y en un menor porcentaje con solo 5.9% mujeres con edades entre 39-46 años.

**GRAFICO N° 14**



Fuente: Personal.

**CUADRO N° 15**

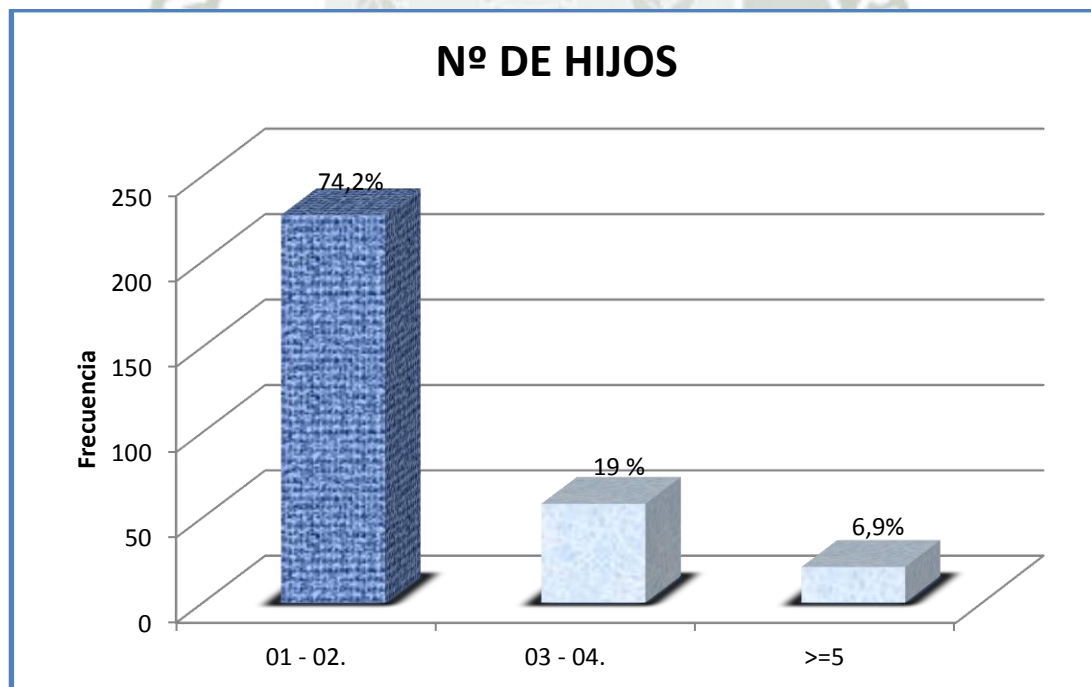
**NÚMERO DE HIJOS VIVOS DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO  
EUTÓCICO EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA.**

# de Hijos	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>1-2</b>	227	74,2
<b>3-4</b>	58	19,0
<b>&gt;=5</b>	21	6,9
<b>Total</b>	306	100,0

Fuente Personal

El cuadro N° 15, muestra que un 74.2% de las mujeres solo tienen de 1-2 hijos vivos, el 19.0% indica que tiene de 3-4 hijos y finalmente solo un 6.9% muestra que tiene 5 hijos o más.

**GRAFICO N° 15**



Fuente: Personal.

**CUADRO N° 16**

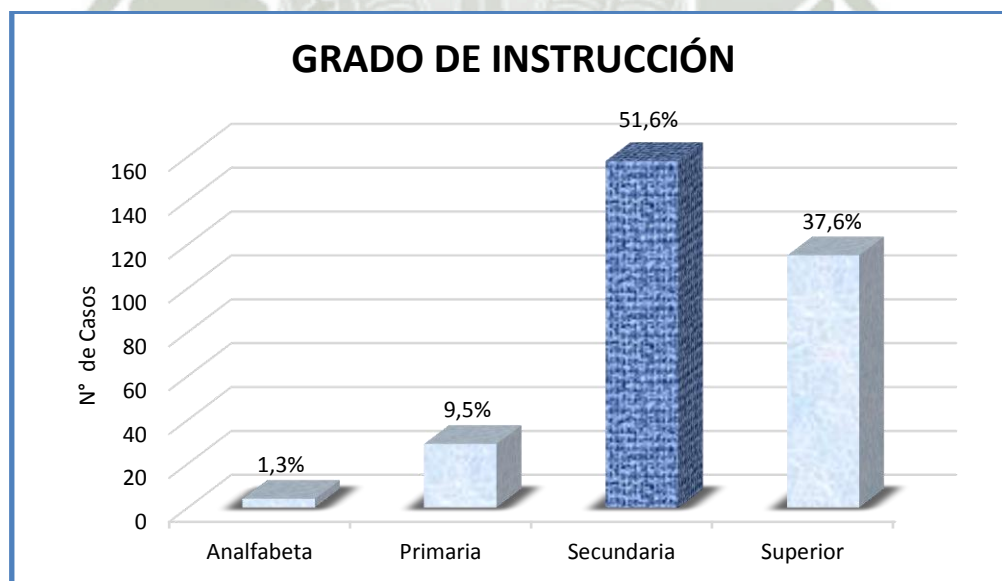
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Analfabeta</b>	4	1,3
<b>Primaria</b>	29	9,5
<b>Secundaria</b>	158	51,6
<b>Superior</b>	115	37,6
<b>Total</b>	306	100,0

**Fuente Personal**

En el Cuadro N°16, se muestra que el 51.6% de las mujeres tiene estudios secundarios, el 37.6% estudios de nivel superior, el 9.5% estudios primarios y sólo 1.3% son analfabetas.

**GRAFICO N° 16**



**Fuente: Personal.**

**CUADRO N° 17**

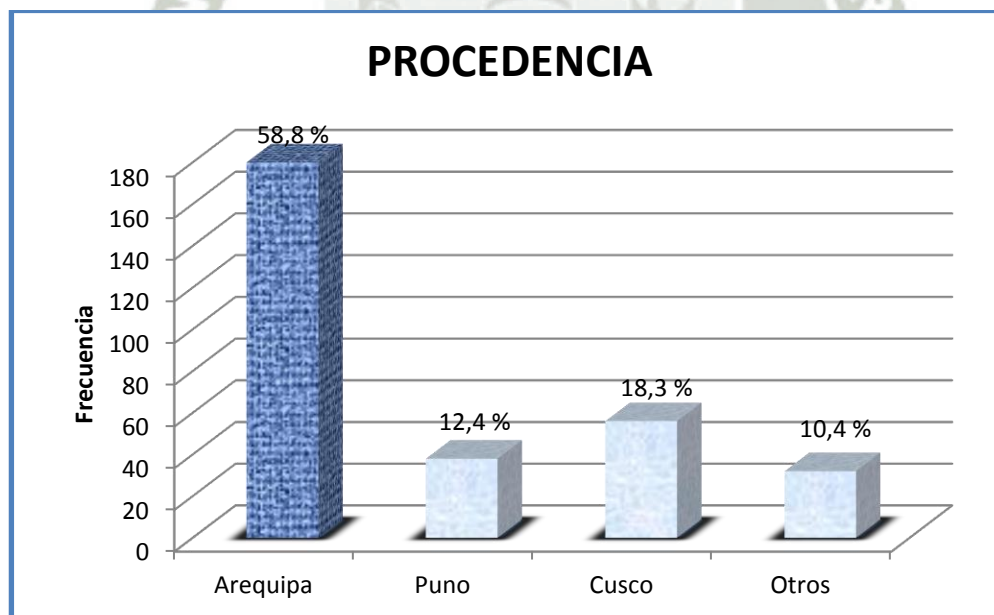
**PROCEDENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO  
EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Arequipa</b>	180	58,8
<b>Puno</b>	38	12,4
<b>Cusco</b>	56	18,3
<b>Otros</b>	32	10,4
<b>Total</b>	306	100,0

Fuete Persona

En el Cuadro N° 17, se muestra que el 58.8% de las mujeres proceden de la Ciudad de Arequipa, el 18.3% proviene de la ciudad del Cusco, el 12.4% viene de la Ciudad de Puno y una minoría del 10.4% que representa a otras ciudades como Apurímac, Chiclayo, Lima.

**GRAFICO N° 17**



Fuente: Personal.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se conoció el grado de Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico, Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo Abril – Junio 2015 teniendo como referencia una muestra de 306 casos.

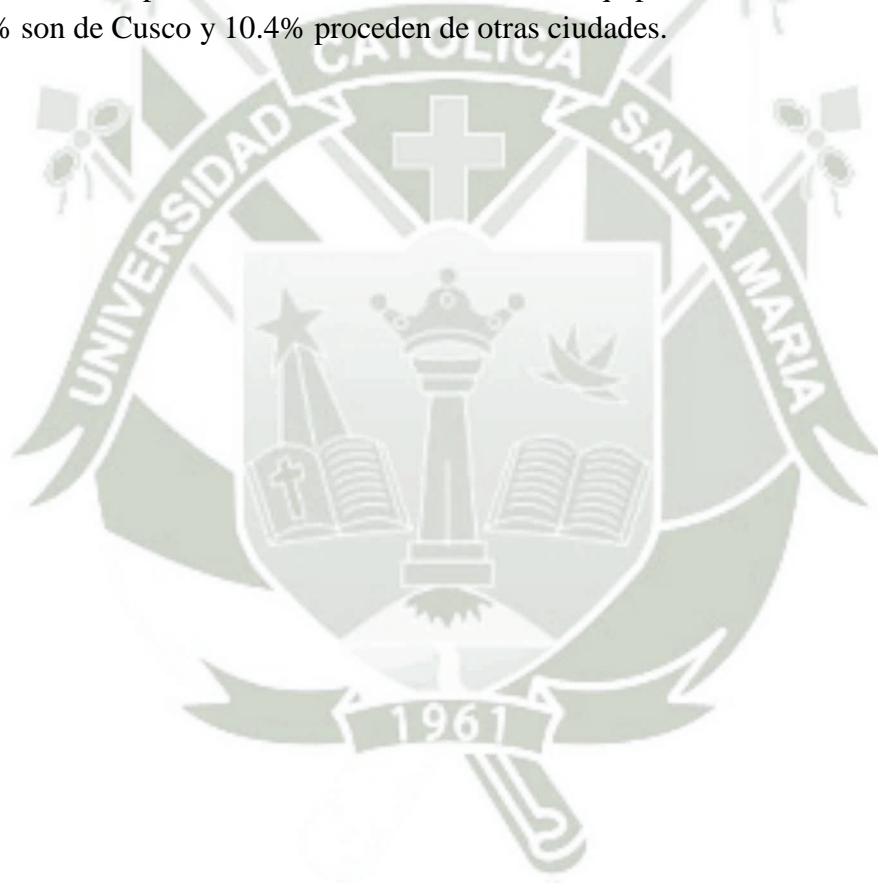
De acuerdo con los resultados encontrados en esta investigación se puede decir que sí existe Violencia Obstétrica en este hospital siendo un 98.4% del total, existiendo un grado alto, mediano y bajo con 4.6%, 57.2% y 36.6% respectivamente.

Existen resultados similares como lo describe Paula Quevedo en su trabajo “Violencia Obstétrica: Una manifestación oculta de la desigualdad de género” donde se muestra que el 44.4% dijo que sí recibió maltrato verbal, 73.3% recibió tratos con sobrenombres y diminutivos, el 20% fue criticada por llorar o gritar, 36.6% indicó que se les prohibió tomar agua e ingerir alimentos. En cuanto a intervenciones innecesarias: (100%) no recibió enema, (90%) permaneció acostada todo el tiempo, (86.6%) ruptura artificial de membranas, (96.6%) administración de medicamentos endovenosos, (63.3%) tactos vaginales reiterados y por diferentes personas, (50%) compresión del abdomen al momento del pujo, (73.3%) episiotomía y cesáreas (13.3%). Finalmente el 66.6% indicó que la experiencia del parto las hizo sentir vulnerables, culpables e inseguras. Estos hallazgos comparados con los del presente estudio nos indican que el 30.1% recibió gritos de forma despectiva, 13.7% recibió burlas, comentarios irónicos o en tono de chiste, el 19.6% refiere que las llamaron con apodosos o diminutivos como si fueran unas niñas capaces de comprender, al 29.7% se la criticó por llorar o mostrar sus sentimientos y el 25.2% le fue difícil o imposible preguntar al personal de salud, todo esto correspondería al tipo de Violencia Obstétrica psicológica o verbal. En cuanto a procedimientos innecesarios: 59.8% enema, 30.1% ruptura artificial de membranas, 28.1% administración de medicamentos para “apurar” el parto, el 64.7% tactos vaginales dolorosos, el 43.5% tactos vaginales reiterados y por diferentes personas, el 27.8% maniobra de kristeller y el 36.9% episiotomía. Para terminar encontramos que el 18% de mujeres refiere que les sucedió algo incorrecto, violento o que vulnerara sus derechos.

En cuanto al tipo de Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico, se observa que el valor más representativo para ambos tipos de violencia tanto física como psicológica representa un 63,7 %, en cambio por separado para violencia física 30,4 % y violencia psicológica 4,2 % y sin violencia 1,6 %.

Según los resultados obtenidos en cuanto al personal de salud que comete Violencia Obstétrica se representa de la siguiente manera obstetras 39%, médico residente 24.3%, enfermera 14.5%, técnico de enfermería 9.2%, medico asistente 5.9%, interno (a) de Medicina 3.9% e interno (a) de Obstetricia 3.3%, comparado con la investigación de Rosario Valdez “Nueva Evidencia a un Viejo Problema” se compara que el personal agresor Enfermeras en un 40% y Médicos en un 53%.

Finalmente las características socio – demográficas encontradas son: mujeres de 15-22años 39.2%, 23-30 años 39.2%, 31-38 años 15.7% y 39-46 años 5.9%. El número de hijos que tenían se representa 1-2 hijos 74.2%, de 3-4 hijos 19%,  $\geq 5$  hijos 6.9%. En cuanto a la procedencia el 58.8% son de Arequipa, el 12.4% son de Puno, el 18.3% son de Cusco y 10.4% proceden de otras ciudades.



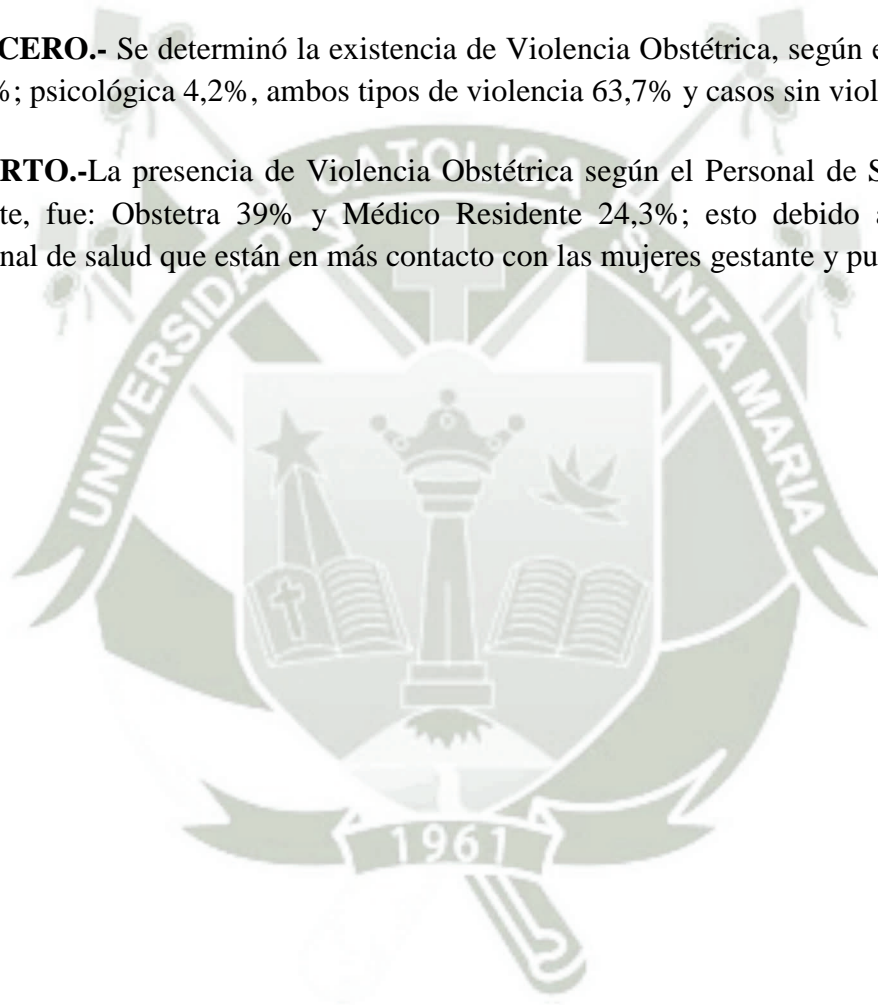
## CONCLUSIONES

**PRIMERO.-** Si existe Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

**SEGUNDO.-** El Grado de Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, que se presenta con mayor frecuencia es de Grado Mediano.

**TERCERO.-** Se determinó la existencia de Violencia Obstétrica, según el tipo física 30,4%; psicológica 4,2%, ambos tipos de violencia 63,7% y casos sin violencia 1,6%.

**CUARTO.-**La presencia de Violencia Obstétrica según el Personal de Salud que la comete, fue: Obstetra 39% y Médico Residente 24,3%; esto debido a que es el personal de salud que están en más contacto con las mujeres gestante y púérperas.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA.-**Incorporar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer.

**SEGUNDA.-**La capacitación del personal de salud sobre temas relacionados con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en género y recibir la formación obligatoria, regular y continua del personal médico y no médico involucrado en la salud materno infantil en calidad de atención desde la perspectiva de género promoviendo la humanización del parto.

**TERCERA.-**Propiciar espacios de reflexión y crítica sobre los Modelos de Atención en el País para fortalecer el vínculo institución – parturienta – familiares y estableciendo una relación más personalizada en lo posible.

**CUARTA.-** Resulta necesario también que en cada control prenatal se programe sesiones de Psicoprofilaxis y visitas domiciliarias donde se eduque a las mujeres que tienen el derecho de ser informadas y de participar en la toma de decisiones en prácticas médicas que se realizan sobre sus propios cuerpos.

**QUINTA.-**Una tarea muy importante y urgente del Estado Peruano es reglamentar una Legislación vigente en cuanto a Violencia Obstétrica y lograr su cumplimiento.

**SEXTA.-** Que los hallazgos del presente estudio permita incluir en los contenidos curriculares de cursos como Obstetricia Fisiológica, Liderazgo, otros, el tema de Violencia Obstétrica, como un medio de capacitar al personal responsable de la Salud Obstétrica en su Papel Preventivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- QUEVEDO, Paula. “VIOLENCIA OBSTERICIA: Una manifestación oculta de la desigualdad de Género” Tesis para obtener título de Lic. Trabajo Social. Universidad Nacional de Cuyo. Argentina. 2012. Pp. 7 – 155.
- 2- «gravidez», *Diccionario de la lengua española* (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001.
- 3- ALCOLEA, F. Silvia & MOHAMED M. Dina. GUIA DE CUIDADOS EN EL EMBARAZO. Hospital Universitario de Chenta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. España. Pp. 14-26.
- 4- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención de parto normal, Ministerio de Sanidad y Política Social, edición I, España 2010. Pp. 99-156.
- 5- CABERO L., Saldivar D. & Cabrillo E. OBSTETRICIA Y MEDICINA MATERNO FETAL. Editorial Médica Panamericana. España, 2007. Pp. 425 – 448.
- 6- NUREÑA, Cesar R. “INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD PERUANO: LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL”. *Rev. Panamá Salud Pública* vol. 26 N° 4 Washington 2009. Pp. 1 – 9.
- 7- K. ISAAC, Rosa; VIVANCO, Luisa; RODRIGUEZ P., María Eugenia: “VIOLENCIA INSTITUCIONAL, GÉNERO Y SALUD EN EL INSTITUTO DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES”. San Miguel de Tucumán. 2003. Pp. 6-10.
- 8- BOTELLA, Lluís José & CLAVERO, Núñez José A. TRATADO DE GINECOLOGIA. 14va Edición. Ediciones Díaz de Santos. España. 1993. Pp. 254 – 256.
- 9- ROMANI, Romani Franco & Otros. PERCEPCION SOBRE LA EXPERIENCIA DEL TACTO VAGINAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. *CIMEL* 2007, vol. 12. N°1, Pp. 11-12.
- 10- VENTURA, Walter & LAM Figueroa Nelly. ¿ES UTIL LA AMNIOTOMIA DE RUTINA EN EL TRABAJO DE PARTO DE INICIO ESPONTANEO? Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. Investigador Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. *AnFacmed*. 2008; 69 (2):127-9.
- 11- Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, Argentina. 2004. Pp. 21 – 31.
- 12- REVEIZ L, Gaitán HG, Cuervo LG. “ENEMAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO”(Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008.
- 13- DEL CASTILLO, Isabel F. “EPISIOTOMÍA, UN CORTESITO NO TAN INOCENTE”. Extraído del libro "La Revolución del Nacimiento", de ediciones Granica, mayo 2006.

- 14- RANGEL, D. Cristóbal. Enfermero. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario «Virgen de la Victoria». Málaga. Matronas Prof. 2011; 12(3): 82-9

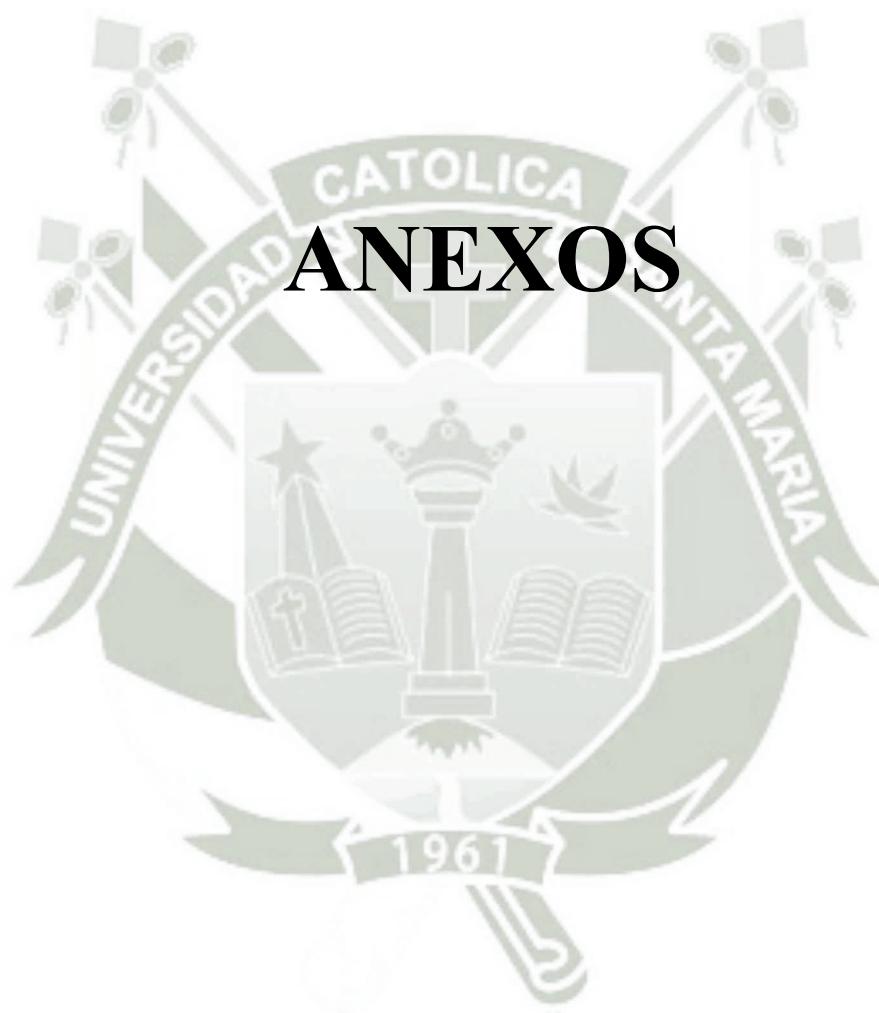
### HEMEROGRAFÍA

- 15- ARGUEDAS, Gabriela. “LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROPUESTA CONCEPTUAL A PARTIR DE LA EXPERIENCIA COSTARRICENSE”. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y El Caribe. Vol. 11, N°1 Enero-Junio, 2014. Pp. 14 – 22.
- 16- VALDEZ, Rosario. “NUEVA EVIDENCIA A UN VIEJO PROBLEMA: EL ABUSO DE LAS MUJERES EN LAS SALAS DE PARTO”. Rev. CONAMED 2013; 18(1): R 4-20

### INFORMATOGRAFÍA

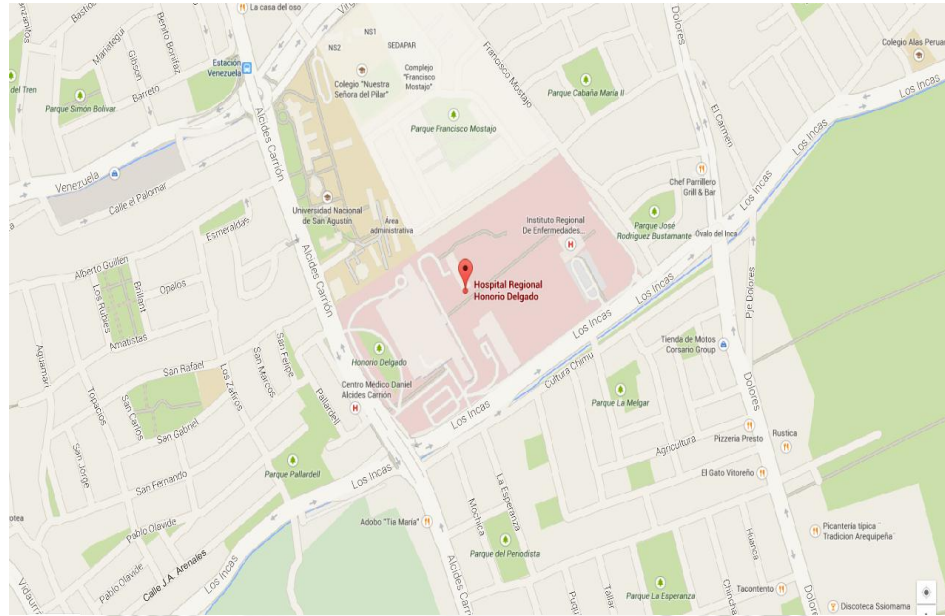
- 17- PTSD and obstetric violence. Ibone Olza Fernandez. Publicado en Midwifery Today issue 105 Spring 2013  
<https://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/>
- 18- ¿Por qué y cómo incorporar la perspectiva de género en las políticas de formación para el trabajo?  
<http://www.ilo.int/public//spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/glosario/ii.htm>
- 19- “Trabajo Decente e Igualdad de Género”  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms\\_233161.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_233161.pdf)
- 20- Desigualdad de género es un problema estructural de América Latina  
<http://radio.uchile.cl/2013/12/16/desigualdad-de-genero-es-un-problema-estructural-de-america-latina>
- 21- Violencia Basada en Género  
[http://www.micutervo.com/Documentos/Violencia\\_basada\\_en\\_genero.pdf](http://www.micutervo.com/Documentos/Violencia_basada_en_genero.pdf)
- 22- Violencia Obstétrica  
<http://cisav.mx/violencia-obstetrica/>
- 23- Definiciones  
<http://www.definicionabc.com/social/indiferencia.php#ixzz3WdnrNri1>
- 24- Manual del Interno. Universidad de San Nicolás: UMSNH; 2003-2004.  
<http://es.slideshare.net/cristiandiazv/el-internado-de-medicina-en-el-per>
- 25- Plan de estudios. Facultad de Obstetricia Y Enfermería. USMP  
<http://www.usmp.edu.pe/fobstetri/escuelas/obstetricia/index.php?pag=planestudios>
- 26- La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos  
[http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)

- 27- Declaración Universal de los Derechos Humanos-1948.  
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- 28- Ley 28048, Ley de protección a favor de la mujer gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud y/o el desarrollo normal del embrión y el feto. Perú.  
[http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/sst/DS\\_009\\_2004\\_TR.pdf](http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/sst/DS_009_2004_TR.pdf)
- 29- Ley 26260. Ley de Protección frente a la Violencia Familiar  
<http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/peru.dv.97.pdf>
- 30- Ley 26485. Ley de protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollan sus relaciones interpersonales – Argentina.  
<http://www.lapampa.gov.ar/normativascmjer/37034-ley-n-26-485-ley-nacional-de-violencia-contra-la-mujer.html>
- 31- Ley Nacional Argentina 25929. Ley nacional de Derechos de padres e hijos durante el proceso de Nacimiento, 2004.  
[http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com\\_content&view=article&id=390:ley-nacional-no-25929-ley-de-parto-humanizado&catid=279:nc-derecho-de-los-padres-durante-el-nacimiento&Itemid=248&activarEdad=0](http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=article&id=390:ley-nacional-no-25929-ley-de-parto-humanizado&catid=279:nc-derecho-de-los-padres-durante-el-nacimiento&Itemid=248&activarEdad=0)
- 32- Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia – Venezuela.  
[http://www.isp.gov.ve/salud/leyes/ley\\_organica\\_de\\_la\\_mujer.pdf](http://www.isp.gov.ve/salud/leyes/ley_organica_de_la_mujer.pdf)
- 33- The University of Chicago Medicine, library on-line.  
<http://www.uchospitals.edu/online-library/content=S04320>
- 34- Norma Técnica de la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural.  
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
- 35- Red Latinoamericana y de Caribe por la Humanización de Parto y el Nacimiento. “Respetemos el tiempo del nacimiento”.  
<http://www.tobinatal.com.ar/humanizacion/smar06.html>



# ANEXOS

## ❖ ANEXO 1: Delimitación Demográfica



❖ **ANEXO 2: Consentimiento Informado.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.ABRIL - JUNIO 2015.**

**INVESTIGADORES**

- Cerpa Rodríguez Claudia Danitza
- Velásquez Chauca María del Carmen

**LUGAR:** Arequipa, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Usted ha sido invitada a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Conocer si existe Violencia Obstétrica en el Servicio de Gineco Obstetricia.

**PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:** Mujeres atendidas de Parto Eutócico. Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado. La entrevista sobre Violencia Obstétrica se realizara a púérperas en el Área de Puerperio del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

**PROCEDIMIENTOS:** Si usted acepta participar, el equipo de investigación concertará con usted la fecha para tomarle la encuesta, requiriéndose aproximadamente 15 minutos para dar respuesta a todas las preguntas, si en el momento se le presenta alguna duda el personal estará ahí para dar solución.

**CONSENTIMIENTO:**

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido entendidas. Autorizo el uso y divulgación de mi información de salud a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

❖ ANEXO 3: Encuesta.

**ENCUESTA DE VIOLENCIA OBSTETRICA**

Edad: 15- 22a  23-30a  31-38a  39-46a

Número de hijos: 1- 2  3- 4  5-+

Grado de Instrucción: Analfabeta  Primaria  Secundaria  Superior

Procedencia: Arequipa  Puno  Cusco  Otros

**1. Mientras estabas internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto:**

P1.- ¿El personal de salud le grito despectivamente en algún momento?

Si  No Quién: .....

P2.- ¿El personal de salud hacía burlas, comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento?

Si  No Quién: .....

P3.- ¿La trataron con apodos, sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita, hijita) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando

Si  No Quién: .....

P4.- ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?

Si  No Quién: .....

P5.- ¿Le fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían, era indiferente para ellos o lo hacían de mala manera?

Si  No Quién: .....

1. ¿Le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin explicarle por qué eran necesarios?

- P6. Rasurado de genitales
- P7. Enema
- P8. Rotura artificial de bolsa.
- P9. Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto.
- P10. Tactos vaginales dolorosos.
- P11. Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas.
- P12. Maniobra de Kristeller, (compresión del abdomen en el momento de los pujos).
- P13. Episiotomía, (corte perineal).

2. Después del parto:

P14.- ¿Le paso algo que considere violento, incorrecto, que vulneraba sus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio que no haya mencionado?

Sí  No Quién: .....

.....  
.....  
.....

**LEYENDA:**

GRADO DE INCIDENCIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	INTERVALO DE PUNTAJE
A. Sin Violencia	0
B. Bajo	1 - 3
C. Mediana	4 - 8
D. Alta	9 - 14

PERSONAL DE SALUD CAUSANTE DE VIOLENCIA	VALORACION
Médico Asistente	1
Médico Residente	2
Obstetra	3
Enfermera	4
Técnico de Enfermería	5
Interno (a) de Medicina	6
Interno (a) de Obstetricia	7

❖ ANEXO 4: Permiso y Autorización.

00006479

**Solicito:** Autorización para la ejecución del Trabajo de Investigación **“Incidencia de Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril - Junio 2015”**

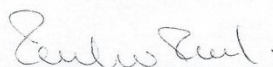
**DR. CARLOS MEDINA LINARES**  
Director General del Hospital Regional Honorio Delgado

Yo Claudia Danitza Cerpa Rodríguez, identificada con el DNI N°47407536, domiciliada en la Urb. Tasahuayo J-5 del distrito de José Luis Bustamante y Rivero; María del Carmen Velásquez Chauca con el DNI N° 46457396, domiciliada en Urb. Las Buganvillas de Challapampa M-5 del distrito de Cerro Colorado, Egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María, Internas de Obstetricia del año 2014 del Hospital que usted dirige, ante Usted Respetuosamente me presento Y digo:

Que estamos próximas a optar EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADAS EN OBSTETRICIA por la modalidad de Tesis, es por ello que le solicito Autorización para la ejecución del Trabajo de Investigación **“Incidencia de Violencia Obstétrica en mujeres atendidas de Parto Eutócico. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril - Junio 2015”**, El cual deseo aplicar en las instalaciones del Hospital que usted dirige.

Por lo expuesto,

Ruego a Usted acceder a mi solicitud



Claudia Danitza Cerpa Rodríguez  
DNI. 47407536



María del Carmen Velásquez Chauca  
DNI. 46457396

**“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL  
FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN”**

Arequipa, 20 de Mayo del 2015

**OFICIO N° 298 -2015-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI.-**

**SEÑOR  
DR. LUIS CACERES PORTILLA  
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia del HRHD  
PRESENTE.-**

**Asunto: Presentación para Realización de Trabajo de Tesis  
Ref.: Registro N° 00006479-2015**

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en relación al expediente de la referencia, presentar a las Srtas. **CLAUDIA DANITZA CERPA RODRIGUEZ y MARIA DEL CARMEN VELASQUEZ CHAUCA**, a quienes en coordinación con el Departamento a su cargo, se les aceptó la realización de su proyecto de Tesis Titulado **“INCIDENCIA DE VIOLENCIA OBSTETRICA EN MUJERES ATENDIDAS EN PARTO EUTOCICO, HOSPITAL HONORIO DELGADO ABRIL-JUNIO 2015”**.

Sírvase brindarles las facilidades del caso y al término de dicho trabajo las interesadas deberán hacernos llegar un ejemplar del informe final del mismo a esta Oficina a mi cargo, en medio físico y magnético (CD).

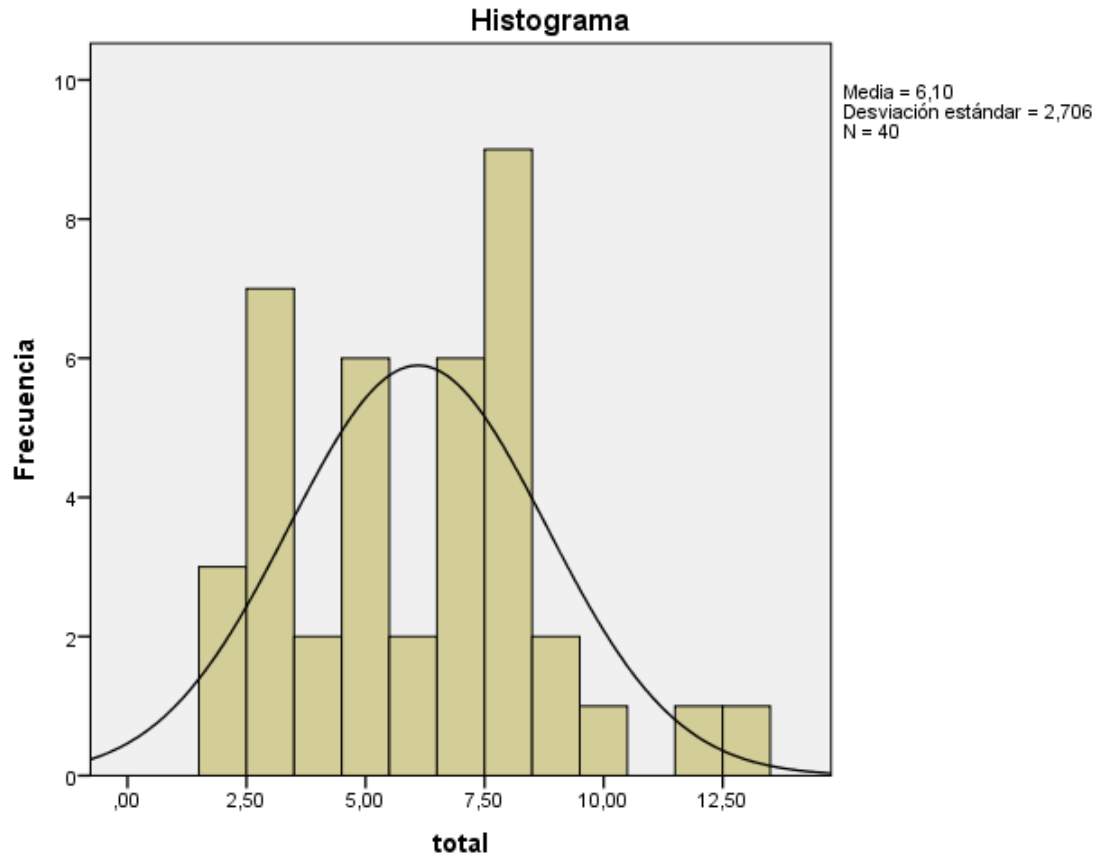
Atentamente,

**GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado**  
  
**CPC. JULIA QUIROZE PALOMINO**  
Directora (e) Oficina de  
Capacitación e Investigación

C.C.  
Recibo N° 9311/50.00  
Archivo  
JRQP/SPP

❖ ANEXO 5: Estadística.

**GRÁFICOS ESTADÍSTICOS**



✓ **Confiabilidad del Instrumento**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,600	14

✓ **Validéz del Instrumento**

**Prueba de KMO y Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,451
Prueba de esfericidad Aprox. Chi-cuadrado de Bartlett	241,518
GI	91
Sig.	,000

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumasde extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,026	21,614	21,614	3,026	21,614	21,614
2	2,185	15,604	37,218	2,185	15,604	37,218
3	2,076	14,827	52,045	2,076	14,827	52,045
4	1,737	12,409	64,454	1,737	12,409	64,454
5	1,240	8,857	73,311	1,240	8,857	<b>73,311</b>
6	,968	6,917	80,228			
7	,765	5,464	85,692			
8	,601	4,292	89,984			
9	,502	3,588	93,572			
10	,312	2,228	95,801			
11	,241	1,725	97,525			
12	,140	1,003	98,528			
13	,109	,778	99,306			
14	,097	,694	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

❖ ANEXO 6: Matriz de Datos.

ID.	EDAD	# HIJOS	G. DE INSTRUCCIÓN	PROCEDENCIA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5	PS14	PUNTAJE TOTAL	CALIFICACIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA
1	3	3	2	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Violencia Baja
2	4	3	1	4	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	3	0	2	0	9	Violencia Alta
3	2	1	4	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3	0	3	0	2	3	8	Violencia Media
4	2	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Violencia Baja
5	2	1	3	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	0	4	Violencia Media
6	2	2	2	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1	0	3	Violencia Baja
7	3	2	2	3	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	3	3	0	3	0	3	7	Violencia Media
8	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	5	Violencia Media
9	1	1	3	3	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	2	0	3	0	1	4	8	Violencia Media
10	2	2	3	4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	2	Violencia Baja
11	4	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	4	2	2	3	2	2	10	Violencia Alta
12	2	1	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	5	Violencia Media
13	2	2	3	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	2	4	0	1	0	5	Violencia Media
14	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	3	2	4	12	Violencia Alta
15	3	3	2	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	3	0	1	4	6	Violencia Media
16	4	3	1	3	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	5	Violencia Media
17	2	1	4	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	3	2	0	0	8	Violencia Media
18	2	2	3	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	2	0	4	5	Violencia Media
19	1	1	3	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	2	3	3	2	4	8	Violencia Media
20	4	3	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2	3	2	4	8	Violencia Media
21	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	7	Violencia Media
22	3	1	3	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Violencia Baja
23	2	2	3	4	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	7	Violencia Media
24	1	1	3	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	0	3	0	1	4	8	Violencia Media
25	4	3	1	4	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	3	0	2	0	9	Violencia Alta
26	2	2	3	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	2	4	0	1	0	5	Violencia Media
27	1	1	3	3	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	2	3	3	2	4	8	Violencia Media
28	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	7	Violencia Media
29	2	2	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	3	Violencia Baja
30	3	3	2	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Violencia Baja
31	2	1	4	2	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	3	0	3	0	2	3	8	Violencia Media
32	3	2	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	3	0	3	0	3	7	Violencia Media
33	2	1	4	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	5	0	5	0	2	0	7	Violencia Media
34	2	2	3	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	2	4	Violencia Media
35	2	2	2	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1	0	3	Violencia Baja
36	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Violencia Baja
37	3	2	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	Violencia Baja
38	2	1	4	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	6	6	3	6	13	Violencia Alta
39	2	1	4	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	3	0	0	4	6	Violencia Media
40	3	2	2	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	2	7	7	2	7	8	Violencia Media
41	1	1	4	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	3	0	1	3	0	0	9	Violencia Alta
42	2	1	4	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	5	Violencia Media
43	1	1	3	3	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	3	0	0	3	0	0	7	Violencia Media
44	3	2	3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	2	0	6	6	2	2	9	Violencia Alta
45	1	1	3	3	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	3	0	4	Violencia Media
46	4	3	2	3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	2	3	12	Violencia Alta
47	3	2	3	4	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	6	Violencia Media
48	1	1	4	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	3	0	3	2	7	Violencia Media
49	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Violencia Media
50	3	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	3	Violencia Baja
51	2	1	3	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Violencia Media
52	2	1	4	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	5	0	0	3	0	0	7	Violencia Media
53	3	2	3	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	Violencia Baja
54	1	1	3	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	0	0	0	1	0	6	Violencia Media
55	2	2	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	4	5	Violencia Media
56	4	3	3	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	Violencia Media
57	2	1	3	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	5	Violencia Media
58	1	1	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	2	0	0	7	Violencia Media
59	1	1	3	2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	Violencia Media







