

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA OBSTÉTRICA
DURANTE EL PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL
CUSCO, 2019**

Presentado por la:

Br. Orcotorio Quispe, Yerit Orealiz

Para optar al Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor:

Mg. Jorge Luis Galdos Tejada

CUSCO – PERÚ

2019

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me guía por el sendero correcto, Dios.

A mis padres Betty y Erasmo por el cariño, la confianza y ser el pilar fundamental de mi educación. Todo mi logro ha sido posible gracias a ellos.

A mis hermanos Hugo, Erasmo, Glenis y Ramiro, por ser mis compañeros y amigos en todo momento. A mis sobrinos por alegrar mis días.

A mi asesor, el Doctor Jorge Luis Galdos Tejada, por su orientación para hacer posible el presente trabajo de investigación.

Al doctor Henry Pérez Sierra, por el desinteresado apoyo que me permitieron alcanzar los objetivos de esta tesis.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Betty y Erasmo por su amor, trabajo y sacrificio en todo momento de mi vida, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí. Es y seguirá siendo un privilegio y honor ser su hija.

DICTAMINANTES:

DR. Wilfredo Villamonte Calanche.

DR. Hermogenes Concha Contreras.

REPLICANTES:

DRA. Angélica Anchari Morales.

DR. Jimmy Roberto Flores Zambrano.

ASESOR:

DR. Jorge Luis Galdos Tejada.

CONTENIDO

	Pág.
CONTENIDO	i
INTRODUCCIÓN	iii
RESUMEN/ABSTRACT	iv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Fundamentación del problema	1
1.2 Antecedentes del estudio	2
1.2.1 Antecedentes internacionales.....	2
1.2.2 Antecedentes nacionales.....	6
1.3 Formulación del problema	7
1.3.1 Problema general	7
1.3.2 Problema específico	7
1.4 Objetivo de investigación.....	7
1.4.1 Objetivos generales.....	7
1.4.2 Objetivos específicos.....	7
1.5 Justificación.....	8
1.6 Limitaciones de la investigación	8
1.7 Aspectos éticos	9
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
2.1 Marco Teórico	10
2.2 Definición de términos básicos	21
2.3 Variables	22
2.3.1 Identificación de variables.....	22
2.4 Definiciones operacionales.....	22
3. CAPITULO III: MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1 Tipo de investigación.....	27
3.2 Diseño de investigación.....	27
3.3 Población y Muestra.....	27

3.3.1.	Descripción de la población	27
3.3.2.	Criterios de inclusión y exclusión	27
3.3.3.	Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo.....	28
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.5	Plan de análisis de datos.....	30
4.	CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	31
4.1	Resultados y discusión.....	31
4.1.1	Resultados	31
4.1.2	Discusión.....	42
4.2	Conclusiones.....	47
4.3	Sugerencia	48

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

TABLAS

TABLA N°1	31
TABLA N°2	32
TABLA N°3.....	34
TABLA N°4.....	35
TABLA N°5.....	36
TABLA N°6.....	37
TABLA N°7.....	39
TABLA N°8.....	40

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se torna más evidente la falta de calidad de atención o en otras palabras la violencia obstétrica, vale decir también que, en todo el mundo, ha mejorado la acogida del parto en los diferentes Centros de Salud, conjuntamente ha disminuido la tasa de mortalidad y morbilidad materna. Sin embargo, muchas mujeres sufren atención inoportuna, trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los nosocomios, que no solo se viola los derechos de las mujeres, sino también amenaza su autonomía, autodeterminación, integridad física y moral. La Organización Mundial de la Salud emitió hace poco una declaración para la prevención y eliminación de la falta de respeto y el abuso durante el parto en las instalaciones, así mismo, las Naciones Unidas emitieron resolución sobre la mortalidad materna prevenible como una violación de los derechos humanos y emitieron una guía técnica sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para reducir las muertes maternas.

La violencia obstétrica cada vez más reconocida como un indicador de mala calidad de atención y una barrera clave para lograr óptimos resultados en salud materna, este es un problema de salud pública cuyas investigaciones evidencian un panorama alarmante a nivel mundial. No siendo ajena nuestra realidad, donde aún no se conoce la magnitud objetiva ni la importancia de este problema, tampoco existiendo el aval de leyes que sancionen actos de violencia durante el parto; así mismo las pacientes no conocen sus derechos y el personal de salud olvida el trato con calidad y calidez hacia la parturienta, todo lo cual conlleva a cometer violencia obstétrica.

Las evidencias están en regiones distintas a la nuestra y la mayoría coincide que existe algún tipo y grado de maltrato durante el parto; por lo que me motivó a determinar los “Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019”. Con el propósito de proporcionar una comprensión profunda de cómo las mujeres son tratadas durante el parto, cómo se podría desarrollar una intervención para reducir el maltrato y promover la atención respetuosa.

RESUMEN

Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

Orcotorio Yerit O, J, Galdos

Antecedentes: La violencia obstétrica es el maltrato a la mujer durante el parto, por el personal de salud que atenta contra la integridad y dignidad de la mujer. El objetivo del estudio es determinar los factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

Método: Es un estudio analítico transversal prospectivo. La muestra está conformada por las todas las pacientes de parto institucional en el Hospital Regional del Cusco, el tiempo empleado será hasta completar el tamaño de la muestra que es de 65 pacientes. Se utilizará el cuestionario que propone Bowser y Hill. Para el análisis de datos se utilizó Razón de Prevalencia (RP), la prueba de Chi cuadrado (X^2) y el intervalo de confianza al 95%, mediante el programa estadístico SPSSv20.0

Resultados: Los tipos de violencia que predominan son incumplimiento con los estándares profesionales 83,6%, mala interrelación personal de salud-paciente 74,6% y violencia verbal 62,7%. El personal técnico en enfermería (RP 5,19 IC95% [2,08-19,33] $p=0,01$) se constituye como un factor de riesgo en relación a violencia física.

Conclusiones: Todas las pacientes encuestadas refieren que sufrieron violencia obstétrica durante el parto al menos en una categoría. El tipo que más se asocio fue incumplimiento con los estándares profesionales: principalmente en relación a exámenes físicos y procedimientos médicos. El personal de salud asociado a la violencia obstétrica es el técnico en enfermería.

Palabras claves: violencia obstétrica, maltrato durante el parto, falta de respeto en el parto. (DOCS)

ABSTRACT

The Obstetric violence to women during facility-based childbirth. Obstetric Service in Hospital Regional del Cusco, 2019.

Orcotorio Yerit O, J, Galdos

Background: The obstetric violence is the mistreatment of women during childbirth by health personnel who are aware of the possibility of not returning to the Health Center in the future. The objective of this study is to determine the factors associated with obstetric violence in women treated at the Obstetrics Service of the Hospital Regional of Cusco, 2019.

Method: It is a prospective transversal analytical study. The sample is made up of all the institutional delivery patients in the Regional Hospital of Cusco, the time will be up to complete the sample size that is 65 patients. The questionnaire proposed by Bowser and Hill will be used. For the analysis of data, the Prevalence Ratio (PR), the Chi square test (X²) and the 95% confidence interval will be used, using the statistical program SPSSv20.0.

Results: The predominant types of violence are noncompliance with professional standards 83.6%, poor personal-patient-health relationship 74.6% and verbal violence 62.7%. The technical personnel in nursing (RP 5.19 IC95% [2.08-19,33] p=0.01) constitutes a risk factor in relation to physical violence.

Conclusions: All the patients surveyed report that they suffered obstetric violence during childbirth in at least one category. The type most associated was noncompliance with professional standards: mainly in relation to physical examinations and medical procedures. The health personnel associated with obstetric violence is nursing technician.

Keywords: Obstetric violence, abuse during childbirth, lack of respect in childbirth.(MESH)

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

La violencia obstétrica, viene a ser toda conducta u omisión, que intimida, coacta a la mujer durante el parto, que afecta negativamente el estado físico y psicológico de la gestante, expresada en un trato deshumanizado por el personal de salud ⁽¹⁾, también forma parte de violencia la falta de recursos humanos en la institución, el entorno de las instalaciones y un sistema de salud deficiente ⁽²⁾. En el análisis de Bowser y Hill, publicaron una revisión donde proponen siete grupos de diferentes formas de malos tratos: el abuso físico, atención no digna (incluye abuso verbal), atención sin consentimiento informado, atención no confidencial, discriminación basada en características particulares de las mujeres, abandono durante la atención y detención en centros de salud ⁽³⁾.

La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género, con una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Así mismo sigue siendo un importante problema de salud a nivel mundial y una creciente literatura sugiere que el maltrato a las mujeres en los establecimientos de salud debe abordarse con el fin de mejorar la satisfacción con la atención recibida, mayor confianza hacia el personal de salud y nosocomio, deseos de tener partos vaginales en un futuro embarazo, así mismo aumentar la cobertura de las gestantes y enriquecer la calidad de atención con un trato digno y respetuoso ⁽⁴⁾, sin discriminación por sus caracteres sociales.

La Organización Mundial de la Salud el 2014 declaró que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo, parto, así mismo, el derecho a no sufrir violencia ni discriminación, también pidió una mayor investigación, promoción y dialogo, con el fin de garantizar una atención segura, oportuna, respetuosa durante el parto para todas las mujeres; reconociendo que la violencia obstétrica es una cuestión de Derechos Humanos ⁽⁵⁾. Es notable destacar que países latinoamericanos como México, Venezuela, Ecuador, Brasil, Chile y Argentina trabajaron a partir de modelos de gestión intercultural del parto, así mismo pudieron certificar la prevalencia de violencia obstétrica que les permitió, regularla dentro de un marco jurídico ^(6, 7).

En nuestro país, según la Encuesta Demografía y de Salud Familiar 2017, señala que el parto institucional fue del 93% de los cuales, el área urbana fue del 97% y rural 79%. Y la proporción de nacimientos por cesárea fue de 34,2% ⁽⁸⁾. Demostrando mayor afluencia de gestantes a los nosocomios.

En nueve ciudades del Perú, se demuestra que la prevalencia de violencia obstétrica por lo menos en una categoría fue del 97,4% habían experimentado al menos una categoría de falta de respeto ⁽⁹⁾. En Arequipa se encontró que el 98,4% de las puérperas sufrieron violencia obstétrica, donde estratificaron el grado de violencia, mostrándose de la siguiente manera, en un grado alto 4,6%, mediano 57,2% y bajo con 36,6% respectivamente ⁽¹⁰⁾.

En el año 2015 demuestran que 53,3% de usuarias califica la atención recibida en el servicio de emergencia de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Cusco como regular destacando que el 31,7% de las usuarias sintió falta de privacidad, solo el 51,5% de las pacientes refiere que el personal de salud explica los procedimientos realizados y el 15,4% de ellas refiere que le explicaron las razones de internamiento, en relación al tiempo de atención el 55,9% refiere que esperó un buen tiempo ⁽¹¹⁾. Este trabajo de investigación toma como variables en común la falta de privacidad, falta de consentimiento informado y espera prolongada; siendo éstas, una parte de violencia obstétrica. El Hospital Regional del Cusco es uno de los principales nosocomios públicos de la ciudad y con mayor acogida que ofrece atención de parto institucional a una población con diversidad cultural que en promedio cuenta con 290 pacientes atendidas mensualmente en el servicio de obstetricia ⁽¹²⁾, por lo que se plantea la necesidad de estudiar los factores asociados a violencia obstétrica en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco.

1.2 Antecedentes del estudio

1.2.1 Antecedentes internacionales

Sharma G, Penn-Kekana L, Halder K y cols (Uttar Pradesh-India, 2019), en su investigación “An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study”, cuyo objetivo fue investigar la naturaleza y el contexto del maltrato durante el parto en el sector público y privado. Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal. El resultado muestra que todas las mujeres sufrieron al menos un indicador de maltrato, donde el 92% no pudo dar a luz en la posición que prefiere, el 80% refiere que no firmaron ningún consentimiento informado para la exploración manual del útero tanto en el sector público como privado, así mismo, demuestran que el sector público faltó en el derecho de la privacidad ($p<0,001$), falta de consentimiento informado ($p=0,01$) y por violencia física ($p=0,04$). Mientras que en el sector privado no les permitieron compañero de apoyo durante el parto ($p=0,02$) y les realizaron afeitado perineal ($p<0,001$). El estudio concluye que existe maltrato tanto en el sector privado como en el sector público, aunque con predominio de diferentes categorías, por lo que sugieren brindar recomendaciones para mejorar la atención ⁽¹³⁾.

Hameed W y cols, (Islamabad-Pakistán 2018), en su estudio “Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia y los tipos de maltrato entre las mujeres que dan parto en establecimientos y hogares. Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal. El resultado muestra que el 97,35% de las mujeres reporta haber experimentado al menos una conducta irrespetuosa y abusiva como la atención no consentida en un 81%, en relación al derecho a la información el 72% de las mujeres reporta que no se les informó, el 35% manifiesta abuso verbal, percibe el 32% abandono durante la atención del parto, un 15% refiere atención discriminatoria y el abuso físico sufrió el 15% de las usuarias. La experiencia de maltrato fue menor entre las mujeres que estaban desempleadas (RP=1,17 IC del 95% [1,81-0,53]) y fue mayor entre las mujeres con menos poder (RP=0,11 IC del 95% [0,06-0,16]). Las mujeres que recibieron atención por personal médico fue menor el maltrato (RP= 0,80 IC del 95% [0,08-1,53]) y aquellas que fueron atendidas por la partera en sus hogares el maltrato fue mayor (RP=1,11 IC del 95% [0,30-1,92]). El estudio concluye que existe maltrato independiente del lugar de atención, siendo de importancia aumentar la conciencia y derecho a la atención digna ⁽¹⁴⁾.

Abuya T, Sripad P, Rietter J y cols, (Nairobi-Kenia,2018), en su estudio “Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments”, cuyo objetivo fue determinar la medición del maltrato y la calidad de atención. Se realizó un estudio de tipo analítico transversal. El resultado muestra que la falta de privacidad prevalece en un 67%, ausencia de consentimiento informado 59% y abuso verbal 18%. Las mujeres con mayor paridad eran más propensas a ser abusadas verbalmente (OR=1,69 IC 95% [1,03-2,77]). Falta de privacidad prevalece en un 65%, la ausencia de privacidad y practica antigénica muestra (OR=0,88 IC 95% [0,78-0,99]). Las instalaciones mejor equipadas y prácticas antihigiénicas (OR=0,87 IC 95% [0,78-0,97]). El estudio concluye que existe variabilidad en la prevalencia y los factores predictivos de maltrato, sugiere mejorar el entorno y la calidad de atención por parte del personal de salud ⁽¹⁵⁾.

Diamond N, Sudhinaraset M, Murthy N, (Lucknow-India, 2015), en su investigación “The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de maltrato a las mujeres durante el parto, reportar cuantitativamente el maltrato que reciben, y demostrar como el apoyo de sus familiares influye en el desempeño del parto, mayo 2015. Se trata de un estudio transversal. Respecto al resultado el maltrato fue mayor en relaciona a la falta de apoyo por el

personal de salud para saber cómo se encuentra su hijo (OR=2,12 p<0,01), en relación al nivel de instrucción y falta de apoyo por parte del personal de salud (OR=0,19 p=0,01), según la calidad de atención y falta de apoyo (OR=1,2 p=0,01). Con respecto a la relación de falta de apoyo durante el parto y el maltrato, (OR=0,90 p<0,01), se observa que entre la edad y falta de apoyo por parte del personal de salud (OR=0,19 p<0,01). El estudio demuestra que el apoyo es fundamental para el parto, mejorando la experiencia de la mujer y consecuentemente disminuye el maltrato ⁽¹⁶⁾.

Kujawski S, Mbaruku G, Freedman L y cols, (Dar es Salaam-Tanzania, 2015), en su estudio, "Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania", cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la falta de respeto durante el parto y grado de satisfacción, calidad de atención percibida por la usuaria y la intención de regresar al mismo establecimiento de salud. Se realizó un estudio de tipo analítico transversal. El resultado demuestra que la falta de respeto durante el parto se asocia a menor satisfacción (OR 0,26 IC 95% [0,19-0,36]) y una probabilidad reducida de calificar la calidad de atención percibida como excelente o muy buena (OR 0,55 IC 95% [0,35-0,85]). Las mujeres que experimentaron violencia obstétrica y con posibilidad de tener más hijos con respecto a la misma institución (OR 0,51 IC95% [0,32-0,82]). El estudio concluye que existe trato abusivo e irrespetuoso durante el parto siendo este un factor importante para reducir la confianza de las mujeres en los centros de salud, paralelamente mejorar la atención e interrelación medico paciente para así la salud materna sea integral ⁽¹⁷⁾.

Abuya T, Warren Ch, Miller N y cols (Nairobi-Kenia, 2014), en su investigación "Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya", cuyo objetivo fue medir la prevalencia y definir los tipos de falta de respeto. Se realizó un estudio de tipo analítico transversal. El resultado muestra que el 20% de las mujeres fue víctima de algún tipo de maltrato. La violencia incluye atención no confidencial 8,5%, atención no digna 18%, negligencia o abandono 14%, atención no consensual 4,3% y abuso físico con un 4,2% de prevalencia. Las mujeres entre 20 y 29 años de edad eran menos propensas a experimentar falta de confidencialidad en comparación con las mujeres menores de 19 años (OR=0,6 p=0,017 IC 95% [0,36-0,90]), las mujeres multiparas fueron tres veces más víctimas de sufrir cobros extras en comparación con las primíparas (OR=3,5 IC 95% [2,2-5,9]). Menos propensas a ser chantajeadas si estaban casadas [OR=0,15 IC 95% (0,07-0,34)]. El estudio concluye que prevalece seis tipos de maltrato durante el parto, siendo las mujeres jóvenes más vulnerables; considerando como un tema crítico que requiere intervención ⁽¹⁸⁾.

Asefa A, y Bekele D. (Adís Abeba-Etiopia, 2013), en su trabajo sobre “Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia”, cuyo objetivo fue determinar cuantitativamente el nivel de falta de respeto y tipo de abuso en las mujeres durante el parto en los Centros de Salud y Hospital, así como también tener un informe sobre las experiencias subjetivas de falta de respeto y abuso. Se realizó un estudio de carácter descriptivo. El resultado de la prevalencia general de falta de respeto y abuso durante el parto fue, por lo tanto, 78,6% (75,3% en los centros de salud y 81,8% en el hospital; $p = 0,295$). Se muestra que el 94,8% de las mujeres no recibió información (100% en el hospital y 89,4% en los centros de salud; $p = 0,002$), el 32,9% de las encuestadas sufrió maltrato físico (27,1% en los Centros de Salud y 38,6% en el Hospital; $p = 0,105$), de manera similar, el 39,3% de los casos informó que las madres no habían recibido apoyo durante trabajo de parto (14,1% en los Centros de Salud y 63,6% en el Hospital; $p < 0,0001$). El estudio concluye que hay evidencia de un alto nivel de falta de respeto y abuso durante el parto, tanto en los Centros de Salud como en el Hospital no evidenciándose diferencia significativa ⁽¹⁹⁾.

Valdez R, Hidalgo E, Mojarro M, (Cuernavaca-México, 2013), en su estudio sobre “Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto”, cuyo objetivo fue determinar los tipos de abuso ejercido por el personal de salud durante la atención del parto. Se realizó un estudio de tipo descriptivo. El resultado muestra que el 29% de las mujeres habían sentido maltrato en general, no se encontraron diferencias significativas en ambos hospitales (Hospital de General de Tetecala 29,4% y Hospital de General José G. Parres de Cuernavaca 28,5% $p=0,815$). El estudio concluye que existe violencia obstétrica en ambos hospitales, por lo tanto, sugieren que el personal de salud debe atender a las mujeres con calidad y calidez, así mismo aportar elementos para el desarrollo de una cultura con respeto ⁽¹⁹⁾.

Pereira C, Domínguez A, Toro J, (Caracas-Venezuela, 2012), en su trabajo “Violencia obstétrica desde la perspectiva del paciente”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos del Hospital General Oeste José Gregorio Hernández, de Caracas durante el periodo entre junio y octubre de 2012. Se realizó un estudio de tipo descriptivo prospectivo. El resultado muestra la prevalencia de violencia obstétrica en 26,3%, la paciente no recibió información adecuada (34,4%), no se solicitó consentimiento informado por procedimientos médicos realizados (65,6%). El estudio concluye que efectivamente existe maltrato durante el parto, por ellos se hizo recomendaciones al personal de salud, así mejoren sus actitudes y aplicar medidas correctivas ⁽²⁰⁾.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Montesinos R, Urrunaga D, Mendoza G y cols (Perú-2017), en su estudio “Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Perú”, tuvo como objetivo evaluar la prevalencia y factores asociados a falta de respeto y abuso durante el parto. Se realizó un estudio transversal observacional. Muestra en sus resultados que el 94,7% de mujeres habían experimentado al menos una categoría de falta de respeto. Aumentó el abandono de atención con el parto por cesárea (PR 1,27 [1,03-1,57]), la discriminación se evidenció más en la selva (PR 5,6 [2,32-13,88]), el abuso físico fue menos frecuente en el parto por cesárea que el parto vaginal (PR 0,23 [0,11–0,49]), atención sin consentimiento informado (PR 0,70 [0,57–0,85]), atención no confidencial (PR 0,71 [0,55–0,93]). El estudio concluye que la mayoría de los participantes reportó maltrato durante el parto, no habiendo diferencias en la prevalencia global a través de hospitales y regiones geográficas⁽⁹⁾.

Cerpa D. y Velasquez M. (Arequipa-Perú, 2015), en su trabajo de tesis “Violencia obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de gineco-obstetricia Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza”, cuyo objetivo fue determinar si existe violencia obstétrica, el grado en el que se presenta y especificar el personal quien comete el maltrato durante el parto. Se realizó un estudio trasversal descriptivo. El resultado muestra que el 98,4% sufrieron de violencia obstétrica en un grado alto (4,6%), en un grado medio (57,2%) y un grado bajo con (36,6%), en relación a la violencia física (30,4%), violencia psicológica (4,2%), pacientes menores de 20 años (38,9%) y primíparas (73,2%). Estudio concluye que existe violencia obstétrica, sienten una llamada de atención para mejorar la cultura de respeto de los derechos humanos⁽¹⁰⁾.

Barra M, Huamán D, (Cusco-Perú, 2015), es su trabajo de tesis “Calidad de atención desde la dimensión humana en el servicio de emergencia de Gineco obstetricia, Hospital Regional del Cusco 2015” que tuvo como objetivo determinar la calidad de atención desde la dimensión humana en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Regional del Cusco 2015. Para ellos se llevó a cabo el estudio descriptivo. El resultado muestra que el 65,4% de usuarias califican la atención recibida como regular, atención buena (27,2%) y atención mala (7,4%). El estudio concluye que las usuarias han reconocido aspectos negativos, la falta de explicación sobre sus dudas, espera prolongada y confidencialidad por parte del personal de salud como aspectos que más aqueja⁽¹¹⁾.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?

1.3.2 Problema específico

1. ¿Qué tipos de violencia obstétrica durante el parto prevalecen en las mujeres atendidas en el Servicio y Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?
2. ¿Qué factores maternos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?
3. ¿Qué factores sociodemográficos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?
4. ¿Qué factores del personal de salud están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?

1.4 Objetivo de investigación

1.4.1 Objetivos generales

Determinar los factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio y Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar qué tipos de violencia obstétrica durante el parto prevalecen en las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.
2. Determinar si los factores maternos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.
3. Determinar si los factores sociodemográficos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.
4. Determinar si los factores del personal de salud están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

1.5 Justificación

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública en nuestro país; más de la mitad de las mujeres en el Perú ha sido víctima de algún tipo de violencia manifestándose en diversos aspectos tanto a nivel familiar, sexual, hasta de manera pública ya sea en el trabajo, en la calle o en las instituciones de salud.

Nosotros vivimos en una sociedad machista con dominio patriarcal convirtiéndose en un aspecto clave para que ellas opten una posición subordinada en diferentes ámbitos sociales. Este “dominio” mal llamado, ocurre en los hospitales donde el personal de salud asume el control sobre la mujer gestante con variopinto cultural característico de nuestra región.

En los últimos años, el maltrato que sufre la mujer durante el parto es reconocido como violencia obstétrica, llamando crecientemente la atención de diversos sectores de la sociedad, a nivel nacional e internacional. El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, documentó diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud de nuestro país, así como la esterilización forzada hace más de 20 años.

Es conveniente estudiar sobre violencia obstétrica para conocer la realidad desde el punto de vista de la mujer gestante que acude al Hospital Regional del Cusco ya que es uno de los nosocomios principales de la ciudad, con bastante afluencia de pacientes y cada una de ellas con marcadas diferencias socioeconómicas, de cultura y procedencia, que podría establecer un escenario de vulnerabilidad llegando a ser víctimas de una atención no digna.

Posee relevancia social al ser un problema de salud pública, que requiere programas que promuevan una atención digna, así mismo leyes y normativas. Siendo las más beneficiadas las mujeres cusqueñas.

Este trabajo de investigación proporcionará información de los posibles factores como las del personal de salud, maternos y sociodemográficos que se asocian a violencia obstétrica en el Hospital Regional del Cusco.

1.6 Limitaciones de la investigación

La limitación del trabajo de investigación estará relacionada con la predisposición, veracidad y participación activa de las puérperas del segundo día, del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, para responder las preguntas de la encuesta.

1.7 Aspectos éticos

El estudio se realizó considerando los principios éticos conforme al mandato de la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki adoptada por la 64^a Asamblea General realizada en Brasil, octubre del 2013, que consiste en promover y velar por la salud, bienestar y derechos del paciente, se respetó los principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, así mismo considerando la autorización del Hospital Regional del Cusco, del Comité de Ética y del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Para ejecutar la investigación, se tuvo el consentimiento informado, respetando la opinión de las puérperas manteniéndolas en el anonimato, garantizando de este modo la confidencialidad de los datos recolectados. Las aspiraciones máximas son el respeto a la dignidad, autonomía y la libertad, asegurando en todo momento el bienestar de la participante, así mismo no se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Marco Teórico

Violencia

La violencia en general es un problema complejo de escala mundial, definida como una acción ejercida por una o varias personas, donde se comete de manera intencional el maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad física, psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas ⁽²¹⁾. La violencia medra cuando no existe democracia y respeto por los derechos humanos. Por lo tanto, es un problema social que involucra la salud de comunidades enteras ⁽²²⁾. Existe un sin fin de tipos de violencia, dentro ella resalta la violencia de género y mucho más inmersa la violencia obstétrica.

Violencia de género

La violencia de género fue definida en 1993, dentro de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, cuyo artículo N°1 la define como:

“Todo acto de violencia hacia el sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico así mismo, incluye las amenazas y la privación arbitraria de la libertad” ⁽²³⁾.

Las mujeres que sufren violencia de género, se ven abocadas a un sentimiento de culpa, y con ello, a una victimización. En nuestra sociedad donde los valores patriarcales predominan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para que ellas opten una posición subordinada. Debido a la directa relación entre la especialidad médica-obstétrica y la sexualidad-reproductiva de la mujer. Los ginecólogos y obstetrices pueden convertirse en agentes con gran poder para ejercer control y vulnerar sus derechos de las pacientes.

Hoy por hoy, el parto y la maternidad han sido vistos como la tarea principal de las mujeres. En contraposición el disfrute de su sexualidad es en mayor o menor medida, un tabú, motivo de marginación y control social hacia las mujeres en casi todo el mundo. En este contexto la visión tradicional de las mujeres como personas destinadas a ser madres y a sacrificarse por ello también la idea de que el placer sexual de las mujeres

tiene que pagar un precio, por ejemplo: un parto doloroso, mantiene prácticas y actitudes que impactan negativamente en la salud de las mujeres. Frases pronunciadas por personal de salud: “Te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo”. Por esa razón, las mujeres se ven fragmentadas, y pasan de “estar” enfermas a “ser” enfermas; de manera que sufren casi siempre una revictimización, que consiste en el padecimiento de otro tipo de maltratos por parte de las instituciones de la salud, judiciales, entre otras ⁽²⁴⁾. Así, tendrán que pasar por largas esperas, papeleos, interrogatorios vejatorios e incluso mala atención psicológica y médica, lo que muchas veces hace que se arrepientan de haber iniciado la denuncia. Este temor a la revictimización influye mucho en la decisión de denunciar por parte de las víctimas, sintiéndose más vulnerables y expuestas si finalmente denuncian ⁽²⁵⁾.

Violencia obstétrica

Violencia obstétrica también es denominada, falta de respeto y abuso durante el parto, también como un cuidado deshumanizado ^(1, 2, 3), pues existe una definición inexacta sobre violencia obstétrica, ya que estos últimos años se pone en evidencia tal problemática ⁽²⁾. Entonces la Organización Mundial de la Salud alerta y describe que la atención materna y neonatal debe ser de buena calidad, segura, eficaz, oportuna, eficiente y equitativa. El respeto, la dignidad y el apoyo emocional han sido identificados como componentes esenciales de atención de buena calidad, sin embargo, estos factores son a menudo pasados por alto o están ignorados en la práctica ⁽³⁾.

La conceptualización de violencia obstétrica debe ser integral viendo las dimensiones de salud, derechos humanos y socio-culturales del maltrato, así como también se deba considerar el dónde, cómo y por qué ocurre el maltrato ⁽¹³⁾.

Desde 1960 existe movimientos públicos para tener un parto respetado y respetar los derechos de las mujeres y la salud reproductiva, es así que a fines de la década de los 80 en México se inició un estudio observacional durante 25 años sobre la labor en salas de parto en los hospitales públicos; es así que alarmó la experiencia vivida para tomar medidas gubernamentales, afirmando que es un tipo de violencia basada en el género y una falta a los derechos humanos en 1985 la Organización Mundial de la Salud destaca el derecho a la información y la desmedicalización del parto ⁽²⁶⁾.

El concepto de violencia obstétrica surgió en los años 2000 en América Latina y España como una extensión de la lucha activista por humanizar el parto y el respeto de mujeres y niñas durante el embarazo, preparto, parto y el puerperio ⁽²⁷⁾. Se ha empezado a usar el concepto de “violencia obstétrica” como una forma de denunciar, no sólo protocolos

hospitalarios que incumplen algunas de las recomendaciones de salud vigentes, sino también la violencia que hay implícita en muchas de estas actuaciones.

En Latinoamérica: Venezuela, Argentina y México, crearon su legislación para arremeter contra la violencia obstétrica ^(1, 28), teniéndose así los siguientes parámetros:

Venezuela fue una de las primeras jurisdicciones en crear un derecho legal, mediante un decreto da a conocer la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, reconoce al maltrato durante el parto como un tipo de violencia. Dentro de la ley decretada hace referencia a la violencia obstétrica definiéndola así:

Artículo N°15. Violencia obstétrica: “Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, 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” ^(1, 28, 29).

Para el año 2009 Argentina promulgó la Ley Nacional: “Ley de parto humanizado” y “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” ⁽³⁰⁾ definiendo a violencia obstétrica como:

Artículo N°6. “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, 31).

Años posteriores en México el 30 de abril del 2014, el Senado de la República aprobó dictámenes que modifican la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia; en donde definen que la violencia obstétrica es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio ⁽³⁰⁾.

Estados unidos, en la declaración DiGiorgi, por su parte también contribuye en la definición de violencia obstétrica como, una violación de los derechos humanos de la mujer, caracterizada como la privación de libertad a la elección y seguridad de la paciente, existe actos de discriminación, tratos crueles, inhumanos y degradantes ⁽¹⁾.

La violencia obstétrica forma parte de la violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de violencia de género y como una falta al derecho de la salud ⁽²⁹⁾.

Para el año 2010, Bowser y Hill, definieron siete categorías principales de falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en relación a los derechos humanos correspondientes: abuso físico, atención sin consentimiento, falta de confidencialidad durante la atención, atención no digna (incluido maltrato verbal, discriminación basada en atributos específicos, abandono o negación de atención, detención en centros de salud ⁽³⁾.

Los organismos internacionales de derechos humanos han ejercitado un papel fundamental en la codificación, el establecimiento de normas y seguimiento de las violaciones de los derechos humanos en el contexto de salud, los derechos sexuales y reproductivos ⁽³²⁾. Teniendo como punto de partida Bowser y Hill, seguidamente realizaron una revisión sistemática de varios informes de diferentes organizaciones Consejo de Derechos Humanos, la Biblioteca de Derechos Humanos de la Universidad de Minnesota, Revisión Periódica Universal, Comité contra la Tortura, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Comité de los Derechos del Niño y, Comité de Derechos Humanos ⁽³³⁾.

En base a esta verificación detallada podemos decir que la violencia obstétrica es toda conducta u omisión que intimida, coacta a la mujer durante el parto, afectando negativamente el estado físico y psicológico de la gestante, expresada en un trato deshumanizado por el sistema de salud tanto público y privado ^(1, 3). Identificándose varias formas de maltrato que las mujeres experimentan durante el parto: abuso físico, sexual y verbal; estigma y discriminación; atención que no cumple con los estándares profesionales y mala relación con el personal de salud. La revisión también identificó los factores del sistema de salud que contribuyen a estas ocurrencias y propuso esta tipología en relación a los derechos humanos ^(3, 33), ya que compromete la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

Tipología de violencia obstétrica durante el parto.

1. Violencia verbal:

Es una forma de agresión que muchas veces pasa desapercibida y está conformado por el uso del lenguaje duro, amenazas y culpa a la paciente durante el parto:

Se entiende por lenguaje duro cuando:

- Gritos: levantar la voz más de lo acostumbrado ⁽³⁴⁾.
- Regaños: decir algo con disgusto o repugnancia ⁽³⁵⁾.
- Burlas: acción con que se procura poner en ridículo a alguien ⁽³⁶⁾.

- Sobrenombre: nombre calificativo con que se distingue especialmente a una persona ⁽³⁷⁾.

Amenaza: dar a entender con actos o palabras que se quiere hacer algún mal a alguien ⁽³⁸⁾. Durante el parto se utiliza términos como, por ejemplo: deja de gritar volverás sordo a tu bebe, puja bien sino iras a cesárea, sigue pujando sino su cabeza de tu bebe saldrá mal, etc.

Culpar: imputación a alguien de una determinada acción como consecuencia de su conducta ⁽³⁹⁾. Durante el parto se utiliza términos como: la cabeza de tu bebe esta deforme porque no pujaste bien, etc.

Algunos testimonios son ^(40,41):

- “¡Si te gusto hacerlo ahora, ahora aguántate!”
- “¡Abre las piernas como abriste esa vez!”
- “¡Debes bañarte antes de venir, apestas!”
- “¡Porque no te bañas, tu bebe se va a infectar!”
- “¡No grites, tu bebe nacerá sordo”
- “¡No te fajes después del parto, tu sangre se retendrá!”
- “¡Tan mocosa y ya con hijo!”
- “¡Tan vieja, se va morir tu bebe!”
- “¡Tantos hijos tienes, deberías ligarte!”
- “¡Colabora señora, sino tu bebe se morirá!”

2. Violencia física:

Es el uso de la fuerza extrema ya sea con la mano o un instrumento ⁽³⁾. Se manifiesta por:

Uso de la fuerza siendo acciones ofensivas como:

- Golpe: acción de dar con violencia un cuerpo contra otro ⁽⁴²⁾.
- Bofetada: golpe que se da en el carrillo con la mano abierta ⁽⁴³⁾.
- Pellizcar: asir con el dedo pulgar y cualquiera de los otros una pequeña porción de piel y carne, apretándola de suerte que cause dolor ⁽⁴⁴⁾.

Restricción física: técnicas que coartan la libertad de movimientos ⁽⁴⁵⁾.

Sujetar las extremidades: contener alguna extremidad superior o inferior con fuerza para que no se mueva o caiga ⁽⁴⁶⁾.

Algunos testimonios son ⁽⁴⁷⁾:

“Las mujeres también informaron haber sido pellizcadas, particularmente en los muslos. Algunas mujeres fueron restringidas físicamente durante el trabajo de parto con sujetadores de cama”.

- × Los actos descritos perjudican o anulan derechos fundamentales de la mujer como ⁽³³⁾:
 - Derecho a estar libre de violencia.
 - Derecho a no ser sometido a torturas ni a otros malos tratos.
 - Derecho a la no discriminación.
 - Derecho a la salud.
 - Derecho a la privacidad (incluida la integridad física y mental).
 - Derecho a estar libre de prácticas que perjudiquen a mujeres y niñas.
 - Derecho de información.
 - Derecho a decidir el número, espaciado y tiempo de los niños.

3. Incumplimiento con los estándares profesionales de atención.

El personal de salud no cumple con los estándares profesionales de atención destinados a atender las necesidades básicas de las mujeres durante el parto ⁽⁴⁷⁾.

Falta de consentimiento informado y confidencialidad.

Consentimiento informado: es un modelo de una virtuosa relación entre los profesionales de salud y los pacientes. Definiéndose como la aceptación autónoma de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles, por un paciente que decide en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el médico le ha informado y el paciente ha comprendido la naturaleza de la enfermedad, de la intervención, con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles, también con sus riesgos y beneficios respectivos ⁽⁴⁸⁾.

Algunas manifestaciones fueron:

“Las mujeres se quejaron que no le explicaron ni dieron su consentimiento para procedimientos como la cesárea, episiotomía, la presencia de estudiantes de durante el parto ^(33,47)”.

La confidencialidad: se define como un tipo de privacidad informativa y tiene lugar en la asistencia de la salud cuando una información es revelada al profesional en el contexto de la relación clínica y éste, al tomar conciencia de ella, se compromete en la no divulgación a terceros sin la autorización del informante ⁽⁴⁹⁾.

Este deber de confidencialidad médica es importante en la atención médica durante el parto porque muchas mujeres son vulnerables a daños personales o discriminación. El temor a la divulgación de información privada, como el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tuberculosis, hepatitis y demás ^(33,47).

Conducta inapropiada de exámenes físicos y procedimientos médicos.

El trabajo de parto se caracteriza por contracciones dolorosas que ocurren con frecuencia e intensidad regulares causando dilatación del cuello uterino; para evaluar el progreso del trabajo de parto se realiza:

Examen vaginal: es un procedimiento esencial y común que se realiza a nivel mundial. El origen del examen vaginal es incierto, documentos históricos sugieren que fue practicada en forma rutinaria en el siglo XIX. El propósito del examen obstétrico vaginal es primariamente determinar la dilatación del cérvix para evaluar el progreso del trabajo de parto, además provee información sobre la amplitud y elasticidad del periné, de la vulva y la vagina, la situación, el grado de reblandecimiento, borramiento y dilatación del cuello cervical, los caracteres de la presentación del feto (actitud, variedad, posición y altura), existencia y característica de las membranas, características de la pelvis y del arco púbico, así como signos de desproporción pélvico-fetal y presencia de meconio o sangre ⁽⁵⁰⁾.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a los tactos vaginales ⁽⁵¹⁾ y la Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva ⁽⁵²⁾, indica que se debe realizar tacto vaginal solo si es necesario, es decir, al ingreso de la paciente, cuando de queja de mucho dolor y cuando desea pujar la gestante ^(51, 52, 53), este examen debe ser realizado por la misma persona, en condiciones de asepsia. Igualmente afirman que, si se reduce el número de tactos vaginales innecesarios, se reducen las posibilidades de contraer una posible infección ⁽⁵⁴⁾. Entonces como acto de violencia obstétrica, destaca los tactos vaginales repetitivos, innecesarios y dolorosos, cuando no son autorizados e injustificado ⁽⁵⁵⁾.

Procedimientos médicos

Maniobra de Kristeller: esta maniobra durante la segunda fase del trabajo de parto con el objetivo de potenciar las contracciones uterinas, por ende, acortar el periodo expulsivo, Samuel Kristeller, un ginecólogo alemán de ascendencia polaca, describió este procedimiento en un artículo publicado el 11 de febrero de 1867 en la sexta edición de la revista Berliner Klinische Wochenschrift. Sin embargo, el uso de esta maniobra data desde muchos años atrás. La Organización Mundial de la Salud no se ha

pronunciado en favor ni en contra de la realización de la maniobra Kristeller, solo recomiendan no realizarla hasta que nuevos estudios certifiquen su inocuidad y eficacia ⁽⁵⁶⁾. Es más, la literatura reporta consecuencias físicas como desgarros perineales, anales, ruptura uterina e incluso hemorragias post parto, traumas emocionales y violación de derechos y principios bioéticos se evidencian ⁽⁵⁷⁾.

Episiotomía: es una incisión quirúrgica del periné y como cualquier técnica de este tipo, requiere consentimiento informado, que se respeten las reglas de asepsia para limitar los riesgos de infección. La persona que la realice debe llevar mascarilla y guantes estériles, tras efectuarse un lavado quirúrgico de las manos. El periné debe lavarse de forma cuidadosa con agua estéril antes de embadurnarlo ampliamente con una solución antiséptica. Se recomienda utilizar un método anestésico local con lidocaína al 1% sin adrenalina, en el trayecto de la episiotomía ⁽⁵⁸⁾. La técnica de reparación o sutura debe ser sin dolor, esta denominada como episiorrafia. La episiotomía no se justifica como procedimiento de rutina, se debe considerar necesaria solo en casos de parto vaginal complicado, cicatrices genitales, y sufrimiento fetal ⁽⁵⁹⁾.

Cesárea: es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal en los últimos años este procedimiento quirúrgico ha ido aumentando a nivel mundial ⁽⁶⁰⁾. La proporción de cesáreas sobre el total de partos es un indicador de la calidad de la atención materna perinatal en el Perú según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar fue de 34,2% registro del 2017 ⁽⁷⁾. La Organización Mundial de la Salud en su documento Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento. Declaración de Fortaleza redactada en 1985, subraya que, no existe justificación para una tasa de cesárea superior a un 10-15 % y que, se debe favorecer el nacimiento por vía vaginal en pacientes con cesárea previa ⁽⁶⁰⁾. Esto resulta excesivo, siendo un indicador claro de la “patologización” de los partos en Perú y de que las decisiones de las mujeres sobre la realización de las cesáreas, muchas veces se encuentran inducidas las obstetras y/o médicos. Entre los diferentes motivos que pueden incentivar la realización de una cesárea se encuentra: la comodidad de la programación de los partos, los cobros adicionales por la realización de la intervención quirúrgica y el tiempo de hospitalización, entre otros ⁽⁶¹⁾.

Abandono de la paciente: la acción de abandonar es definida como dejar solo algo o a alguien dejándolo sin cuidarlo ⁽⁶²⁾. Las mujeres manifiestan que tuvieron que esperar largas horas para su atención, mientras eso ellas reportan sentirse solas, ignoradas y abandonadas. Cuando solicitaban atención a los trabajadores de la salud, ellas sentían

que era una molestia o carga ⁽⁴⁷⁾, también se registra ayuno prolongado, abandono durante los dolores, durante la monitorización de su bebe.

El Comité sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en el contexto de salud de la mujer en general, ha pedido a los gobiernos que supervisen la calidad de los servicios en salud; se aseguren de que cumplan los estándares profesionales de atención. El consentimiento plenamente informado, respeta su dignidad, le garantiza la confidencialidad y la atención oportuna ⁽³³⁾.

× Los actos descritos perjudican o anulan derechos fundamentales de la mujer como ⁽³³⁾:

- Derecho a la privacidad.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la no discriminación.
- Derecho a estar libre de violencia.
- Derecho de información.
- Derecho a decidir el número, espaciado y tiempo de los niños.
- Derecho a no ser sometido a torturas ni a otros malos tratos.

4. Mala interacción personal de salud-paciente: se caracteriza por:

Comunicación ineficaz: es un proceso mediante el cual se puede transmitir información. El médico debe establecer empatía con el paciente ello le permitirá recabar más fácilmente la información necesaria para determinar el diagnóstico y para proponerle alternativas en su tratamiento ⁽⁶⁴⁾.

Falta de apoyo en la atención: la falta de apoyo durante el trabajo de parto puede incluir apoyo emocional, medidas de alivio, información y compañía por sus familiares. El apoyo continuo en el trabajo de parto aumentó la probabilidad de un parto vaginal espontáneo, no identificó efectos adversos y produjo resultados de mayor satisfacción en las mujeres ⁽⁶⁵⁾. Las mujeres suelen declarar no ser respetado, apoyado o cuidado por los trabajadores de la salud durante el parto en el centro ⁽³³⁾.

Pérdida de autonomía: autonomía es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas ⁽⁶⁶⁾. Siendo un componente crítico de los derechos humanos de la salud reproductiva ⁽³³⁾. Durante el parto se considera el respeto en relación al tipo de parto de preferencia de la mujer, respetar la decisión de consumir alimentos antes del parto vaginal.

5. Condición y limitación del sistema de salud

La limitación del sistema de salud puede contribuir directa o indirecta a la vivencia de las pacientes ^(33, 67). Parte de las limitantes durante el parto es no contar con un acompañante de confianza durante el parto sabiendo que el Ministerio de Salud de Perú, contempla y promueve la participación de un compañero elegido por la mujer embarazada durante su trabajo ⁽⁵²⁾. Limitación en infraestructura, persianas, exceso de personal irrumpe contra la falta de privacidad.

6. Discriminación

La discriminación se expresa de diferentes formas y está presente en toda la sociedad. Muchas veces se trata de situaciones sutiles que por lo mismo pasan inadvertidas, lo que no significa que sean menos graves ^(68,69)

Factores sociodemográficos

Nivel de instrucción: es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado. el Ministerio de Educación del Perú reconoce la educación inicial, primaria, secundaria, grado superior técnico y superior universitario ⁽⁷⁰⁾. Aquella persona que no sabe leer ni escribir se le cataloga como analfabeta.

Estado civil: se define como la unión de personas de diferente sexo con fin de procreación y vida en común permaneciendo en el tiempo. El Perú reconoce según la Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, los siguientes estados conyugales: soltero, casado, conviviente, divorciado y viudo ⁽⁷¹⁾.

Procedencia: lugar geográfico donde la paciente residió durante los últimos seis meses ⁽⁷²⁾. Se reconoce la población rural como aquellas personas que asientan en pueblos, aldeas o zonas aisladas dedicándose a la agricultura, ganadería y pesca. La población urbana es aquella que se concentra en ciudades como consecuencia del desarrollo industrial ⁽⁷³⁾.

Nivel socioeconómico: para la evaluación del nivel socioeconómico, se utiliza el método Graffar desarrollado en Francia y adaptado a la realidad de Venezuela en 1981 por el Dr. Hernán Méndez Castellano. Consiste en una estratificación de la población a partir de los siguientes criterios:

- Profesión del jefe de familia.
- Nivel de instrucción de la madre.
- Fuente de ingreso o modalidad de ingreso.
- Condiciones de alojamiento.

Este método se basa en que cada variable se define en cinco categorías las cuales toman un valor numérico. El valor obtenido es el que determina la clase que pertenece a la familia respectivamente: estrato alto, estrato medio alto, estrato medio bajo, estrato bajo, estrato pobreza extrema ⁽⁷⁴⁾.

Idioma: lengua de un pueblo o nación. Lengua que una persona aprende en su entorno familiar y mediante la cual se comunica normalmente ⁽⁷⁵⁾. El Perú es un país plurilingüe y el idioma oficial es el castellano, sin embargo, según las regiones predominan ya sea el quechua, aimara, etc. ⁽⁷⁶⁾

Edad: tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento ⁽⁷⁷⁾.

Factores maternos:

Número de hijos: es la cantidad de hijos que tiene la madre. El término hijo se define como persona que resulta de la procreación.

Tipo de parto: forma de culminación de la gestación puede ser vaginal o cesárea. ⁽⁷⁸⁾

- Parto por vía vaginal: es la culminación natural de la segunda fase del parto de un recién nacido sano con traumatismo mínimo por la madre. ⁽⁷⁸⁾
- Parto por cesárea: es el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una histerotomía. ⁽⁷⁸⁾

Personal de salud

Según la Organización Mundial de la Salud, define como todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen la principal función de promover la salud ⁽⁷⁹⁾, quienes lo conforman:

- Médico: persona legalmente que ejerce la medicina que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente ⁽⁸⁰⁾.
- Obstetrix: personal de salud que se encarga legalmente de la atención del embarazo, el parto y el puerperio (incluyendo la atención del recién nacido), además de la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de toda su vida ⁽⁸¹⁾
- Interno de medicina: estudiante de medicina quien cursa el último año de pregrado, siendo el internado parte del plan de estudios llevada a cabo en los diferentes hospitales ⁽⁸²⁾
- Interno de obstetricia: estudiante de obstétrica que cursa su último año llevado a la práctica para culminar su carrera profesional ⁽⁸³⁾

- Técnico en enfermería: personal que está capacitado para colaborar con equipos de salud públicos o privados, aplicando cuidados básicos de enfermería y asistiendo en el tratamiento y rehabilitación de pacientes agudos y crónicos en diferentes etapas de su ciclo vital ⁽⁸⁴⁾

Marco legal en el Perú y violencia obstétrica.

El diario bicentenario oficial “El Peruano”, publicó el día martes 26 de julio de 2016 donde aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género” 2016 – 2021. Mencionando que la violencia obstétrica, comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

El Congreso de la República aprobó la Ley N° 30220, ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar el 06 de noviembre del 2015, fue promulgada el 22 de noviembre del 2015 y publicada en el diario Oficial El Peruano el 23 de noviembre del 2015, entrando en vigencia al día siguiente de su publicación ⁽⁸⁵⁾.

2.2 Definición de términos básicos

Violencia de género.- La violencia de género fue definida en 1993, dentro de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena. “Todo acto de violencia hacia el sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, se incluye a las amenazas y la privación arbitraria de la libertad” ⁽²³⁾.

Violencia obstétrica.- La violencia obstétrica, viene a ser toda conducta u omisión, que intimida, coacta a la gestante durante el parto, parto y puerperio, que afecte negativamente el estado físico y psicológico de la gestante, expresada en un trato deshumanizado por el personal de salud ⁽¹⁾, también forma parte de violencia la falta de recursos humanos y materiales en la institución, el entorno de las instalaciones y un sistema de salud deficiente ^(2,3).

Puerperio. - La palabra puerperio deriva del latín *puer*, niño y *partus*, dar a luz. Se define como el intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez. Se reconoce puerperio inmediato las primeras 24 horas y puerperio mediato más de las 24 horas hasta 6 semanas ⁽⁷⁸⁾.

2.3 Variables

2.3.1 Identificación de variables

Variables implicadas

variable dependiente

- Violencia obstétrica

Tipos de violencia obstétrica	Violencia física	Uso de la Fuerza Restricción física
	Violencia verbal	Lenguaje duro Amenaza Culpa
	Discriminación.	
	Incumplimiento con estándares profesionales de atención.	Falta de consentimiento informado y confidencialidad Exámenes físicos y procedimientos médicos Abandono
	Mala interrelación personal de salud-paciente	Comunicación ineficaz Falta de apoyo en la atención Pérdida de autonomía
	Condiciones y limitaciones	

Fuente: International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth ⁽³³⁾

Variables independientes

- Factores maternos.
 - o Número de hijos
 - o Tipo de parto.
- Factores del personal de salud
 - o Médico.
 - o Obstetrix.
 - o Interna de obstetricia.
 - o Interno de medicina.
 - o Técnico en enfermería.

Variables intervinientes

- Factores sociodemográficos.
 - o Edad materna.
 - o Nivel de instrucción
 - o Estado civil
 - o Lugar de procedencia
 - o Nivel socioeconómico
 - o idioma

2.4 Definiciones operacionales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Variable dependiente									
VIOLENCIA OBSTÉTRICA	viene a ser toda conducta u omisión, que intimida, coacta a la gestante durante el parto, parto y puerperio, que afecte negativamente el estado físico y psicológico de la gestante, expresada en un trato deshumanizado por el personal de salud (1), también forma parte de violencia la falta de recursos humanos y materiales en la institución, el entorno de las instalaciones y un sistema de salud deficiente (2,3).	Cualitativo	Indirecto	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia física • Violencia verbal • Discriminación • Incumplimiento de estándares profesionales • Mala interrelación médico paciente • Limitación del sistema de salud 	Nominal	Encuesta	<p><u>Violencia física</u> Se expresará en términos de: ¿Usaron la fuerza con usted? (Golpeado, palmeado, pellizcado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Sujetaron alguna extremidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p><u>Violencia verbal</u> Se expresará en términos de: ¿Utilizaron un lenguaje duro y grosero con usted? (Gritos, regaños, burlas, sobrenombres)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿La culparon por algún resultado no conveniente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿La amenazaron para que colabore con algún procedimiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p><u>Discriminación</u> Se expresará en términos de: ¿Usted sintió que la discriminaron?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p><u>Incumplimiento de estándares profesionales</u> Se expresará en términos de: • ¿Usted autorizó y le explicaron previamente el procedimiento médico y/o quirúrgico que el realizaron?</p>	11	La violencia obstétrica, viene a ser toda conducta u omisión, que intimida, coacta a la gestante durante el parto, parto y puerperio, que afecte negativamente el estado físico y psicológico de la gestante, expresada en un trato deshumanizado por el personal de salud (1), también forma parte de violencia la falta de recursos humanos y materiales en la institución, el entorno de las instalaciones y un sistema de salud deficiente (2,3). Será valorado por la encuesta validada por Bowser y Hill. La encuesta es de carácter dicotómico. Si existirá violencia obstétrica si al menos uno de los ítems es SI. NO existirá violencia obstétrica si en su totalidad la respuesta sea NO

						<p>¿Usted escucho que el personal de salud divulgo su enfermedad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Los tactos vaginales fueron frecuentes y por diferentes personas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Le aplastaron su abdomen cuando usted estaba pujando?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Está usted de acuerdo con la cesárea que le realizaron?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Cuándo le realizaron la episiotomía fue con anestesia previa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Cuándo le realizaron la episiorrafia fue con anestesia previa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Usted sintió que la abandonaron mientras padecía los dolores del parto?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p><u>Mala interrelación personal de salud paciente</u> Se expresará en términos de: ¿Usted considera que la comunicación con el personal de salud fue buena?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Usted sintió apoyo por parte del personal de salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p>¿Se respetó su decisión durante el parto?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI / NO <p><u>Limitación del sistema de salud</u> Se expresará en términos de:</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

							¿La limitaron amamantar a su bebe inmediatamente después del nacimiento? • SI / NO		
Variable independiente									
Factores maternos									
Número de hijos	Hijo es la procreación humana	Cualitativo	Directo	Número total de hijos	Razón	Encuesta	¿Cuántos hijos tiene usted? - 1 a 2 hijos - 3 a 5 hijos - >de 6 hijos	10	La variable se expresara como número de hijos
Tipo de parto	forma de culminación de la gestación puede ser vaginal o cesárea	Cualitativo	Directo	Tipo de parto	Nominal	Encuesta	¿Qué tipo de parto tuvo? - Vaginal - Cesárea	9	La variable se expresara como parto vaginal o parto por cesárea
Factores del personal de salud									
Personal de salud	todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud	Cualitativo	Indirecto	Violencia por parte del personal de salud	Nominal	Encuesta	¿Quién le falto el respeto? - Medico asistente - Obstetra - Interno de obstetricia - Interno de medicina - Técnico en enfermería	7	La variable personal de salud, llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad cuidar la salud, pero también quien podría cometer maltrato. Sera valorado por medio de una encuesta, indicando quien de los asistentes maltrato a la paciente.
Variable interviniente									
Factores sociodemográficos									
Edad de la madre	Tiempo que vivió una persona	Cualitativo	Directo	Edad en años cumplidos	Razón	Encuesta	¿Cuántos años tiene usted?	6	La variable edad e expresara como: edad en años cumplidos

Nivel de instrucción	el grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativo	Directo	Nivel de instrucción	Ordinal	Encuesta	¿Cuál es su nivel de instrucción? - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior técnico - superior universitario	5	La variable grado de instrucción expresa el nivel de estudio de la persona. Sera valorado por medio de una encuesta y se expresara en términos (analfabeta, primaria, secundaria y superior técnico y superior universitario)
Estado civil	la unión de personas de diferente sexo con fin de procreación y vida en común permaneciendo en el tiempo	Cualitativo	Directo	Estado civil	Nominal	Encuesta	¿Cuál es su estado civil? - Soltera - Casada - Conviviente - Divorciada - Viuda	4	La variable estado civil se caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo Sera valorado por medio de una encuesta, que se expresa (soltero, casada, conviviente, divorciada y viuda)
Procedencia	lugar geográfico donde la paciente residió durante los últimos seis meses	Cualitativo	Directo	Lugar de procedencia según zona geográfica	Nominal	Encuesta	¿Dónde vives? - Zona rural - Zona urbana	3	La variable procedencia indica el lugar de donde viene la paciente Sera valorado por medio de una encuesta y expresada si es de zona rural o urbana
Nivel socioeconómico	Es la jerarquía que tiene una persona. Usualmente se mide por el ingreso, educación y ocupación	Cualitativo	Directo	Estrato socio económico	Ordinal	Escala de Graffar Castellano (modificado)	Nivel socioeconómico - Estrato I alto - Estrato II medio alto - Estrato III medio bajo - Estrato IV bajo - Estrato V pobreza extrema	2	La variable nivel socioeconómico se define. el valor obtenido en la encuesta que proporcione la paciente.
Idioma	lengua de un pueblo o nación	Cualitativo	Directo	Idioma	Nominal	Encuesta	¿Cuál es el lenguaje que usa con más frecuencia? - Castellano - Quechua	1	Será valorado por medio de encuesta y se expresara en: español o quechua

CAPITULO III: MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio de investigación es de tipo analítico, transversal. Es transversal, porque se realizará en un tiempo determinado y población específica. Es analítica, porque simultáneamente se asoció las variables.

3.2 Diseño de investigación

El siguiente estudio corresponde a un diseño observacional. Es observacional, porque el investigador no interviene solo se limita a medir variables.

3.3 Población y Muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población de estudio, está conformada por las pacientes en su segundo día de puerperio que tuvieron parto institucional (vaginal y cesárea) en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco en el año 2019.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes en su segundo día de puerperio.
- Puérperas atendidas por parto institucional (vaginal y cesárea).
- Puérperas con recién nacido vivo al momento de realización de encuesta.
- Puérperas que acepten participar previa firma del consentimiento informado y en caso que sea menor de edad tener autorización del tutor legal y/o padres.

Criterios de exclusión

- Puérperas con discapacidad auditiva y del habla.
- Puérperas con antecedentes psiquiátricos.
- Puérperas de óbito fetal.
- Puérperas con parto domiciliario y/o en trayecto

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

Tamaño de muestra

Para calcular el tamaño de muestra se utiliza como referencia el estudio “Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan” mostrando una prevalencia de 97,35% de las mujeres habían experimentado al menos una categoría de violencia obstétrica.

Se considera 3500 (cuenta en promedio con 290 pacientes atendidos mensualmente) la población total esperada de gestantes que acuden al Hospital Regional del Cusco al servicio de obstetricia durante el periodo de un año.

Para el cálculo de la muestra con población finita se utilizó “Epiinfo”.

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	3500	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	97.35 %	80%	17	17
Acceptable Margin of error:	5 %	90%	28	28
Design effect:	1.0	95%	39	39
Clusters:	1	97%	48	48
		99%	67	67
		99.9%	108	108
		99.99%	150	150

El tamaño de muestra será 67 puérperas mediatas del segundo día, para un nivel de confianza del 99%.

Método de muestreo

El estudio será desarrollado mediante una encuesta aplicada a las mujeres de parto institucional (vaginal o cesárea) atendida en el Servicio Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, en el mes de marzo hasta completar el tamaño de la muestra.

Unidad de muestreo:

Mujeres de parto institucional en su segundo día de puerperio atendidas en el Servicio Obstetricia del Hospital Regional del Cusco.

Unidad de selección:

Mujeres de parto institucional en su segundo día de puerperio atendidas en el Servicio Obstetricia del Hospital Regional del Cusco.

Unidad de información:

Mujeres de parto institucional en su segundo día de puerperio atendidas en el Servicio Obstetricia del Hospital Regional del Cusco.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para abordar a la población objetivo, se solicitó permiso de la dirección del Hospital Regional del Cusco (Anexo 3).

Se entregó a las pacientes mayores de edad el consentimiento informado (Anexo 2), y si la paciente es menor de edad se brindó el consentimiento informado a la persona responsable para autorizar la participación en el estudio. Previo consentimiento informado y según criterios de inclusión y exclusión se procedió a la realización de la encuesta.

Para evaluar la violencia obstétrica se utilizó como instrumento la encuesta basada en el estudio de Bowser y Hill ⁽³⁾, donde define los tipos de maltrato durante la atención del parto, así mismo, se incluyó ítems del estudio “International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth” ⁽³³⁾ para una mejor definición de los tipos de violencia obstétrica (Anexo1), se encuestó personalmente a las pacientes. Esta encuesta tiene el propósito de evaluar la existencia o no de violencia obstétrica. Son preguntas de carácter dicotómico.

Para evaluar los factores maternos como número de hijos y tipo de parto se preguntó directamente a la paciente. Para evaluar los factores del personal de salud se encuestó directamente a la paciente

Para evaluar el nivel socioeconómico se utilizó el Método Social Graffar Mendez Castellano utilizando los siguientes criterios: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, modalidad de ingreso, y condiciones de alojamiento. Cada una tiene puntuación según corresponda, la suma de estas se expresará en estrato alto, estrato medio alto, estrato medio bajo, estrato bajo y estrato pobreza extrema. Para valorar el estado sociodemográfico se encuestó directamente a la paciente, está conformado la encuesta por los siguientes ítems: edad, idioma, lugar de procedencia, nivel de instrucción y estado civil.

3.5 Plan de análisis de datos.

Los datos a analizarse fueron en su mayoría nominales, en el caso de las variables que se recolectaron en la escala de razón, fueron categorizados para el análisis estadístico. Para el análisis univariado, se representó a la población de estudio mediante tablas de frecuencia.

Calculo de la exposición de la muestra: se calculó mediante el RP (razón de prevalencia) definiéndose en términos de cuántas veces es más probable que los individuos expuestos presenten la enfermedad. Se interpreta cuando es <1 es factor protector y >1 es factor de riesgo.

Calculo de la significancia estadística: se calculó el CHI CUADRADO, para calcular el valor de p , y saber si existe o no asociación estadísticamente significativa entre la variable independiente respecto a la variable dependiente. Se considerará que existe asociación estadísticamente significativa cuando el valor de “ p ” será menor a 0,05 ($p < 0,05$).

Calculo de intervalo de confianza: se calculó con un nivel de confianza al 95%, para ver si la asociación estadísticamente significativamente encontrada es real; es decir, cuando el valor mínimo de intervalo de confianza será >1 y se considerará que este valor es más fiable en tanto que se aleje más de la unidad

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Resultados y discusión

4.1.1 Resultados

La investigación contó con la participación de 67 pacientes en su segundo día de puerperio en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco.

Tabla N° 1

Factores maternos de las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

FACTORES MATERNOS	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tipo de parto		
Vaginal	27	40,2
Cesárea	40	59,7
Número de hijos		
1 a 2 hijos	45	67,1
3 a 5 hijos	20	29,8
>= 6 hijos	2	3,0

Fuente: encuesta

El 40,2% (27/67) presentaron parto vaginal, mientras que 59,7% (40/67) tuvieron parto por cesárea.

El 67,1% (45/67) pacientes refiere tener entre 1 a 2 hijos, el 29,8% (20/67) indicó que tiene entre 3 a 5 hijos y el 3% (2/67) tienen más de 6 hijos.

Tabla N° 2

Factores sociodemográficos de las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

Factores sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad		
13 a 18 años	8	11,9
19 a 30 años	39	58,2
31 a 40 años	20	29,9
Lugar de procedencia		
Urbano	45	67,1
Rural	22	32,8
Lenguaje que usa con más frecuencia		
Castellano	61	91,0
Quechua	6	9,0
Nivel de instrucción		
Analfabeta	1	1,4
Primaria	8	11,9
Secundaria	40	59,7
Superior técnico	11	16,4
Superior universitario	7	10,4
Nivel socioeconómico		
Estrato pobreza extrema	0	0,0
Estrato bajo	29	43,2
Estrato medio bajo	27	40,3
Estrato medio alto	11	16,4
Estrato alto	0	0,0
Estado civil		
Soltera	46	68,7
Casada	21	31,3
Divorciada	0	0,0
Viuda	0	0,0

Fuente: encuesta

Según la edad, el 11,9% de las pacientes (8/67) se encuentran entre las edades de 13 a 18 años, mientras que el 58,2% de ellas (39/67) tienen entre 19 a 30 años de edad siendo este el grupo de edad con mayor frecuencia. El 29,9% (20/67) indica que se encuentran entre las edades de 31 a 40 años.

En relación al lugar de procedencia, el 67,1% (45/67) de las pacientes refieren vivir en zona urbana y el 32,8% (22/67) de las puérperas provienen de la zona rural.

(Tabla N° 2) Podemos apreciar que 61 pacientes usan con mayor frecuencia el castellano que representa el 91%. Registrándose solo a 6 pacientes que usan el quechua con un 9%.

Según el nivel de instrucción: el 1,4% (1/67) es analfabeta, el 11,9% (8/67) estudió solo primaria, la mayoría de la población entrevistada 59,7% (40/67) termino la secundaria, el 16,4% (11/67) estudió una carrera técnica y el 10,4% (7/67) estudió superior universitario.

En relación al nivel socioeconómico: el 43,2% (29/67) pertenecen al estrato bajo, así mismo el 40,3% (27/67) están dentro del estrato medio bajo y el 16,4% (11/67) pertenecen al estrato bajo.

Según el estado civil se encontró que 68,7% (46/67) pacientes son solteras siendo la mayoría y el 31,3% (29/67) son casadas.

Tabla N° 3

Tipos de violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

Se evidenció que las pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia habían sufrido al menos un ítem de violencia obstétrica, haciéndolas víctimas en su totalidad de esta situación.

TIPOS DE VIOLENCIA	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	n	%	n	%
Violencia física	9	13,4	58	86,6
Uso de la Fuerza	3	4,5	64	95,5
Restricción física	9	13,4	58	86,6
Violencia verbal	42	62,7	25	37,3
Lenguaje duro	33	49,3	34	50,7
Amenaza	19	28,4	48	71,6
Culpa	27	40,3	40	59,7
Discriminación.	20	29,9	47	70,1
Incumplimiento con los estándares profesionales de atención.	56	83,6	11	16,4
Falta de consentimiento informado y confidencialidad	7	10,4	60	89,5
Exámenes físicos y procedimientos médicos	51	76,1	16	23,8
Abandono	9	13,4	58	86,5
Mala interrelación personal de salud – paciente	50	74,6	17	25,4
Comunicación ineficaz	17	25,4	50	74,6
Falta de apoyo en la atención	22	32,8	45	67,1
Pérdida de autonomía	31	46,3	36	53,7
Condiciones y limitaciones	20	29,9	47	70,1

Fuente: encuesta

El 13,4% (9/67) refiere haber sufrido “Violencia física”, como también el 62,7% (42/67) refiere que fue agredida verbalmente, dentro de violencia verbal resalta “lenguaje duro” con un 49,3% (33/67).

(Tabla N°3) El 29,9% (20/67) de las pacientes habían experimentado violencia de tipo “Discriminación”. Así mismo el 83,6% (56/67) mencionan la categoría “Incumplimiento de estándares profesionales de atención” poniendo interés en “Exámenes físicos y procedimientos médicos” 76% (51/67).

En cuanto a “Mala interrelación personal de salud-paciente” el 74,6% (50/67) respondió que fue víctima, con más frecuencia en pérdida de autonomía 46,3% (31/67).

Según el tipo “Condiciones y limitaciones” el 29,9% (31/67) refiere que fueron agraviadas.

Tabla N° 4

Personal de salud que violentó a las mujeres atendidas durante el parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

Personal de salud	Frecuencia	Porcentaje %
Médico	10	14,9
Obstetriz	13	19,4
Interno de medicina	12	17,9
Interno de obstetricia	11	16,4
Técnico en enfermería	21	31,4

Fuente: encuesta

El 14,9% (10/67) de las puérperas mencionan que fueron agredidas por el médico, solo el 19,4% refiere atención con maltrato por parte de la obstetriz, el 17,9% (12/67) refiere ser maltratada por el interno de medicina, el 16,4% (11/67) refieren ser maltratadas por el interno de obstetricia y el 31,4% (21/67) refiere ser maltratada por el personal técnico.

Tabla N° 5

Violencia física en las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019

	Violencia física							
	Uso de la fuerza			*Restricción física			Total	
	SI	NO	p	SI	NO	p	Frecuencia	p
Nivel de instrucción	p=0,85			p=0,04			p=0,04	
Analfabeta	0 (0,0 %)	1 (1,6%)		1 (11,1 %)	0 (0,0 %)		1 (1,5%)	
Primaria	0 (0,0 %)	8 (12,4%)		0 (0,0 %)	8 (13,8 %)		8 (11,9%)	
Secundaria	2 (66,7%)	38 (59,4%)		4 (44,4%)	36 (62,1%)	p=0,04	40 (59,7%)	
Superior técnico	1 (33,3%)	10 (15,6%)		2 (22,2%)	9 (15,5%)		11 (16,4%)	
Superior universitario	0 (0,0 %)	7 (10,9%)		2 (22,2%)	5(8,6%)		7 (10,4 %)	
Tipo de parto	p=0,03			p=0,01			p=0,01	
Vaginal	3 (100%)	24 (37,5%)	p=0,03	7 (78,8%)	20 (34,5%)		27 (40,3%)	
Cesárea	0 (0,0%)	40 (62,5%)	p=0,04	2 (21,2%)	38 (65,5%)		40 (59,7%)	
Vaginal				RP 5,58 IC95% [1,07-24,9] p=0,05				
Cesárea				RP 0,19 IC95% [0,04-0,92] p=0,01				
Personal de salud								
Técnico en enfermería				*RP 5,19 IC95% [2,08-19,33] p=0,01				

Fuente: encuesta

Se aprecia que el nivel de instrucción tiene relación estadísticamente significativa (p=0,04) con violencia física, también la categoría restricción física (p=0,04).

En cuanto al parto, se apreció que este tiene relación estadísticamente significativa (p=0,01) con violencia física, al especificar el uso de la fuerza (p=0,03) y la restricción (p=0,01) tienen relación estadísticamente significativa.

Las pacientes durante el parto pueden sufrir 5 veces más riesgo de violencia física cuando está presente el personal técnico en enfermería.

El parto vaginal es factor de riesgo en relación a violencia física por restricción física.

El parto por cesárea es factor protector en relación a violencia física por restricción física.

Tabla N° 6

Violencia verbal en relación en las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019

	VIOLENCIA VERBAL										
	Lenguaje duro y grosero			Amenaza			Culpa			Total	
	SI n (%)	NO n (%)	p	SI n (%)	NO n (%)	p	SI n (%)	NO n (%)	p	Frecuencia n (%)	p
Lugar de procedencia			p=0,04						p=0,04		p=0,01
Urbano	26 78,8%	19 54,9%	p=0,04	16 84,2%	29 60,4%		22 85,1%	23 57,5%	p=0,04	45 67,2%	
Rural	7 21,2%	15 45,1%	p=0,04	3 15,8%	19 39,6%		5 18,5%	17 42,5%	p=0,04	22 32,8%	
Nivel de instrucción			p=0,01			p=0,01			p=0,01		p=0,01
Analfabeta	1 3%	0 0,0%		1 5,3%	0 0,0%		1 3,7%	0 0,0%		1 1,5%	
Primaria	1 3%	7 20,6%	p=0,02	0 0,0%	8 16,7%		0 0,0%	8 20,0%	p=0,01	8 11,9%	
Secundaria	17 51,5 %	23 67,6%		10 52,6%	30 62,5%		13 48,1%	27 67,5%		40 59,7%	
Superior técnico	8 24,2 %	3 8,8 %		2 10,5%	9 18,8%		8 29,6%	3 7,5%	p=0,01	11 16,4%	
Superior universitario	6 18,2%	1 2,9%	p=0,04	6 31,6%	1 2,1%	p=0,00	5 18,5%	2 5,0%		7 10,4%	
RP 1,73 IC95% [1,07-2,86] p=0,01											
Nivel Socioeconómico						p=0,01			p=0,01		p=0,04
Estrato bajo				5 26,3%	24 50,0%		6 22,2%	23 57,5%	p=0,00	29 43,3%	
Estrato medio bajo				7 34,8%	20 41,7%		14 51,9%	13 32,5%		27 40,3%	
Estrato medio alto				8 40,9%	48,3%	p=0,00	7 25,9%	4 10,0%		11 16,4%	
Técnico en enfermería											RP 3,4 IC95% [1,29-8,95] p=0,01

Fuente: encuesta

(Tabla N° 6) El lugar de procedencia tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,02$) con violencia verbal, así mismo, tiene relación estadísticamente significativa con lenguaje duro ($p=0,04$) y culpa ($p=0,04$).

Se observa con más frecuencia 67,2% (45/67) pacientes de zona urbana comportándose como un factor protector a violencia verbal.

El nivel de instrucción tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,01$) con violencia verbal. Se evidencia que el nivel de instrucción se comporta como factor de riesgo para sufrir violencia verbal.

El nivel socioeconómico tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,04$) con violencia verbal, así mismo tiene relación estadísticamente significativa con amenaza ($p=0,01$) y culpa ($p=0,01$).

Las pacientes durante el parto pueden sufrir 3 veces más riesgo de violencia verbal cuando está presente el personal técnico en enfermería.

Tabla N° 7

Incumplimiento con los estándares profesionales de atención en relación a las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019

Incumplimiento con los Estándares Profesionales de Atención												
	Falta de consentimiento informado y confidencialidad			Exámenes físicos y procedimiento			Abandono			Total		
	SI n (%)	NO n (%)	p	SI n (%)	NO n (%)	p	SI n (%)	NO n (%)	p	Frecuencia	p	
Nivel de instrucción	p=0,1						p< 0,01					
Analfabeta	0 0,0%	1 1,7%		1 2,0%	0 0,0%		1 11,1%	0 0,0%	p=0,01	1 1,5%		
Primaria	2 28,6%	6 10,0%		5 9,8%	3 18,8%		0 0,0%	8 13,8%		8 11,9%		
Secundaria	3 42,9%	37 61,7%		28 54,9%	12 75,0%		1 11,1%	39 67,2%	p< 0,01	40 59,7%		
Superior técnico	0 0,0%	11 18,3%		10 19,6%	1 6,3%		5 55,6%	6 10,3%	p< 0,01	11 16,4%		
Superior universitario	2 28,6%	5 8,3%		7 13,7%	0 0,0%		2 22,2%	5 8,6%		7 10,4%		
Lugar de procedencia							p< 0,01			p=0,01		
Urbano	3 42,9%	43 71,7%		41 80,4%	5 31,3%	p=0,04	7 77,8%	39 67,2%		46 68,7 %		
Rural	4 57,1%	17 28,3%		10 19,6%	11 68,8%	p=0,01	2 22,2%	19 32,8%		21 31,3 %		
Personal de salud												
Obstetriz	2 2,9%	15 22,3%		17 25,3%	0 0,0%	p=0,00	4 5,97%	13 19,4%		17 25,37%	p=0,02	

Fuente: encuesta

El nivel de instrucción no tiene relación estadísticamente significativa con Incumplimiento con los estándares profesionales de atención, sin embargo, se evidencia que la categoría falta de consentimiento informado y confidencialidad mostro una relación estadísticamente significativa (p=0,01), así mismo el abandono de la paciente durante el parto (p<0,01).

El lugar de procedencia tiene relación estadísticamente significativa con el incumplimiento con los estándares profesionales de atención (p=0,01), así mismo, el examen físicos y procedimientos (p<0,01).

El examen físico y procedimiento está relacionado estadísticamente significativo cuando la paciente es atendida por la obstetriz (p=0,008).

Tabla N° 8

Mala interrelación personal de salud-paciente en las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

Mala interrelación personal de salud-paciente											
	*Comunicación ineficaz			**Falta de apoyo en la atención			Pérdida de autonomía			Total	
	Si n (%)	No n (%)	P	Si n (%)	No n (%)	p	Si n (%)	No n (%)	p	Frecuencia n (%)	p
Edad										p=0,05	p=0,1
13 a 18 años	3 17,6%	5 10,0%		3 13,6%	5 11,2%		2 6,5%	6 16,7%		8 11,9%	
19 a 30 años	11 64,7%	28 56,0%		13 56,1%	26 57,6%		16 51,6%	23 63,9%		39 58,3%	
31 a 40 años	3 17,6%	17 34,0%		6 27,3%	14 31,2%		13 41,9%	7 19,4%	p=0,04	20 29,8%	
Lugar de procedencia										p=0,04	
Urbano	12 70,6%	33 66,0%		18 81,8%	27 60,0%		17 54,8%	28 76,8%	p=0,04	45 67,2%	
Rural	5 29,4%	17 34,0%		4 18,2%	18 40,0%		14 45,2%	8 23,2%	p=0,04	22 32,8%	
Nivel de instrucción										p=0,03	
Analfabeta				0 0,0%	1 2,2%						
Primaria				1 4,5%	7 15,6%						
Secundaria				10 45,5%	30 66,7%						
Superior técnico				7 31,8%	4 8,9%	p=0,01					
Superior universitario				4 18,2%	3 6,7%						
** RP 1,67 IC95% [1,60-2,63] p 0,01											
Nivel socioeconómico	p=0,02			p=0,1			p=0,02			p=0,05	
Estrato bajo	10 58,8%	19 38,0%		6 27,3%	23 51,1%		17 54,8%	12 33,3%		29 43,3%	
Estrato medio bajo	1 5,9%	26 52,0%	p<0,01	10 45,6%	17 37,8%		10 32,3%	17 47,2%		27 40,3%	
Estrato medio alto	6 35,3%	5 10,0%	p=0,01	6 27,1%	5 11,1%		4 12,9%	7 19,4%		11 16,4%	

Fuente: encuesta

(Tabla N° 8) La edad tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,1$) con mala interrelación personal de salud-paciente. Así mismo, se evidencio que la categoría comunicación ineficaz mostro una relación estadísticamente significativa ($p=0,03$).

El lugar de procedencia tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,04$) con la categoría pérdida de autonomía.

El nivel de instrucción se relaciona estadísticamente significativa ($p=0,04$) con la categoría falta de atención de apoyo.

Las pacientes según su nivel de instrucción tienen riesgo a sufrir falta de atención de apoyo.

El nivel socioeconómico tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,02$) con la categoría comunicación ineficaz, también tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,02$) con pérdida de autonomía.

4.1.2 Discusión

El estudio se realizó en el Hospital Regional del Cusco actualmente reconocida como “Hospital de Apoyo Departamental Cusco” ya que es un centro de referencia de las principales redes de la región y en menor grado de las regiones de Apurímac, Madre de Dios y Puno. Es acreditada en el nivel III-1, dicha institución ofrece atención en salud basada en principios éticos como equidad, universalidad, solidaridad y con una consideración importante a los derechos de la salud e interculturalidad, trabajando en el desarrollo integral de la región y del país. Así mismo, brinda atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, teniendo como objetivo mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna, enriquecer la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables y demás. El Hospital Regional del Cusco registró 3500 partos durante el año 2018, de los cuales 39,7% son cesáreas y 63,3% son partos vaginales; evidenciándose la gran acogida de la población urbana con un 65,2% y rural 34,8% ⁽⁸⁷⁾.

La mortalidad materna como bien se conoce es un problema de importancia social, no siendo solo un indicador de salud, sino un pilar de desarrollo, de equidad y de justicia. Si analizamos la causalidad que rodean a la mortalidad materna, cerca del 70 al 90% son muertes evitables ⁽⁸⁶⁾, indiscutiblemente ligadas con la deficiente educación, barreras culturales de la población para el uso de los servicios médicos, agravados por la inaccesibilidad a la atención obstétrica, la calidad limitada de dicha atención, trato inadecuado e implementación deficiente. Al ver esta problemática se pasó de una estrategia de lucha contra la mortalidad materna, a la promoción de una maternidad segura y saludable. En tal sentido la violencia obstétrica de manera indirecta podría atribuirse como un indicador de mortalidad materna.

El trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019. Contó con la participación de 67 mujeres que tuvieron parto vaginal y cesárea. Se utilizó como instrumento un cuestionario que se aplicó en el segundo día de puerperio basada en el estudio de Bowser y Hill ⁽³⁾ donde define los tipos de maltrato durante la atención del parto, así mismo, se incluyó ítems del estudio “International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth” ⁽³³⁾ para una mejor definición de los tipos de violencia obstétrica. Además, se incluyeron preguntas para extraer datos sobre los factores asociados a la violencia obstétrica.

Dentro de los resultados más relevantes se evidenció que las pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia habían sufrido al menos un ítem de violencia obstétrica, haciéndolas víctimas en su totalidad de esta situación, esto en comparación con lo encontrado por Hameed et al (Islamaba-Pakistan,2018), el cual al tener una población más grande de 1334 encontraron un 97,35% de prevalencia de violencia obstétrica ⁽¹⁴⁾, o en el caso del estudio realizado por Montesinos et al (Perú, 2017) donde al abordar 1528 pacientes, el 97,4% presentaba maltrato al menos en una categoría ⁽⁹⁾, Cerpa et al (Arequipa-Perú,2015) muestra que el 98,4% sufrió violencia obstétrica ⁽¹⁰⁾.

En los resultados del presente trabajo se determinó que la prevalencia para los diferentes tipos de maltrato varía entre 4,5% y 83,6%. En comparación con el estudio de Asefa et al (Adís Abeba-Etiopia,2013) en donde muestra un parecido de extremos en la prevalencia 6%-94,8% ⁽¹⁹⁾. Caso contrario ocurre en el estudio de Abuya et al (Nairobi-Kenia,2014) muestra una prevalencia que oscila entre el 4 y el 18% para diferentes categorías, ellos argumentan que esta baja prevalencia es debida bajos niveles de información asociados con la posible normalización de las diferentes categorías ⁽¹⁸⁾.

Los principales resultados obtenidos del estudio fueron:

Referente a violencia física: se encuentra que el 13,4%(9/67) de la población encuestada refiere haber sufrido violencia física, específicamente 4,5%(3/67) indica que usaron la fuerza y el 13,4% (9/67) refiere restricción física que consiste en sujetar las extremidades de manera que dañe a la paciente. Este es uno de los tipos con menor prevalencia, al igual que en el estudio de Sharma et al (Uttar-Pradesh-India,2018)⁽¹³⁾, donde registran una prevalencia de abuso físico 7,6%, Hameed et al (Islamaba-Pakistan,2018)⁽¹⁴⁾ muestra una prevalencia del 14%, y contrariamente el estudio de Cerpa et al (Arequipa-Perú,2015) ⁽¹⁰⁾ muestra una prevalencia del 30,4% esta diferencia es debida porque ellos incluyen en abuso físico, el examen semiológico de rutina, prácticas invasivas que incomodan a la paciente y procedimientos médicos como episiotomía, maniobra de kristeller, sin embargo en nuestro estudio solo se maneja dentro de violencia física el uso de la fuerza como los pellizcos, palmetazos, golpes y en cuanto a restricción física se considera sujetar la extremidad de la paciente de manera brusca causándole daño.

En el estudio planteado la violencia física tiene asociación significativa con el nivel de instrucción ($p=0,04$), en el estudio de Diamond et al (Lucknow-India,2015)⁽⁸⁸⁾, demuestra que el nivel de instrucción no está asociado estadísticamente a violencia física así mismo describen que las mujeres sin estudios, eran las que más sufrían el maltrato físico. En nuestro estudio se verifica que ninguna paciente analfabeta refiere el uso de

la fuerza y solo una refiere restricción física. Será tal vez que las pacientes con menor nivel de instrucción son más tímidas para referir el maltrato, además se resalta que las puérperas con estudios secundarios 40(44,4%), superior técnico 11(16,4%) y superior universitario 7(10,4%) señalaron afirmativamente ante este tipo de maltrato. Podría hacer pensar que, desde el punto de vista social se ratifica una vez más, que nivel de instrucción es un factor importante, ya que con educación la paciente puede identificar el tipo de violencia y ser capaz de tomar decisiones propias para alzar la voz y denunciar.

Se apreció que la violencia física tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,01$) con el tipo de parto. Referente a los tipos de violencia física: uso de fuerza ($p=0,03$) y restricción física ($p=0,01$) también tienen relación estadísticamente significativa. El parto vaginal es factor de riesgo en relación a violencia física por restricción (RP 5,58 IC95% [1,07-24,9] $p=0,05$). Este hallazgo se podría explicar que al momento del parto por cesárea la paciente está bajo efectos de sedación y no hay la necesidad de amarrarlas o sujetarlas, mientras que en el parto vaginal las pacientes tienen que pujar y se reportó que fueron agredidas con palmazos en los muslos o que fueron sujetadas a la camilla para sostener las extremidades y el parto por cesárea es factor protector en relación a violencia física por restricción. Al igual que el estudio de Montesinos et al (Perú, 2017)⁽⁹⁾, donde se encontró que el abuso físico fue menos frecuente en la cesárea que el parto vaginal (PR 0,23 [0,11-0,49]).

Se analizó cada intervalo del personal de salud interviniente en relación a violencia física, obteniéndose que el técnico en enfermería (RP 5,19 IC95% [2,08-19,33] $p=0,01$) se constituye como un factor de riesgo, se comparó con el estudio de Hameed et al (Islamaba-Pakistan,2018)⁽¹⁴⁾ informando que el maltrato es significativamente más alto en las mujeres que fueron atendidas por parteras en lugar de los médicos generales (RP 0,94 IC del 95% [0,13 1,75]).

Referente a violencia verbal: se encuentra que el 62,7%(42/67) de la población encuestada refiere haber sufrido de violencia verbal, específicamente el uso de lenguaje duro 49,3%(33/67), amenazas 28,4%(19/67) y culpa 40,3%(27/67), en comparación con el estudio de Sando et al (Salaam-Tanzania, 2013)⁽⁸⁹⁾ muestra una prevalencia de lenguaje duro 38% (24/64) y amenaza 2%(1/64) esto podría atribuirse porque ellos aplicaron la encuesta a los 7 días postparto, mientras que, en el presente estudio la encuesta es aplicada al segundo día postparto. Como también la investigación de Cerpa et al (Arequipa-Perú,2015)⁽¹⁰⁾ muestra una prevalencia mínima 4,2% (13/301), esta diferencia se justifica porque ellos solo consideran lenguaje duro como parte de violencia

verbal, mientras que el estudio actual define violencia verbal con las categorías de lenguaje duro, amenaza y culpa.

El presente estudio evidencia que el nivel de instrucción es un factor de riesgo (RP 1,73 IC95% [1,07-2,86] p=0,01) en relación a violencia verbal, al igual que el estudio de Montesinos et al (Perú, 2017) ⁽⁹⁾ donde considera que existe mayor riesgo en las pacientes con grados superiores (PR1,37 [0,93–2,04]), contrariamente el estudio Abuya et al (Nairobi-Kenia, 2014) ⁽¹⁸⁾, registra que el a grado de instrucción no es un factor para la violencia verbal. El presente estudio puede aducir una vez más que, al ser instruidas las pacientes tienen la facilidad de reconocer sus derechos y la violencia.

Se analizó cada intervalo de personal de salud en relación a violencia verbal, obteniéndose que el técnico en enfermería (RP 3,4 IC95% [1,29-8,95] p=0,01) es un factor de riesgo, contrariamente en el estudio de Sando et al (Salaam-Tanzania, 2013) ⁽⁸⁹⁾ donde evidencian que el personal de salud no tiene relación estadísticamente significativa; en el presente estudio se atribuye que el técnico en enfermería es quien alista a la paciente para el parto, traslada de una sala a otra situación en el cual podría ser un escenario de vulnerabilidad.

Referente al incumplimiento con los estándares profesionales de atención: se encuentra que el 83,6%(56/67), refiere haber sufrido violencia de este tipo, considerándose: falta de consentimiento informado y confidencialidad 10,4 (7/67), exámenes físicos y procedimientos 76,1% (51/67) como también abandono 13,4% (9/67), en comparación con el estudio de Hameed et al (Islamaba-Pakistan,2018)⁽¹⁴⁾ muestra similitud en prevalencia: atención sin consentimiento informado 81% y atención no confidencial 69%; como también el estudio Sando et al (Salaam-Tanzania, 2013) ⁽⁸⁹⁾ describe una prevalencia de 52% (33/64) en abandono. Estos porcentajes elevados en el presente estudio podría atribuirse a los exámenes físicos-procedimientos que implica: tacto vaginal doloroso realizada por diferentes personas y repetidas veces, podría ser porque el médico tiende a no confiar en los registros de la obstetrix y ellos personalmente evalúan a la paciente durante la visita médica a pesar de que fueron ya evaluadas por la obstetrix; en el presente trabajo la maniobra de Kristeller puede atribuirse a una situación de stress por parte del personal de salud, cuando se está prolongando el periodo expulsivo, así mismo, la episiotomía muchas veces es realizado sin consentimiento informado, sin explicarle a la paciente sobre esa posibilidad que existe durante el periodo expulsivo, por otra parte la episiorrafia donde muchas mujeres aquejan que sienten dolor durante este procedimiento; el consentimiento informado es muy importante para que la paciente este instruida de las ventajas y desventajas del

procedimiento a realizarse y así ella pueda decidir sobre su cuerpo, muchas veces se ha visto que el personal de salud influye para que la gestante tome la decisión más conveniente para el personal que atiende. Así mismo muchas pacientes sienten abandono cuando tendrán parto por cesárea, porque se les indica ayuno antes de la intervención quirúrgica, existiendo circunstancias donde las salas quirúrgicas están ocupadas y a consecuencia de ello, la gestante permanece en ayudo por largas horas. Si bien sabemos que el Hospital Regional del Cusco brinda atención a una creciente población que sobrepasa el límite de capacidad, así mismo, el personal de salud con el que cuenta es no suficiente para la demanda actual; pudiendo ser un factor que determina la opinión de la paciente en relación a abandono.

El 74,6%(50/67) refiere mala interrelación con el personal de salud, hacen referencia a una comunicación ineficaz 25,4%(17/67), falta de apoyo en la atención 32,8% (22/67) y pérdida de autonomía 46,3%(31/67). En el presente estudio las pacientes entre las edades de 31 a 40 años tienen relación estadísticamente significativa ($p=0,04$) con pérdida de autonomía, en comparación con el estudio de Sharma et al (Uttar-Pradesh-India,2018) ⁽¹³⁾, las pacientes más de 35 años no demuestran relación estadísticamente significativa ($p=0,3$); esto puede atribuirse en el presente estudio que pacientes con más edad generalmente ya tuvieron partos que fueron vaginal y el último parto fue cesárea, por lo que podrían estar en desacuerdo al tipo de parto que fueron sometidas; es más alguna de ellas refieren que no respetaron su decisión y fueron obligadas a firmar el consentimiento informado. Las pacientes con nivel de estrado medio bajo tiene relación estadísticamente significativa con falta de comunicación ($p=<0,01$) al igual que las pacientes con estrado medio alto. El nivel socioeconómico condiciona a algunas características externas de la paciente que podría ser un factor para que ellas sean privadas de su derecho a una comunicación eficaz o información comprensible.

En general se ha visto que las mujeres con menos nivel de instrucción son tímidas al responder las preguntas o tal vez pudieron haberse sentido intimidados por el ambiente hospitalario, también hace pensar que ellas no conocen sus derechos como pacientes o será que se cumple el tema del “biopoder” ⁽⁶⁸⁾, donde el personal de salud toma el control y la paciente tiene la posición de sumisa aceptando el maltrato como rutina del parto, una de ellas manifiesta que lo vivido era porque le estaban ayudando a su recién nacido, creyendo que dar vida debe ser con dolor.

CONCLUSIONES

PRIMERO.

Existe violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

SEGUNDO.

Los tipos de violencia obstétrica durante el parto con mayor prevalencia son: incumplimiento con los estándares profesionales de atención, mala interrelación personal de salud-paciente y violencia verbal en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

TERCERO.

Los factores sociodemográficos asociados a la violencia obstétrica son: nivel de instrucción y nivel socioeconómico en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

CUARTO.

Los factores del personal de salud asociados a la violencia obstétrica es el técnico en enfermería en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.

SUGERENCIAS

PRIMERO

Se debe fortalecer el sistema de salud a fin de brindar una atención con calidad, calidez, cumpliendo los principios de atención materna respetuosa y digna; por ende indirectamente mejorar los resultados en salud materna.

SEGUNDO

Sería útil la iniciativa de capacitación al personal de salud involucrado, sobre la atención del parto digno y conocer cuáles son los ítems de violencia obstétrica.

TERCERO

Es imperativo aumentar la conciencia y educación en las pacientes así desarrollar un sentido de derecho a la atención materna de alta calidad.

CUARTO

Seguir luchando contra la violencia a la mujer para que puedan alzar la voz y denunciar.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Materiales	Unidades	Precio unitario	Valor total
Papeles	04 paquetes	S/ 12.0	S/ 48.0
Folder pioner	01	S/ 6.5	S/ 6.5
Separadores	02	S/ 3.5	S/ 7.0
Usb	01	S/ 18.0	S/ 18.0
Impresiones	4000 hojas	S/ 0.1	S/ 400.0
CD serigrafiado	03	S/ 6.0	S/ 18.0
Engrampadora	01	S/ 25.0	S/ 25.0
Fotocopias	50 hojas	S/ 0.1	S/ 300.0
Lapiceros	05 lapiceros	S/ 1.0	S/ 5.0
Tramites documentarios			S/ 2500.0
Pasajes (movilidad urbana)	100 viajes	S/ 0.7	S/ 70.0
Viáticos	50 veces de viaje	S/ 20.0	S/ 1000.0
Total			s/ 4852.5

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tello F. Invisible wounds Obstetric Violence in the United States. Reproductive Health matters. [internet] 2016 mayo [citado 10 octubre 2016]; 24(47):56–64. disponible en:
[http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(16\)30004-0/abstract](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(16)30004-0/abstract)
2. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Gülmezoglu AM. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. BMJ.2016 abril; 123 (5): 671-4. doi: 10.1111/1471-0528.13750. PubMed PMID: 26628382; PubMed central PMCID: PMC5063112.
3. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis Traction Project. Translating research into action, [internet]. Boston: Harvard School of Public Health University Research; 2010 [citado 10 octubre 2016]. Disponible en:
http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20101_Final.pdf
4. Hameed W, Avan BI. Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan (2018) Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. PLoS ONE. 2018 marzo 13(3): e0194601. doi.org/10.1371/journal.pone.0194601.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centro de salud: 2014 setiembre [citado 10 octubre 2016]; WHO/RHR/14.23, disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
6. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Situación de los derechos humanos en Chile. [internet] 2013 junio [citado 16 noviembre 2016]; 1(7): 25-34. disponible en:
<https://www.indh.cl/destacados-2/informe-anual/>
7. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. UNESCO. [internet] 2013 junio [citado 16 noviembre 2016]; 1(7): 25-34. disponible en:
http://www.unesco.org.uy/shs/redbioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Perú: libro; 2017. 32p [citado 20 enero 2019]. disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf
9. Montesinos R, Urruganda D, Mendoza G, Taipe A, Helguero L, Martines F, Centeno D, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Perú, WILEY *Gynecology Obstetric*. 2017 octubre. doi 10.1002/ijgo.12353.
10. Cerpa D, Velasquez M. Violencia obstétrica en mujeres de parto eutócico en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa [tesis]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2015
11. Barra M, Huamán D. Calidad de atención desde la dimensión humana en el servicio de emergencia de Gineco-obstetricia, Hospital Regional del Cusco [tesis]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2015.
12. Unidad de Estadística del Hospital Regional del Cusco, Perú: 2017. [citado el 19 de marzo 2019]; disponible en: <http://www.hospitalregionalcusco.gob.pe/unidad-de-estadistica/>
13. Sharma, G., Penn-Kekana, L., Halder, K., & Filippi, V. An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reproductive health*, 2019 enero 23. 16(1), 7. doi:10.1186/s12978-019-0668-y PMID: 30674323
14. Hameed, W., y Avan, BI Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PloS one*, 2018 marzo 16 13(3). doi: 10.1371 / journal.pone.0194601 PMID: 29547632
15. Abuya T., Sripad P., Rietter J. Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reproductive Health Matters* 2018 setiembre 13 doi.org/10.1080/09688080.2018.1502018
16. Diamond S, Sudhinaraset M, Melo J. The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. *Midwifery: estudio transversal*. BMC. 2016 junio 40:114–123. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.014. PubMed PMID: 27428107.
17. Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME5. Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania, estudio transversal. *Maternal and*

- Child Health Journal. 2015 octubre 19: 2243-2250. doi:10.1007/s10995-015-1743-9. PubMed PMID: 25990843.
18. Abuya T, Warren Ch, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *Studio transversal analítico. PLoS One*. 2015 abril 10(4). doi:10.1371/journal.pone.0123606. PubMed PMID: 0123606; PMCD: PMC4401776.
 19. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non abuse care during facility childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia: estudio transversal. *Reprod Health*. 2015 abril 12:33. doi: 10.1186/s12978-015-0024-9. PubMed PMID: 25890317; PubMed central PMCD: PMC 4403719.
 20. Valdez R, Hidalgo E, Mojarro M, Arenas L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en salas de parto. [internet] 2013 marzo [citado 10 octubre 2016]; (18):14-20. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237199>
 21. Jiménez F. Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *UAEM [internet]*. 2012 abril [citado 15 de noviembre 2018]; 58,13-52. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v19n58/v19n58a1.pdf>
 22. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [internet]. Washington Catalogo por la biblioteca OPS; 2002 [citado 15 de noviembre 2018]. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
 23. Organization de las Naciones Unidas, Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. New York: 1993. 85p [citado 15 de noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
 24. Dominguez M. Violencia de género y victimización secundaria. *Medicina Psicosomática y Psicoterapia [internet]*. Marzo 2016 [citado 16 de enero 2019]. Disponible en:
https://www.psicociencias.com/pdf.../Violencia_de_geneo_y_victimizacion_secundaria.pdf
 25. Garcia E, Rodriguez J. Violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [internet]. España: Universidad Autónoma de Madrid; 2018 [citado 16 enero 2019]. Disponible en:

- https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/.../garcia_garcia_eva_margarita.pdf
26. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. CONAMED [internet]. 2014 [citado 17 noviembre 2016]; 19(1) 37-42. Disponible en:
<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24/22>
 27. Chadwick RJ. Obstetric violence in South Africa: South African Medical Journal. 2016 mayo 106(5):423-424. doi:10.7196/SAMJ.2016.v106i5.10708. PubMed PMID: 27138653
 28. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. UNESCO. [internet] 2013 junio [citado 16 noviembre 2016]; 1(7): 25-34. disponible en:
http://www.unesco.org.uy/shs/redbioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
 29. Pérez DR. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet. 2010 Diciembre 111(3):201-2. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002. PubMed PMID: 20926074.
 30. Grupo de trabajo para la erradicación de la violencia obstétrica definición de violencia obstétrica El Parto es Nuestro; [internet]. 2014 [Citado 17 noviembre 2016]. Disponible en:
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616_VOMexico/comparativo_leyesvo.pdf
 31. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina: Reprod Health Matters. 2016 mayo 24(47):65-73. doi: 10.1016/j.rhm.2016.05.00. PubMed PMID: 27578340
 32. Declaración de Compromiso sobre el VIH / SIDA. GA Res. S-26 (2); [internet]. 2001 [Citado 15 diciembre 2018]. Disponible en:
<http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>
 33. Khosla, R., Zampas, C., Vogel, JP, Bohren, MA, Roseman, M., y Erdman, JN . International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth, HHR 2016 diciembre; 18 (2), 131-143. PMCID: PMC5394989 PMID: 28559681
 34. Real Academia Española Diccionario. Gritar. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en :
<https://dle.rae.es/?id=JYq8Ucq>
 35. Real Academia Española Diccionario. Regañar. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en :

- <https://dle.rae.es/?id=VhQ2pWs>
36. Real Academia Española Diccionario. Burlas. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=6JSuJO0>
37. Real Academia Española Diccionario. Sobrenombre. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=Y8ZONiy>
38. Real Academia Española Diccionario. Amenazar. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=2JbmgVX>
39. Real Academia Española Diccionario. Culpar. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=BeATiJV>
40. Balde MD, Diallo BA, Bangoura, A., Sall, O., Soumah, AM, Vogel, JP, y Bohren,. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reproduc Health* 2017 enero 14 (1), doi: 10.1186 / s12978-016-0266-1 PMID: PMC5225581 PMID: 28077145
41. Medicos del mundo. Violencia obstetrica [internet]. 2014 [Citado 18 noviembre 2016]: [aprox. 4p] Disponible en:
https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_7_Violencia_Obstetrica_17c9d835%232E%23pdf
42. Real Academia Española Diccionario. Golpear. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=fGFVy0U>
43. Real Academia Española Diccionario. Bofetada. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=1no8nfYBWDXX26ZyL2le>
44. Real Academia Española Diccionario. pellizcar. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=06qXsNNhYDXX2k99MjLn>
45. Fernandes A., Zabala J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos* [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision2.pdf>
46. Hospital Universitario Ramon Cajal. Sujeción mecánica. Real 2005 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:

- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185649&ssbinary=true>
47. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Meghan AB, Hunter EC, Lutsiv O, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed methods systematic review: estudio transversal. PLoS Med. 2015 junio 12(6). doi: 10.1371 /journal. pmed.1001847. PubMed PMID: 1001847; PubMed central PMCID: PMC4488322.
 48. Ortiz A., Burdiles P. Consentimiento informado.2010 julio 21(4). DOI: 10.1016/S0716-8640(10)70582-4
 49. Danyllo do Nascimento S., Lima J., Tavares R. Privacidad y confidencialidad de los usuarios en un hospital general. Revista de Bioética [internet] 2017, [citado 13 de febrero 2019]; 25 (3): 285-95. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n3/es_1983-8042-bioet-25-03-0585.pdf
 50. Ortega C., Lopez C., Romani F. Percepción y satisfacción de las usuarias de hospitales públicos de Ciudad de Panamá sobre el tacto vaginal durante el trabajo de parto. [internet] 2019 agosto, [citado 13 de febrero 2019]; 13(2): 1-7. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v13_n2/pdf/a06v13n2.pdf
 51. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto: Guía para obstetras y médicos [internet]. 2003 [Citado 18 noviembre 2016]; 1:438. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_sp_a.pdf?ua=1
 52. Ministerio de salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [internet]. 2004 [Citado 18 noviembre 2016]; [aprox. 273p.] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dqsp/63_guiasnac.pdf
 53. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Argentina: El Ateneo; 2007 [Citado 11 noviembre 2016]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=qaVhDAAAQBAJ&pg=PT507&dq=schwarcz++obstetricia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiCno2q4LLQAhVC6CYKHaO0DmsQ6AEIJAC#v=onepage&q=schwarcz>
 54. Ballesteros C, López MD, Martínez C. La exploración vaginal durante la asistencia al parto. Revista Científica de Enfermería [internet]. 2012 mayo [Citado 18 noviembre 2016]; (4): [aprox. 14p.]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44870/1/RECIEN_04_05.pdf

55. Guillén FF. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. Dilemata [internet]. 2015 [Citado 18 noviembre 2016]: 7 (18) 113-128: [aprox. 16p.]. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44870/1/RECIEN_04_05.pdf
56. Becerra N, Maniobra kristeller: una revisión de su práctica. Revista peruana de obstetricia y enfermería. [internet]. 2016 agosto [Citado 18 noviembre 2016]; [aprox. 9p.]. Disponible en:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/751/589>
57. Valdez R, Salazar Y, Rojas A, Arenas L. El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. Conamed [internet]. 2016 julio [Citado 18 noviembre 2016]; 21(1): [aprox. 7p.]. Disponible en:
www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/.../475
58. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes: EMC-Ginecología-Obstetricia 2014 junio, 50(2):1-17. [Citado 18 noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X14673343>
59. Camargo M, Ramirez M, Lanza L. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. 2014 setiembre. [Citado 18 noviembre 2016]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/html/279/27937090009/>
60. Martinez G., Valenzuela P., Vazquez G. Operación cesárea. Una vision histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. 2015 mayo. [Citado 18 noviembre 2018]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
61. Rojas M. La violencia obstétrica como violación de los derechos humanos de la mujer y su situación en Chile. El caso de Lorenza Cayuhán. 2017 Politicas Publicas y Derechos Humanos. [Citado 18 noviembre 2018]. Disponible en:
http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/Publicaciones_FunHD/Revista%20Solonik/Revista%20Solonik%20N%C2%B03%20Julio%202018.pdf#page=49
62. Real Academia Española Diccionario. abandonar. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=01yxXv6>
63. Hernandez L., Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. CONAMED 2001julio. (20) 9. [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en :
<http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2001/con013f.pdf>

64. Ramirez J., Ocampo R., Perez I. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. 2011 [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en :
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
65. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 (4). [internet]. Disponible en:
<https://www.cochrane.org/es/CD003766/apoyo-continuo-para-las-mujeres-durante-el-parto>
66. Fraguas L. La autonomía como capacidad y como derecho. 2004 [internet]. [citado 13 febrero 2019]; disponible en:
<http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/laautonomia.htm>
67. Ministerio de salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [internet]. 2004 [Citado 18 noviembre 2016]; [aprox. 273p.] Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
68. Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata [internet]. 2015 abril [Citado 19 noviembre 2016]; 7(18):93-111: [aprox. 19p.]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106936.pdf> .
69. No a la discriminación por un trato igualitario. [internet]. 2004 [Citado 18 febrero 2019]; [aprox. 273p.] Disponible en:
http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/Cartilla_230908_A_03_FINAL_291108_finalfinal.pdf
70. Diseño curricular nacional de educación básica regular. [internet]. 2004 [Citado 20 febrero 2019]; Disponible en:
<http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/DisenoCurricularNacional.pdf>
71. Instituto Nacional de Estadística e Informática. estado civil [internet]. 2011 [Citado 20 febrero 2019]; Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0044/C6-6.HTM
72. Real Academia Española Diccionario. Procedencia. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 20 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=VhQ2pWs>
73. Salecianos Trinidad. Características de la vida rural y urbana. 2009 Madrid, España [internet]. [citado 20 febrero 2019]; disponible en:

- <https://socialpcpi2.files.wordpress.com/2010/02/bloque-vi-lugares-distintos.pdf>
74. Instituto Nacional de Estadística. Escala de Graffar Modificado. Venezuela. [internet]. [citado 20 febrero 2019]; disponible en:
http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&id=156&Itemid=38&limit_start=3
75. Real Academia Española Diccionario. idioma. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 20 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=KuMp7nw>
76. lenguas del Perú. 2013 abril. [internet]. [citado 20 febrero 2019]; disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/135751555/Lenguas-del-Peru-pdf#download>
77. Real Academia Española Diccionario. edad. 2019 Madrid, España [internet]. [citado 20 febrero 2019]; disponible en:
<https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
78. Cunningham FG, Dashe JS, Hoffman BL, editors. Williams obstetricia. 24° ed. Mexico: McGrawHill; 2015
79. Organización Mundial de la Salud. personal de la salud [internet]. [citado 27 febrero 2019]; disponible en:
https://www.who.int/topics/health_workforce/es/
80. Patiño JF. El profesionalismo médico. 2004: 19(3) [internet]. [citado 27 febrero 2019]; disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v19n3/v19n3a2.pdf>
81. Colegio de obstetras del Perú. obstetra. [internet]. [citado 27 febrero 2019]; disponible en:
<http://colegiodeobstetrasdelperu.org/>
82. Elizalde. La importancia de la medicina crítica en el internado de pregrado. 2018;32(3):120 [internet]. [citado 27 febrero 2019]; disponible en:
<http://www.mediagraphic.com/pdfs/medcri/ti-2018/ti183a.pdf>
83. Interno de onstetricia. EcuRed. [internet]. [citado 27 febrero 2019]; disponible en:
<https://www.ecured.cu/Obstetricia>
84. Centro de formación Técnica. Técnico de enfermería. [internet]. [citado 27 febrero 2019]; disponible en:
<http://enac.cl/web2018/carrera/salud/tecnico-en-enfermeria/>
85. Diario el peruano. Decreto Supremo que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021”. Perú. 12 julio 2016; secc II,e. Disponible en:
<http://busquedas.elperuano.com.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-nacional-contra-la-viol-decreto-supremo-n-008-2016-mimp-1408988-1>

86. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú: 2018. Vol 27 [citado 26 marzo 2019]. disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/26.pdf>
87. Hospital Regional del Cusco, Servicio de Obstetricia: Registro del CLAP; 2018 marzo. 210 pag.
88. Diamond S, Sudhinaraset M, Melo J. The relationship between wome's experiences of mistreatment al facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. Midwifery: estudio transversal. BMC. 2016 junio 40:114–123. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.014. PubMed PMID: 27428107.
89. Sando D, Ratcliffe H, Donald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of distrespect and abuse during facility based childbirth in urban Tanzania: estudio transversal. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 agosto 16:236. doi: 10.1186/s12884-016-1019-4. PubMed PMID: 27543002; PubMed central PMCD: PMC4992239

ANEXO N° 1

ENCUESTA:

DATOS SOBRE LOS FACTORES ASOCIADOS

¿Cuál es su edad?

¿Cuántos hijos tiene?

¿Cuál es su procedencia?

- () Zona rural
- () Zona urbana

¿Cuál es su lenguaje que usa con más frecuencia?

- () Castellano
- () Quechua

¿Cuál es su nivel de instrucción?

- () Analfabeta
- () Primaria
- () Secundaria
- () Superior técnico
- () Superior universitario

¿Cuál es su estado civil?

- () Soltera
- () Casada
- () Divorciada
- () Viuda

¿Qué tipo de parto tuvo?

- () Parto vaginal
- () Parto cesárea

¿Quién le faltó el respeto?

- () Médico
- () Obstetrix
- () Interno de obstetricia
- () Interno de medicina
- () Personal técnico

DATOS SOCIOECONÓMICOS SEGÚN LA ESCALA DE GRAFFAR MODIFICADO

¿Cuál es su grado de instrucción del jefe de la familia?

- () Superior Universitario.
- () Superior técnico.
- () Empleado sin profesión
- () Obrero con primaria completa
- () Obrero sin primaria completa

¿Cuál es su grado de instrucción de la madre?

- () Superior Universitario.
- () Superior técnico.
- () Secundaria incompleta.
- () Primaria
- () Analfabeta

¿Cuál es el principal ingreso de la familia?

- () Herencia
- () Ganancia
- () Sueldo mensual
- () Salario semanal
- () Donación pública

¿Cuál son sus condiciones de alojamiento?

- () Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
- () Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos sin exceso y suficientes espacios.
- () Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
- () Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
- () Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

PUNTAJE	CLASE	DENOMINACIÓN
4-6	I	Estrato alto
7-9	II	Estrato medio alto
10-12	III	Estrato medio bajo
13-16	IV	Estrato bajo
17-20	V	Estrato pobreza extrema

ENCUESTA “VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

Según el estudio planteado por Bowser D, Hill K. “Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility Base Childbirth: Report of a Landscape Analysis Traction Project”.

	Si	No
¿Usaron la fuerza con usted? (Golpeado, palmeado, pellizcado)		
¿Sujetaron alguna extremidad?		
¿Utilizaron un lenguaje duro y grosero con usted? (Gritos, regaños, burlas, sobrenombres)		
¿La amenazaron para que colabore con algún procedimiento? Ejm: deja de gritar volverás sordo a tu bebe, puja bien sino iras a cesárea, sigue pujando sino su cabeza de tu bebe saldrá mal, Colabora señora, sino tu bebe se morirá, etc.		
¿La culparon por algún resultado no conveniente? Ejm: la cabeza de tu bebe esta deforme porque no pujaste bien, estas sangrando porque usted no colabora, etc.		
¿Usted sintió que la discriminaron? Ejm: por su edad, por su lenguaje, por su forma de vestir, etc.		
¿Usted autorizó y le explicaron previamente el procedimiento médico y/o quirúrgico que el realizaron? Ejm: para la cesárea, episiotomía/episiografía.		
¿Usted escucho que el personal de salud divulgo su enfermedad? Ejm: ¡La señora sangro un montón, casi nos volamos la vejiga!		

La paciente tiene una enfermedad contagiosa.		
¿Los tactos vaginales fueron frecuentes y por diferentes personas?		
¿Le aplastaron su abdomen cuando usted estaba pujando?		
¿Cuándo le realizaron la episiotomía sintió dolor?		
¿Cuándo le realizaron la episiorrafia sintió dolor?		
<p>¿Usted sintió que la abandonaron:</p> <p>Ejm: largas esperas para su atención en centro obstétrico, ayuno prolongado, abandono durante los dolores, durante la monitorización de su bebe.</p>		
<p>¿Usted considera que la comunicación con el personal de salud fue buena?</p> <p>Ejm: resolvieron sus dudas, le respondieron con amabilidad, comprendió las indicaciones o tuvo problemas de lenguaje e interpretación.</p>		
<p>¿Usted sintió falta de apoyo por parte del personal de salud?</p> <p>Ejm: le ayudaron para ir a los servicios higiénicos, deambular o levantarse cuando usted estaba con dolores.</p>		
<p>¿Se respetó su decisión?</p> <p>Ejm: en relación al tipo de parto de su preferencia, consumir alimentos antes del parto vaginal. La obligaron a echarse para el parto, no respetando su decisión de parto vertical.</p>		
<p>¿Usted sintió falta de condiciones y limitaciones en el HRC?</p> <p>Ejm falta de privacidad (había muchas personas y estaba descubierto sus mamas durante el parto y no había persianas). Considera que la infraestructura fue adecuada. Le permitieron un acompañante durante el parto.</p>		

Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis Traction Project. Translating research into action

ANEXO N° 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Cusco”

Estimada paciente, antes de empezar te pido que me escuches atentamente.

Previo un cordial saludo, soy estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco, estoy llevando a cabo una encuesta que pretende conocer el trato durante el parto hacia las mujeres, que tiene como objetivo: determinar los Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, teniendo los resultados se mejorará la atención, bajo parámetros humanista.

La encuesta es **ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL**.

Le agradezco que responda a las preguntas de acuerdo a su realidad en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Esto no es una prueba, no hay respuestas correctas ni incorrectas, usted puede especificar la experiencia vivida.

Espero que la encuesta le parezca interesante. Si tiene alguna duda hágamela saber, yo estaré presta para aclarar sus dudas

Instrucciones:


Escuche las preguntas con atención y hágame saber su respuesta. Así, por ejemplo

	SI	NO
¿Su mascota favorita es el perro?		

ANEXO N° 3

TRAMITE DOCUMENTARIO

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

 **Gobierno Regional CUSCO**

Gobierno Regional CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

 **MINISTERIO DE SALUD**


"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"
"Cusco, Capital Arqueológica de América"

Cusco,
DRSC.PROV.N° -2019 – HRC. DE.




DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco.
A : Señorita Yerit Orealiz Orcotorio Quispe.
ASUNTO : Autorización de Aplicación de Trabajo de Investigación.
REF. : Exp. 359.

Visto el documento que antecede de acuerdo a la opinión favorable del Comité de Investigación, opinión favorable del Comité de Ética, de Jefatura del Departamento de Ginecología, y de la Unidad de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del Instrumento de trabajo de Investigación, intitulado "Factores asociados a Violencia Obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019". Debiendo acogerse al horario y normas de la Institución.

Atentamente,


Rafael A. Pardo de Hilaros
MÉDICO GINECOLOGO
CAP. 35742 RNE 48993
JEFE TURNO CAPACITACION

C.C. Archivo
FHR/.

Av. La Cultura s/n Telf.: 227661 – 231131 Emergencia Telf.: 223691 CUSCO - PERU
 hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe  www.hospitalregionalcusco.gob.pe
 Hospital Regional Cusco / Hospital Reg Cusco

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE INVESTIGACIÓN

FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2019

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p>PG: ¿Cuáles son los factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?</p> <p>PG1: ¿Qué tipos de violencia obstétrica durante el parto prevalecen en las mujeres atendidas en el Servicio y Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?</p> <p>PG2: ¿Qué factores maternos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?</p> <p>PG3: ¿Qué factores sociodemográficos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?</p> <p>PG4: ¿Qué factores del personal de salud están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019?</p>	<p>OG: Determinar los factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio y Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.</p> <p>OG1: Determinar qué tipos de violencia obstétrica durante el parto prevalecen en las mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.</p> <p>OG2: Determinar si los factores maternos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.</p> <p>OG3: Determinar si los factores sociodemográficos están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.</p> <p>OG4: Determinar si los factores del personal de salud están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.</p>	<p>HG: Los factores maternos, del personal de salud y sociodemográficos, están asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE Violencia obstétrica</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>Factores maternos. Número de hijos Tipo de parto.</p> <p>Factores del personal de salud Médico. Obstetra. Interna de obstetricia. Interno de medicina. Técnico de enfermería.</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>Factores sociodemográficos. Edad materna Nivel de instrucción Estado civil Lugar de procedencia Nivel socioeconómico Idioma</p>	<p>Violencia obstétrica (tipos) - Violencia verbal - Violencia física - Discriminación - Incumplimiento con estándares profesionales de atención. - Mala interrelación personal de salud-paciente. - Condiciones y limitaciones</p> <p>Número de hijos de la paciente.</p> <p>Tipo de parto.</p> <p>Violencia por parte del personal de salud.</p> <p>Edad en años cumplidos Nivel de instrucción.</p> <p>Estado civil.</p> <p>Lugar de procedencia según zona geográfica.</p> <p>Estrato socio económico.</p> <p>Idioma.</p>	<p>Tipo de investigación El presente estudio de investigación es de tipo analítico, transversal Diseño de la investigación diseño observacional Población y muestra La población de estudio, está conformada por las pacientes en su segundo día de puerperio que tuvieron parto institucional (vaginal y cesárea) en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco en el año 2019. Criterios de inclusión - Pacientes en su segundo día de puerperio. - Puérperas atendidas por parto institucional (vaginal y cesárea). - Puérperas que acepten participar previa firma del consentimiento.</p> <p>Criterios de exclusión - Puérperas con discapacidad auditiva y del habla. - Puérperas con antecedentes psiquiátricos. - Puérperas de óbito fetal. - Puérperas con parto domiciliario y/o en trayecto.</p> <p>Tamaño de muestra El tamaño de muestra será 66 puérperas mediatas del segundo día</p>	<p>La recolección de datos fue por medio de la encuesta, previo consentimiento informado de la paciente, en caso que sea menor, los padres brindaron el consentimiento.</p> <p>Plan de análisis</p> <p>Los datos a analizarse son en su mayoría nominales, en el caso de las variables que se recolectaron en la escala de razón, serán categorizados para el análisis univariado, se representará la población de estudio mediante tablas de frecuencia. Para el plan de análisis bivariado, se realizará tablas de 2x2</p>

PRESENTADO POR: YERIT OREALIZ ORCOTORIO QUISPE