

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUÉRPERAS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2019

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. SHIRLEY LIZBETH HUARINO SUCA

Para optar el Título Profesional en:

LICENCIADO EN OBSTETRICIA

TACNA – PERÚ

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUÉRPERAS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2019**

TESIS

Presentada por:

Bach. SHIRLEY LIZBETH HUARINO SUCA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN OBSTETRICIA

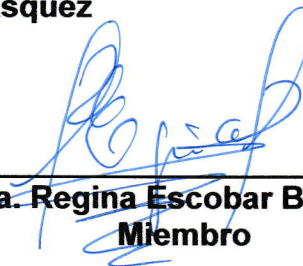
Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



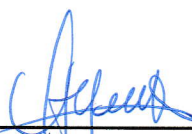
Dra. Rinna Pilco Velásquez
Presidente



Dra. Carmen Linares Torres
Secretaria



Dra. Regina Escobar Bermejo
Miembro



Dra. Olga Choque Chura
Asesora de Tesis

DEDICATORIA

A Dios, a quien le debemos nuestra existencia y es guía en nuestro camino.

A Nancy y Rubén, mis padres, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo, han hecho posible mi educación.

A Brianna, Keytlin y Arnold, por ellos no me rendí.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, a través de la Escuela Profesional de Obstetricia, por permitir mi formación, a mis docentes, por compartir sus valiosos conocimientos y las mejores experiencias como profesionales, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación y apoyo.

Mi sincero agradecimiento a mi asesora, la Dra. Olga Choque Chura, por toda su paciencia, interés y sabios consejos.

A mi coordinadora de internado, la Obsta. Gianna Flores Guevara, por su apoyo incondicional y su valiosa amistad.

A mis obstetras guías durante el internado, en especial a la Obsta. Elizabeth Rojas Salas, mi maestra, por su cariño, confianza en mi persona y por todo lo que me ha enseñado.

A mi amiga casi hermana Lizbeth, por siempre brindarme su apoyo en todo sentido. Y a Jhordy, por su apoyo emocional durante el tiempo que escribía esta tesis.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	3
1.1.1. Antecedentes del problema	3
1.1.2. Problemática de la investigación	5
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación e importancia	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.2. Bases Teóricas	14
2.3. Definición de términos	18

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	21
3.2. Población y muestra	21
3.3. Operacionalización de variables	23
3.4. Técnicas e instrumentos para recolección de datos	28
3.5. Procesamiento y análisis de datos	28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	29
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Características sociodemográficas de las puérperas atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	30
Tabla 2	Paridad de las mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	32
Tabla 3	Desinformación sobre procedimientos en las puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	33
Tabla 4	Desinformación sobre el tacto vaginal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	34
Tabla 5	Desinformación sobre la ruptura de membranas en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	35
Tabla 6	Desinformación sobre la episiotomía en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	36

Tabla 7	Desinformación sobre la revisión uterina en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	37
Tabla 8	Personal de salud que procedió sin consentimiento en la atención de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	38
Tabla 9	Trato deshumanizado en las puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	39
Tabla 10	Acompañamiento en puérperas atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	40
Tabla 11	Personal de salud involucrado con maltrato en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	41
Tabla 12	Medicalización en puérperas atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	42
Tabla 13	Tipo de dieta en las puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019	43

Tabla 14	Deambulaci3n o cambio de posici3n en pu3rperas de parto vaginal en el Hospital Hip3lito Unanue de Tacna, 2019	44
Tabla 15	Posici3n de parto vaginal en pu3rperas atendidas en el Hospital Hip3lito Unanue de Tacna, 2019	45
Tabla 16	Personal de salud que realiz3 ruptura de membranas en la atenci3n de parto vaginal en el Hospital Hip3lito Unanue de Tacna, 2019	46
Tabla 17	Personal de salud que realiz3 episiotom3a en la atenci3n de parto vaginal en el Hospital Hip3lito Unanue de Tacna, 2019	47
Tabla 18	Contacto precoz en pu3rperas de parto vaginal en el Hospital Hip3lito Unanue de Tacna, 2019	48
Tabla 19	Personal de salud que realiz3 maniobra de Kristeller en la atenci3n de parto vaginal en el Hospital Hip3lito Unanue de Tacna, 2019	49

RESUMEN

La presente investigación tiene por Objetivo: determinar la violencia obstétrica que se ejerce en las mujeres con parto vaginal atendido en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo Agosto – Noviembre del año 2019. El estudio obedece a un tipo descriptivo; prospectivo, de corte transversal, con diseño no experimental. Métodos: la muestra estuvo constituida por 250 usuarias atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del HHUT, que cumplieron con los criterios de selección, cuyo muestreo fue no probabilístico, por conveniencia; los datos fueron procesados en SPSS versión 23. Resultados: el 57,6% eran mujeres adultas (30-45 años), 74,4% tenían estudios secundarios, 65,5% eran convivientes, 60,8% proviene de la región costa y 86% vive en zona urbana. Además el 55,6% eran multíparas. Existe desinformación y falta de consentimiento en un 7,6% y 12,8% respectivamente, el trato deshumanizado es protagonizado por el personal técnico en enfermería con un 13,2%, la falta de acompañamiento en el parto con 90,4% y la posición de litotomía en un 77,2%. Conclusión: existe violencia obstétrica en las puérperas, bastó que se presente una sola forma de conducta, acción u omisión que afecte el proceso gestacional para que se establezca la violencia obstétrica.

Palabras clave: Violencia, Violencia Obstétrica y Personal de Salud.

ABSTRACT

The objective of this research is: to determine the obstetric violence that is exercised in women with vaginal birth attended in the Gyneco-obstetrics service of the Hospital Hipólito Unanue in Tacna during the period August - November of the year 2019. The study obeys a type descriptive; prospective, cross-sectional, with non-experimental design. Methods: the sample consisted of 250 users attended in the Gynecology-Obstetrics service of the HHUT, who met the selection criteria, whose sampling was non-probabilistic, for convenience; the data were processed in SPSS version 23. Results: 57,6% were adult women (30-45 years), 74,4% had secondary education, 65,5% were cohabitants, 60,8% came from the coastal region and 86% live in urban areas. Furthermore, 55,6% were multiparous. There is misinformation and lack of consent in 7,6% and 12,8% respectively, dehumanized treatment is carried out by technical nursing personnel with 13,2%, lack of accompaniment during delivery with 90,4% and the lithotomy position by 77,2%. Conclusion: there is obstetric violence in puerperal women, it was enough that there is only one form of conduct, action or omission that affects the gestational process for obstetric violence to be established.

Keywords: Violence, Obstetric Violence and Health Personnel.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la violencia obstétrica es una forma de violencia hacia la mujer, convirtiéndose en un problema de salud pública y una violación grave de los derechos humanos de las mujeres. La Organización de las Naciones Unidas Mujeres revela que en el último año, antes de la pandemia, 243 millones de mujeres del mundo fueron víctimas de violencia ¹. En el Perú, durante el año 2019, el 57,7% de mujeres fue víctima de violencia psicológica, física y sexual alguna vez en su vida, cifra menos en 5,5% en comparación con el año 2018 ², en la región de Tacna se ha presentado reportes de que el 35,2% (2015), el 33,4 (2016) y el 26,9% (2017) de las mujeres fueron víctimas de violencia psicológica, física y/o sexual, alguna vez en su vida ³, entre las formas de violencia destaca la violencia psicológica y/o verbal ². La violencia obstétrica ha sido afirmada por organismos internacionales y nacionales de derechos humanos, como una problemática que afecta principalmente a las mujeres por su condición de vulnerabilidad en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, actualmente la violencia obstétrica es una de las manifestaciones de violencia menos reconocida en nuestro país, el Plan Nacional contra la violencia de género 2016-2021 sólo menciona el término violencia obstétrica, mas no amplía el tema, a pesar de merecer un abordaje mayor en su totalidad, no existen leyes precisas que sancionen actos de violencia durante el parto, no se han diseñado políticas públicas ni se han designado presupuestos específicos para abordar este tema; todo lo anterior, refleja una falta de actuación por parte del Estado. A nivel académico, no se han publicado estudios que describan los factores, causas y/o consecuencias de esta problemática.

Es por ello que nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Existe violencia obstétrica en puérperas de parto vaginal del Hospital Hipólito Unanue? En Tacna, no se han publicado estudios que aborden la violencia obstétrica como tal, en este contexto el presente trabajo de investigación pretende determinar la existencia de violencia obstétrica en las puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el 2019, conocer esta realidad nos permitirá en un futuro asegurar la salud mental de las gestantes y puérperas, y de alguna manera podríamos disminuir el riesgo de desapego o depresión postparto, y por lo tanto generar un proceso gestacional saludable. De igual manera, buscar y proponer futuros cambios o estrategias sobre un tema tan importante, para diseñar y aplicar políticas públicas que disminuyan la tasa de violencia en nuestro país y mejorar las condiciones de atención a nivel nacional y regional.

El informe final de investigación está estructurado de la siguiente manera: El Capítulo I corresponde al planteamiento del problema, el Capítulo II comprende el marco teórico y en el Capítulo III se planteó el marco metodológico de la investigación. Los resultados y la discusión de los mismos se encuentran en los Capítulos IV y V, respectivamente. Seguidamente, las conclusiones del estudio en base al procesamiento de datos y un conjunto de recomendaciones que posibilitan intervenir en la situación problemática. Finalmente, se menciona las referencias bibliográficas utilizadas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

1.1.1. Antecedentes del problema

La violencia obstétrica se convierte en un problema de salud pública a nivel mundial, teniendo una literatura internacional que sugiere que este maltrato a las gestantes en los establecimientos de salud debe abordarse con el fin de mejorar la atención obstétrica, prevenir situaciones de depresión u otras consecuencias lamentables en las pacientes puérperas y disminuir la tasa de violencia en general.

En España, un estudio menciona el 34% de mujeres opinaron que habían sufrido violencia obstétrica y que la atención obstétrica es deficitaria, desde el punto de vista científico y biomédico, pasando por encima del respeto a la dignidad, privacidad y a la autonomía de las mujeres. Esto, a pesar de que en el 2007 fue publicada la Estrategia de la Atención al Parto Normal, y a partir de ese entonces sus recomendaciones debieron haber sido consideradas ⁴.

En América Latina, existen leyes relacionadas contra la violencia obstétrica en países como Venezuela, Argentina, México, Brasil, y Uruguay. En estos países la violencia obstétrica se considera un tipo de violencia basada en el género y una violación de los derechos humanos relacionados con la salud reproductiva ⁵.

El primer país en el mundo en usar el término de “violencia obstétrica” fue Venezuela en el 2007, al aprobar la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” prevé sanciones administrativas para los ejecutores de este tipo de violencia. Argentina, en el 2004 aprobó la “Ley del Parto Humanizado” y en el 2009, la “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, en la que se involucra, no sólo a los profesionales que intervienen en el parto, sino también a todo el personal que labora en un servicio y tiene trato con la mujer gestante. En México rige una orden de carácter federal, “La Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia”, su objetivo, según declara en su artículo 1, es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres ^{5,6}.

En nuestro país, en un estudio realizado en el Hospital Sergio Bernales Sevillano se observó que 70,8% de los obstetras y ginecólogos realizaban prácticas inadecuadas relacionadas a la atención del parto humanizado ⁷. Esto posiblemente se deba a que el personal sanitario asume un rol estrictamente funcional sin tomar en cuenta las emociones, creencias y costumbres de la mujer parturienta, a pesar de que el Estado peruano cuenta con una “Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural”.

En Tacna, las gestantes suelen negarse a tener un parto en el Hospital Hipólito Unanue, manifestando que las razones son la mala atención por el personal de salud, la indiferencia de los mismos, el común corte del periné, el impedimento de acompañamiento en el parto, la prohibición de consumir alimentos tradicionales, entre otros, lo que evidencia una clara violación a los derechos de la gestante y puérpera.

1.1.2. Problemática de la investigación

La violencia obstétrica implica todo lo descrito anteriormente, un abuso de medicalización, trato deshumanizado y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir sobre sus cuerpos y sexualidad. Es una violencia que no se percibe desde el actuar de los profesionales de salud; ya que, es ejercida y considerada normal; las gestantes en trabajo de parto, muchas veces ni siquiera saben que sus derechos han sido vulnerados ⁸.

A veces, toda esta situación es justificada por parte del personal sanitario, argumentando falta de tiempo, estrés, sobrecarga asistencial, falta de medios materiales e infraestructuras. También se defiende la teoría de “casos puntuales”, según la cual sería muy poco habitual que una mujer sufriera violencia obstétrica en un hospital público o privado. Algunos incluso, no reconocen la existencia de este tipo de violencia como un problema de salud pública, o justifican que tal acción se dio priorizando la salud del niño por nacer al atender el parto como una emergencia obstétrica.

Estas prácticas, en algunos casos, afectan a la mujer, hasta el punto de llegar a temer la atención obstétrica que se brinda en los establecimientos de salud de nuestro país. Esto a su vez, disminuiría la disposición de las mujeres en buscar un parto institucional en su siguiente embarazo, aumentando así el riesgo de morbilidad materna, en especial en casos de bajos o medianos ingresos, en los que ese temor se suma a otras barreras de acceso como la falta de información y distancia.

Considerando la problemática descrita anteriormente, y el estudio realizado en Tacna sobre violencia que menciona que las formas de agresión más frecuentes: los gritos e insultos, indiferencia, rechazo, desvalorización y la humillación ³; se planteó la siguiente investigación, con la finalidad de identificar la violencia obstétrica sobre las pacientes atendidas en el principal nosocomio público de nuestra ciudad y con mayor acogida, que ofrece atención de parto institucional a una población con diversidad cultural.

1.2. Formulación del problema

Por lo anteriormente expuesto, la investigación busca responder la siguiente pregunta:

¿Existe violencia obstétrica en puérperas de parto vaginal en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019?

1.3. Justificación e importancia

Es importante y conveniente hablar sobre violencia obstétrica porque es un tema relevante y actual, que afecta a la salud mental de las personas y por tanto lleva a un problema de salud pública porque la violencia obstétrica tiene repercusión en la madre, el niño o niña y en la familia.

Los resultados de la presente investigación, nos permitirá realizar recomendaciones hacia el personal de salud para evitar violencia obstétrica. Los beneficiarios serán las mujeres, al tener una atención sin violencia, se asegura su salud mental, se evita cualquier repercusión en el niño/a o en la familia y cualquier complicación obstétrica podrá ser abordada oportunamente para lograr disminuir la morbimortalidad tanto en la madre como en el neonato.

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

La importancia académica del estudio radica en el hecho que el presente informe servirá para evidenciar este problema y proponer un programa preventivo de violencia obstétrica, el aporte está en proponer la inclusión del tema de violencia obstétrica en los cursos del plan de estudios de la Escuela Profesional de Obstetricia de nuestra casa de estudios.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la violencia obstétrica en púerperas de parto vaginal en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar la desinformación y falta de consentimiento en la atención obstétrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.
- b) Evidenciar el trato deshumanizado en la atención obstétrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.
- c) Demostrar la medicalización y patologización en la atención obstétrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Iglesias, S. Conde, M. Gonzáles, S. Parada, E. (España, 2019)
¿Violencia Obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. Este estudio descriptivo retrospectivo utilizó una encuesta online anónima difundida a través de redes sociales sobre la atención recibida durante su proceso obstétrico. Se obtuvo una muestra de 17 677 respuestas. La atención por parte de los sanitarios obtuvo una nota media de 6,9 sobre 10. El 45,8% de las mujeres opinaron que los sanitarios no solicitaron su consentimiento informado antes de cada técnica realizada y el 49% que no tuvieron posibilidad de aclarar dudas o expresar miedos. El 38% percibieron que durante el parto recibieron procedimientos que no necesitaban y/o podían ser perjudiciales para su salud. El 34% de las mujeres opinaron que habían sufrido violencia obstétrica ⁴.

Castillo Ulloa, Luis Miguel (Ecuador, 2017) *Frecuencia y caracterización de violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo. 2017.* Estudio realizado con el objetivo de determinar la frecuencia y características de violencia obstétrica en usuarias atendidas en área de hospitalización de Gineco-Obstetricia de mencionado hospital. Los principales resultados: 64,61% de usuarias refirieron haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica. La edad media fue de 25,4 años, el grupo de pacientes que estuvieron más expuestas a la misma fueron las mujeres con edades de 20 años o menos con un 32,1% y sólo el 6,9% conocían el término de violencia obstétrica. Según los tipos de violencia obstétrica, el 48,8% refirió violencia contra el cuerpo femenino y el 51,2% no la presentó, el 43,8% sufrió violencia de comunicación frente a un 56,2%; el 16,9% violencia en la prestación de servicios versus un 83,1% quienes indicaron que no la sufrieron, un 17,3% indicó violencia en contra de los derechos, finalmente un 41,9% de usuarias presentaron violencia en relaciones de poder contra un 58,1% que refirieron no haber estado expuestas ⁹.

Figuroa, O. Hurtado, R. Valenzuela, D. Bernal, J. Duarte, C. Cazares, F. (México, 2017) *Violencia Obstétrica: Percepción de las usuarias sonorenses.* Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo. El tipo de muestreo fue por conveniencia a través de bola de nieve, se incluyeron 45 participantes. La recolección de datos fue mediante el Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños, adaptado a población mexicana, consta de 11 preguntas dicotómicas. Se obtuvo como resultado que el 37,7% de las mujeres encuestadas percibieron algún tipo de violencia obstétrica por parte del personal de salud. Un 51,1% de las usuarias recibió la orden de no deambular, el 44,4% percibieron críticas por llorar o gritar, 37,8% sintió imposible manifestar miedos o inquietudes, a un 28,9% se les llamó por sobrenombres o diminutivos, 26,7% fue impedido de cambiar de posición y tener contacto con el recién nacido; y el 22,2% recibieron comentarios irónicos, descalificantes y chistes durante su atención hospitalaria. En conclusión, si bien, los porcentajes mayores no se inclinan por

lo afirmativo en cuestión de acciones consideradas como actos de violencia obstétrica, es preciso destacar que dichos actos están presentes en porcentajes considerables ¹⁰.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Orcotorio Quispe, Yerit Orealiz (Cusco, 2019) *Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019.* Es un estudio analítico transversal prospectivo, en el cual la muestra estuvo conformada por todas las pacientes de parto institucional en el Hospital Regional del Cusco, el tiempo empleado fue hasta completar el tamaño muestral de 65 pacientes. Se utilizó el cuestionario que propone Bowser y Hill, obteniendo como principales resultados que, los tipos de violencia que predominan son incumplimiento con los estándares profesionales en un 83,6%; mala interrelación personal de salud-paciente 74,6% y violencia verbal 62,7%. Además, el personal técnico en enfermería 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 asoció 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 ¹¹.

Paucar Briones, Rosa del Carmen (Cajamarca, 2018) *Violencia Obstétrica: Percepción de las gestantes en trabajo de parto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017.* El estudio fue de tipo descriptivo, realizado en 114 gestantes en trabajo de parto. Se identificó que el mayor porcentaje de gestantes pertenecieron al grupo etario de 20-24 años en 33,3%; en su mayoría tuvieron secundaria completa en 22,8%; mayormente convivientes en 82,5%; y procedentes de la zona urbana en 55,3%. Las mujeres identificaron algunas formas de violencia obstétrica durante el trabajo

de parto como el hecho de no ser llamadas por su nombre 6.1%; criticadas por llorar o gritar de dolor 3,5%; se les impidió el acompañamiento 92,5%; percibieron la presencia de estudiantes 49,1%, aceleraron su trabajo de parto con oxitocina 26,3%; sometidas a tactos vaginales reiterados 5,3%; compresión de abdomen en el momento de los pujos 13,2%; práctica de episiotomía sin comunicarles 47,4%; no eligieron la posición para el parto 27,2%; fueron culpadas por resultados negativos del parto 3,5%; la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, inseguras y culpables 3,5%. Se llegó a la conclusión que las gestantes percibieron diferentes formas de violencia obstétrica ¹².

Cerpa, C. Velásquez, M. (Arequipa, 2015) *Violencia obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril-Junio 2015.* Para este estudio se realizó una entrevista basada en una encuesta de 14 preguntas a 306 mujeres en el postparto inmediato, llegando a los siguientes resultados: el 98,4% de las puérperas sufrieron de Violencia Obstétrica, en un grado alto, mediano y bajo con 4,6%; 57,2% y 36,6% respectivamente. En cuanto a los tipos de Violencia Obstétrica, la violencia física representa un 30,4%; violencia psicológica un 4,2%; ambos tipos de violencia 63,7% y sin violencia 1,6%; en cuanto al personal de salud que comete violencia obstétrica se encontró que obstetras y médicos residentes son los que inciden más con un porcentaje de 39% y 24,3% respectivamente. Al cruzar las variables encontramos que en relación a edad con número de casos de violencia se encuentra que los grupos más vulnerables son de 15-22 años y 23-30 años con 38,6% cada uno; número de hijos en relación con número de casos de violencia el grupo de 1-2 hijos representa el 73,2%; grado de instrucción en relación a número de casos de violencia el grupo vulnerable son las que cuentan con estudios secundarios 50,9% y finalmente la relación entre procedencia y número de casos de violencia es de 57,2% procedentes de Arequipa ¹³.

2.1.3. Antecedentes Locales

Choque, O. Pilco, R. Flores, J. De La Macarena, L. (Tacna, 2019) *Determinantes sociodemográficos y la violencia contra la mujer Tacna Perú: un análisis retrospectivo de los datos de los centros de emergencia mujer.* El estudio tuvo como objetivo determinar la relación de los determinantes sociodemográficos y la violencia contra la mujer. Fue un estudio transversal, con una muestra de 1945 casos que realizaron denuncia. Obteniendo entre sus resultados que, la violencia psicológica es la más predominante y los determinantes del agresor asociadas a violencia psicológica fueron: edad y sexo siendo las mujeres las que realizan mayormente este tipo de violencia. Conclusiones: Según los determinantes sociodemográficos de la agredida, a mayor edad mayor riesgo de violencia psicológica, edades entre 20 y 49 años mayor riesgo de violencia física, menos de 19 años mayor riesgo de violencia sexual. Tener trabajo remunerado aumenta el riesgo de violencia. Determinantes del agresor predominantes son: edad con características similares para la violencia psicológica, física y sexual que, en la mujer, con evidencia que la mujer agrede a otra mujer ³.

Gutierrez Saire, Pilar (Tacna, 2019) *Violencia de pareja hacia la mujer y su relación con el riesgo de blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.* Fue una investigación descriptiva, correlacional, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 100 puérperas de parto vaginal y cesárea. Se determinó que, del total de las puérperas encuestadas el 94 % sufrieron algún tipo de violencia de pareja en el último año de su relación y el nivel de violencia de pareja fue; 23% leve, 62% moderada y 9% severa. Como conclusión: la violencia de pareja hacia la mujer se relaciona con el riesgo de Blues Materno moderado y leve; por lo tanto, las puérperas con estos niveles se encuentran en la mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto ¹⁴.

Maquera Vilca, Jéssica Teresa (Tacna, 2015) *Percepción de la calidad de atención del parto en gestantes en el HHUT en el periodo de Julio-Setiembre del 2014.* Se realizó una investigación no experimental, prospectiva y descriptiva, con 55 puérperas como muestra. Los resultados mostraron que el 50,91% de las mujeres están insatisfechas, el 14,55% satisfechas y el 34,54% altamente satisfechas respecto a su atención de parto en el mencionado hospital. Además, entre las conclusiones se menciona que el personal de salud no se identificó con la paciente durante las dificultades, no prestaron ayuda permanente durante el trabajo de parto y hubo una falta de información sobre los procedimientos a realizarse. Respecto a los aspectos tangibles, las pacientes señalaron estar satisfechas por los ambientes adecuados del servicio de Gineco-Obstetricia para la atención del trabajo de parto y parto ¹⁵.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Marco Conceptual

2.2.1.1. Violencia

La OMS define la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” ¹⁶.

2.2.1.2. Violencia obstétrica

Este tipo de violencia es poco tratado pero no por eso menos frecuente. Arguedas, en el 2014, define a la violencia obstétrica como “El conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio” ¹⁷.

Magnone plantea que la violencia obstétrica es. “Toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y de los procesos naturales” ¹⁸.

Bajo este término se incluyen diferentes formas de violencia, físicas y psicológicas, el hecho de ser mujer, incrementa su vulnerabilidad a sufrir este tipo de violencia.

A. Tipos de Violencia Obstétrica

Violencia Obstétrica Física: Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico ¹⁹.

Violencia Obstétrica Psicológica: Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Asimismo comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general ¹⁹.

B. Dimensiones de la Violencia Obstétrica

Desinformación: Negar el derecho de la toma de decisiones informada, dando a las parturientas información insuficiente, ninguna información o desinformando acerca de sus opciones, impidiendo el involucramiento de la madre en la toma de decisiones ²⁰.

Trato deshumanizado: Trato despersonalizado (descontextualizado) e irrespetuoso que menosprecia el valor o dignidad personal mediante acoso, hostigamiento e intimidación, así como acciones u omisiones dirigidas a ocasionar daño por parte de los responsables de la atención obstétrica ²⁰.

Medicalización y patologización de un proceso (que no es patológico en sí mismo): Excesivo uso de intervenciones médico-tecnológicas (medidas o protocolos de riesgo o emergencia obstétrica) en el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo, así como la realización de prácticas rutinarias innecesarias o sin hacedero científico ²⁰.

2.2.2. Marco Legal

2.2.2.1. Legislación Internacional

A. Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948

Consta de 30 artículos, entre ellos el derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende. No puede ser tomado como un derecho aislado, sino que debe ser comprendido desde una concepción integral de los Derechos Humanos. La existencia de este derecho obliga a los Estados a propiciar las condiciones en las cuales los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible y estas condiciones incluyen el acceso a los servicios de salud, pero también condiciones de trabajo saludables y seguras, alimentos nutritivos, trato digno y otras condiciones que muestran que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano. ²¹.

B. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva

Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la OMS que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones en esta directriz no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos ²².

C. Declaración de la OMS para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud

Para alcanzar un nivel alto de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto por la salud sexual y reproductiva, y por los derechos humanos de las mujeres ²³. Por ello, la OMS considera necesarias las siguientes acciones:

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas ²³.

2.2.2.2. Legislación Nacional

A. Plan Nacional contra la Violencia basada en género 2016-2021

Este plan de acción establece 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 ²⁴.

B. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural

Mediante Resolución Ministerial, con fecha del 21 de julio del 2016, entra en vigencia esta norma técnica, uno de sus objetivos es fomentar en todos los establecimientos de salud a nivel nacional el protagonismo de la parturienta en todas las etapas del trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar ²⁵. Esta norma propone con carácter obligatorio la información sobre las ventajas del parto en posición vertical para la madre y el/la recién nacido/a, a partir de las evidencias científicas internacionales y nacionales ²⁵.

2.3 Definición de términos

Violencia: Es el uso deliberado de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones ²⁶.

Violencia obstétrica: La violencia obstétrica es 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, durante el embarazo, parto o puerperio ¹⁹.

Trabajo de Parto: Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta ²⁷.

Parto: El parto normal, según la OMS en 1996, se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. Los periodos del parto son tres: dilatación, expulsivo y alumbramiento.

Parto vertical: Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (parada, sentada, de rodillas o de cuclillas), mientras que el profesional de la salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto ²⁵.

Ayuno: Es la acción de no ingerir ningún tipo de alimentos durante ciertas horas. La Real Academia Española define al ayuno como “abstinencia de toda comida y bebida desde las doce de la noche antecedente”. Desde el punto de vista fisiológico, el ayuno se define como la situación metabólica que se circunscribe a la mañana posterior a una noche (10 -14 horas) sin comer ²⁸.

Rotura de membranas: Se produce en forma espontánea en algún momento del parto. Se denomina amniotomía a la rotura artificial de las membranas ovulares ²⁹.

Episiotomía: Consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné ²⁹.

Contacto piel a piel: El contacto piel con piel, se ha definido como la técnica que consiste en poner al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida, aprovechando el estado de alerta tranquila del niño o niña ³⁰.

Puerperio: Comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas (42 días). Durante esa fase se producen transformaciones progresivas e orden anatómico y funcional ²⁹.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de la investigación

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal; y con un diseño no experimental, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) ³¹.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Las puérperas que han tenido su parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los meses de agosto a noviembre del 2019, siendo un total de 433.

3.2.2. Muestra

Constituida por 250 puérperas, determinadas por muestreo no probabilístico, por conveniencia y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Puérpera que acepta participar del estudio.
- Puérpera con edad de 18 a 45 años.
- Puérpera de parto vaginal atendido en el HHUT.
- Puérpera cuya evolución de trabajo de parto no presentó complicaciones.
- Puérpera con recién nacido vivo y sano.
- Puérpera que hable castellano.

Criterios de exclusión

- Puérpera que no acepta participar del estudio.
- Puérpera cuyo parto terminó en cesárea o con hijo muerto al nacer.
- Puérpera en estado crítico.
- Puérpera que se encuentre acompañada durante el desarrollo de la encuesta.

Tamaño de muestra

El tamaño de muestra se determinó de acuerdo a la tabla de error de Fisher, Arkin y Colton. (Anexo 4)

Unidad de análisis

La representa una puérpera de parto vaginal atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.3. Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Unidad/categoría	Escala
Violencia obstétrica	Desinformación y falta de consentimiento	Información de los procedimientos y tratamientos realizados. Consentimiento informado. Explicación sobre el tacto vaginal.	Siempre A veces Nunca	Nominal
		Explicación sobre ruptura de membranas, episiotomía y revisión uterina.	Si No	
		Momento en el que se brindó la explicación.	Antes Durante Después	
		Personal de salud que procedió sin consentimiento.	Médico Obstetra Enfermero/a Técnico de enfermería Interno/a 2 o más Nadie	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Unidad/categoría	Escala
	Trato deshumanizado	Reconocimiento del nombre de la paciente. Atención con amabilidad, paciencia, respeto y privacidad.	Siempre A veces Nunca	Nominal
		Acompañamiento durante el parto.	Si No	
		Tipo de maltrato.	Físico Verbal Físico y verbal Ninguno	
		Personal de salud causante de maltrato.	Médico Obstetra Enfermero/a Técnico de enfermería Interno/a 2 o más Nadie	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Unidad/categoría	Escala
	Medicalización y patologización	Uso de oxitocina u otros.	Si No No lo sé	Nominal
		Dieta	Dieta blanda Dieta líquida Ayuno menos de 6 horas Ayuno más de 6 horas	
		Deambulación y cambio de posición.	Siempre A veces Nunca	
		Posición de parto.	Acostada y con las piernas levantadas Semisentada Vertical En cuatro puntos	
		Ruptura de membranas.	Médico Obstetra Interno/a Fue espontánea	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Unidad/categoría	Escala
		Episiotomía.	Médico Obstetra Interno/a No lo hicieron	Nominal
		Contacto precoz.	Si, durante una hora Si, menos de una hora No	
		Maniobra de Kristeller.	Médico Obstetra Enfermero/a Técnico de enfermería Interno/a Nadie	

Variables intervinientes	Indicadores	Unidad/ categoría	Escala
Edad	Fecha de nacimiento.	De 18 a 29 De 30 a 45	Ordinal
Paridad	Número de partos.	Primípara Multípara	Nominal
Nivel de instrucción	Grado de estudio realizado.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Estado civil		Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Nominal
Procedencia	Lugar de procedencia.	Costa Sierra Selva Extranjero	
Residencia	Dirección de vivienda.	Urbano Rural	

Fuente: Autoestructurado

3.4. Técnicas e instrumentos para recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta a las mujeres que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, respondiendo un cuestionario de 31 preguntas de múltiple opción. La aplicación de los formularios se realizó por la autora de la investigación.

Se empleó el Cuestionario de Violencia Obstétrica-CVO, construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España en el 2016, cuyo objetivo es evaluar la percepción y experiencia de violencia durante el parto, en sus aspectos: desinformación, trato deshumanizado, medicalización y patologización; de las mujeres atendidas en un establecimiento de salud ⁴. En el presente estudio se utilizó una versión adaptada de este cuestionario, después de una prueba con 25 mujeres semejante a la del estudio, que finalmente responde a nuestros objetivos y hace posible una mejor descripción de la situación de violencia obstétrica en el HHUT. (Anexo 1)

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Las técnicas de procesamiento de datos que se utilizó fueron la estadística descriptiva y análisis exploratorio de datos. Se trabajó con el programa SPSS Statistics versión 23 y Microsoft Office Excel 2013.

Para interpretar los datos se utilizaron medidas estadísticas descriptivas y análisis exploratorio de datos. La presentación de los datos se hizo a través de tablas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de las puérperas atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Edad	Puérperas	
	N°	%
De 18 a 29 años	106	42,4
De 30 a 45 años	144	57,6
Total	250	100,0

Nivel de instrucción	Puérperas	
	N°	%
Analfabeta	2	0,8
Primaria	18	7,2
Secundaria	186	74,4
Superior	44	17,6
Total	250	100,0

Estado civil	Puérperas	
	N°	%
Soltera	37	14,8
Conviviente	164	65,6
Casada	43	17,2
Divorciada	6	2,4
Total	250	100,0

Procedencia	Puérperas	
	N°	%
Costa	152	60,8
Sierra	68	27,2
Selva	18	7,2
Extranjero	12	4,8
Total	250	100,0

Residencia	Puérperas	
	N°	%
Urbano	215	86,0
Rural	35	14,0
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la presente tabla se puede observar que las pacientes atendidas, en su mayoría pertenecieron al grupo etario de 30 a 45 años con 57,6%; mientras que un 42,4% de puérperas fueron gestantes con edades entre 18 y 29 años. Según el nivel de instrucción: el 0,8% es analfabeta, el 7,2 estudió solo primaria, la mayoría de la población entrevistada 74,4% termino la secundaria y el 17,6% estudió superior universitario o no universitario.

Luego se observa que, en cuanto al estado civil el 14,8% de las puérperas son solteras, el 65,6% convivientes, el 17,2% son casadas y un 2,4% divorciada. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas tienen estado civil conviviente.

En relación al lugar de procedencia, el 60,8% de las pacientes refieren proceder de alguna ciudad de la costa, el 27,2% provienen de la sierra, el 7,2% de la selva de nuestro país y un 4,8% proviene del extranjero.

Finalmente, el 86% de las pacientes refieren vivir en zona urbana y el 14% de las puérperas viven en zona rural.

Tabla 2

Paridad de las mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Paridad	Puérperas	
	N°	%
Primípara	111	44,4
Múltipara	139	55,6
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

Los presentes datos permiten evidenciar que el 67,5% de puérperas son primíparas, cuando fueron gestantes en trabajo de parto eran nulíparas, es decir que por primera vez daban a luz a un hijo. El hecho de ser su primer parto conlleva a tener mayor cantidad de horas en el periodo de dilatación y estar sujeta a mayor cantidad de procedimientos obstétricos como tactos vaginales, control de dinámica uterina y monitoreo cardiaco fetal que pueden incomodar a este grupo de mujeres. En tanto que el 55,6% eran múltiparas, ellas al tener una experiencia previa y tener menos tiempo en dilatación, son más comprensibles y más tolerantes a estos procedimientos.

Tabla 3

Desinformación y falta de consentimiento en las puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Desinformación		Puérperas	
		N°	%
Información sobre los procedimientos y tratamientos a seguir	Siempre	68	27,2
	A veces	163	65,2
	Nunca	19	7,6
	Total	250	100,0

Falta de consentimiento		N°		%	
		N°	%	N°	%
Consentimiento verbal para cada procedimiento	Siempre	66	26,4		
	A veces	152	60,8		
	Nunca	32	12,8		
	Total	250	100,0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 3 se observa que respecto a la información sobre procedimientos y tratamientos a seguir durante su atención obstétrica, el 65,2% asegura haberla recibido información siempre, el 27,2% sólo a veces y el 7,6% nunca recibió información. Además, la mayoría de puérperas con un 60,8% refiere que a veces se pidió su consentimiento para los procedimientos, un 26,4% siempre fue consultada para su consentimiento y un 12,8% percibe que nunca pidieron su consentimiento.

Tabla 4

Desinformación sobre el tacto vaginal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Desinformación sobre tacto vaginal		Puérperas	
		N°	%
Explicación sobre el tacto vaginal.	Siempre	163	65,2
	A veces	73	29,2
	Nunca	14	5,6
	Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 4 se aprecia que al 65,2% de las puérperas se les explicó en qué consistía el examen por tacto vaginal, el 29,2% refiere que sólo algunos profesionales de la salud se tomaban el tiempo de explicar sobre el tacto vaginal y un 5,6% asegura que no recibieron ninguna información sobre este procedimiento en ningún momento.

Tabla 5

Desinformación sobre la ruptura de membranas en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Desinformación sobre ruptura de membranas		Puérperas		
		N°	%	
Explicación sobre la ruptura de membranas durante el trabajo de parto	Si	128	51,2	
	No	122	48,8	
	Total	250	100,0	
Momento de la explicación		N°	%	
		Antes	85	66,4
		Durante	18	14,1
		Después	25	19,5
Total		128	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 5 se puede observar que el 51,2% de las puérperas recibió explicación sobre la ruptura de membranas durante el trabajo de parto vaginal y el 48,8% no recibió esta información. Del primer grupo, el 66,4% refiere haber recibido la información antes, el 14,1% durante y el 19,5 después de la ruptura de membranas.

Tabla 6

Desinformación sobre la episiotomía en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Desinformación sobre episiotomía		Puérperas	
		N°	%
Explicación sobre la episiotomía	Si	173	69,2
	No	77	30,8
	Total	250	100,0
		N°	%
Momento de la explicación	Antes	117	67,6
	Durante	13	7,5
	Después	43	24,9
	Total	173	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 6 se puede observar que el 69,2% de las puérperas recibió explicación sobre la episiotomía y el 30,8% no recibió esta información. Del primer grupo, el 67,6% refiere haber recibido la información antes, el 7,5% durante y el 24,9% después de haberle realizado dicho procedimiento.

Tabla 7

Desinformación sobre la revisión uterina en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Desinformación sobre revisión uterina		Puérperas	
		N°	%
Explicación sobre la revisión uterina en el alumbramiento	Si	106	42,4
	No	144	57,6
	Total	250	100,0
		N°	%
Momento de la explicación	Antes	50	47,2
	Durante	32	30,2
	Después	24	22,6
	Total	106	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 7 se observa que sólo el 42,4% de las puérperas recibió explicación sobre la revisión uterina que se suele realizar después del alumbramiento y el 57,6% no escuchó sobre este procedimiento. Las que recibieron esa información refieren que fue antes 47,2%, durante 30,2% y después 22,6% de que el profesional de salud realizara la maniobra.

Tabla 8

Personal de salud que procedió sin consentimiento en la atención de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Personal de salud	Puérperas	
	N°	%
Médico	50	20,0
Obstetra	41	16,4
Técnico de enfermería	29	11,6
Interno/a	10	4,0
2 o más	54	21,6
Nadie	66	26,4
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

Estos datos nos permiten identificar que el 20% de las puérperas refiere que el médico es quien realizó algún procedimiento sin consultar por el consentimiento. El 16,4% asegura que fue la obstetra quien actuó sin consentimiento, el 11,6% señala a la técnico de enfermería, el 4% al interno de medicina u obstetricia, el 21,6% a dos profesionales de la salud o más y una mayoría con 26,4% asegura que nadie procedió sin su consentimiento.

Tabla 9

Trato deshumanizado en las puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Trato deshumanizado		Puérperas	
		N°	%
Fue llamada por su nombre	Siempre	160	64,0
	A veces	82	32,8
	Nunca	8	3,2
	Total	250	100,0
		N°	%
Trato con amabilidad y paciencia	Siempre	61	24,4
	A veces	183	73,2
	Nunca	6	2,4
	Total	250	100,0
		N°	%
Respeto y privacidad en la atención obstétrica	Siempre	36	14,4
	A veces	158	63,2
	Nunca	56	22,4
	Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 9 se describe tres indicadores del trato deshumanizado. El primero describe que la mayoría de las puérperas con 64% fue llamada por su nombre, el 32,8% sólo a veces y un 3,2% fue llamada por diminutivos, número de cama u otros, pero no por su nombre.

Seguidamente, el 24,4% siempre fue tratado con amabilidad y paciencia; el 73,2% sólo a veces dependiendo del personal de salud y el momento del trabajo de trabajo; y el 2,4% nunca percibió un trato adecuado en su atención. Finalmente, para el 14,4% siempre hubo respeto y privacidad en su atención obstétrica, para el 63,2% sólo a veces y para el 22,4% nunca.

Tabla 10

Acompañamiento en puérperas atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Acompañamiento		Puérperas	
		N°	%
Acompañamiento durante el parto	Si	24	9,6
	No	226	90,4
	Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

Estos datos permiten evidenciar que del total de consultadas, al 90,4% de puérperas no se les permitió tener acompañamiento de algún familiar durante el parto y sólo el 9,6% pudo ejercer ese derecho.

Tabla 11

Personal de salud involucrado con maltrato en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Maltrato		Puérperas	
		N°	%
Tipo de maltrato	Físico	7	2,8
	Verbal	44	17,6
	Ninguno	199	79,6
	Total	250	100,0
		N°	%
Personal de salud que cometió maltrato	Médico	12	4,8
	Obstetra	6	2,4
	Técnico de enfermería	33	13,2
	Nadie	199	79,6
	Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 11 se observa que respecto al maltrato durante su atención obstétrica, el 2,8% asegura haber sufrido maltrato físico, el 17,6% maltrato verbal y el 79,6% no percibió ningún tipo de maltrato. Además, tenemos los datos que señalan que quienes ejercían algún tipo de violencia fueron los médicos, las obstetras y el personal técnico de enfermería, en 4,8%, 2,4% y 13,2% respectivamente. Según estas cifras, la mayoría percibió algún tipo de violencia por parte del personal técnico, lo que podría deberse a que es el personal con el que más interactúa la paciente durante su estadía en el servicio de Gineco-obstetricia.

Tabla 12

Medicalización en puérperas atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Medicalización		Puérperas	
		N°	%
Uso de oxitocina u otro medicamento para acelerar el parto	Si	80	32,0
	No	164	65,6
	No lo sé	6	2,4
	Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 12 se aprecia que al 32% de las puérperas se les administró algún medicamento con la intención de acelerar el parto, la mayoría con el 65,6% refiere que no se les administró medicamento alguno y un 2,4% asegura que desconoce dicha información.

Tabla 13

Tipo de dieta en las puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Dieta	Puérperas	
	N°	%
Dieta blanda	6	2,4
Dieta líquida	80	32,0
Ayuno menos de 6 horas	106	42,4
Ayuno más de 6 horas	58	23,2
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

Estos datos nos permiten identificar que el 42,4% de las puérperas refiere que las tuvieron en ayuno al menos por 6 horas y el 23,2% por más de 6 horas. Pero al 32% se le indico dieta líquida y a un 2,4 se le permitió dieta blanda.

Tabla 14

Deambulaci3n o cambio de posici3n en pu3rperas de parto vaginal en el Hospital Hip3lito Unanue de Tacna, 2019

Deambulaci3n		Pu3rperas	
		N°	%
Permitir la deambulaci3n o cambio de posici3n durante el trabajo de parto	Siempre	45	18,0
	A veces	129	51,6
	Nunca	76	30,4
	Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolecci3n de datos.

Interpretaci3n

En la tabla 14 se puede observar que s3lo al 18% de las pu3rperas se le permiti3 deambular o cambiar a una posici3n m3s c3moda, de su elecci3n, durante el trabajo de parto. Por otro lado, a la mayor3a, 51,6%, s3lo a veces, dependiendo de la unidad donde se encontraban, ya que cuando llegaban a los cuatro cent3metros de dilataci3n, ellas eran trasladadas de hospitalizaci3n a sala de partos, donde esperaban completar la dilataci3n bajo un monitoreo estricto. Por 3ltimo, al 30,4% nunca se les permiti3 variar de posici3n durante su trabajo de parto.

Tabla 15

Posición de parto vaginal en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Posición	Puérperas	
	N°	%
Acostada y con las piernas levantadas	193	77,2
Semisentada	56	22,4
En cuatro puntos	1	0,4
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

Estos datos nos permiten identificar que el 77,2% de las puérperas refiere que dio a luz en la posición acostada con las piernas levantadas. El 22,4% dio a luz en una posición más cómoda, semisentada apoyada en la camilla ginecológica. Finalmente se tiene el registro de que una puérpera, que representa el 0,4%, dio a luz en la posición de cuatro puntos, es decir apoyada en sus manos y rodillas sobre la camilla ginecológica, esto a pedido e insistencia de la paciente, sin mayores complicaciones.

Tabla 16

Personal de salud que realizó ruptura de membranas en la atención de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Personal de salud	Puérperas	
	N°	%
Médico	18	7,2
Obstetra	116	46,4
Interno/a	12	4,8
Fue espontánea	104	41,6
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 16, del total de puérperas, el 46,4% refiere que fue la obstetra quien realizó la ruptura de membranas, el 7,2% menciona que fue el médico, el 4,8% el interno o la interna de medicina u obstetricia. Por otro lado, el 41,6% tuvo una ruptura de membranas espontánea.

Tabla 17

Personal de salud que realizó episiotomía en la atención de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Personal de salud	Puérperas	
	N°	%
Obstetra	131	52,4
Interno/a	60	24,0
No lo hicieron	59	23,6
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

Según la tabla 17, el 52,4% refiere que fue la obstetra quien realizó la episiotomía, el 24% menciona que fue el interno o interna de medicina u obstetricia. Por otro lado, al 23,6% no se le hizo episiotomía.

Tabla 18

Contacto precoz en puérperas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Permitir contacto precoz	Puérperas	
	N°	%
Si, durante una hora	190	76,0
Si, menos de una hora	60	24,0
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 18 se puede observar que al 76% de las puérperas se le permitió tener el contacto precoz con su hijo o hija durante una hora. En cuanto, al 24% se le permitió tener este beneficio por menos de una hora, se recogieron testimonios que en algunos casos era por el apuro en desocupar la sala donde se encontraban, para la atención de un siguiente parto; o por indicación del personal de Neonatología para una evaluación inmediata del recién nacido que recortaba el tiempo del contacto piel a piel.

Tabla 19

Personal de salud que realizó maniobra de Kristeller en la atención de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019

Personal de salud	Puérperas	
	N°	%
Médico	30	12,0
Obstetra	32	12,8
Nadie	188	75,2
Total	250	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación

Estos datos nos permiten identificar que el 12% de las puérperas refiere que el médico es quien realizó presión sobre el abdomen durante el periodo expulsivo, el 12,8% asegura que fue la obstetra quien realizó esta maniobra y el 75,2% respondió que nadie ejerció fuerza sobre su vientre.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede decir que la violencia obstétrica ha sido ejercida en parte de nuestra muestra de estudio; es decir, ellas percibieron por lo menos una forma de conducta, acción u omisión de parte de los profesionales de salud que afectó la atención obstétrica recibida.

Estos resultados son coincidentes con Cerpa y Velásquez (2015) quienes reportan que existe una elevada percepción, 98,4%, de violencia en la atención obstétrica brindada por el personal de salud. Esta percepción posiblemente esté relacionada por el gran número de mujeres que daban a luz por primera vez, las cuales esperaban una atención con información, paciencia y respeto, situación que no fue percibida al momento del parto, tornándose así una mala interrelación personal de salud-paciente, como lo evidenció Orcotorio en su investigación del 2019, con un 74,6% para este indicador. Sin embargo, se han encontrado resultados diferentes como el de Castillo en Ecuador (2017), donde el 58,1% refirieron no haber estado expuestas a violencia obstétrica en relación a poder. Estas diferencias de porcentajes podría ser relacionado al factor conocimiento del término “violencia obstétrica”, ya que de la población de estudio de Castillo, sólo el 6,9% conocía este término, en comparación a nuestras pacientes que si habían escuchado sobre el tema y conocían muchos de sus derechos como gestantes. En el hospital de estudio la responsabilidad del alto porcentaje de violencia obstétrica en puérperas recae en los profesionales de salud, en su mayoría por el médico, porque quizás brinda una atención sin tomar en cuenta

el contexto sociodemográfico y cultural, enfocándose solamente en el cuidado biológico.

En relación a las dimensiones de la violencia obstétrica, podemos observar que del total de puérperas, al 7,6% no se les brindó información, así como no le solicitaron su consentimiento al 12,8%. Es decir, les niegan el derecho de la toma de decisiones informada, dando a las parturientas información insuficiente, ninguna información o desinformando acerca de sus opciones, impidiendo el involucramiento de la madre en la toma de decisiones, como lo mencionaba Arguedas (2014). Estos datos difieren de los encontrados por Iglesias, Conde, Gonzales y Parada (2019): el 45,8% de las mujeres opinaron que los sanitarios no solicitaron su consentimiento informado antes de cada técnica realizada. En el Hospital Hipólito Unanue, una vez hospitalizada la gestante se convierte en “paciente”, esto quiero decir que es objeto del acto médico, por lo que debe obedecer todo lo indicado por el profesional de salud que es quien posee y a quien se le reconoce el conocimiento amplio de la situación, específicamente del proceso gestacional. Algo también observado fue el poco involucramiento de la pareja o familia en la toma de decisiones, en algunas ocasiones los procedimientos eran decisión exclusiva del médico de turno, olvidando que la mujer tiene el derecho de ser informada sobre su atención obstétrica.

Por otro lado, se puede observar que el 90,4% de puérperas que fueron parte del estudio, no tuvieron la oportunidad de tener acompañamiento de algún familiar durante el parto y sólo el 9,6% pudo ejercer ese derecho, considerándose así que han recibido un trato deshumanizado por esta prohibición. En cuanto al personal de salud involucrado en trato deshumanizado, el 13,2% señaló a la técnico de enfermería como causante, el 4,8% al médico y el 2,4% a la obstetra. En nuestra opinión, algunos profesionales de la salud tienen una conducta de poder y ejercen un trato indiferente contra la mujer parturienta, en momentos tan críticos como el trabajo de parto no se da una atención de calidez y mucho menos se permite

que un familiar o persona de confianza brinde apoyo emocional a la paciente en esos momentos. Es por ese estado de vulnerabilidad, que el impacto de esa forma de maltrato es significativamente mayor, reflejándose también en los resultados de Paucar en su estudio en Cajamarca (2018) que señalaba que a un 92,5% se les impidió el acompañamiento. Entonces, en relación a nuestros resultados, el personal técnico en enfermería se constituye como un factor de riesgo en relación a violencia obstétrica, lo que podría deberse a que es el personal con el que más interactúa la paciente durante su estadía en el servicio de Gineco-obstetricia, y esto sería porque el personal técnico no recibe capacitaciones continuas y si las hay, no hay interés personal por asistir. El parto y el puerperio son momentos claves por los cambios que experimenta física y emocionalmente la mujer, lo que la posiciona en un estado de vulnerabilidad y el trato hacia ella debería ser humanista.

En la dimensión medicalización y patologización, observamos que para el 77,2% la posición de parto fue acostada sobre la camilla ginecológica y con las piernas levantadas (posición de litotomía), sin la opción de poder elegir una posición más cómoda para ellas, así como al 30,4% no se les permitió caminar o cambiar de posición mientras transcurrían las horas esperando completar el periodo de dilatación. Lo que se contradice a las recomendaciones de la OMS: “Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo” y “Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas”²². Estas restricciones son consideradas normales en la atención diaria de las mujeres en trabajo de parto, en muchas ocasiones se observó que eran sometidas a monitoreo estricto sin tener factor de riesgo, con el pasar de las horas se agudizaba el dolor producto de esa posición incómoda; luego en el periodo expulsivo ya no tenían fuerzas para sostenerse por sí solas y mucho menos para pujar, lo que conducía a situaciones complicadas, ya que sin el pujo adecuado el periodo expulsivo solía extenderse y el personal a cargo terminaba realizando maniobra de Kristeller, situación que se puede

evitar si se aplica la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, permitiendo la libre deambulaci3n en mujeres sin factores de riesgo y con trabajo de parto espont3neo.

Por todo lo dicho, la violencia obst3trica merece un abordaje mayor en su totalidad, debe ser diferenciada y caracterizada. Seg3n los resultados las causas podr3an ser la din3mica de las relaciones de poder desiguales entre el personal de salud y la gestante o pu3rpera, la inadecuada formaci3n del personal de salud, no del conocimiento cient3fico, sino de la formaci3n de empat3a con el paciente para reconocer las necesidades y otros enfoques a tomar en consideraci3n durante la atenci3n a una mujer que experimenta muchos cambios f3sicos y emocionales. Las consecuencias son muchas, las f3sicas causadas por atenci3n inadecuada, la depresi3n postparto, el temor a un futuro embarazo, el desapego que puede desarrollar la madre con su hijo o hija despu3s de un proceso gestacional traum3tico, entre otras.

En nuestro pa3s no existe una legislaci3n contra la violencia obst3trica, se han presentado dos proyectos de ley relacionados al parto humanizado, pero fueron archivados. Contamos con el Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, pero este no contiene estad3sticas sobre violencia obst3trica. No se cuenta con protocolos ni normas espec3ficas para su intervenci3n en la prevenci3n, sanci3n y erradicaci3n; si bien existe el Plan Nacional contra la violencia de g3nero con vigencia hasta el presente a3o, este no aborda la violencia obst3trica y s3lo la conceptualiza como un tipo m3s de violencia hacia la mujer. Por ello, y como primer paso, es necesario realizar estudios como este, para la profundizaci3n sobre las dimensiones, factores, causas y particularidades relacionadas a la violencia obst3trica, y usarlos como base para en un futuro desarrollar e implementar normativas espec3ficas sobre este problema de salud p3blica.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La violencia obstétrica se presenta en mujeres atendidas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue, percibieron al menos una forma de conducta, acción u omisión por parte del personal de salud que afectó de alguna manera su proceso de parto.
2. Se identificó cierta desinformación y falta de consentimiento para los procedimientos y tratamientos en la atención obstétrica del Hospital Hipólito Unanue, protagonizado por el personal médico.
3. Se evidenció el trato deshumanizado al no permitir el acompañamiento en el parto; y se constituye al personal técnico en enfermería como un factor de riesgo en relación a violencia obstétrica.
4. Se demostró la medicalización y patologización al evidenciar la posición de parto en litotomía y la episiotomía como prácticas rutinarias en la atención obstétrica de las mujeres.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal de salud sobre temas relacionados con la violencia obstétrica de manera que puedan detectar situaciones que afecten la salud mental de las gestantes y puérperas, en base a las leyes, normas y recomendaciones nacionales e internacionales, a fin de que no se cometa violencia obstétrica por desconocimiento y de esa manera avanzar hacia su erradicación.
2. A los responsables de los servicios de salud, instalar, implementar y aplicar protocolos de atención para evitar la violencia obstétrica, en base a la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural.
3. Realizar más investigaciones sobre violencia obstétrica, dirigidos al personal de salud y población en general, para profundizar las dimensiones, factores determinantes, causas y particularidades relacionadas a la violencia obstétrica, y usarlos como base para en un futuro desarrollar e implementar normativas específicas sobre esta problemática.
4. Los hallazgos del presente estudio permitan incluir el tema de Violencia Obstétrica en los contenidos curriculares de los cursos de pregrado, como un medio de capacitar al futuro personal responsable de la salud obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONU Mujeres [Internet]. La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento [consultado 02 Febr 2021]. Disponible en:
<https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima, Perú [actualizado Mayo 2020]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [consultado 02 Febr 2021]. Disponible en:
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
3. Choque O, Pilco RM, Flores J, De La Macarena LA. Determinantes sociodemográficos y la violencia contra la mujer. Tacna Perú: un análisis retrospectivo de los datos de los centro de emergencia mujer. Rev Perú Investig Matern Perinat 2019; 8(3):49-56.
4. Iglesias S, Conde M, González S, Parada E. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. Musas [Internet]. 2019 [citado 30 Oct 2020]; 4(1): 77-97. Disponible en:
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.5/28621>
5. Quattrocchi, P. Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. Género y derecho [Internet]. 2018 [citado 30 Oct 2020]; 7(1): 20-46. Disponible en:
<https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/issue/view/2024/214>
6. Díaz LI, Fernández Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de derecho PUCV. [Internet]. 2018 [citado 30 Oct 2020]; 51:123-143. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rdpucv/n51/0718-6851-rdpucv-00301.pdf>
7. Sevillano M. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016. [Tesis para optar Título profesional]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
8. Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Revista Dilemata [Internet]. 2015 [citado 05 Nov 2020]; 7(18): 93-111. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>
9. Castillo LM. Frecuencia y caracterización de violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo. 2017. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.

10. Figueroa O, Hurtado R, Valenzuela D, Bernal J, Duarte C, Cazares F. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. Sanus [Internet]. 2019 [citado 10 Nov 2020]; (3):14-1. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71/123>
11. Orcotorio Y. Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019. [Tesis para optar Título profesional]. Perú: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencia de la salud; 2019.
12. Paucar R. Violencia Obstétrica: Percepción de las gestantes en trabajo de parto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017. [Tesis para optar Título profesional]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencia de la salud; 2018.
13. Cerpa C, Velásquez M. Violencia obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril-Junio 2015. [Tesis para optar Título profesional]. Perú: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y Puericultura; 2015.
14. Gutierrez P. Violencia de pareja hacia la mujer y su relación con el riesgo de blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019. [Tesis para optar Título profesional]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencia de la salud; 2019.
15. Maquera J. Percepción de la calidad de atención del parto en gestantes en el HHUT en el periodo de Julio-Setiembre del 2014. [Tesis para optar Título profesional]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la salud; 2015.
16. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Inter.cambio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]. 2014 [citado 22 Nov 2020]; 11 (1): 145-169. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
17. Magnone N. Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2011 [citado 22 Nov 2020]. Disponible en: <https://afar.info/biblio/public/2691.pdf>
18. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. Lima; 2008.
19. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Perú; 2018 [citado 02 Febr 2021] Disponible en: https://observatorioviolencia.pe/mv_violencia-obstetrica/
20. Lam S, Sanchez V, Alva M, Castillo Jo, Cabellos P. Violencia obstétrica y estrés en puérperas atendidas en un hospital de Chimbote, 2017. [Internet]. Chimbote, Perú; 2017 [citado 02 Febr 2021] Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/314>

21. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev. Redbioética [Internet]. 2013 [02 Febr 2021]; 1 (7): 25-34. Disponible en:
<https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra, Suiza; 2018.
23. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra, Suiza; 2014.
24. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. Plan Nacional contra la violencia de género 2016-2021. Lima, Perú; 2016.
25. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural. Lima, Perú; 2016.
26. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Ginebra, Suiza; 2002 [citado 22 Nov 2020]. Disponible en:
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
27. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. Williams Obstetricia 24a ed. Argentina: Editorial Medica Panamericana; 2015.
28. Oetinger A, Trujillo L. Beneficios metabólicos de realizar ejercicio en estado de ayuno. Rev Chil Nutr [Internet]. 2015 [citado 10 Dic 2020]; 42(2): 145-150. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v42n2/art05.pdf>
29. Fescina R, Schwarcz R, Duvergues C. Obstetricia 7a ed. Argentina: Editorial El Ateneo; 2016.
30. Lucchini C, Márquez F, Uribe C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm [Internet]. 2012 [citado 10 Dic 2020]; 21(4): 209-213. Disponible en:
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n4/7863r.php>
31. Hernandez R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO

“VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019”

N° de encuesta: _____

Fecha: _____

Desde la Universidad Jorge Basadre Grohmann queremos identificar la violencia obstétrica, hacer público lo que pensamos y sentimos las mujeres sobre ella, y para esto te necesitamos. Puedes colaborar completando esta encuesta sobre tus experiencias de parto. Los datos de la misma no serán difundidos, pero sí los resultados de su estudio.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad: _____	2. Paridad: <input type="checkbox"/> Primípara <input type="checkbox"/> Multípara
3. Nivel de instrucción: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior	4. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda
5. Procedencia: <input type="checkbox"/> Costa <input type="checkbox"/> Sierra <input type="checkbox"/> Selva <input type="checkbox"/> Extranjero	6. Lugar de Residencia: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

7. ¿La ignoraron o se negaron a brindarle información sobre los procedimientos y tratamientos durante el trabajo de parto, parto o puerperio?

Siempre A veces Nunca

8. ¿Se le pidió su consentimiento verbal para cada procedimiento?

Siempre A veces Nunca

9. Durante su trabajo de parto ¿Se le informó que se le realizaría el tacto vaginal y se le explicaba el motivo porque se lo realizaba?
() Siempre () A veces () Nunca
10. ¿Le explicaron en qué consistía la ruptura de las membranas o fuente?
() Si () No
Si su respuesta fue No, pasar a la pregunta 12.
11. ¿En qué momento del procedimiento se le explicó sobre la ruptura de membranas?
() Antes () Durante () Después
12. ¿Se le explicó en qué consistía la episiotomía?
() Si () No
Si su respuesta fue No, pasar a la pregunta 14.
13. ¿En qué momento del procedimiento se le explicó sobre la episiotomía?
() Antes () Durante () Después
14. Después de que nació su bebé ¿Le explicaron que tenían que introducir una mano para limpiar su útero?
() Si () No
Si su respuesta fue No, pasar a la pregunta 16.
15. ¿En qué momento del procedimiento se le explicó sobre la revisión uterina?
() Antes () Durante () Después
16. ¿Qué personal de salud procedió sin pedirle su consentimiento para algún procedimiento durante el trabajo de parto, parto o puerperio?
() Médico
() Obstetra
() Enfermera/o
() Técnico de enfermería
() Interno/a
() 2 o más
() Nadie

TRATO RECIBIDO

17. ¿Usted fue llamada por su nombre durante su atención?
 Siempre A veces Nunca
18. ¿Con qué frecuencia el personal de salud fue amable y paciente con usted?
 Siempre A veces Nunca
19. ¿Siente usted que su atención fue con respeto y privacidad?
 Siempre A veces Nunca
20. ¿Le permitieron contar con un acompañante durante el parto?
 Si No
21. ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato durante su atención?
 Físico
 Verbal
 Físico y verbal
 Ninguno
22. ¿Quién la maltrato?
 Médico
 Obstetra
 Enfermera/o
 Técnico de enfermería
 Interno/a
 2 o más
 Nadie

PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS

23. ¿El médico indicó algún medicamento para acelerar el trabajo de parto?
 Si No No lo sé
24. ¿Cuál fue su dieta durante el trabajo de parto?
 Dieta blanda
 Dieta líquida
 Ayuno menos de 6 horas
 Ayuno más de 6 horas

25. ¿Se le permitió caminar o cambiar de posición durante el trabajo de parto?
 Siempre A veces Nunca
26. ¿En qué posición dio a luz?
 Acostada y con las piernas levantadas
 Semisentada
 Vertical
 En cuatro puntos
27. ¿Quién realizó la ruptura de membranas?
 Médico
 Obstetra
 Interno/a
 Fue espontánea
28. ¿Quién realizó la episiotomía?
 Médico
 Obstetra
 Interno/a
 No lo hicieron
29. ¿Permitieron el contacto precoz con su bebé?
 Si, durante una hora
 Si, menos de una hora
 No
30. ¿Alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?
 Médico
 Obstetra
 Enfermera/o
 Técnico de enfermería
 Interno/a
 Nadie

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informada/o de los beneficios de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer preguntas, he disipado mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través de la investigadora Srta. Shirley Huarino Suca.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos. Por lo tanto, doy libremente mi conformidad a participar.

.....Firma del participante.

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019						
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO
¿Existe violencia obstétrica en puérperas de parto vaginal en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019?	<p>General Determinar la violencia obstétrica en puérperas de parto vaginal en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019.</p> <p>Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la desinformación y falta de consentimiento en la atención obstétrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019. 2. Evidenciar el trato deshumanizado en la atención obstétrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019. 3. Demostrar la medicalización y patologización en la atención obstétrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019. 	Violencia obstétrica	<p>Desinformación y falta de consentimiento.</p> <p>Trato deshumanizado.</p> <p>Medicalización y patologización.</p>	<p>Población Puérperas que han tenido su parto vaginal en el HHUT entre los meses de agosto a noviembre del 2019.</p> <p>Muestra Constituida por 250 puérperas, determinadas por muestreo no probabilístico, por conveniencia.</p>	<p>Nivel Descriptivo.</p> <p>Diseño No experimental.</p>	Encuesta, aplicación del Cuestionario de Violencia Obstétrica, construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España, adaptado para este estudio.

ANEXO 4: TABLA PARA ESTABLECER LA MUESTRA

TABLA DE FISHER-ARKIN-COLTON

TABLA QUE NOS INDICA EL TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA QUE SEA REPRESENTATIVA DE POBLACIONES FINITAS PARA MARGENES DE ERROR DESDE $\pm 1\%$ A $\pm 10\%$ EN LA HIPÓTESIS DE $P=50\%$ Y CON UNA CONFIABILIDAD DEL 95% (ÓPTIMA)

Población total N _p	%error +-1%	+-2%	+-3%	+-4%	+-5%	+-10%
N _p	N ₁	N ₂	N ₃	N ₄	N ₅	N ₁₀
500	-	-	-	-	222	83
1000	-	-	-	385	286	91
1500	-	-	638	441	316	94
2000	-	-	714	476	333	95
2500	-	1250	769	500	345	96
3000	-	1364	811	520	353	97
3500	-	1458	843	530	359	98
4000	-	1538	870	541	364	98
4500	-	1607	891	546	367	98
5000	-	1667	909	556	370	98
6000	-	1765	938	566	375	99
7000	-	1842	959	574	378	99
8000	-	1905	976	580	381	99
9000	-	1957	989	584	383	99
10000	5000	2000	1000	588	385	99
15000	6000	2143	1034	600	390	100
20000	6667	2222	1053	606	392	100
25000	7143	2273	1064	610	394	100
50000	8333	2381	1087	617	397	100
100000	9091	2439	1099	621	398	100
+ de 100000	10000	2500	1111	625	400	100

Fuente: Palomino, Peña, Zevallos y Orizano. Metodología de la investigación: guía para elaborar un proyecto en salud y educación.

