



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Violencia obstétrica durante la atención del parto en un hospital
público de Chimbote, 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología**

AUTORA:

Merino Villanueva Maryory Yuleisy (ORCID: 0000-0002-8723-1770)

ASESOR:

Mg. García García Eddy Eugenio (ORCID: 0000-0003-3267-6980)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, docentes y personas que estuvieron dándome el soporte durante toda mi carrera profesional.

Agradecimiento

A todos los Directivos del Hospital La Caleta, por su predisposición y apoyo para la realización de la presente investigación.

A aquellas personas que de alguna manera contribuyeron en el desarrollo del presente estudio.

Índice de contenido

	pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	10
3.1 Tipo y diseño de investigación	10
3.2 Variables y operacionalización	10
3.3 Población, muestra, muestreo	11
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5 Procedimientos	13
3.6 Método de análisis de datos	13
3.7 Aspectos éticos	13
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	23
VII. RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS	25
ANEXOS	31

Índice de tablas

	pág.
Tabla 1 Perfil de las puérperas cuyo parto fue atendido en un hospital público de Chimbote, 2019.	37
Tabla 2 Nivel de violencia obstétrica durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.	15
Tabla 3 Nivel de desinformación durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.	16
Tabla 4 Nivel de trato deshumanizado durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.	17
Tabla 5 Nivel de medicalización y patologización durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.	19

Resumen

La investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de violencia obstétrica durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019. Es un estudio de tipo básica de diseño no experimental y descriptivo simple, con muestreo probabilístico aleatorio sistemático. Se aplicó una encuesta a 85 puérperas hospitalizadas en el departamento de Gineco-Obstetricia de un hospital público de Chimbote, para lo cual se utilizó el Cuestionario de Violencia Obstétrica. Los resultados mostraron que 33.8% de puérperas percibió la violencia obstétrica en nivel medio, el 31.8% nivel alto y 29.4% nivel bajo. Sobre los tipos de violencia obstétrica, el 47.1% de puérperas percibió la violencia obstétrica por desinformación en nivel bajo, 32.9% alto y 20% medio. En cuanto a la violencia obstétrica por trato deshumanizado, el 35.3% de puérperas percibió un nivel bajo y otro 35.3% nivel medio, mientras que 29.4% nivel alto. Finalmente, sobre el nivel de violencia obstétrica por medicalización y patologización, el 50.6% de puérperas percibió un nivel bajo, 35.3% nivel alto y 14.1% nivel medio. Se concluye que los niveles de violencia obstétrica son de medio a alto y el tipo más frecuente es la medicalización y patologización del parto.

Palabras clave: Violencia obstétrica, puérperas, medicalización, trato deshumanizado.

Abstract

The objective of the research was to identify the level of obstetric violence during delivery care in a public hospital in Chimbote, 2019. It is a study of a basic type of non-experimental and simple descriptive design, with systematic random probability sampling. A survey was applied to 85 puerperal women hospitalized in the Gynecology-Obstetrics department of a public hospital in Chimbote, for which the Obstetric Violence Questionnaire was used. The results showed that 33.8% of puerperal women perceived obstetric violence at a medium level, 31.8% at a high level and 29.4% at a low level. Regarding the types of obstetric violence, 47.1% of puerperal women perceived obstetric violence due to misinformation at a low level, 32.9% high and 20% medium. As for obstetric violence due to dehumanized treatment, 35.3% of puerperal women perceived a low level and another 35.3% a medium level, while 29.4% a high level. Finally, regarding the level of obstetric violence due to medicalization and pathologization, 50.6% of puerperal women perceived a low level, 35.3% a high level and 14.1% a medium level. It is concluded that the levels of obstetric violence are medium to high and the most frequent type is the medicalization and pathologization of childbirth.

Keywords: Obstetric violence, puerperal, medicalization, dehumanized treatment.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer involucra todo acto que ocasiona daño a nivel físico, psicológico y sexual en la mujer, e incluye amenazas, coacción, experimentadas en la vida privada y pública, más aún en situaciones de conflicto puede conllevar a que se desencadene otras manifestaciones de violencia para la mujer; donde las acciones de intervención como la orientación psicológica, visitas domiciliarias y todas aquellas acciones que promuevan la autonomía e independencia de la mujer va a favorecer en la reducción de la violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estimó que aproximadamente el 35% de mujeres en todo el mundo han sufrido de violencia física y sexual por parte de su pareja, donde el 38% de homicidios de mujeres son cometidos por la pareja con quien mantenía una relación. Dicha violencia afecta negativamente el bienestar físico, emocional, sexual y reproductivo de toda mujer.

En el Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2019) informó que en el año 2019 se reportaron 14 491 casos de violencia intrafamiliar, violencia hacia la mujer y violencia sexual en los centros emergencia mujer de todo el territorio nacional, donde el 87% de las víctimas son mujeres y el 13% varones, evidenciándose un incremento en 46 puntos porcentuales frente a lo registrado el año anterior. Además, los casos de violencia por departamento, Lima es la ciudad que registró más casos, correspondiendo el 32% casos por violencia contera la mujer, familiar y sexual, seguido de los departamentos de Arequipa, Cusco y Junín.

Por otro lado, la violencia contra la mujer en la etapa de embarazo incrementa la probabilidad de parto prematuro, aborto, bajo peso al nacer, muerte fetal, cuya probabilidad de un aborto espontaneo en mujeres violentadas se presenta en un 16% mayor, y de tener un parto prematuro en un 41% mayor, además, esta situación puede conllevar a que se desencadene trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, insomnio, trastornos alimentarios, conductas suicidas (Veiga, 2020).

Es así que, encontramos además dentro de los tipos de violencia existente, a la violencia obstétrica, la cual se manifiesta mediante tratos inadecuados durante la atención a gestantes, durante el parto o después del parto. En nuestro país, este problema es frecuente en aquellas mujeres que viven en zonas rurales, cuya incidencia repercute en la tasa de mortalidad materna (Observatorio Nacional de la Violencia contra la Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, 2018). Por otro lado, Thomson Reuters Foundation, informó que Lima ocupa el puesto número 5 de la ciudad más peligrosas para las mujeres, en los rubros de acceso a servicios de salud, salud sexual y reproductiva (RPP Noticias, 2017).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) reportó 542 653 nacimientos, con un ascenso del 24% de nuevos nacimientos en los últimos 10. Pero, lo alarmante no son estas cifras, ni que el Perú crezca apresuradamente; sino la situación que las madres callan durante el parto y posparto, la mayoría de veces por desconocimiento y desinformación de lo que significa la violencia obstétrica.

En nuestra realidad, aún no se cuenta con una norma específica sobre violencia obstétrica, lo que dificulta su identificación, sanción y erradicación; sin embargo, se cuenta con la Norma Técnica del Ministerio de Salud (MINSA, 2016), que está dirigida a atender el parto vertical respetando los derechos humanos, aplicable a nivel nacional, procurando valer el respeto por los aspectos culturales, así como el tener acceso a servicios de salud de calidad.

Ante esta realidad descrita, se formuló el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de violencia obstétrica durante la atención del parto en un hospital público de Chiclaya, 2019?

Este estudio se justifica por su contribución teórica, ya que en la actualidad son escasos los estudios relacionados con la variable, cuyos resultados obtenidos de esta investigación permitirán incrementar los conocimientos sobre el nivel y tipos de violencia durante el parto. Por su relevancia social, cuyos resultados brindará información sobre el nivel de violencia obstétrica en puérperas de un hospital de la

localidad, la cual será de utilidad tanto para las autoridades, directivos y profesionales de la salud. Por su valor práctico, ya que, a partir de los resultados del estudio, servirá como punto de partida para proponer y desarrollar programas preventivos promocionales, así como una pronta y adecuada atención por parte de profesionales capacitados y comprometidos en el abordaje de esta problemática.

De la misma manera, se planteó como objetivo general: Identificar el nivel de violencia obstétrica durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019. Así también como objetivos específicos: Identificar el nivel de desinformación durante la atención del parto; Identificar el nivel de trato deshumanizado; e Identificar el nivel de medicalización y patologización durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.

II. MARCO TEÓRICO

En la búsqueda de antecedentes internacionales relacionado con la variable de estudio, se encontró la investigación realizada en la India por Sharma et al. (2019) la cual fue un estudio descriptivo, que tuvo como objetivo estudiar el maltrato en mujeres durante el parto en hospitales de atención materna, conformado por una muestra de 275 madres, a quienes se aplicó una ficha de observación clínica, el cuestionario de salud familiar y el cuestionario QoC. Los resultados mostraron que las madres sufrieron maltrato, 92% de ellas no dio a luz en la posición que preferían, 80% refirieron que no dieron su consentimiento para la evaluación del útero.

Hameed y Avan (2018) en su estudio descriptivo realizado en Pakistán con la finalidad de identificar el tipo y nivel de maltrato en mujeres durante el parto, la cual constituyó una muestra de 1334 participantes, utilizando entrevistas y encuestas para la recolección de datos, cuyos resultados mostraron que 97,35% de mujeres experimentaron conducta abusiva, el 81% no consintió la atención, el 72% no recibieron información, el 35% manifestó haber experimentado agresión verbal y el 15% abuso físico, el 32% percibió abandono durante el parto, el 15% refirió haber sido discriminada durante la atención discriminatoria.

Abuya et al. (2015) en su estudio analítico desarrollado en Kenia, con el objetivo de evaluar el maltrato contra las mujeres durante el parto, utilizando como instrumentos cuestionarios, donde los resultados arrojaron que en un 67% prevalece la falta de privacidad, un 59% manifestó la falta de consentimiento informado y un 18% experimentó agresión verbal.

Abuya et al. (2015), en su estudio analítico realizado en Kenia, cuyo objetivo fue estudiar la prevalencia y los tipos de abuso y falta de respeto en mujeres durante el parto, en una muestra de 641 mujeres que recién hayan dado a luz, a quienes se aplicó encuestas. El resultado mostró que prevalece el abuso de tipo físico (4,2%), el 20% de las mujeres sufrió al menos un tipo de maltrato, e incluye atención no confidencial (8,5%), negligencia o abandono (14%), atención no digna (18%), atención no consensuado (4,3%),

Asefa y Bekele (2015), realizaron un estudio descriptivo en Etiopía con la finalidad de identificar niveles de falta de respeto y tipo de abuso en aquellas mujeres durante trabajo de parto, cuyos resultados evidenciaron que 94,8% de mujeres no recibieron información alguna, 32,9% sufrió agresiones físicas y 39,3% no recibieron algún tipo de apoyo durante el parto, además, existe un nivel alto de abuso y falta de respeto en las mujeres.

Valdez et al. (2013), desarrollaron una investigación descriptiva en México con el objetivo de determinar las formas de abuso por parte del equipo de salud durante el parto. Los resultados arrojaron que 29% de mujeres percibieron maltrato de distintas formas, concluyendo que existe violencia obstétrica en las mujeres.

En los estudios nacionales, Montesinos et al. (2018), efectuaron una investigación observacional con la finalidad de identificar los factores asociados a falta de respeto y abuso, así como la prevalencia de los mismos durante el trabajo de parto. En una muestra conformada por 1528, aplicándose como instrumento el cuestionario sobre respeto y abuso creada por Bowser y Hill, en cuyos resultados se obtuvo que el 94,7% de las mujeres experimentaron falta de respeto, desatención durante el parto por cesárea, siendo una atención no confidencial y sin consentimiento informado, así mismo, es menos frecuente el abuso físico durante el parto por cesárea que por parto natural, en la región de la selva se evidenció discriminación hacia la mujer.

Cerpa y Velásquez (2015), en su estudio descriptivo realizado en la ciudad de Arequipa, tuvo como finalidad determinar los niveles de violencia obstétrica durante el parto, en una muestra de 306 mujeres, cuyos investigadores crearon y aplicaron un cuestionario de violencia obstétrica. Los resultados mostraron que el 98,4% sufrió violencia obstétrica, donde el 4,6% se ubica en un nivel alto, en 57,2% en un nivel medio (57,2%) y el 36,6% en un nivel bajo; además, el 30,4% experimentó violencia física, el 4,2% violencia psicológica.

A nivel local, se encontró un estudio correlacional causal desarrollado en Chimbote por Lam et al. (2017), con el objetivo de establecer relación entre

violencia obstétrica y estrés en puérperas en un hospital de la localidad, la cual conformó una muestra de 102 mujeres, empleándose como instrumento el cuestionario de violencia obstétrica creado por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España (2018), cuyos resultados descriptivos arrojaron un 81,4% de violencia obstétrica y de acuerdo a sus dimensiones, un 71,6% percibió trato deshumanizado, 58,8% desinformación y consentimiento, y 57,8% medicalización y patologización.

Hablar de violencia obstétrica, no debemos de dejar de mencionar a Ritch (1986), quien consideraba que el poder obstétrico ubicaba al embarazo como un proceso y estado fisiológico vulnerable y de riesgo. Para Arguedas (2014), este poder obstétrico viene a ser aquel mecanismo de control y opresión mediante ciertas tecnologías disciplinarias como la observación minuciosa, la vigilancia, la documentación estadística, los cuales determinan la curva de normalidad y las técnicas a emplear durante del embarazo y el parto. Esto era posible si tanto el embarazo como el parto se establecían de manera subjetiva como un proceso alterado, siendo monitoreado para que no cause desconcierto; parte de todo esto que la mujer embarazada desarrolle enfermedades o presente dificultades (Arguedas, 2014).

En tanto, la violencia obstétrica es definida por la OMS (2015) como la apropiación del cuerpo y del desarrollo reproductivo de la mujer por parte del personal médico, expresándose en un trato deshumanizado, abusando de la medicalización y patologización de los procesos naturales, conllevando a que la mujer pierda autonomía y no decida sobre su cuerpo y sexualidad. También, Bellón (2015) manifiesta que es un conjunto de acciones que oprimen, degradan e intimidan a las mujeres durante la atención de salud reproductiva, especialmente en las etapas del embarazo, durante el parto y postparto.

Desde el enfoque ecológico propuesto por Bronfenbrenner en 1979, explica las dinámicas y las diferentes expresiones de violencia desde los diversos niveles en los que se relaciona la persona, ya sea individual, social, familiar y comunitario. Por lo que, bajo este enfoque se propone cinco niveles con los que abordan estas

relaciones e influye en la conducta violenta y en los riesgos haciendo que incremente la violencia; estos niveles son: microsocioal, mesosocioal, macrosocioal, cronosistema (Incháustegui y Olivares, 2011).

En el primer nivel microsocioal, conforma el plano individual e implica características relacionadas con el sexo, edad, edad, educación empleo, ingresos; y también, el plano relacionado con el entorno más próximo, como el entorno familiar y los amigos más cercanos. Es decir, bajo estas características y en estos entornos violentos, la persona puede ser víctima de violencia o puede efectuar actos violentos. En el segundo nivel mesosocioal, comprende el vecindario, el barrio, ambientes laborales y escolares en la que se desenvuelve y se relaciona la persona y las familias. Por lo que, conflictos suscitados en estos ambientes, sumado a ello, sucesos delictivos, vandalismo, robos, homicidios, entre otros, predisponen a que la persona sea violentada o a que infrinja violencia (Incháustegui y Olivares, 2011).

En el tercer nivel macrosocioal, comprende de manera general a la sociedad, relacionado con factores que pueden impedir o inducir a la violencia, como por ejemplo, desigualdades sociales, desprecio a los derechos humanos, relaciones y usos de poder, cultura de ilegalidad, impunidad, desobediencia a las leyes y normas, violencia institucional, entre otros. En este nivel, es que se puede dar violencia obstétrica, suscitados en instituciones públicas, en la que los profesionales de la salud muchas transgreden sus derechos, sin repetir la condición de mujer gestante o puérpera. Por último, el nivel crono sistema comprende los grupos sociales o colectivos desencadenantes de violencia de nuestro mundo actual, así por ejemplo el racismo, la homofobia, el fascismo, entre otros, ocasionando crímenes, muertes (Incháustegui y Olivares, 2011).

En ese sentido, Belli (2013) en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), hacen referencia que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que transgredan los derechos humanos y reproductivos de la mujer, donde en muchas ocasiones es ignorada por ella misma y por los miembros que participan durante la atención.

Por otra parte, el Observatorio Nacional de la Violencia contra la Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (2018), señala que esta violencia obstétrica es la vulneración de derechos básicos reconocidos a nivel internacional, como son el derecho a la libertad, a la intimidad, a la integridad moral y física. Igualmente, para esta organización tiene que ver con aquel trabajador de la salud que tiende a apropiarse del cuerpo y de todo proceso reproductivo de la mujer, expresado en un trato no humanizado, en el abuso por patologizar los procesos naturales.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2016), en el decreto de la lucha contra la violencia basada en género, clasificó a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género describiéndolo como aquella acción ejercida por los profesionales de la salud. Además, es denominada como una violencia institucional generando un abuso en la atención de la mujer gestante en la salud sexual y reproductiva que involucra la calidad de atención y la efectucción de procesos innecesarios provocando un impacto negativo en vida de la mujer.

Esta institución divide a la violencia obstétrica en dos tipos: física y psicológica (MIMP, 2016).

La violencia obstétrica física, es manifestada durante las prácticas invasivas y suministro de medicación no justificada por el estado de salud de la parturienta. Dentro de estas prácticas comprende el excesivo tacto vaginal y doloroso, ruptura artificial de membranas, enema, medicalización, rasurado perineal, venoclísis, episiotomía y el uso de la Maniobra de Kristeller para culminar el expulsivo de manera rápida (MIMP, 2016). Además, respecto a la medicalización y patologización, la cual es el uso exagerado de intervenciones o medidas médicas y no médicas durante el embarazo, el parto y el puerperio de riesgo bajo, como también, la ejecución de procedimientos innecesarios o sin sustento científico (Arguedas, 2014; Medina, 2015).

La violencia obstétrica psicológica, incluye un trato deshumanizado, humillante y discriminatorio en momentos donde la gestante solicita ayuda para

que les guíen y atiendan durante su trabajo de parto (MIMP, 2016). Donde el profesional encargado de la atención obstétrica subestima el honor personal, por medio de la intimidación, hostigamiento y acoso, también mediante actos que pueden causar algún tipo de daño (Arguedas, 2014; Medina, 2015).

También incluye la desinformación respecto al proceso del parto y el estado de su hijo (a) recién nacida (MIMP, 2016). La gestante no recibe información suficiente o nada de información acerca de las opciones que tiene, lo que le impide involucrarse en la toma de decisiones (Arguedas, 2014; Medina, 2015).

Las manifestaciones de violencia más frecuentes son los gritos por el profesional de salud, en la que levantan la voz para expresar enfado y desaprobación cuando la mujer no sigue los pasos que indica; también la indiferencia del personal de salud, generando que las gestantes se sientan desprotegidas, y tengan miedo de expresar sus emociones y sentimientos.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

La Investigación fue de tipo básica, porque tiene como objetivo ampliar información en base al conocimiento existente sobre violencia obstétrica (Cortez y Neill, 2018).

Diseño de investigación

El diseño de investigación fue no experimental transeccional descriptivo simple, porque evaluó a puérperas de un hospital para conocer los niveles de violencia obstétrica, siendo descrito sin manipular este fenómeno, tal y como se presentó en un determinado momento (Hernández et al., 2014).

3.2 Variables y operacionalización

Definición conceptual. - Es definido como todo acto violento por parte del profesional de la salud en relación a los procesos reproductivos de la mujer gestante, de los cuales expresa un trato deshumanizante, medicalización excesiva y patologización de los procesos naturales del parto, impactando de manera negativa en la calidad de vida de la mujer gestante (MIMP, 2016).

Definición operacional. - La variable fue medida mediante el cuestionario de violencia obstétrica (CVO), creado por el Observatorio de Violencia Obstétrica en España (2016), conformada por 28 ítems, dividida en tres dimensiones (desinformación, trato deshumanizado, medicalización y patologización), reportando niveles: bajo, medio, alto.

Indicadores.- Desinformación: información de procedimientos realizados, de medicamentos administrados, consentimiento informado, el involucrarse en la toma de decisión sobre su atención, el lenguaje del personal de salud, posibilidad de resolver dudas; Trato deshumanizado: falta de confidencialidad

en la atención, discriminar mediante burlas, descalificaciones y comentarios irónicos, críticas por llorar o gritar durante el parto, obstaculización del apego precoz, impedir el acompañamiento; Medicalización y patologización: estimulación de pezones, inducciones, enemas, episiotomía rutinaria maniobra de kristeller, restringir ciertas posturas en el parto, obstaculizar la lactancia y el apego precoz.

Escala de medición. - La escala de medición es la ordinal

3.3 Población, muestra, muestra y muestreo

Población. - El ámbito de la investigación está compuesto por 150 puérperas cuyo parto fue atendido en un hospital público de Chimbote durante el mes de enero del año 2019. La población es entendida como aquella agrupación limitada o ilimitada de elementos con características comunes (Arias et al., 2016).

Criterios de inclusión

- Madres puérperas mayores de 18 años, atendidas en un hospital público de Chimbote.
- Puérperas dentro de las 48 horas postparto.
- Puérperas de parto eutócico.
- Mujeres orientadas en tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión

- Mujeres bajo el efecto de anestésicos.
- Puérperas con alguna discapacidad mental, retraso mental u otra discapacidad que le dificulte participar del estudio.
- Mujeres que no saben leer y escribir.
- Mujeres que no acepten ser parte de la investigación.

Muestra. - Es un fragmento tomado de la población, la cual es seleccionada con la finalidad de adquirir información relevante el desarrollo de una

investigación (Bernal, 2010). Conformando así este estudio una muestra de 85 puérperas, seleccionada de manera aleatoria.

Muestreo. - El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico aleatorio, en la que todos los participantes tienen la posibilidad de ser elegidos para la muestra, teniendo en consideración el tamaño de muestra y las características del estudio (Hernández et al., 2014).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta, dicha técnica permitió obtener información respecto a un contenido específico en un solo momento, siendo de utilidad para la investigación realizada (Arias et al., 2016).

Se empleó como instrumento el Cuestionario de Violencia Obstétrica (CVO), creado por el Observatorio de Violencia Obstétrica en España (2016), con la finalidad de valorar la percepción y la violencia en el parto en las mujeres, y otros aspectos como la desinformación, trato deshumanizado y medicalización y patologización, en los últimos 6 meses.

Constituido por 28 ítems de respuestas dicotómicas (Si=1 y No=0), organizado en tres dimensiones: desinformación (ítems del 1 al 7), trato deshumanizado (ítems del 1 al 12) y medicalización y patologización (ítems del 1 al 9). En cuanto a su calificación, para cada dimensión se obtiene sumando los ítems que lo conforman, y para el puntaje global, se obtiene sumando los puntajes de las tres dimensiones.

El instrumento original cuenta con criterios de validez y confiabilidad aceptable, siendo analizado a través de la prueba de correlación de Pearson entre cada dimensión, obteniendo una correlación significativa ($p < .01$). La confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuenta con un valor .934 para la prueba total, y para sus dimensiones: .912 (desinformación), .858 (trato

deshumanizado) y .90 (medicalización y patologización). En consecuencia, la prueba presenta adecuados valores de validez y confiabilidad.

3.5 Procedimientos

En primer lugar, se obtuvo la autorización de la aplicación del cuestionario mediante una previa reunión con el director del hospital, al evaluar y tener información necesaria, accedió a dar el pase para poder realizarla.

Seguidamente se procedió a informar a la población acerca del trabajo de investigación asimismo explicarles sobre el consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario, una vez culminada la aplicación, se depuraron los datos y se organizaron en una matriz en el programa Excel, para su posterior análisis estadístico.

3.6 Método de análisis de datos

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS Statistics versión 24. Posteriormente se procedió a realizar el análisis estadístico descriptivo arrojando proporciones porcentuales absolutas. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias y porcentajes, los mismos que responden a los objetivos propuestos.

3.7 Aspectos éticos

Para garantizar la calidad ética de la investigación, se consideró aspectos éticos de la Declaración de Helsinki promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM, 2000), considerándose para este estudio emitir una carta solicitando el permiso de la institución para llevar a cabo la investigación, también se obtuvo el consentimiento informado los participantes, en la que aceptaron ser parte del estudio, para luego ser aplicado el instrumento, manteniendo la confidencialidad de la información obtenida, así mismo se priorizó los derechos e intereses de los participantes.

En cuanto a los principios éticos, se tomó en cuenta el principio de beneficencia, priorizando el bienestar de los participantes; el principio de no maleficencia, respetando la integridad de los participantes y la veracidad de los resultados; el principio de la autonomía, respetando las decisiones de los participantes y brindando el consentimiento informado; y el principio de justicia, buscando no poner en riesgo a los participantes (Aristizábal, 2012).

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de violencia obstétrica durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.

Niveles de violencia Obstétrica	f	%
Nivel bajo	25	29.4
Nivel medio	33	33.8
Nivel alto	27	31.8
Total	85	100.0

En la Tabla 1 muestra que el 33.8% de puérperas percibió la violencia obstétrica en un nivel medio, seguido por el 31.8% que lo percibió en un nivel alto y el 29.4% en un nivel bajo.

Tabla 2

Nivel de desinformación durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.

Niveles de desinformación	f	%
Nivel bajo	40	47.1
Nivel medio	17	20.0
Nivel alto	28	32.9
Total	85	100.0

En la Tabla 2 respecto al nivel de violencia obstétrica en la dimensión desinformación durante el parto, muestra que 47.1% de puérperas percibió la violencia en un nivel bajo, seguido por el 32.9% que lo percibió en un nivel alto y el 20% en un nivel medio.

Tabla 3

Nivel de trato deshumanizado durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.

Trato deshumanizado	f	%
Nivel bajo	30	35.3
Nivel medio	30	35.3
Nivel alto	25	29.4
Total	85	100.0

En la Tabla 3 respecto al nivel de Violencia Obstétrica en la dimensión trato deshumanizado durante el parto, muestra que 35.3% de puérperas percibió la violencia en un nivel bajo, así mismo, 35.3% en un nivel medio, mientras que 29.4% lo percibió en un nivel alto.

Tabla 4

Nivel de medicalización y patologización durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019.

Desinformación	f	%
Nivel bajo	43	50.6
Nivel medio	12	14.1
Nivel alto	30	35.3
Total	85	100.0

En la Tabla 4 respecto al nivel de violencia obstétrica en la dimensión medicalización y patologización durante el parto, muestra que 50.6% de puérperas percibió la violencia en un nivel bajo, seguido por el 35.3% que lo percibió en un nivel alto y el 14.1% en un nivel medio.

V. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como finalidad determinar los tipos y niveles de violencia obstétrica durante la atención del parto en puérperas en un hospital público de la ciudad de Chiclayo. A partir de los resultados se procedió a realizar la discusión y el análisis en base a estudios previos encontrados y a las principales teorías de la variable.

Respecto al nivel de violencia obstétrica general, se obtuvo que 33.8% de puérperas percibió la violencia en un nivel medio, seguido por el 31.8% que lo percibió en un nivel alto y el 29.4% en un nivel bajo. Ratificándose así una importante presencia de violencia durante la atención del parto por parte del profesional de salud, como lo identifica Lam et al. (2017), Castillo (2017), Terán et al. (2013), Valdez et al. (2013), Silva y Santana (2017). Esta situación, de no ser mejorada, podría condicionar problemas de salud psicológica como incremento de la sintomatología de estrés agudo (Lam et al., 2017), ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (Ayers, 2013; Ayer y Pickerin, 2001).

Dicha violencia obstétrica, es entendida como todo tipo de conducta o acción por parte del profesional durante la atención obstétrica, donde de forma directa o indirecta afecta el proceso fisiológico reproductivo de la mujer durante su etapa de embarazo y durante el parto, dicha violencia es expresada a través de la patologización del proceso natural y del trato no humano (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Medina, 2015). En la actualidad la violencia obstétrica constituye un problema social de interés nacional, ya que se evidencia una relación en la manera en cómo el individuo nace y el acontecimiento de problemas sociales en la vida ulterior de las personas (Lam et al., 2017).

Además, aquellas mujeres que son víctimas de este tipo de violencia durante la atención del parto, van a percibir un tipo de abuso físico, maltrato verbal, no confidencialidad en la atención, trato discriminatorio, negación o abandono de la atención médica (Bowser y Hill, citado por Lam et al., 2017). En ese sentido, la

Psicología Perinatal debe propiciar el desarrollo de relaciones igualitarias y de respeto hacia la mujer y su proceso reproductivo, entre el profesional y la parturienta, a partir de un proceso de reaprendizaje de actitudes y conductas en un marco de derecho y bioético (Lam et al., 2017).

En relación al nivel de desinformación durante el parto, los datos mostraron que 47.1% de puérperas percibió este tipo de violencia en un nivel bajo, seguido por el 32.9% que lo percibió en un nivel alto y el 20% en un nivel medio. Corroborándose lo concluido por Lam et al. (2017), Castillo (2017) y Terán et al. (2013), quienes identificaron la falta de información y consentimiento en el proceso reproductivo, viéndose limitadas las propias decisiones que pueda tomar sobre su cuerpo. Esta forma de violencia obstétrica durante el parto lo constituye la desinformación, entendida como toda acción orientada a limitar la toma de decisiones en las mujeres, en donde no se le brinda información suficiente para que tenga conocimiento sobre las opciones que tiene para que pueda decidir (MIMP, 2016; Arguedas, 2014; Medina, 2015).

En tanto, este tipo de accionar por parte de los facultativos tiene su correlato en el modelo del poder y dominio obstétrico, estando representado por el cuerpo médico que descalifica y desvalora el conocimiento de la mujer sobre su proceso reproductivo, por ser insuficiente y acientífico (Gonzales y Quintero, 2009), siendo interlocutoras no válidas, dado que al no hablar el lenguaje de la ciencia, no tienen derecho a opinar, ser escuchadas y mucho menos consideradas en la toma de decisiones de su propio estado de salud (Lam et al., 2017; Arguedas, 2014).

De acuerdo al nivel de trato deshumanizado, se obtuvo que 35.3% de puérperas percibieron este tipo de violencia en un nivel bajo y otro 35.3% en nivel medio; mientras que 29.4% lo percibió en un nivel alto. Resultados que se condicen con los hallazgos de Da Silva et al. (2017), Lam et al. (2017) y Valdez et al. (2013), quienes concluyen que las madres reciben maltrato verbal, físico y actitudinal por parte del personal de salud durante su atención y asistencia médica.

Además, este tipo de violencia es definido como un trato irrespetuoso y descontextualizado e irrespetuoso que tiende a subestimar y desprestigiar la dignidad y el valor de la mujer por parte del trabajador de la salud, mediante el hostigamiento, acoso, intimidación, u otros actos que ocasionan daño durante la atención obstétrica (MIMP, 2016; Arguedas, 2014; Belli, 2013; Medina, 2015). Por lo que, no es aceptado por los profesionales de la salud pues supone situaciones en la que muchas veces se vulnera los derechos fundamentales reconocidos a nivel global, como son, el derecho a la intimidad, a la libertad personal y a la integridad física y moral.

En ese sentido, la violencia obstétrica consiste en apropiarse de los procesos reproductivos, fisiológicos y del cuerpo, por los profesionales que prestan servicio de salud, expresado en un trato jerárquico deshumanizador (El Parto es Nuestro, 2018), como resultado del poder obstétrico, una forma de disciplinamiento de la capacidad reproductiva que controla y oprime a la mujer, quitándole su autonomía y libertad, afectando su autoconcepto y su capacidad para parir y atender al recién nacido (Arguedas, 2014). Este tipo de violencia asociada a la violencia psicológica y física afecta la salud psicológica de la mujer incrementando la presencia de sintomatología de estrés (Lam et al., 2017).

Por último, respecto al nivel de medicalización y patologización durante la atención del parto, los datos evidenciaron que 50.6% de púerperas percibió un nivel bajo de violencia, seguido por el 35.3% un nivel alto y 14.1% nivel medio. Hallazgos similares a lo comunicado por Lam et al. (2017) y Salgado et al. (2013), quienes identificaron sentimientos de frustración en las madres en relación a sus vivencias de parto, ocasionado por las atenciones y asistencias médicas, por la falta de acompañamiento después del parto, y por las dificultades para establecer el primer contacto con sus bebés.

En tanto, este tipo de violencia obstétrica, es concebida como el uso excesivo de intervenciones médicas durante el embarazo, en el parto y el puerperio de riesgo bajo (BRO), como también, la ejecución de ciertas intervenciones

rutinarias sin sustento científico o muchas veces innecesarias (MIMP, 2016; Arguedas, 2014; Medina, 2015).

Esta situación refleja el estado de vulnerabilidad física y psicológica que atraviesa la mujer en la sala de parto, a partir de una idea subjetiva en la que tanto el embarazo como el parto es considerado un proceso de desorden y alteración, los cuales deben ser observados minuciosamente, para que no logre causar confusión y caos en la mujer, como el llegar a creer que está enferma o discapacitada (Arguedas, 2014), expresándose en la pérdida de la capacidad para decidir de manera libre sobre su cuerpo y su sexualidad, así como en el abuso de medicalización de procesos naturales, haciendo que tenga un impacto negativo en su calidad de vida (El Parto es Nuestro, 2018).

Esta situación álgida respecto de la asistencia del parto en un hospital público de Chimbote, deber ser visto desde la óptica de la Salud Mental Perinatal, donde la violencia obstétrica no tiene espacio, pues las relaciones que se establecen entre la usuaria y el profesional se desarrollan en un marco de derechos humanos y un sistema de salud más humano y basado en la evidencia científica más reciente y comprobada (Belli, 2013).

VI. CONCLUSIONES

- Primera. - De acuerdo al nivel de violencia obstétrica, se obtuvo una predominancia del nivel medio (33.8%), seguido del nivel alto (31.8%); lo cual indica que las puérperas perciben ser víctimas de violencia a través de la información inadecuada que se les brinda, trato poco humano y medicalización no pertinente.
- Segunda. - En cuanto al nivel de violencia por desinformación, existe un predominio del nivel medio (47.1%), sin embargo, también, es seguido por el nivel alto (32.9%); esto indica que las puérperas presentan una inadecuada información respecto al su condición, por parte del personal asistencial
- Tercera. - En lo que respecta al nivel de violencia obstétrica por trato deshumanizado, aproximadamente el 70% está en niveles bajos y medios, sin embargo, aproximadamente una tercera parte de las puérperas perciben este tipo de violencia por parte del personal que las atiende.
- Cuarta.- Sobre el nivel de violencia obstétrica por medicalización y patologización, más de la tercera parte (35.3%) sufre niveles altos de violencia de este tipo, es decir sin información previas y no necesariamente que sea un requerimiento básico.

VII. RECOMENDACIONES

- Primera. - Se sugiere la creación y mejora de los lineamientos de políticas y programas del hospital público de la ciudad de Chimbote, los cuales se dirijan a una atención de calidad en las mujeres.
- Segunda. - Se sugiere a los profesionales de Psicología del nosocomio, abordar e intervenir en las mujeres que entrarían próximamente a trabajo de parto para darles a conocer la importancia de la comunicación y así el mensaje que quieran transmitir sea claro y preciso.
- Tercera. - Seguir realizando investigaciones en relación a la variable de estudio en poblaciones similares a nivel local, para corroborar con los resultados obtenidos e instaurar más conocimiento sobre el tema de investigación.
- Cuarta. - Proponer programas preventivos promocionales, dirigidos a las madres gestantes, para mejorar los niveles de violencia obstétrica, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las mujeres.

REFERENCIAS

- Abuya, T., Warren, C., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, B. (2015). Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. *PLoS One*, 10(4): e0123606. DOI: 10.1371/journal.pone.0123606
- Abuya, T., Ndwiga, C., Ritter, J., Kanya, L., Bellows, B., Binkin, N., & Warren, C. (2015). The Effect of a Multi-Component Intervention on Disrespect and Abuse During Childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15 (1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0645-6>.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1988). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall. Recuperado de [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1779558](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1779558)
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11 (1), 145-169. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4769/476947241008>
- Arias, J., Villasís, M., & Miranda, M (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Rev Alerg Méx*, 63(2), 201-206. DOI: 10.29262/ram.v63i2.181
- Aristizábal, L. (2012). El porqué de la ética en la investigación científica. *Investigaciones. Andina*, 14(24), 369-371. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239024334001>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (23 de diciembre de 2007). *Artículo 15 [Capítulo III]. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Ley N° 38668]*. Recuperado de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf

- Asefa, A., Bekele, D. (2015). Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health*, 12(33). <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0024-9>
- Asociación Médica Mundial. (2000). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Editorial AMM.
- Ayers, S. (2013). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.022>
- Ayers, S., y Pickering, A. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28, 111-118. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x
- Belli, L. (2003). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34. Recuperado de http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y viopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. Recuperado de <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación* (3ª ed.). Colombia: Pearson Educación.
- Castillo, L. (2017). *Frecuencia y caracterización de violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo, 2017* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28269>
- Cerpa, C., y Velásquez, M. (2015). *Violencia obstétrica en mujeres atendidas de parto eutócico. Servicio de gineceo-obstetricia. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Abril - Junio 2015* (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3390>

- Cortez, L., y Neill, D. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. Ecuador: UTMACH.
- Silva, I., y Santana, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 47, 71-79. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- De los Santos, k. (2016). *Violencia Obstétrica: Conceptualizaciones desde las Usuaris y Profesionales de la Salud* (Tesis de Licenciatura). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7888/1/Santos%2C%20Karen_de_los.pdf
- El Parto es Nuestro. (2018). Observatorio de Violencia Obstétrica-OVO. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>
- Farias, (2014). ¿Sabes qué es la violencia obstétrica? Muchas mujeres lo padecen y deja huellas en ellas? Recuperado de <https://www.vix.com/es/imj/familia/163188/sabes-que-es-la-violencia-obstetrica-muchas-mujeres-lo-padecen-y-deja-huellas-en-ellas>
- Gómez, S. (2003). *Técnicas de investigación*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD.
- Gonzales J., y Quintero, D. (2009). *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. <http://hdl.handle.net/10554/9730>
- Hameed, W., & Avan, B. (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PLoS One*. 13(3), e0194601. DOI: 10.1371/journal.pone.0194601.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México D.F.: Mcgraw-Hill/Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). Salud Materna. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap008.pdf
- Incháustegui, T, y Olivares, E. (2011). Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/MoDecoFinalPDF.pdf>
- Lam, S., Sánchez, V., Alva, M., Castillo, J. y Cabellos, P. (2017). *Violencia Obstétrica y estrés en puérperas atendidas en un hospital de Chimbote, 2017* (Tesis de Grado). Universidad San Pedro, Chimbote, Perú. <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/314>
- Machado, C. (2014). ¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado.
- Medina, C. (2015). *Violencia Obstétrica: Estudio de Revisión Bibliográfica Sistemática* Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/poster_vo_es_vg_-_jornadas_sevilla_nov_2015_-_def.pdf
- Ministerio de Salud. (2016). *Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*. Lima, Gobierno del Perú.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (26 de Julio de 2016). Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021. Obtenido de http://www.flora.org.pe/observatorio/Norm_Nacio/PNCVHM_2009%20-%202015.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2020). MIMP atendió más de 180 mil casos de violencia de género a través de nuestros Centros Emergencia Mujer en el 2019. Plataforma digital única del Estado Peruano. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/78202-mimp-atendio-mas->

de-180-mil-casos-de-violencia-de-genero-a-traves-de-nuestros-centros-emergencia-mujer-en-el-2019

Montesinos, R., Urrunaga, D., Mendoza, G., Taype, A., Helguero, L., Martinezi, F., Centeno, D., Jiménez, Y., Taminche, R., Paucar, L., y Villamonte, W. (2018). Falta de respeto y abuso durante el parto en catorce hospitales en nueve ciudades del Perú, Perú. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(2), 184-190. DOI: 10.1002/ijgo.12353

Observatorio Nacional de la Violencia contra la Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. (26 enero 2018). *Violencia Obstétrica*. Recuperado de https://observatorioviolencia.pe/mv_violencia-obstetrica/

Odent, M. (2005). *Nacimiento renacido*. 2 ed. Buenos Aires: Creavida.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=evidencia-7732&alias=29742-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-2012-742&Itemid=270&lang=es

Rich, A. (1986). *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. New York: Norton.

Rojas, G., y González, J. (17 junio 2009). La violencia obstétrica es una epidemia silenciosa. El gremio médico no reconoce el problema. *Últimas Noticias*, 10. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf>

- RPP Noticias (23 de octubre de 2017). *Lima se ubica entre las 10 megaciudades más peligrosas para las mujeres*. Recuperado de <https://rpp.pe/peru/actualidad/lima-se-ubica-entre-las-10-megaciudades-mas-peligrosas-para-las-mujeres-noticia-1082867>
- Senado de la República Oriental del Uruguay (10 de diciembre de 2008). Artículo 3 [Capítulo I]. *Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*. [Ley N° 18.426]. DO: 27630.
- Senado de la República. (30 abril 2014). *Senado aprueba sancionar violencia obstétrica*. Recuperado de <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>
- Sharma, G., Penn, L., Halder, K., Filippi, V. (2019). An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reprod Health*, 16(1), 7. DOI: 10.1186/s12978-019-0668-y.
- Supo, J. (2012). *Seminarios de investigación científica*. México D.F: Bioestadístico.
- Terán, P., Castellanos, C., Gonzales, M., y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 73(3) Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script%3Dsci_arttext%26pid%3DS0048-77322013000300004&hl=es-419&gl=pe&strip=1&vwsrsc=0
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., y Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED*, 18 (1), 14-20. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2013/con131c.pdf>
- Veiga, J. (2020). *Estado de Violencia*. Blurb, Incorporated. <https://books.google.com.pe/books?id=gRvNDwAAQBAJ>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización de la variable

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Violencia Obstétrica	Es definido como todo acto violento por parte del profesional de la salud en relación a los procesos reproductivos de la mujer gestante, de los cuales expresa un trato deshumanizante, medicalización excesiva y patologización de los procesos naturales del parto, impactando de manera negativa en la calidad de vida de la mujer gestante (MIMP, 2016).	La violencia obstétrica será evaluado a través del cuestionario de violencia obstétrica (CVO), conformado por 28 ítems, dividida en tres dimensiones: desinformación, trato deshumanizado y medicalización.	Desinformación	<ul style="list-style-type: none"> - Información de los procedimientos realizados. - Información de los medicamentos administrados. - Consentimiento informado - Involucramiento en la toma de decisión sobre su atención. - El lenguaje del personal de salud. - Posibilidad de absolver dudas e inquietudes. 	Ordinal
			Trato deshumanizado	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de confidencialidad durante la atención. - Discriminación basada en atributos específicos (burlas y comentarios irónicos y descalificantes). - Críticas por llorar o gritar durante el parto. - Obstaculización del apego precoz. - Impedir el acompañamiento. - Deseos de alimentación, bebida y posturas. 	
			Medicalización y patologización	<ul style="list-style-type: none"> - Inducciones-acentuaciones. - Estimulación de pezones. - MEF continuo en parto de bajo riesgo. - Episiotomía rutinaria. - Enemas. - Maniobra de kristeller. - Restricción de posturas para el parto. - Obstaculización del apego precoz. - Obstaculización de la lactancia precoz. 	

Anexo 2: Instrumento de recolección de la información

CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

N° de Encuesta: Fecha de aplicación:

Desde la Universidad San Pedro queremos dar a conocer 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 vuestras experiencias de parto. Los datos de la misma no serán difundidos, pero sí los resultados de su estudio.

INFORMACIÓN GENERAL

Edad actual:

Nivel de estudios

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Superior

Procedencia

- (1) Costa
- (2) Sierra
- (3) Selva

Lugar de residencia

- (1) Urbana
- (2) Urbano-Marginal

Fecha en la que se produjo el parto:

Día:

Mes:

Año:

Sobre la información y consentimiento...	SI	NO
1. Se le informó del procedimiento o maniobra que le iban a realizar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios).		
2. Recibió información de los medicamentos (Oxitocina, antibióticos, tocolítics, antihipertensivo, entre otros) que se le iban a administrar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios)		
3. ¿Se actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento con su consentimiento?		
4. ¿Se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención?		
5. ¿El lenguaje utilizado fue profesional y correcto en todo momento?		
6. ¿El lenguaje utilizado permitió entender la información que le dieron?		
7. ¿Tuvo la posibilidad de absolver todas sus dudas e inquietudes?		

Sobre el trato recibido...	SI	NO
1. ¿Se presentó con nombre y título cada persona que entró en su habitación y la trató?		
2. ¿Se le realizó procedimientos en presencia de personas que usted no consintió?		

3. ¿Su intimidad fue vulnerada durante la atención de su parto o puerperio?		
4. ¿Alguien hizo comentarios despectivos en cuanto a su estado físico?		
5. ¿Alguien puso en duda o cuestionó su capacidad para parir, le dijeron que lo estaba haciendo mal?		
6. ¿Alguien criticó sus expresiones de dolor (gritos y gemidos) y temor durante el parto?		
7. ¿Alguien puso en duda su capacidad para dar de mamar a su bebé?		
8. ¿Se facilitó el contacto piel con piel entre usted y su bebé inmediatamente después de nacer y durante la primera media hora?		
9. ¿Se propició inmediatamente que su bebé lacte de sus senos y durante la siguiente hora posterior a su nacimiento?		
10. ¿Se respetó su deseo en cuanto a comer y beber?		
11. ¿Se respetó su deseo de estar acompañada de la/s persona/s de su elección?		
12. ¿Se respetó la postura que deseaba en su expulsivo (parto)?		

Sobre los procedimientos recibidos...	SI	NO
1. ¿Recibió monitoreo electrónico fetal constante (en todo momento) durante el trabajo parto y/o parto?		
2. ¿Se le colocó Oxitocina en suero u otro medicamento para acelerar el trabajo de parto?		
3. ¿Al ingresar a la sala de dilatación se le colocó una vía endovenosa y suero, como medida preventiva?		
4. ¿Se le pidió realizar estimulación de pezones para acelerar el parto?		
5. ¿Se le realizó episiotomía?		
6. ¿Alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?		
7. ¿Se le colocó enemas?		
8. ¿Se le pidió permanecer acostada durante el trabajo de parto (sin contraindicación aparente), no considerando su deseo de deambular libremente?		
9. ¿Se realizaron procedimientos como el secado, pesado, tallado, vestido entre otros, que dificultaron el inmediato contacto piel a piel con su hijo?		

POSPARTO

1. **¿Has necesitado o crees que necesitas ayuda psicológica o terapia para superar las secuelas o malos recuerdos del parto?**
 (1) Si
 (2) No
2. **¿Hay algo que te gustaría expresar que no te hayamos preguntado?**

Anexo 3: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Chimbote, _____ de 2019.

Yo, _____, a través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, lo siguiente:

He decidido participar en el estudio denominado: **Violencia obstétrica durante la atención del parto en un hospital público de Chimbote, 2019**, cuyo responsable es estudiante del Programa de Estudios de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo. En el mencionado estudio se desarrollará una encuesta, para lo cual se utilizará el Cuestionario sobre violencia obstétrica.

Declaro que he sido informada de la metodología que tendrá la investigación y que la información recolectada será utilizada con estricta atención a las normas éticas de la investigación en seres humanos, garantizando en todo momento la confidencialidad de mi identidad.

Entiendo que en este estudio no se me administrará ningún tipo de fármaco ni exámenes médicos, la valoración será a través de una encuesta voluntaria, en un ambiente de confort, y que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Atentamente,

Firma y DNI:.....

Anexo 4:

Tabla 1

Perfil de las puérperas cuyo parto fue atendido en un hospital público de Chimbote, 2019.

Características	n	%
Edad		
Adolescente	29	34.1
Jóvenes	39	45.9
Adultas	17	20.0
Grado de instrucción		
Primaria	26	14.1
Secundaria	50	58.8
Superior	23	27.1
Procedencia		
Costa	67	78.8
Sierra	18	21.2
Residencia		
Urbana	64	75.3
Urbana-marginal	3	3.5
Rural	18	21.2

Fuente: Elaboración propia.

MUESTREO

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

p: Proporción de pacientes del servicio de Obstetricia del hospital = 0.5

q: Proporción de pacientes del servicio de Obstetricia = 0.5

e: Error estándar de = 0.07

z: Puntaje correspondiente a una confianza de 95 % = 1.96

N: Población de púerperas primíparas atendidas en el Hospital La Caleta

ANEXO 5: Baremos del instrumento de medición

MEDICIÓN DE LA VARIABLE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para la clasificación de la violencia obstétrica según niveles se utilizó la Escala de Stanone, procediéndose de la siguiente forma:

$$a = x - 0.75 \cdot ds$$

$$b = x + 0.75 \cdot ds$$

Dónde:

x = Promedio aritmético.

Ds = Desviación estándar.

Reemplazando:

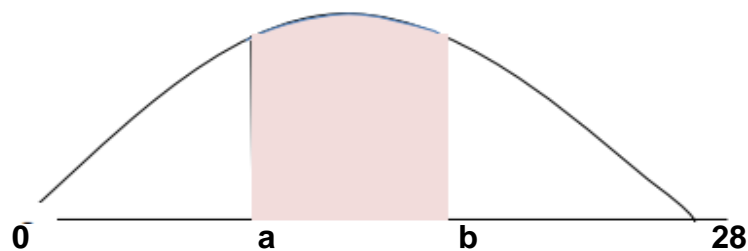
Promedio aritmético (x): 7.8

Desviación estándar: 6.03

Número de personas: 85

Número de preguntas: 28

Constante: 0.75



$$a = 7.8 - 0.75 (6.03) = 3.3$$

$$b = 7.8 + 0.75 (6.03) = 11.3$$

Por lo tanto, se tiene:

Nivel Alto : 11 - 28 puntos.

Nivel Medio : 4 - 10 puntos.

Nivel Bajo : 0 - 3 puntos.

MEDICIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA VARIABLE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para la clasificación de la dimensión desinformación según niveles se utilizó la Escala de Stanone, procediéndose de la siguiente forma:

$$a = x - 0.75 \cdot ds$$

$$b = x + 0.75 \cdot ds$$

Dónde:

x = Promedio aritmético.

Ds = Desviación estándar.

Reemplazando:

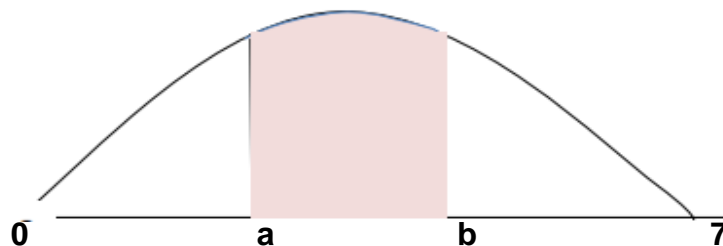
Promedio aritmético (x): 2.3

Desviación estándar: 2.4

Número de personas: 85

Número de preguntas: 7

Constante: 0.75



$$a = 2.3 - 0.75 (2.4) = 0.5$$

$$b = 2.3 + 0.75 (2.4) = 4.1$$

Por lo tanto, se tiene:

Nivel Alto : 4 - 7 puntos.

Nivel Medio : 2 - 3 puntos.

Nivel Bajo : 0 - 1 puntos.

Para la clasificación de la dimensión trato deshumanizado según niveles se utilizó la Escala de Stanone, procediéndose de la siguiente forma:

$$a = x - 0.75 \cdot ds$$

$$b = x + 0.75 \cdot ds$$

Dónde:

x = Promedio aritmético.

Ds = Desviación estándar.

Reemplazando:

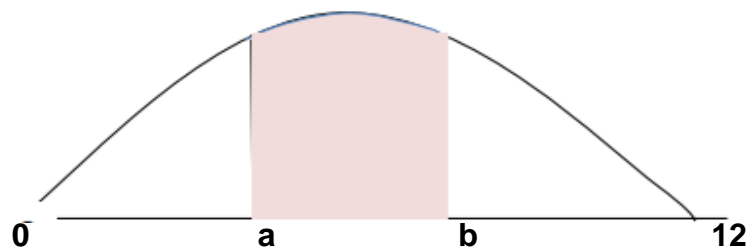
Promedio aritmético (x): 3.1

Desviación estándar: 2.9

Número de personas: 85

Número de preguntas: 12

Constante: 0.75



$$a = 3.1 - 0.75 (2.9) = 0.9$$

$$b = 3.1 + 0.75 (2.9) = 5.3$$

Por lo tanto, se tiene:

Nivel Alto : 5 - 12 puntos.

Nivel Medio : 2 - 4 puntos.

Nivel Bajo : 0 - 1 puntos.

Para la clasificación de la dimensión medicalización y patologización según niveles se utilizó la Escala de Stanone, procediéndose de la siguiente forma:

$$a = x - 0.75 \cdot ds$$

$$b = x + 0.75 \cdot ds$$

Dónde:

x = Promedio aritmético.

Ds = Desviación estándar.

Reemplazando:

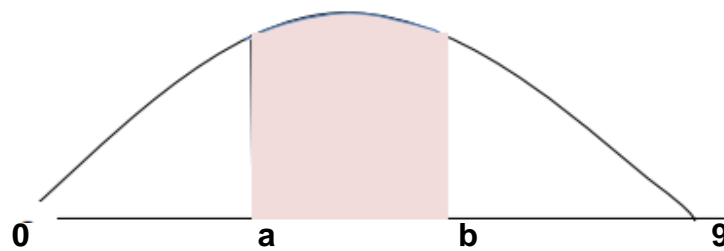
Promedio aritmético (x): 2.4

Desviación estándar: 2.6

Número de personas: 85

Número de preguntas: 9

Constante: 0.75



$$a = 2.4 - 0.75 (2.6) = 0.5$$

$$b = 2.4 + 0.75 (2.6) = 4.4$$

Por lo tanto, se tiene:

Nivel Alto : 4 - 9 puntos.

Nivel Medio : 2 - 3 puntos.

Nivel Bajo : 0 - 1 puntos.

Anexo 6: Permiso de Autoría y Adaptación de la prueba

← SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA USO DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

MAIL ALERT <eduliz8@hotmail.com>
Lun 8/02/2021 11:31
Para: Usted

Buenos días Yuleisy :

A través de la presente y atendiendo a tú solicitud autorizó para que utilices el instrumento de investigación que adaptamos, el cual lleva como nombre: Cuestionario de Violencia Obstétrica con fines investigativos.
Deseo éxitos en tú investigación.
atentamente,

SILVIA LILIANA LAM FLORES

...

[Responder](#) | [Reenviar](#)

Yuleisy Merino Villanueva
Sáb 6/02/2021 22:08
Para: eduliz8@hotmail.com

Estimada docente Liliana Lam,

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con el fin de solicitarle autorización para el uso del instrumento de investigación adaptado por su persona, el cual lleva como nombre: Cuestionario de Violencia Obstétrica, el mismo que será utilizado en mi proyecto de tesis denominado "Violencia Obstétrica durante la atención del parto en puérperas de un hospital público de Chimbote, 2019", de modo que pueda culminar con éxito ésta etapa profesional logrando obtener el grado de Licenciada en Psicología.
Sin más que decirle, me despido agradeciendo de antemano el apoyo.

Saludos,

Yuleisy Merino Villanueva.

