

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Factores asociados a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto de un Hospital II-1 de Lambayeque, 2023

Para obtener el Título Profesional de Médica Cirujana

Línea de Investigación: Ciencias de la Salud

Bach. Caman De La Cruz Yenifer Alexandra

Bach. Cubas Perez Denis Yaqueli

ASESOR:

Dr. Sosa Flores Jorge Luis

Lambayeque, 2024

APROBADO POR:



DR. IVAN RANDOLFO PINTO TIPISMANA
(PRESIDENTE)



DR. JUAN JOSE CRUZ VENEGAS
(SECRETARIO)



DR. JUAN ALBERTO VEGA GRADOS
(VOCAL)



DR. JORGE LUIS SOSA FLORES
(ASESOR)

ACTA DE SUSTENTACIÓN Nº 001-2024-FMH-UNPRG

Siendo las 14:00 horas del día 26 de febrero del 2024, se reunieron los miembros de jurado evaluador designados por Resolución N.º 029-2023-VIRTUAL-FMH-D conformados por los siguientes docentes:

Presidente: *Dr. Ivan Randolpho Pinto Tipismana,*

Secretario: *Dr. Juan José Cruz Venegas,*

Vocal: *Dr. Juan Alberto Vega Grados,*

Suplente: -

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada:
"FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL NIVEL II-1 DE LAMBAYEQUE, 2023"

cuyo autor es el (los) bachiller (es):

CAMAN DE LA CRUZ YENIFER ALEXANDRA y CUBAS PEREZ DENIS YAQUELI.

Teniendo como Asesor Metodológico y Temático **Dr. JORGE LUIS SOSA FLORES.**

El acto de sustentación fue autorizado por Decreto Nº 061-2024-VIRTUAL-FMH-D de fecha 26 de febrero del 2024

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 17 (diecisiete) en escala vigesimal y 85 (ochenta y cinco) en la escala centesimal Nivel: Bueno.

Por lo que queda APTO para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 15:15 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.

DR. IVAN RANDOLFO PINTO TIPISMANA
PRESIDENTE

DR. JUAN JOSE CRUZ VENEGAS
SECRETARIO

DR. JUAN ALBERTO VEGA GRADOS
VOCAL



CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, DR. JORGE LUIS SOSA FLORES, usuario revisor del documento titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL II-1 DE LAMBAYEQUE, 2023". Cuyas autoras son, CAMAN DE LA CRUZ YENIFER ALEXANDRA y CUBAS PEREZ DENIS YAQUELI, identificadas con documento de identidad 75238239 y 72183988 respectivamente; declaro que la evaluación realizada por el Programa Informático, ha arrojado un porcentaje de similitud de 19%, verificable en el Resumen de Reporte automatizado de similitudes que se acompaña.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que le documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.



Dr. Jorge Luis Sosa Flores
DNI: 165 340 83
ASESOR

Se adjunta:

- * Resumen del Reporte automatizado de similitudes
- * Recibo Digital

FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL II-1 DE LAMBAYEQUE, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	18%	5%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	2%
3	www.scielo.org.ar Fuente de Internet	1%
4	iris.paho.org Fuente de Internet	1%
5	www.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to unanleon Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1%


Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
CMP N° 12305 - RNE 6515



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Yenifer Caman
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS ...
Nombre del archivo:	INFORME_FINAL_CAMAN_DE_LA_CRUZ_CUBAS_PEREZ.docx
Tamaño del archivo:	5.28M
Total páginas:	82
Total de palabras:	18,302
Total de caracteres:	95,263
Fecha de entrega:	14-feb.-2024 09:09p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2295143917

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

"FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS
GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL II-I DE
LAMBAYEQUE, 2023"

Para obtener el Título Profesional de Médico (a) Cirujano (a)

Línea de Investigación: Ciencias de la Salud

AUTORES

Caman De La Cruz Yenifer Alexandra
Cubas Perez Denis Yaqeli

ASESOR:

Dr. Sosa Flores Jorge Luis

Lambayeque, 2024


Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
CMP N° 12305 - RNE 6515

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

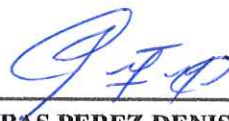
Yo, Caman De La Cruz Yenifer Alexandra y Cubas Perez Denis Yaqueli, investigadores principales, y el Dr. Sosa Flores Jorge Luis, asesor del trabajo de investigación “FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL II-1 DE LAMBAYEQUE, 2023”, declaro bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 22 de febrero del 2024



CAMAN DE LA CRUZ YENIFER ALEXANDRA

Investigador principal



CUBAS PEREZ DENIS YAQUELI

Investigador principal



DR. SOSA FLORES JORGE LUIS

Asesor

DEDICATORIA

A mi hijo; mi dulce niño, Haziél, cuya mirada y sonrisa me inspiran, me alientan a ser cada día mejor y me da fuerzas para no rendirme; a él le debo todo lo que he logrado porque él es mi pilar en esta vida. A mi pareja, Jean Brando Torres Guerrero, que siempre estuvo ahí para motivarme a lograr mis objetivos y apoyándome durante estos 7 años, gracias por cumplir este sueño juntos y sé que esto solo es el primer paso de lo mucho que nos espera.

A mi querida madre; Mary Marlittza De La Cruz Céspedes, por todo el esfuerzo que han realizado por mí y mis hermanos para realizarnos más que como profesionales, personas de bien. Su enseñanza y disciplina fueron factores claves en este primer peldaño logrado.

A mis hermanos; Keily y Luis; quienes siempre estuvieron conmigo en todo este proceso de esta carrera y por su manera de alegrarme en los momentos difíciles.

A mi abuelo; Lorenzo De La Cruz Sánchez, que hoy ya no está físicamente pero que lo llevo en mi mente y corazón, quien me inculcó los valores de una buena persona y trabajó duro para que tuviéramos un mejor futuro.

Dedico también este logro a mi tía Celinda, animándome cuanto más lo necesitaba.

Camán De La Cruz Yenifer Alexandra

DEDICATORIA

A Dios; por darme el regalo más grande que es la vida, por darme inteligencia, iluminarme y guiarme en cada uno de mis pasos y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A mis padres; José Idelso Cubas Vásquez y Maximina Pérez Pérez, por ser mis mayores motivos para seguir adelante, este logro se lo dedico a ustedes, con todo mi amor, mi gratitud y mi vida entera, porque desde pequeña me enseñaron a soñar y me dijeron que todo era posible con esfuerzo y dedicación; además de ser mi apoyo constante a lo largo de mi vida y mi formación académica.

A mis hermanos; Magali, que desde el cielo es el ángel que me cuida, Yonel y Carlos, quienes siempre luchan a pesar de la adversidad, por su apoyo incondicional, el buen ejemplo y por convertirse en personas dignas de admirar y seguir.

A mi novio, confidente y cómplice; Larri Jhack Centurión Mesones, por su motivación a lo largo de mi carrera profesional, por estar en los momentos más difíciles, demostrándome paciencia, amor y comprensión.

Cubas Perez Denis Yaqueli

AGRADECIMIENTO

A Dios y a cada una de nuestras familias por habernos guiado y apoyado en el sendero de la vida, para lograr nuestra meta de ser profesionales y el sueño realizado de ser médicos.

A nuestro asesor y maestro, Dr. Jorge Luis Sosa Flores, un excelente médico e investigador, quien nos apoyó desde la elección del tema y la elaboración de nuestro proyecto, brindándonos siempre la asesoría y orientación necesaria para poder culminar con nuestra tesis.

Al Dr. Ivan Randolpho Pinto Tipismana, quien fue nuestro docente de pregrado del curso de Ginecología y Obstetricia, ya que con sus conocimientos y experiencia nos ayudó a ampliar el panorama sobre nuestro tema a investigar.

A todas las mujeres que son madres y que valientemente traen a sus hijos al mundo, especialmente a quienes nos apoyaron en la realización de esta investigación y compartieron su experiencia durante el parto.

Camán De La Cruz, Yenifer Alexandra

Cubas Perez, Denis Yaqueli

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	14
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
SOLUCIÓN DEL PROBLEMA / HIPÓTESIS	14
OBJETIVOS.....	15
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO	16
1.1. ANTECEDENTES	16
1.2. BASES TEÓRICAS	18
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	28
2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	28
2.2. ESPACIO Y TIEMPO	28
2.3. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO	28
2.3.1. POBLACIÓN	28
2.3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
2.3.3. CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL	28
2.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
2.4.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES	30
2.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
2.5. PROCEDIMIENTO	36
2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS.....	36
2.7. ASPECTOS ÉTICOS	36
2.8. FINANCIAMIENTO	37

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	37
3.1. RESULTADOS	37
3.2. DISCUSION	46
CAPITULO IV: CONCLUSIONES	54
CAPITULO V: RECOMENDACIONES	55
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
CAPÍTULO VII: ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas de las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023 (N=94).	37
Tabla 2. Personal de salud asociado a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023 (N=94).	39
Tabla 3. Tipos de violencia obstétrica durante el trabajo de parto en las gestantes del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023 (N=94).	41
Tabla 4. Factores asociados a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto de un Hospital II-1 de Lambayeque, 2023	44

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°01. Prevalencia de violencia obstétrica durante el trabajo de parto en las gestantes del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023 (N=94).....	40
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario	60
ANEXO 2. Encuesta validada de VO	62
ANEXO 3. Formulario de consentimiento informado*	66
ANEXO 4. Constancia dada por la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana - oficio N° 001-2023 – VIRTUAL – UI – FMH- UNPRG	68
ANEXO 5. Constancia certificada N° 000010 - 2023 - GR.LAMB/GERESA/HB.L/DE [4457296 - 1]	69
ANEXO 6. Unidad de Estadísticas del Hospital Belén de Lambayeque	71
ANEXO 7. Fotografías tomadas al momento de la realización del estudio.....	73

RESUMEN

Título: “Factores asociados a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto de un hospital II-1 de Lambayeque, 2023”

Resumen: La violencia obstétrica engloba diversas formas de violencia y es un problema de Salud Pública. Esta violencia es ejercida por parte de los profesionales de la salud que participan en la atención del parto y que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, de corte transversal y analítico. La muestra estuvo conformada por 94 pacientes del servicio de obstetricia del Hospital II-1 de Lambayeque, en los meses de septiembre y octubre del 2023. Quienes, tras firmar el consentimiento informado, procedieron a responder un cuestionario constituido de 8 preguntas y el instrumento empleado para evaluar la VO fue una encuesta validada (coeficiente de confianza 0.83 alfa de Cronbach), que consta de 17 preguntas. Finalmente, la información fue codificada y compilada mediante Microsoft Excel y procesada mediante el software estadístico STATA y prueba Fisher. **Resultados y conclusiones:** Se determinó un 90% de violencia obstétrica. Las características epidemiológicas de las gestantes en trabajo de parto más frecuentes fueron, el 51.06% se encontraban en el rango etario de 18-25 años, el 55.32% tenían estudios secundarios, el 75.53% eran convivientes, el 53.19% residía en zona urbana, el 72.34% eran ama de casa, el 52.13% tenían un nivel socioeconómico medio bajo, el 87.23% tuvo parto vaginal. Las características del personal de salud vinculado a VO fueron las obstetrices con un 67.02%, seguidas por los ginecólogos con 11.70%. Se registró los siguientes tipos de VO, negligencia en la asistencia con 51.06%, restricción a la limitación del sistema de salud 46.81%, incumplimiento de estándares 27.66%, violencia verbal y psicológica con 26.60%, violencia física 12.77% y uso inadecuado de procedimientos 7.45%. Hubo asociación estadísticamente significativa en las variables, tipo de parto, siendo el vaginal ($p=0.014$) y la antigüedad laboral del personal, antiguo ($p=0.001$).

Palabras clave: Violencia obstétrica, gestantes, trabajo de parto (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Title: “Factors associated with obstetric violence in pregnant women in labor at a II-1 hospital in Lambayeque, 2023”

Abstract: Obstetric violence encompasses various forms of violence and is a Public Health problem. This violence is exercised by health professionals who participate in childbirth care and who, by action or omission, are violent or may be perceived as violent.

Objective: Determine the factors associated with obstetric violence in pregnant women in labor at the Belén Hospital in Lambayeque, during the year 2023. **Materials and**

methods: Prospective, cross-sectional and analytical study. The sample was made up of 94 patients from the obstetrics service of Hospital II-1 of Lambayeque, in the months of September and October 2023. Who, after signing the informed consent, proceeded to answer a questionnaire consisting of 8 questions and the instrument used. To evaluate VO was a validated survey (confidence coefficient 0.83 Cronbach's alpha), which consists of 17 questions. Finally, the information was coded and compiled using Microsoft Excel and processed using the STATA statistical software and Fisher test. **Results and conclusions:**

90% of obstetric violence was determined. The most frequent epidemiological characteristics of pregnant women in labor were: 51.06% were in the age range of 18-25 years, 55.32% had secondary education, 75.53% were cohabitants, 53.19% lived in an urban area, 72.34% were housewives, 52.13% had a low-middle socioeconomic level, and 87.23% had a vaginal birth. The characteristics of the health personnel linked to VO were obstetricians with 67.02%, followed by gynecologists with 11.70%. The following types of OV were recorded: negligence in care with 51.06%, restriction to the limitation of the health system 46.81%, non-compliance with standards 27.66%, verbal and psychological violence with 26.60%, physical violence 12.77% and inappropriate use of procedures 7.45%. There was a statistically significant association in the variables, type of birth, being vaginal ($p=0.014$) and the staff's seniority, old ($p=0.001$).

Keywords: Obstetric violence, pregnant women, labor (Source: DeCS)

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica (VO) es el maltrato en todas las formas de violencia que vulnera los derechos de las mujeres y constituye un problema global, que afecta indistintamente a todas las sociedades, ejecutan acciones o conductas que transgreden la salud psicofísica de la mujer o que pueden ser percibidas de esa manera. La VO hace referencia al mal proceder por profesionales de la salud antes, durante y después del trabajo de parto. Esta forma de violencia contra la mujer puede concretarse a través de actos inapropiados o no consensuados, por ejemplo, las episiotomías de rutina sin consentimiento informado previo u otras intervenciones médicas dolorosas sin anestésicos (1).

En nuestro país este problema social recién es abordado mediante políticas de carácter nacional, en el año 2016 a través de la creación de Planes Nacionales que establecen lineamientos a seguir que permitan disminuir su incidencia, resaltando tres instrumentos legales: 1) el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021”, 2) la Ley N° 30364 y su Reglamento y, 3) el Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) de Reducción de la Violencia contra la Mujer. Asimismo, en Lima, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), luego de realizar una investigación de campo estadística, nos advierte que del total de las gestantes solo el 35% mencionó que percibió de forma adecuada la atención del parto, en su mayoría indicó que la atención fue regular (53%) y el resto de gestantes lo percibió inapropiado (12%) (2). Asimismo, en una investigación realizada en 14 centros de salud localizados en las 3 regiones del Perú, tuvo como finalidad determinar la prevalencia de maltrato e irrespeto en el trabajo de parto y sus factores de riesgo asociados, demostró una prevalencia general de un 97.4% de haber sufrido violencia o falta de respeto en al menos una categoría; también se menciona en este estudio un mayor porcentaje de discriminación en el momento del parto en la selva (75.8%) a comparación con la costa (9.1%) (3).

El Hospital Belén de Lambayeque (HBL), nivel II – 1, dentro de sus servicios de cartera es brindar atención de parto vía vaginal y cesárea. Es así que durante todo el año 2023 se atendió un promedio de 257 gestantes al mes (Ver anexo 6). De modo que, nosotras planteamos investigar si existe violencia obstétrica en nuestra región teniendo como piloto de estudio este hospital y si nuestra conjetura fuera correcta, averiguar qué factores lo están desencadenando.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Con los años, el maltrato y el irrespeto durante el momento del parto ha ido en aumento, pero son pocos los casos que se reportan ya sean por temor o por falta de conocimientos sobre este tema. Unos de los estudios realizados por el INMP y en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) demostraron que el maltrato en las gestantes en trabajo de parto predomina en más del 50% (2)(8). En la presente investigación determinaremos qué factores están asociados a la VO en las gestantes en trabajo de parto, para así poder identificar estos factores que causan la tendencia de esta violencia.

El HBL es un hospital con una importante demanda de pacientes con disparidad socioeconómica, cultural y procedencia, lo cual podría representar condición vulnerable a las mujeres en trabajo de parto; asimismo, al ser un hospital docente es probable que se realicen procedimientos de manera repetitiva como el tacto vaginal y sin consentimiento informado, falta de privacidad. Por tal motivo, con lo expuesto anteriormente hemos considerado importante indagar los factores asociados a la VO en este hospital con la finalidad de disminuir la realidad problemática hacia la futura madre durante la atención del parto a través de sugerencias al personal de salud para la prevención de VO y así como ser antecedente para que en unos años venideros las autoridades competentes tomen cartas en el asunto y consideren leyes para sancionar a los profesionales de la salud que sean proclives a practicar estos contrarios actos que llevaría a denigrar a la gestante.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto en el Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023?

SOLUCIÓN DEL PROBLEMA / HIPÓTESIS

El tipo de parto institucional, la edad materna, el nivel de instrucción, el estado civil, el lugar de origen, el nivel socioeconómico, quién realizó o participó en el procedimiento del trabajo del parto (médico ginecólogo - obstetra, la enfermera o la obstetriz) estén relacionado a la VO en gestantes en el momento del parto en el HBL, durante el año 2023.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reconocer las características epidemiológicas de las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023.
2. Identificar al profesional de la salud asociado a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023.
3. Determinar los diferentes tipos de violencia obstétrica en el momento del parto en las gestantes del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023.

CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

Martínez JM, et al (2021), realizaron un estudio observacional y transversal donde describen qué tan frecuente es la VO en los hospitales de España, y reconocer los factores de riesgos. Se encuestó a 899 mujeres y el 67.4% sufrió VO; entre el tipo de violencia más prevalente fue la física (54.5%), en segundo lugar, fue la violencia psicoafectiva (36.7%) y por último la violencia verbal (25.1%). Por ende, se concluye que 2 de 3 gestantes han sufrido VO. Asimismo, el contacto temprano con su bebé y el empleo de un plan de parto respetuoso, son agentes protectores contra la VO (4).

Lansky S, et al (2019), ejecutaron un estudio transversal, longitudinal y policéntrico realizado en Brasil con un tamaño muestral de 555 embarazadas, teniendo como finalidad motivar el parto vaginal aclarando los prejuicios de las malas experiencias en el momento del parto; sus resultados fueron: 12,6% reportó VO después de la influencia de la exposición de “Sentidos do Nascer”, y siendo las mujeres de bajo recursos y solteras las más afectadas. Las principales categorías denunciadas fueron las intervenciones rechazadas/ las intervenciones aceptadas, pero con una información a medias (36,9%), el cuidado inadecuado/ agresión verbal (33,0%) y la agresión física (13,6%) (5).

Iglesias S, et al (2019), desarrollaron un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en España, teniendo como finalidad indagar la percepción de las gestantes sobre la calidad de atención recibida en los diferentes procedimientos obstétricos (parto vaginal, cesárea o aborto) y su nivel de satisfacción con diferentes aspectos de los cuidados recibidos, tanto humanos como técnicos. Ellos emplearon una encuesta online anónima y voluntaria, que fue publicada a través de las redes sociales, teniendo 17677 respuestas. El 45.8% de las gestantes encuestadas aseguran que previo a cada procedimiento realizado no les pidieron permiso y/o consentimiento; el 38% manifestó que los procedimientos que le realizaron no eran necesarios y el 34% percibieron violencia obstétrica. Por lo tanto, los médicos como personal de primera línea deben hacer el esfuerzo para mejorar la comunicación con el paciente, basado en el respeto y dando una información oportuna y veraz (6).

Bohren MA, et al (2019), emprendieron una investigación en cuatro países de mediano y bajo ingreso del tipo prospectivo, observacional y transversal, teniendo como finalidad

crear, implementar instrumentos validados para medir la VO e informar estos resultados. Utilizaron 2 instrumentos y enfoque de medición: la observación continua de la gestante en el transcurso del parto y el puerperio, y encuestas comunitarias. Pero nos vamos a enfocar en los resultados de las encuestas comunitarias. El tamaño muestral fue de 2672 mujeres y de éstas el 35.4% percibieron agresión física o verbal, estigmatización o se sintieron excluidas. Más de la mitad de mujeres no consintieron la realización de la episiotomía (56.1%) o cesárea (10.8%). De los cuatro países encuestados solo el 10.7 % de mujeres reportaron maltratos físicos y de éstos el 85.9% fue por fuerte presión abdominal hacia abajo. El 30.7% denunciaron maltrato verbal, siendo los gritos (20%) y regaños (9.6%) las formas más comunes. La corta edad (15 - 19 años) y la carencia de educación han sido los factores más determinantes para desarrollar VO. Pongamos el caso de una puérpera de 15 años analfabeta o con primaria completa está más predispuesta a experimentar maltrato verbal, en comparación con una puérpera de mayor o igual a 30 años (7).

Huarino S, et al (2021), elaboraron un estudio en Tacna de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, teniendo como finalidad identificar la existencia de VO en gestantes atendidas por parto vaginal. Se encuestó 250 puérperas. Los resultados de esta investigación se basaron en 3 parámetros claves: la falta de información y del consentimiento informado en un 85.2%, el mal trato en un 90.4%, y la patologización o medicalización en un 99.6%; asimismo, se identificó al personal de salud que más veces ocasiona este tipo de violencia, el técnico de enfermería. Por lo tanto, se infiere de este estudio que existen varios factores que generan la VO vulnerando los derechos de la mujer (2).

Moreno R (2019), ejecutó una investigación de tipo prospectivo, transversal y descriptivo realizado en Lima (HNDM). Realizaron una encuesta anónima a 390 mujeres postparto, encontrándose un 75.4% de procedimientos sin consentimiento por parte de la gestante, el 69.4% de un trato inhumano y únicamente el 10.5% un trato adecuado; asimismo, la escasez de privacidad, las prácticas docentes – alumno y firmar el consentimiento sin haber tenido una explicación previa se presentó en un 85% y el tacto vaginal repetitivo en un 56.2%. También se identificó que, del personal médico, las obstetrices y los médicos cometían estos actos de violencia (8).

Orcotorio Y (2019), desarrolló una investigación prospectiva y transversal realizado en el Hospital Regional del Cusco en 65 puérperas, con la finalidad de investigar qué factores

tiene relación con la VO en el momento del parto. Se evidenció que un 83.6% incumplía con los objetivos profesionales de la medicina, el 74.6% tenía una pésima relación con las gestantes atendidas, por otro lado 62.7% estuvo expuesta al abuso verbal, y son las enfermeras técnicas las que más contribuyen a la forma de abuso físico. Los autores concluyen que todas las mujeres del estudio sufrieron de violencia obstétrica en al menos una categoría mencionada (9).

Montesinos R, et al (2018), ejecutaron una investigación de corte transversal y observacional realizado en catorce hospitales localizados en la costa, sierra y selva que tuvo como objetivo identificar la prevalencia de irrespeto y maltrato durante el trabajo de parto y sus factores de riesgo asociados, demostró que existe una prevalencia general de un 97.4% (1488 puérperas) de haber sufrido violencia o falta de respeto en al menos una categoría; también se menciona en este estudio que en la selva (75.8%) se evidenció un mayor porcentaje de discriminación en el momento del parto a comparación con la costa (9.1%). La cesárea fue un factor protector. (3).

1.2. BASES TEÓRICAS

En 2010, Bowser & Hill publicaron la primera recopilación bibliográfica sobre el abuso e irrespeto en la atención brindada por los hospitales durante el parto. Este informe plantea 7 categorías para diferenciar los diferentes tipos de abuso reportados: abuso físico, trato no consentido, atención con escasa confidencialidad, atención que atenta contra la dignidad de la gestante, discriminación, abandono durante la atención y la privación temporal en el centro de salud (10). Este estudio sirvió como base teórica para 2 importantes investigaciones: “Promoviendo un cuidado materno respetuoso: Los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva” de Ribbon Alliance W, publicado en el 2011, y la “Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en el 2014. La OMS manifiesta que muchas gestantes de diferentes países son tratadas con negligencia, son denigradas y se les falta el respeto en el momento del parto. Estas circunstancias ponen en peligro y atentan contra los derechos fundamentales como el derecho a la vida, la salud, la no discriminación y la integridad física (11).

En el 2015, Bohren MA et al publicaron una actualización de las investigaciones realizadas en torno al abuso contra la gestante en el momento del parto, reestructuró y

ahondó más sobre las 7 categorías dadas por Bowser y Hill, y optaron dar 7 nuevas categorías las cuales son: maltrato físico, maltrato sexual, maltrato verbal, estigmatización y discriminación, incumplimiento de los estándares de atención por parte de los profesionales de la salud, deficiente relación entre proveedores de salud y la usuaria, y limitaciones en los sistemas de salud (12).

En el 2018, la OMS publica recomendaciones para la atención de la gestante durante el parto para así brindarle una experiencia positiva de dar a luz, menciona que se debe cumplir e incluso superar las expectativas personales de la gestante. Esto comprende que el centro de salud debe contar con un ambiente limpio, cálido y seguro desde el punto de vista tanto clínico como psicológico, estar acompañada de un familiar cercano que sirva de apoyo emocional y práctico; asimismo, el personal de salud debe atender de manera amable y debe contar con las competencias médicas adecuadas en cada caso que se le presente (13).

En Latinoamérica también se realizaron estudios relacionados con la VO, como antecedente tenemos que en el año 1998 el Comité de América Latina y el Caribe reportó un informe de Perú sobre los maltratos experimentados por las gestantes en la atención del parto (14). En el 2002, D'Oliveira et al denunciaron la VO en los hospitales brasileños en un informe detallado en la revista "The Lancet"; en tanto en México se difundían los resultados de una investigación relacionada a la violación de los derechos reproductivos de las gestantes en el momento del parto (15). En el 2007, el Gobierno venezolano define el concepto de VO en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, siendo una normativa legal que sanciona el delito de maltrato contra la gestante (16).

Después de recapitular todos los conceptos sobre lo que es la VO, la describimos como aquel acto de violencia contra el cuerpo y los procesos reproductivos de las gestantes por algún profesional de salud que participa antes, durante y/o después del parto; expresado en un trato inhumano, excesiva medicalización y patologización de los procesos naturales, teniendo como consecuencias que la gestante ya no decida libremente, afectando negativamente su calidad de vida.

Martínez JM et al, en su estudio llegó a la conclusión que dos de cada tres de mujeres (que dieron a luz) sufrieron violencia obstétrica. La violencia obstétrica más común fue de carácter físico y psicoafectiva. Resultando interesante que dichos autores no

encontraran una asociación entre la violencia obstétrica y las variables sociodemográficas, en sentido contrario a lo advertida por otros estudiosos. Destacándose como posible explicación de una falta de asociación entre el nivel de ingresos monetarios y la violencia obstétrica, el hecho que en España un alto porcentaje de partos son atendidos en hospitales públicos, dato estadístico que deberá ser tenido en consideración al momento que analicemos nuestros resultados (4).

Existen diferentes tipos o categorías ya mencionados anteriormente que se pueden dar en la VO, siendo el abuso verbal el predominante seguido del abuso físico. Los comentarios sexistas también prevalecen en estos establecimientos. Por ejemplo: ¿Por qué lloras? Cuando hiciste el bebé no lloraste; no duele tanto, no exagere; no llore, porque de seguro el nuevo año la veremos acá con otro bebé; puje con fuerza o el bebé sufrirá las consecuencias; deje de gritar y haga fuerza para que salga el niño; si sigue gritando, la dejo de atender. Todos estos ejemplos de frases agresivas, en las que no hay respeto hacia la paciente y mucho menos a una gestante (recordemos que la gestación e incluso el parto no es un tema que deba causar vergüenza o violencia, por el contrario, tengámoslo presente como un proceso natural y fisiológico de todas las especies animales en la que la finalidad es la perpetuación de la especie y por ende como seres humanos con raciocinio debemos garantizar una atención de calidad antes, durante y después del parto), palabras denigrantes, represivas, frases que marginan, con anotaciones de censura, sarcásticas y destructivos exhiben a las mujeres a la coacción, marginación y vejación (17).

En cuanto al abuso físico, se puede manifestar de distintas maneras, desde cachetear hasta golpear a la gestante. En los hospitales maternos en Uttar Pradesh (India) se llevó a cabo una investigación sobre el maltrato físico hacia las gestantes, siendo más frecuente en el sector público en comparación con los centros maternos privados (17). También se puede expresar en la praxis de tacto en la vagina de manera violenta, el practicar episiotomías de forma habitual; el incremento de cesáreas injustificadas; inadecuada atención en el tratamiento del dolor; el no empleo de analgesia adecuada en las intervenciones a realizar como por ejemplo raspados, el retirar la placenta con las manos, el realizar suturas o al momento de realizar la cesárea; el controlar de forma física el no movimiento de las extremidades de la gestante en el parto vaginal o cesariana o la maniobra de Kristeller que pone de manifiesto este tipo de violencia (19).

La violencia psicológica, se manifiesta por intimidaciones hacia la mujer, el gritarla, o que el personal que la atiende le hable de manera imperativa y desagradable. Amenazar

a la paciente para que deje de gritar o expresar su dolor. También se ha evidenciado que en algunas ocasiones el equipo chantajea a la gestante parturienta o a la familia de esta para poder recibir la atención requerida. Este tipo de violencia se expresa también cuando se culpabiliza a la mujer de ciertas ocasiones como la salud del feto o la imposibilidad de pujar en el expulsivo. El acusar de incompetente a la gestante en trabajo de parto refleja la existencia de violencia emocional (19).

La negligencia en la asistencia se puede manifestar, como un servicio insensible, en la que algunas veces se abandona a las pacientes, recusar en incentivar el apoyo médico a las pacientes que se les tacha de descontentas, alarmantes, revoltosas o que no colaboran en la atención o las que cuestionan el accionar médico o profesional. En violencia obstétrica, puede suceder dos opciones, forzar a la puérpera a usar algún método anticonceptivo en específico o insistir que solicite información sobre éstos. Se deberá brindar la charla que permita hacer la planificación de familia y a la vez otorgar el libre albedrío para que puedan elegir el método que más les convenga. Después del parto, la planificación familiar se entiende como la precaución de posibles embarazos que no han sido previstos o cualquier embarazo que ocurra dentro de los doce meses post parto, en lo cual se debería evitar ya que embarazos que ocurren con un intervalo de tiempo corto, genera un riesgo para la gestante y para el nuevo ser (20).

Durante nuestro internado hospitalario (Hospital de nivel II en la región de Lambayeque) hemos sido testigas de varios casos en la que se materializaba muchos tipos de violencia por parte del personal de salud en la atención obstétrica; siendo el caso que mayor llamó nuestra atención, el que a continuación relataremos. Estaba en nuestra rotación de servicio Gineco-Obstetricia en el área de sala de partos, guardia nocturna, cuando nos pasaron del tópico de emergencias a una paciente gestante a término en trabajo de parto activo. La señora tenía 28 años de edad, gestante primeriza, que provenía de Bolívar (Cajamarca). Mientras se encontraba en sala de dilatación y en evaluación por la obstetrix a cargo, hubo un ambiente tenso ya que la gestante no comprendía lo que se le hablaba y casi no respondía las preguntas que se le hacía, daba a entender que no nos comprendía. Se le hizo preguntas para el registro de la HC, como datos personales, de la pareja, última menstruación, controles prenatales, procedencia, el con qué familiares vino al hospital y respondía que no sabía o que no se acordaba. Cuando las obstetrices evaluaban, no se mostraba colaboradora y argumentaba que ella quería dar a luz parada, decía que así lo hacían en su lugar de origen, la obstetrix a cargo le explicaba que estaba en un hospital

que ese tipo de parto no se realizaba acá en la ciudad y que si quería ser atendida como ella quería no debió venir acá a la costa. La señora daba la impresión que el castellano era segunda lengua materna, además parecía que no había tenido la oportunidad de acceso a la educación, pero intentaba reclamar y que fuera atendida con respecto al modo de dar a luz por lo cual se fue creando un ambiente tenso y constantemente le decían que si no colaboraba su hijo tendría problemas para nacer o que si ella no cooperaba su hijo nacería enfermo o se moriría. La gritaban, la jalaban a manotazos para que se dejara evaluar. Por momentos la señora se paraba sobre la camilla y decía así quiero dar a luz, y le gritaban para que se acostara y se mantuviera en la posición de litotomía. Posteriormente, tras haberse generado conflicto entre la obstetriz y la gestante, completó el periodo de dilatación y la pasaron de la sala de dilatación a la sala de partos, en la cual al llegar tras ser llevada en silla de ruedas, no quería subir a la camilla donde daría a luz, por lo cual hacía enfadar aún más a las 2 obstetrices que se encontraban en ese momento, la gritaron que deje los caprichos y que se subiera rápido a la camilla y a jalones y entre todas la subieron a la camilla y la gritaban que se abriera de piernas, la gestante no obedecía, cerraba sus piernas e intentaba pararse sobre la camilla por la cual nuevamente la gritaban y la decían que coopere. A fuerzas realizaron la limpieza de la zona perianal y vaginal y le decían que puje cuando sienta que se le ponía “dura la barriga”, la gritaban que pujara con fuerza y hacia abajo, le decían que si no apoyaba en cuanto a la forma de respiración y la forma de pujar la dejarían ahí sola y que ella vea cómo nacía su hijo y que si nacía muerto era culpa de ella. Parte de la cabeza del bebé se veía que salía por el canal vaginal y nuevamente se introducía y así repetidamente, y la gestante en trabajo de parto gritaba de dolor y cerraba las piernas lo cual causaba mucho enojo en las obstetrices que la estaban atendiendo y hubo un punto en la dejaron de gritar, y una de las obstetrix le metió dos manotazos bien fuertes en las piernas de la mujer mientras la decía ¡abre las piernas!, ¡tu bebé se va a morir!, mientras las dos obstetrices más cada una sujetaba una pierna cada una con mucha fuerza, hasta que lograron extraer al bebé.

Tenemos otro caso, que también era frecuente al momento de la atención del parto. En nuestras guardias diurnas, a veces teníamos hasta 3 gestantes en trabajo de parto en fase activa, por lo que en varias oportunidades se atendía partos de manera simultánea en el área de sala de partos. Pero un día, una primigesta completó la dilatación hasta 10 cm y fue llevada inmediatamente a sala de partos, la obstetrix de turno le estaba explicando cómo debería pujar pero la paciente seguía diciendo que no quería ningún corte en su

vagina ya que le habían comentado que el proceso de post parto es muy doloroso al momento de ir al baño o al deambular; sin embargo, la obstetriz terminó su explicación con una frase al final “todo depende de ti si te realizamos la episiotomía o no, debes colaborar porque si no todo será tu culpa”. Vinieron las contracciones, y la gestante no pujaba correctamente o levantaba la pelvis de la camilla y eso hacía enojar a las obstetrices, que no paraban de decir que si su hijo nace “enfermo” será por su culpa. De pronto, entra otra gestante múltipara en dilatación 10 a sala de partos y fue llevada a la segunda camilla. Entonces las obstetrices, le dijeron a la primigesta como usted no va a colaborar, se va a quedar ahí hasta que quiera hacernos caso y se dirigieron atender a la siguiente gestante en trabajo de parto y con la primigesta no sé quedó ningún personal de salud para cuidarla y/o observarla. Las dos obstetrices mientras atendían el parto, no paraban de compararlas a las gestantes, aludiendo, ¡aprende, ella sabe cómo pujar! ¡ella sí colabora! O sino decían ¡si no querías pujar, le hubieras dicho a tu marido que te pague la cesárea! Y la primigesta empezó a llorar, y ella solo terminó diciendo nunca vuelvo a este hospital. Terminó la atención de parto de la paciente multigesta, y retomaron la atención de la primigesta, pero al ver que la paciente ya se había quedado sin fuerzas (la gestante estaba como una hora aproximadamente en una posición de litotomía), la obstetriz le da una orden a la técnica para que suba por un pequeño banquito y trate de empujar manualmente el abdomen de la futura madre realizando así la maniobra de Kristeller. El bebé nació, lloró inmediatamente, y la madre les dijo si podría sujetar a su bebé, pero la obstetriz le mencionó que no era posible ya que al no saber pujar se había desgarrado y que ahorita va a suturarla y si sostiene al bebé se podría caer y ella no se hace responsable si ocurre algo, entonces la gestante ya no insistió más y solo observaba a lo lejos como la enfermera le realizaba los cuidados del recién nacido.

En estos dos casos descritos, nos podemos dar cuenta que el personal de salud no se encontraba capacitado para poder manejar esta situación y por ende se creó un ambiente de violencia con respecto a la mujer gestante ocasionándole probablemente secuelas que se pudieron prevenir, ya que la gestante espera ser atendida adecuadamente y nosotros como personal de salud debemos garantizar que el dar a luz no debe ser una experiencia traumática ni violenta. La violencia obstétrica tiene consecuencias tanto físicas como psicológicas, pero éstas últimas pueden permanecer aún más tiempo y son las más frecuentes. La depresión posparto se asocia con factores de riesgo de traumatismo y/o violencia en el parto. Además, se estima que entre el 2% y el 6% de las mujeres en todo

el mundo sufren trastorno de estrés en el período posparto. Las investigaciones muestran que todas las mujeres con esta afección reportan una atención inadecuada y que los trabajadores de salud no fueron considerados respecto a experiencias anteriores de parir. Fueron ignoradas, tratadas de manera autocrática y sin ningún respeto. Muchas personas conservan recuerdos muy vívidos incluso años después del nacimiento de su bebé. Aunque no todas las víctimas de abuso durante el parto desarrollan depresión posparto y/o trastorno de estrés postraumático, todavía queda una huella emocional más o menos importante. Los efectos emocionales de sentirse insignificantes, humilladas e impotentes pueden tardar en sanar, pero ciertamente es una experiencia sumamente desagradable que se convierte en una cicatriz que cargan con ellas por el resto de sus vidas. (21)

En Perú, cuenta con una norma de salud, donde se estipula que el personal del sector salud debe explicar a la puerpera la gran diversidad de métodos de protección modernos y despejar todas las posibles dudas que puedan existir, y haciendo uso de su libre albedrío va a escoger cuál es el mejor método que se adecúe a ella; asimismo, los profesionales médicos u obstetras debe ofrecer métodos no hormonales como una de las primeras alternativas, esto debido a que no perjudica la lactancia ni el desarrollo de los bebés, como por ejemplo el uso de DIU de cobre, métodos de barrera como los condones, la lactancia como método anticonceptivo y métodos irreversibles o quirúrgicos tanto para el varón como la mujer (22).

La infracción de estándares profesionales de atención comprende la desidia, la falta de conocimiento de las buenas praxis por parte de los médicos y el cohecho, a modo de ejemplo tenemos que en la India las enfermeras exigen dinero, aduciendo que gracias a ellas que guiaron correctamente el parto el niño nació sano. Asimismo, ejercer fuerza, la escasez de privacidad, la contracepción posparto involuntaria, el desconocimiento de la gestante para los diferentes procedimientos quirúrgicos y la episiotomía rutinaria que a menudo son sin fundamento, son algunas praxis que suelen ocurrir comúnmente en los diferentes establecimientos de salud (17). Madhiwalla N, et al. emprendieron una investigación de índole cualitativo en dos centros gubernamentales de Mumbai (India), identificando una carente administración y la toma de decisiones era basado en jerarquía y autoridad por lo tanto el personal de salud con un rango superior ordenaba que las puerperas acepten la inserción de algún dispositivo intrauterino después del primer embarazo y la oclusión tubárica bilateral después de dos embarazos. La manera para

presionar a las puérperas era negar el alta del hospital, coaccionar a la futura madre con no realizar el parto e impedir las visitas (18).

Acerca del uso inapropiado de procedimientos, se encuentran las prácticas iatrogénicas, la medicalización excesiva (oxitocina), realización habitual de la rotura artificial de membranas, parto en una sola posición (posición ginecológica), monitorización fetal rutinario, abstinencia de alimentos de forma prolongada, manejo inapropiado e injustificado del dolor de la gestante en el parto, no existe un contacto piel con piel temprano y se da un pinzamiento prematuro del cordón umbilical (19).

El Estado Peruano con sus restricciones al sector salud contribuye de manera directa a que las gestantes perciban que dar a luz sea peligroso, que estén decepcionadas por las malas experiencias adquiridas en el parto. Durante este proceso las mujeres están prohibidas o no cuentan con el permiso para estar en compañía de un familiar o de alguna otra persona de confianza aun conociendo que el MINSA considera y fomenta que la mujer gestante durante la labor de parto puede elegir a la persona que participará como su acompañante (23,24). Asimismo, los trabajadores en salud con una gran demanda de trabajo o escasa preparación, hospitales o centros de salud sobrepoblados o insalubres, y el poco abastecimiento médico entorpece una adecuada atención médica fomentando que se manifiesten en diversas acciones violentas la atención obstétrica (25).

La VO ocasiona 2 tipos de consecuencias, las directas y las indirectas. En la directa es la gestante que sufre, por ejemplo, está las consecuencias físicas (riesgo en la episiotomía que puede generar hasta la muerte de la madre), emocionales (inestabilidad emocional) y psicológicas (depresión, baja autoestima y ansiedad) y en las indirectas se relaciona a la generalización de esta mala práctica médica (generar sumisión de la mujer frente al varón, excluir a la embarazada sobre el proceso del parto y sobre la importancia de las decisiones que tome sobre su cuerpo) y sobre todo los prejuicios hacia el sistema de salud (rechazo, miedo y desconfianza). Dichas consecuencias también podrían originar desapego con su bebé y con su pareja (24).

En nuestro país, la violencia obstétrica ha recibido una definición legislativa a través del Decreto Supremo N° 008-2016-MIMP. Dicho dispositivo normativo considera que para la configuración de la violencia obstétrica debe materializarse los siguientes elementos concurrentes: i) acto de violencia relacionado con los procesos reproductivos; ii) el referido acto debe ser atribuible a personal de salud; iii) impacta negativamente en la

mujer. Esta definición normativa de la violencia obstétrica es copia fiel de lo previsto en la legislación argentina mediante la Ley N° 26.485¹.

El estudio de la VO, además, se justifica en la necesaria tutela de los derechos fundamentales que caracteriza a todo Estado Constitucional y Social de Derecho. El término de VO hace referencia a un acto que vulnera diversos derechos fundamentales como la dignidad, derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la intimidad y el derecho a la integridad. Entendiéndose por derechos fundamentales a aquellas facultades mínimas que deben ser garantizadas a todas las personas sin distinción alguna. No obstante, sí se han instaurado sanciones administrativas con el objetivo de resolver las denuncias asociadas al incumplimiento de los derechos de los usuarios que usan los servicios médicos, dando conformidad con lo que se establece en la ley N°29414. El Código Penal del Perú no ha instituido la VO como delito, pero dicho comportamiento puede ser sancionado por medio de otros procedimientos penales acorde a la falta o infracción cometida.

Al no contar con una definición clara sobre VO, las normas dadas por el MINSA no se cumplen en todos los establecimientos de salud; sin embargo, el INMP ha impulsado el parto humanizado, que comprende tres puntos importantes: i) Proceso del parto acompañada: las gestantes tienen derecho a solicitar un familiar para que esté presente en todo momento de su estadía en el hospital dándole soporte emocional y apoyo, también incluye el momento del parto. ii) Parto vertical: Dependiendo de la elección de la gestante y de la región de procedencia. El parto vertical incluye todas las posiciones, con una inclinación superior a 30° (sentada, cuclillas o la de 4 puntos). iii) Un parto sin dolor: la percepción del dolor varía de gestante a gestante por esa razón la gestante puede solicitar su alivio con analgesia (26).

Con el brote de covid-19 se ha visto afectado el sistema de salud no solo del Perú sino también el resto de países y ha dejado al manifiesto las carencias de este mismo, por lo que se han tenido que adaptar rápidamente para enfrentar esta pandemia. Aunque algunos países antes de la pandemia se estaban acercando a métodos menos rígidos comenzando con cambios sutiles para limitar la VO, viéndose interrumpidos a causa del covid-19. La

¹ Una definición más amplia y reciente es la postulada por la legislación ecuatoriana que prevé la posibilidad que la violencia obstétrica no solo puede ser ejercida por personal de salud sino también por el personal administrativo o personal auxiliar. Al respecto, véase el artículo 12 de la Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

limitada información de cómo se propagaba el virus y el desconocimiento de cómo el personal de salud debería cuidarse generó de manera directa e indirecta el aumento de violencia contra las mujeres embarazadas. En todo este contexto de la pandemia, se instauraron algunas prohibiciones e intervenciones médicas innecesarias, que no estaban explicadas bajo ninguna evidencia científica, no existía respeto alguno hacia la futura madre, generando más VO e inseguridad para evitar el contagio; tal como, cesáreas innecesarias sin ninguna indicación médica (27). En China, se reportaron los primeros casos de coronavirus en gestantes, por lo cual en una revisión bibliográfica de 108 casos encontrándose que la tasa de cesáreas había aumentado abruptamente hasta llegar a un 92% (28). Del mismo modo, en el Perú, las mujeres peruanas mencionan que la VO se ha agravado por todo este contexto del covid; ellas hacen referencia que el personal médico ha estado bajo mucha presión y estrés al desarrollar sus funciones, y todo esto generó en ellas desconfianza, rechazo y debilitamiento en la relación médico - paciente. Y de manera viceversa cuando la gestante estaba contagiada con el virus el médico estaba distante por el miedo de ser contagiado, por lo tanto, su atención no era muy diligente del todo; y en algunos casos las gestantes percibieron una pobre orientación en las teleconsultas sobre el momento del parto (24).

Son tantos los casos que se han expuestos sobre violencia obstétrica durante la pandemia: mujeres de zonas alejadas que por el tema del aislamiento social han dado luz solas, mujeres que han tenido que soportar el dolor sin ninguna ayuda de analgesia, mujeres con probable resultado positivo del covid-19 que se les indicó cesárea sin tomar en cuenta los protocolos disponibles dados por la OMS, mujeres que fueron separadas de sus bebés sin tener ese contacto piel a piel generando un probable desapego hacia su bebé (29). Pero el problema aquí no es el aumento de la violencia obstétrica por la pandemia sino más bien que el estado peruano no hace nada o hace oídos sordos a esta realidad que se vive cada día.

Las pautas que da la OMS para un adecuado manejo clínico en caso la gestante esté con sospecha o se confirme que tiene el covid-19, es tener acceso a una atención personalizada, respetuosa y la cesárea solo se realizará cuando esté debidamente justificada. Posteriormente al parto, las puérperas deben poner en práctica esa conexión piel con piel, la lactancia materna exclusiva y permanecer junto con su bebé en una sola cama, incluso si ellas o el bebé tengan síntomas o sospechas de COVID-19 (30)., respetuosa y la cesárea solo se realizará cuando esté debidamente justificada.

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio prospectivo, transversal y analítico.

2.2. ESPACIO Y TIEMPO

Este estudio se realizó en el Hospital Belén de Lambayeque, en el periodo de septiembre - octubre del año 2023.

2.3. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

2.3.1. POBLACIÓN

La población a estudiar son todas las puérperas que se sometieron a parto institucional (vaginal o cesárea) durante septiembre - octubre del año 2023, en el Hospital Belén de Lambayeque.

2.3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.2.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Puérperas con consentimiento informado firmado.
- Mujer posparto con edad de 18 - 40 años.
- Puérperas con parto institucional (vaginal o cesárea).
- Puérperas con neonatos vivos durante la ejecución del estudio
- Parturientas controladas en el hospital.

2.3.2.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Puérpera con proceso de parto complicado
- Puérperas atendidas en casa u otra institución

2.3.3. CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Se hace mención al siguiente estudio: “How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys” (“Cómo se trata a las mujeres durante el parto en centros de cuatro países: un estudio transversal con observaciones del parto y encuestas comunitarias”.) que nos ha servido como referencia para calcular la probabilidad del

evento estudiado (p). Este estudio consta de una prevalencia de 35.4% (945 de 2672 gestantes) reportando discriminación a la gestante durante el parto, maltrato físico y verbal.

Se solicitó información al área de estadísticas del Hospital Belén de Lambayeque (ver anexo 06), calculando un promedio mensual de 257 gestantes atendidas en los servicios de gineco-obstetricia durante el año 2023.

A fin de calcular nuestra muestra con una población finita, usaremos la posterior fórmula y obteniendo como resultado 149; luego, se realizará un ajuste muestral obteniéndose como muestra final 94.

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

$$n = \frac{257 \times (1.96)^2 \times 0.354 \times (1 - 0.354)}{(0.05)^2 \times (257 - 1) + (1.96)^2 \times 0.354 \times (1 - 0.354)}$$

$$n = \frac{257 \times (1.96)^2 \times 0.354 \times (0.646)}{(0.05)^2 \times (256) + (1.96)^2 \times 0.354 \times (0.646)} = 148.7 = \mathbf{149}$$

Z = Nivel de confianza

N = Tamaño de la Población o Universo

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q = (1-p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

e = error de estimación máximo aceptado

n = Tamaño de la muestra buscado

AJUSTE MUESTRAL

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

n = Tamaño de la muestra ajustada

n' = Tamaño de la muestra sin ajustar

$$n = \frac{149}{1 + 149/257}$$

N = Tamaño de la población

$$\mathbf{n = 94.32 = 94}$$

2.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.4.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **Violencia Obstétrica:** Se refiere a la violencia o violencia percibida como resultado de las acciones u omisiones de los profesionales de la salud involucrados en la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por lo general se manifiesta en un trato inhumano hacia la mujer al ser juzgadas, asustadas, avergonzadas o heridas física o emocionalmente (31).
- **Parto:** El parto es el proceso que conduce al nacimiento de un niño. Comienza con el desarrollo de las contracciones uterinas regulares y persistentes generando la dilatación y borramiento del cuello uterino, luego llega la etapa de la expulsión del neonato y finaliza con el alumbramiento de la placenta. (32)
- **Trabajo de Parto:** “Proceso progresivo y continuo que se inicia con una serie de contracciones del útero que ayudan con la dilatación completa del cérvix para permitir al feto pasar por el canal de parto” (33).
- **Personal de Salud:** “Son aquellas personas que desempeñan distintas actividades cuyo propósito primordial es mejorar la salud y brindar una calidad de vida, abarcando a distintos profesionales que se educan y trabajan en diferentes hospitales y/o centros de salud” (34).

“Son todas las personas que se desarrollan en los diferentes ámbitos de la salud incluido el personal técnico y auxiliar asistencial involucradas en contribuir en el proceso de mejora de la salud de los pacientes” (35).

2.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
VIOLENCIA OBSTÉTRICA	VARIABLE DE INTERÉS 1 CUALITATIVA	Tipos de violencia obstétrica	Violencia física	<ul style="list-style-type: none"> - Cachetadas o golpes - Contención de una extremidad - Tactos vaginales violentos - Obligada a mantenerse en una posición determinada pese a incomodidad. 	Nominal
			Violencia verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Regaños - Burlas - Insultos - Gritar - Órdenes imperativas 	Nominal
			Violencia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Culpabilizar, humillación, intimidación, coacción, hostigamiento y amenazas. 	Nominal

			Incumplimiento de estándares profesionales de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de consentimiento informado para tactos vaginales y episiotomías - Parto instrumentado s/consentimiento - Parto inducido s/consentimiento - Monitoreos abandonados o en exceso - Falta de privacidad - Falta de protocolos de atención o no se aplican 	Nominal
			Uso inadecuado de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Inmovilidad en la cama en el momento del parto. - Prohibir la deambulaci3n en el T .de Parto - No realizaci3n del contacto precoz. 	Nominal

			Negligencia en la asistencia	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono en la asistencia - Educación e instrucciones durante el proceso - Falta de anticoncepción post parto 	Nominal
			Restricción y limitación del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> - No se permitió acompañamiento durante el trabajo de parto. 	Nominal
FACTORES ASOCIADOS	VARIABLE DE INTERÉS 2 CUALITATIVA	Epidemiológico	Edad de la madre	<ul style="list-style-type: none"> - 18 – 25 años - 26 – 35 años - 36 - 40 años 	Razón
			Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Nivel Superior 	Ordinal
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente 	Nominal

			Lugar de residencia	<ul style="list-style-type: none"> - Rural - Urbano 	Nominal
			Empleabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Independiente - Ambulante - Ama de casa 	Nominal
			Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> - Alto (A) - Medio Alto (B) - Medio (C) - Medio Bajo (D) - Bajo(E) 	Nominal
		RR HH O PERSONAL DE SALUD	Participación	1. TIPO DE PERSONAL <ul style="list-style-type: none"> - Médico - Obstetriz - Enfermera - Técnico de enfermería - Interno de medicina humana - Interno de obstetricia 	Nominal

				2. TIPO DE RELACIÓN LABORAL - Antiguo - Nuevo	Nominal
			Género del personal de la salud	- Varón - Mujer	Nominal

FUENTE: Elaboración propia

2.5. PROCEDIMIENTO

Los datos recolectados se efectuarán de manera presencial en el HBL con la ayuda de una encuesta validada sobre VO y un cuestionario creado por las investigadoras.

Previamente la gestante ha firmado su consentimiento informado (Anexo 3), y se le va a explicar que lea cuidadosamente cada pregunta, y si es que tuviera alguna duda con las opciones o preguntas que nos haga saber de manera oportuna. Para determinar los factores epidemiológicos y averiguar qué personal de salud la atendió en el momento del parto se realizará a través de un cuestionario creado por las autoras (Anexo 1), y está compuesto de 8 ítems donde marcará con un aspa (x) la respuesta de acuerdo a las indicaciones dadas. A modo de ejemplo, la puérpera marcará de acuerdo a su nivel socioeconómico según la clasificación A-E en el ítem N° 06.

Como instrumento para evaluar la VO se utilizará una encuesta validada del siguiente estudio “Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas”, publicado en el año 2021 (37). La encuesta está constituida por Diecisiete preguntas con cinco alternativas de respuesta en formato Likert (1 = No me ocurrió; 2 = Siento que no me ocurrió; 3 = No estoy segura; 4 = Siento que sí me ocurrió y 5 = Definitivamente me ocurrió). Esta encuesta tiene un coeficiente de confianza de 0.83 (alfa de Cronbach) para el conjunto de elementos, por lo tal el instrumento es confiable para realizar este presente estudio (ver Anexo 2).

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS

La información recopilada fue codificada y tabulada con el programa de Microsoft Excel®; y procesada por el software estadístico STATA para analizar dichos datos.

Las variables categóricas de factores sociodemográficos se explican mediante gráficos de barras y tablas; de igual modo las variables categóricas del personal de salud y los factores maternos.

Mediante la prueba de Fisher se establecerá el efecto de la variable independiente (factores del personal de salud) sobre la variable dependiente (VO). Además, empleamos estadística descriptiva de frecuencia absolutas y relativas.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo de investigación fue presentado a la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana para su aprobación. Asimismo, siguiendo las consideraciones éticas plasmadas en la Declaración de Helsinki y el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

Autonomía, se efectuó con la firma de la puérpera que accedió a participar en nuestro estudio en el consentimiento informado (Anexo 3).

Beneficencia y no maleficencia, se cumplió al mantener el anonimato de la información personal de los participantes sin que le genere algún perjuicio.

Justicia, se aplicó al realizar el muestreo aleatorizado donde cada gestante tenía la misma probabilidad de ser encuestada.

Los resultados tienen utilidad netamente académica y se mantendrán los nombres y todo el contenido de las encuestas llenadas con estricta privacidad; asimismo, la puérpera tendrá el albedrío de disponer si participa o no en esta investigación, sin que el hecho de no participar le genere algún perjuicio alguno; sin embargo, su cooperación nos ofrecerá una valiosa información que nos servirá como apoyo para el futuro, ya que es de mucha urgencia la elaboración y ejecución de políticas que ayuden en la prevención y sancionen penalmente a los responsables de la VO en la atención de parto.

Se brindó el consentimiento informado de forma presencial en una hoja impresa la cual tendrá detallado el título, los objetivos, los beneficios, los posibles riesgos, sus derechos como participante, la confidencialidad y cómo se usará dicha información solicitada. Además, la puérpera se llevó consigo una copia del consentimiento informado que firmó.

2.8. FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación será financiado con los recursos propios de sus autoras.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

1.1. RESULTADOS

Tabla 1. Características epidemiológicas de las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2023 (N=94).

Características de la población		n	%
Edad			
	18 – 25 años	48	51.06
	26 – 35 años	37	39.36

	36 – 40 años	9	9.57
Nivel de instrucción			
	Analfabeta	3	3.19
	Primaria	23	24.47
	Secundaria	52	55.32
	Superior	16	17.02
Estado civil			
	Soltera	2	2.13
	Casada	21	22.34
	Conviviente	71	75.53
Lugar de residencia			
	Rural	44	46.81
	Urbano	50	53.19
Empleabilidad			
	Dependiente	4	4.26
	Independiente	7	7.45
	Ambulante	15	15.96
	Ama de casa	68	72.34
Nivel socioeconómico			
	Alto (A)	2	2.13
	Medio alto (B)	14	14.89
	Medio (C)	17	18.09
	Medio Bajo (D)	49	52.13
	Bajo (E)	12	12.77
Tipo de parto			
	Vaginal	82	87.23
	Cesárea	12	12.77

Comentario: En la tabla N°01 se incluyeron un total de 94 participantes, dentro de las características epidemiológicas de las gestantes en trabajo de parto, se encontró que el 51.06% (48 pacientes) se encontraban en el rango etario de 18-25 años, el 39.36% (37 pacientes) se encontraba entre 26-35 años y el 9.57% (9 pacientes) en el intervalo de 36-40 años. En cuanto al nivel de instrucción el 55.32% (52 pacientes) tenían estudios secundarios, el 24.47% (23 pacientes) estudios primarios, el 17.02% (16 pacientes) estudios superiores, y el 3.19% (3 pacientes) eran analfabetas. Respecto al estado civil el 75.53% (71 pacientes) eran convivientes, el 22.34% (21 pacientes) eran casadas, y el 2.13% (2 pacientes) eran madres solteras. El lugar de residencia predomina el urbano con un 53.19% (50 pacientes) y el 46.81% (44 pacientes) residentes en zona rural. Además, el 72.34% (68 pacientes) eran ama de casa, 15.96% (15 pacientes) se dedicaban a algún comercio ambulatorio, el 7.45% (7 pacientes) tenían un trabajo independiente como una bodega en casa, y el 4.26% (4 pacientes) tenían un trabajo dependiente. Con respecto al nivel socioeconómico el 52.13% (49 pacientes) tenían un nivel medio bajo, el 18.09% (17 pacientes) nivel medio, el 14.89% (14 pacientes) nivel medio alto, el 12.77% (12 pacientes) nivel bajo y el 2.13% (2 pacientes) nivel alto. El tipo de parto predominó el vaginal con 87.23% (82 pacientes) y el 12.77% (12 pacientes) por cesárea.

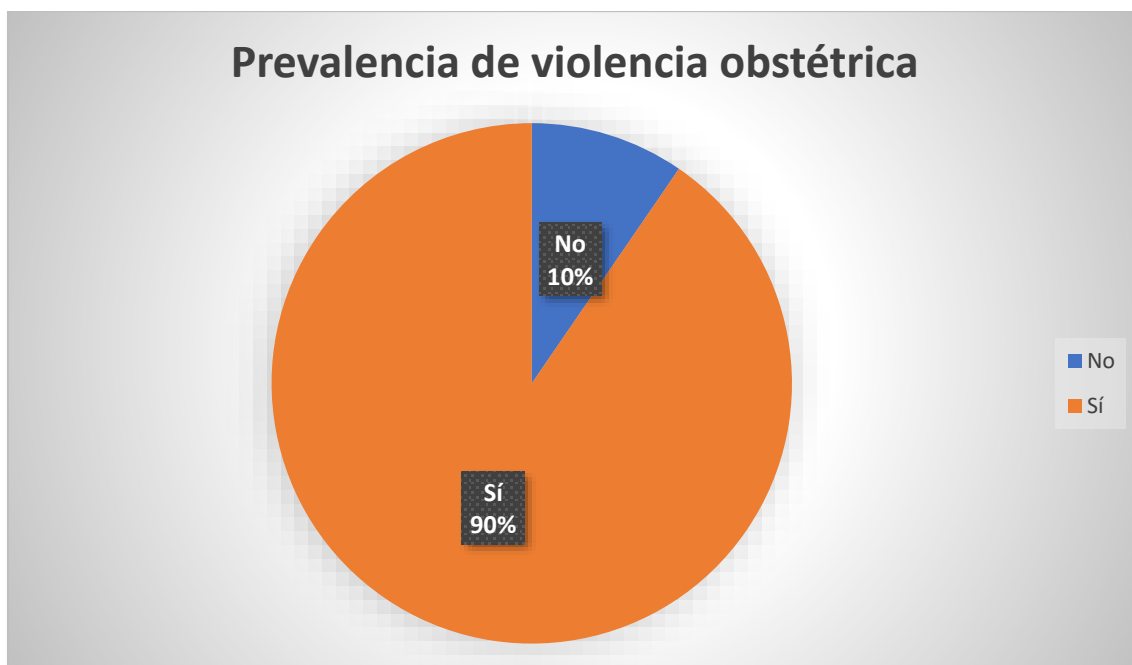
Tabla 2. Características del personal de salud que brindó la atención a las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, en el año 2023 (N=94).

Características del personal de salud		n	%
Profesión del personal			
	Ginecólogo-Obstetra	11	11.70
	Obstetriz	63	67.02
	Enfermera	1	1.06
	Técnico de enfermería	7	7.45
	Interno de medicina	5	5.32
	Interno de obstetricia	7	7.45
Antigüedad laboral del personal			
	Nuevo	32	34.04
	Antiguo	62	65.96

Sexo del personal			
	Hombre	10	10.64
	Mujer	84	89.36

Comentario: En la tabla N°02 se evaluó las características del personal de salud que estuvo vinculado a si realizó o no violencia obstétrica, tenemos: Las obstetrices estuvieron más vinculadas como las responsables de generar violencia obstétrica con un 67.02% (63 pacientes), seguidos en menor frecuencia por los ginecólogos con 11.70% (11 pacientes), habiendo un empate entre técnico de enfermería e internas de obstetricia con un 7.45% (7 pacientes), Internos de medicina con un 5.32% (5 pacientes) y por último las enfermeras con 1.06% (1 paciente). Según a si eran un trabajador antiguo o nuevo, predominó el personal antiguo con el 65.96% (62 pacientes) en comparación con el personal aparentemente nuevo con un 34.04% (32 pacientes). El sexo del personal que mayormente estuvo atendiendo el trabajo de parto fue el sexo femenino en un 89.36% y en menor porcentaje el sexo masculino con 10.64% (10 pacientes).

FIGURA N°01. Prevalencia de VO durante el trabajo de parto en las gestantes del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023 (N=94).



Comentario: En la figura N°01 se evaluó si hay o no violencia obstétrica, se determinó que sí existió violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, siendo su prevalencia mayoritaria con un 90%, y solo un 10% indicó que no sufrió ningún tipo de violencia ejercida por el profesional de salud.

Tabla 3. Tipos de violencia obstétrica durante el trabajo de parto en las gestantes del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023 (N=94).

Tipos de violencia obstétrica		Media \pm DE	No me ocurrió	Siento que no me ocurrió	No estoy segura	Siento que sí me ocurrió	Definitivamente me ocurrió
1	El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento.	1.63 \pm 1.32	73 (77.66)	5 (5.32)	4 (4.26)	2 (2.13)	10 (10.64)
2	Te faltaron el respeto al tratarte con sobrenombres o diminutivos (p.e. “mamita”, “gordita”, etc.)	2.52 \pm 1.77	49 (52.13)	7 (7.45)	3 (3.19)	10 (10.64)	25 (26.60)
3	El personal de salud te hizo sentir incapaz durante la atención brindada	1.84 \pm 1.26	57 (60.64)	16 (17.02)	5 (5.32)	11 (11.70)	5 (5.32)
4	Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.), durante el trabajo de parto y el parto	2.33 \pm 1.64	51 (54.26)	7 (7.45)	7 (7.45)	12 (12.77)	17 (18.09)
5	Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera.	2.21 \pm 1.66	56 (59.57)	6 (6.38)	8 (8.51)	4 (4.26)	20 (21.28)

6	Se realizaron procedimientos médicos (tactos vaginales, episiotomías, inducción, instrumentación) Maniobras durante el expulsivo sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios.	2.03 ± 1.68	66 (70.21)	3 (3.19)	1 (1.06)	4 (4.26)	20 (21.28)
7	En el momento del parto, le obligaron a permanecer acostada en una determinada posición a pesar de que manifestara incomodidad.	1.71 ± 1.27	66 (70.21)	8 (8.51)	8 (8.51)	5 (5.32)	7 (7.45)
8	Fuiste agredida físicamente, al recibir una cachetada o golpes, tactos vaginales agresivos, o cuando te sujetaron con fuerza alguna extremidad	1.64 ± 1.41	76 (80.85)	2 (2.13)	1 (1.06)	3 (3.19)	12 (12.77)
9	Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza en el momento del parto	3.20 ± 1.91	39 (41.49)	1 (1.06)	0 (0.00)	10 (10.64)	46 (46.81)
10	Se te impidió el contacto inmediato con tu recién nacido	1.39 ± 0.99	78 (82.98)	6 (6.38)	2 (2.13)	5 (5.32)	3 (3.19)
11	Después del parto, te hicieron sentir que no habías sido	2.12 ± 1.50	56 (59.57)	4 (4.26)	13 (13.83)	9 (9.57)	12 (12.77)

	una paciente colaboradora.						
1 2	La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.	2.02 ± 1.35	54 (57.45)	8 (8.51)	14 (14.89)	12 (12.77)	6 (6.38)
1 3	El hospital te ofreció un plan de planificación familiar	1.17 ± 0.81	90 (95.74)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (4.26)
1 4	Fuiste obligada a usar algún método anticonceptivo después del parto	1.90 ± 1.26	56 (56.38)	18 (19.15)	7 (7.45)	11 (11.70)	5 (5.32)
1 5	Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños).	2.91 ± 1.69	34 (36.17)	9 (9.57)	8 (8.51)	17 (18.09)	26 (27.66)
1 6	Te dejaron de atender debido a que no colaboraste en el trabajo de parto.	1.90 ± 1.44	60 (63.83)	13 (13.83)	3 (3.19)	6 (6.38)	12 (12.77)
1 7	No te explicaron como respirar, pujar en el momento del parto	3.45 ± 1.83	31 (32.98)	3 (3.19)	1 (1.06)	11 (11.70)	48 (51.06)

Comentario: La tabla N°03 podemos observar los tipos de VO en las gestantes en trabajo de parto, predominando como primer lugar la violencia negligencia en la asistencia, que incluye las preguntas 13,14,16 y 17, sobresaliendo esta última dónde las gestantes refirieron que no les enseñaron a pujar o respirar durante el momento del parto en un 51.06% (48 pacientes); en segundo lugar se encuentra a la violencia de restricción a la limitación del sistema de salud, donde las gestantes expresaron que se les negó el acompañamiento por alguien de su confianza en el

momento del parto en un 46.81% (46 pacientes); en tercer lugar, el incumplimiento de estándares, que incluye las preguntas 6 y 15, preponderando que durante el trabajo del parto las gestantes se sintieron expuestas a la mirada de otras personas desconocidas extrañas al personal responsable para la atención del parto (alumnos de medicina, enfermería u obstetricia) en un 27.66%; en cuarto lugar lo ocupa dos tipos de violencia, la violencia verbal que incluye las preguntas 1 y 2, y la violencia psicológica que incluyen las preguntas 2, 3, 4, 5, 11 y 12, destacando la falta de respeto al tratarlas con sobrenombres o diminutivos (por ejemplo “mamita” y/o “gordita”) en las gestante en trabajo de parto en un 26.60% (25 pacientes); en quinto lugar, la violencia física, que incluye las preguntas 7 y 8, prevaleciendo entre las gestantes los tactos vaginales agresivos, “manotazos” en alguna extremidad del cuerpo o cuando les sujetaron con fuerza alguna extremidad al momento del parto en un 12,77% (12 pacientes); y en último lugar, uso inadecuado de procedimientos, que incluye las preguntas 7 y 10, primando en la gestante la obligación de permanecer acostado o en una determinada posición a pesar de que manifestaron su incomodidad al momento del parto en un 7.45% (7 pacientes). Cabe recalcar, que el reporte de estas prácticas expuestas por las gestantes fue con seguridad que les ocurrió tal hecho referido en las preguntas.

Tabla 4. Factores asociados a la VO en las gestantes en trabajo de parto de un Hospital II-1 de Lambayeque, 2023

		Violencia obstétrica		Valor p
Características de la población		No	Sí	
Edad				
	18 – 25 años	3 (6.25)	45 (93.75)	0.196
	26 – 35 años	6 (16.22)	31 (83.78)	
	36 – 40 años	0 (0.00)	9 (100.00)	
Nivel de instrucción				
	Analfabeta	0 (0.00)	3 (100.00)	0.848
	Primaria	3 (13.04)	20 (86.96)	
	Secundaria	5 (9.62)	47 (90.38)	
	Superior	1 (6.25)	15 (93.75)	

Estado civil				
	Soltera	0 (0.00)	2 (100.00)	1.00
	Casada	2 (9.52)	19 (90.48)	
	Conviviente	7 (9.86)	64 (90.14)	
Lugar de residencia				
	Rural	3 (6.82)	41 (93.18)	0.311
	Urbano	6 (12.00)	44 (88.00)	
Empleabilidad				
	Dependiente	1 (25.00)	3 (75.00)	0.432
	Independiente	0 (0.00)	7 (100.00)	
	Ambulante	2 (13.3)	13 (86.67)	
	Ama de casa	6 (8.82)	62 (91.18)	
Nivel socioeconómico				
	Alto (A)	1 (50.00)	1 (50.00)	0.180
	Medio alto (B)	1 (7.14)	13 (92.86)	
	Medio (C)	3 (17.65)	14 (82.35)	
	Medio Bajo (D)	3 (6.12)	46 (93.88)	
	Bajo (E)	1 (8.33)	11 (91.67)	
Tipo de parto				
	Vaginal	5 (6.10)	77 (93.90)	0.014
	Cesárea	4 (33.33)	8 (66.67)	
Profesión del personal				
	Ginecólogo-Obstetra	3 (27.27)	8 (72.73)	0.089
	Obstetriz	3 (4.76)	60 (95.24)	
	Enfermera	1 (100.00)	0 (0.00)	
	Técnico de enfermería	1 (14.29)	6 (85.71)	
	Interno de medicina	1 (20.00)	4 (80.00)	

	Interno de obstetricia	1 (14.29)	6 (85.71)	
	Antigüedad laboral del personal			
	Antiguo	1 (1.61)	61 (98.39)	0.001
	Nuevo	8 (25.00)	24 (75.00)	
	Sexo del personal			
	Hombre	5 (50.00)	5 (50.00)	0.346
	Mujer	9 (10.71)	75 (89.29)	

Comentario: En la tabla N°04 se describe que en el análisis bivariado se encontró correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) para las variables tipo de parto, siendo el vaginal ($p = 0.014$) y la antigüedad laboral del personal, siendo el personal antiguo el factor asociado a violencia obstétrica ($p = 0.001$); para el resto de variables antes descritas, no se encontró asociación significativa.

3.2. DISCUSION

La prevalencia de violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque fue un 90%, quienes respondieron con seguridad la ocurrencia de algún tipo de violencia. Esto se sustenta a que basta una sola forma de conducta, acción u omisión que afecte la atención de la gestante en trabajo de parto para que se establezca la VO. Estos resultados de la prevalencia de violencia obstétrica son coincidentes con Flores et al, Paucar R y Orcotorio Y, quienes realizaron diversos estudios en diferentes regiones del interior de nuestro país y determinaron un 81.4% hasta incluso el 100% de VO en las mujeres atendidas durante su trabajo de parto (2, 9). Además, concuerda con el estudio realizado por los investigadores Montesinos - Segura R. et al., teniendo en cuenta que este estudio tuvo como muestra a 1528 participantes y de esa muestra 97.4% (1488) habían experimentado al menos una categoría de falta de respeto y abuso durante el parto en 14 hospitales de 9 ciudades peruanas (3).

Estos resultados difieren en cuanto porcentaje con Martínez J et al., Cárdenas M y Salinero S, Iglesias S et al., quienes reportaron que el 67.4%, 58.9% y el 34% respectivamente refirió haber sufrido alguna situación de violencia durante la atención del parto (4,6,37). Asimismo, Lansky S. et al., nos describe que la violencia obstétrica fue reportada solo el 12,6% (70/555), sus encuestadas estuvieron sensibilizadas por 11 instalaciones que explicaban los procedimientos recomendados y

no recomendados por el conocimiento científico, los derechos de la mujer y bebé (vídeos, fotografías y paneles) que se encontraban en espacios públicos de amplia circulación en cinco municipios brasileños (5). Se puede ver que la prevalencia de VO es muy alta en nuestro país, en comparación con otros estudios internacionales, esto quizá a la diferencia de las características sociodemográficas o culturales de las pacientes, así como el tamaño muestral. Pero independientemente de los porcentajes, en todos los estudios se registra VO.

En cuanto a las características epidemiológicas de las gestantes en labor de parto del Hospital Belén de Lambayeque predomina el grupo etario de 18-25 años con un 39.36% (37 pacientes). La edad materna de nuestro estudio coincide relativamente con los estudios realizados por Montesinos - Segura R. et al., Orcotorio Y. y Lansky S. et al, quienes afirman que la población mayoritaria fue de $26,6 \pm 6,3$ años, 19 a 30 años (58.2%) y 20 y 34 años (77,3%), respectivamente (3,5 y 9). Pero difiere con Huarino y Choque quienes determinaron que el predominio del grupo etario en su muestra de estudio fue de 30-45 años (2).

El nivel de instrucción de las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque fue nivel secundario con un 55.32% (52 pacientes). Estos resultados son coincidentes con Huarino S. y Choque O., y Orcotorio Y, quienes registraron el 74.4% y el 59.7% de pacientes con estudios secundarios, respectivamente (2,9). Sin embargo, en los estudios realizados por Lansky S. et al y Montesinos - Segura R. et al., afirmando prevalencia en aquellas gestantes que cuentan con estudios superiores en un 77.4%, y no encuentran una prevalencia en cuanto al nivel de instrucción respectivamente (3,5).

El estado civil que se registró de las participantes del estudio en el Hospital Belén de Lambayeque fue conviviente en un 75.53% (71 pacientes). Hallando similitud con Huarino S. y Choque O. quienes afirman en un 65.5% (2). A diferencia de Orcotorio Y. quien nos indica que las gestantes en su mayoría eran madres solteras en 68.7% (9).

El lugar de residencia que prevaleció en las encuestadas de nuestro estudio, fue el urbano con un 53.19% (50 pacientes) en comparación con la zona rural. Estos resultados son similares con Orcotorio Y., Montesinos - Segura R. et al., y Huarino y Choque, con un 67.1%, 82.1%, 86% (2,3,9)

La ocupación de las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque fue ama de casa en un 72.34% (68 pacientes). Lo cual hay similitud con Jojoa E, et al quienes afirman que el 75.0% de su muestra fue ama de casa. (36) No se encontró más estudios que registren la ocupación, pero sí el nivel socioeconómico. Estos resultados son similares con Moreno, quien afirma que

todas las pacientes obstétricas partícipes del Hospital Dos de Mayo eran de estratos medio a bajo (8). También, Orcotorio Y. menciona que el 43,2% pertenecen al estrato bajo, seguido de un 40,3% del estrato medio bajo (9).

Es así que argumentamos que los diferentes estudios respaldan nuestros resultados, en la que predominó el grupo etario joven, el nivel de instrucción secundaria, el estado civil conviviente, con residencia en zonas urbanas, ocupación ama de casa y nivel socioeconómico medio a bajo y que estuvieron expuestas en algún porcentaje a VO.

El tipo de parto que predominó en las gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque fue el vaginal con 87.23% (82 pacientes) y el 12.77% (12 pacientes) por cesárea, lo cual inferimos que es el tipo de parto más relacionado a la violencia obstétrica manifestada en nuestro estudio. Aunque las pacientes sometidas a cada intervención difieren en cantidad y podría ser un posible sesgo en cuanto a resultados. De igual modo, Montesinos - Segura R. et al. y Lansky S. et al. mencionan que prevalece el parto por vía vaginal en un 63.4% y 53.8%, respectivamente (3,5). Por el contrario, Orcotorio Y. nos describe que en su estudio el parto por cesárea predominó en un 59.78% y el parto vaginal representó el 40.2% (9).

Con respecto a las características del personal de salud que brindó la atención a las gestantes en el Hospital Belén de Lambayeque, predominó la atención de la obstetriz en la atención del parto vaginal en un 67.02% (63 pacientes), seguido por el ginecólogo – obstetra en un 11.70% (11 pacientes) y en menor proporción por la técnica de enfermería, enfermeras e internos. Podemos deducir que el mayor porcentaje de atención es brindada por las obstetrices debido a que están más presentes en el parto vaginal y solo solicitan la asistencia del médico ante complicaciones. En nuestro estudio, también determinamos la antigüedad del personal de salud, predominando el personal antiguo con el 65.96% (62 pacientes) en comparación con el personal aparentemente nuevo con un 34.04% (32 pacientes), y el sexo del personal fue el femenino en un 89.36% y en menor porcentaje el sexo masculino con 10.64% (10 pacientes). Recalcar que no encontramos estudios que hayan registrado la antigüedad y el sexo del personal que atendió a las mujeres en su parto, por lo cual no podemos realizar la contrastación.

Dentro de los tipos de VO que prevalecieron en el Hospital Belén de Lambayeque, tenemos, como primer lugar la violencia negligencia en la asistencia, que incluye las preguntas 13,14,16 y 17, sobresaliendo esta última dónde las gestantes refirieron que no les enseñaron a pujar o respirar durante el momento del parto en un 51.06% (48 pacientes), pero también en menor medida indicaron que no le brindaron la explicación adecuada sobre planificación familiar u otras a que

les obligaron a usar algún método anticonceptivo después del parto y el que lo dejaron de atender debido a que lo culparon de no colaborar en el trabajo de parto. Estos resultados se asemejan, al estudio realizado por Bohren MA et al, quienes afirman que las mujeres sufrieron con frecuencia largas demoras en recibir atención, además algunos trabajadores de salud descuidaron a las mujeres durante el trabajo de parto, sintiéndose así solas, ignoradas y abandonadas durante su estancia. (12)

En segundo lugar, se encuentra a la violencia de restricción a la limitación del sistema de salud (pregunta 9), donde las gestantes expresaron que se les impidió estar acompañada por alguien de su confianza en el momento del parto en un 46.81% (46 pacientes), considerándose así un maltrato por tal prohibición. Asimismo, Bohren MA et al., en su estudio realizado en 4 países en el cual a muchas mujeres (1200 [44,9%] de 2672) se les negó tener compañía durante el parto (7). Huarino y Choque, y Bohren MA et al., reportan un porcentaje mucho mayor con un 90.4% y un 84.5% respectivamente que no les permitieron tener compañía durante el parto (2,12). En menor medida Orcotario Y., Cárdenas M y Salinero S refieren un 29.9% y 23.2% respectivamente (9,37). El Ministerio de Salud promueve el parto humanizado para mejorar la atención de las madres y los bebés al nacimiento, pero son pocos los hospitales o centros maternos que realizan estas buenas prácticas. Incluye tres aspectos: parto vertical, parto con acompañante y parto sin dolor. Siendo el INMP uno de los pioneros en implementar tal medida, con el objetivo de aumentar la satisfacción de las mujeres embarazadas y sus familias con los procesos prenatales, parto y posparto (26). El parto con acompañante facilita el compromiso del padre con el recién nacido y con la madre. Ayuda al papá a valorar el esfuerzo de su pareja durante el parto. Esto permite que el RN nazca en un ambiente familiar y escuchando a sus padres. Actualmente, este parto humanizado se ha difundido en mayor medida en la región de Lima, pero lamentablemente en nuestra región es muy poca o nula la participación del padre o de un acompañante de confianza en el momento del parto, quizás por el desconocimiento, la falta de difusión o por la no implementación por parte del hospital.

En tercer lugar, el incumplimiento de estándares, que incluye las preguntas 6 y 15, manifestaron las gestantes que con mayor frecuencia durante el trabajo de parto se sintieron expuestas a la mirada de otras personas desconocidas ajenas al personal responsable para la atención del parto en un 27.66% y en menor medida se realizaron procedimientos médicos (tactos vaginales, episiotomías, inducción, instrumentación) y maniobras durante el expulsivo sin pedir consentimiento o sin explicar el por qué eran necesarios. Según Bohren M et al, afirmaron que los trabajadores de la salud a menudo no cumplieron con los estándares profesionales orientados a

abordar las necesidades básicas de las mujeres durante el parto, en lo que respecta a falta de consentimiento informado y confidencialidad, cuando se pidió a las mujeres que dieran su consentimiento antes de un procedimiento, no siempre se les informó adecuadamente de los riesgos y beneficios y sintieron que el trabajador de la salud solo realizó las formalidades necesarias para obtener el consentimiento (12). Sin embargo, Huarino S. y Choque O., Moreno ZR. y Orcotorio Y. nos refieren que el 85.6%, 85 % y 83.6% respectivamente, sufrieron con el incumplimiento con los estándares profesionales de atención al realizar exámenes y procedimiento médicos no explicados previamente o sin autorización por parte de ella (2,8 y 9). También, Bohren MA et al., en su estudio multinacional la prevalencia fue mayor comparado con nuestro resultado, ya que las medidas de privacidad (cortinas o mamparas) no se utilizaban habitualmente (1.202 [45,0%] de 2.672 mujeres), particularmente en Nigeria (468 [83,4%] de 561) (7).

El cuarto lugar lo ocupa dos tipos de violencia, la violencia verbal (preguntas 1 y 2), y la violencia psicológica (preguntas 2, 3, 4, 5, 11 y 12) , destacando la falta de respeto al tratarlas con sobrenombres o diminutivos (por ejemplo “mamita” y/o “gordita”) en las gestante en trabajo de parto en un 26.60% (25 pacientes), en menor medida refirieron que el personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento, así también algunas pacientes refirieron que el personal de salud le hizo sentir incapaz durante la atención brindada , criticada de algún modo por expresar sus emociones(llorar, gritar de dolor, etc) durante el trabajo de parto y el parto, además que le fue imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no les respondían o lo hacían de mala manera , también afirmaron algunas puérperas que después del parto las hicieron sentir que no habían sido pacientes colaboradoras, además que la experiencia de la atención en el parto las hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido. Estos resultados son similares, ya que Huarino S. y Choque O afirman que el 36% de su muestra indicó que no fueron llamadas por su nombre, si no con sobrenombres o diminutivos (2). Por otro lado, Martínez JM et al, reportan un 25.1% de violencia verbal y 36.7% de violencia psicoafectiva.(4) Cárdenas M y Salinero S, refieren que las mujeres (25%) manifiesta haber sido criticada por el personal médico por realizar expresiones emocionales o de dolor, no pudiendo manifestar sus inquietudes o temores dado que no les respondían o lo hacían de mala manera (24.9%), entre las prácticas menos mencionadas se encuentra el hecho de hacer sentir a las mujeres que no habían colaborado o estado a la altura de lo que se esperaba de ellas (6.6%) (37). Bohren MA et al., realizaron un estudio multinacional (4 países) en el cual 821 (30,7%) de 2672 mujeres reportaron abuso verbal, con las proporciones más altas en Nigeria (248 [44,2%] de 561) y Ghana (284 [34,0%] de 836), siendo las más comunes de abuso verbal, los gritos

(533 [20,0%] de 2672 mujeres) y los regaños (257 [9,6%]), y Orcotorio Y. nos refiere que el 62.7% sufrió violencia verbal, resaltando el “lenguaje duro” y la culpa hacia las gestantes en trabajo de parto (7,9).

En quinto lugar, la violencia física (preguntas 7 y 8) , prevaleciendo entre las gestantes los tactos vaginales agresivos, “manotazos” o cuando les sujetaron con fuerza alguna extremidad al momento del parto en un 12,77% (12 pacientes) y en menor medida un 7.45% (7 pacientes) manifestaron que al momento del parto, la obligaron a permanecer acostada en una determinada posición a pesar que manifestara incomodidad. Estos resultados son similares con Orcotorio Y, y Bohren MA et al, quienes afirmaron un 13.4% (resaltando la restricción física al sujetar las extremidades de manera que dañe a la paciente) y 10.7% (287/2672 pacientes de un estudio multinacional de 4 países) de violencia física respectivamente (7,9). Estos resultados difieren en cuanto a porcentajes, así Huarino S y Choque O, quienes afirman un 2.8% de maltrato físico, mientras que Martínez JM et al, reportan una cifra más alta de un 54.5% de violencia física (2,4).

Y en último lugar, uso inadecuado de procedimientos, que incluye las preguntas 7 y 10, primando en la gestante la obligación de permanecer acostado o en una determinada posición a pesar de que manifestaron su incomodidad al momento del parto en un 7.45% (7 pacientes), seguido del impedimento a la paciente del contacto inmediato con su recién nacido en 3.19% (3 pacientes). Estos resultados concuerdan con Huarino S y Choque O, quienes afirman que el 24% no se le permitió el contacto precoz con el recién nacido (2). Además, Bohren MA et al, afirma que en la recolección de estudios algunas gestantes fueron inmovilizadas durante el trabajo de parto con restricciones en la cama, a pesar de la incomodidad de la paciente (12). Si bien es cierto se impidió el contacto precoz, madre-hijo, estas cifras son bajas y pudo deberse a algún inconveniente presentado en la evaluación del neonato o también el personal no llevó a cabo de una forma correcta el procedimiento de permitir el contacto piel a piel inmediato.

Por todo lo antes mencionado respecto a los tipos de VO en el Hospital Belén de Lambayeque, las gestantes estaban completamente seguras de la ocurrencia de al menos un ítem del cuestionario, si bien en su mayoría no sabían que eso era VO, se pudo identificar a través de sus repuestas, ya que muchas veces tales actos se normalizan o pasan desapercibidos.

Los factores asociados a la VO según el análisis bivariado se encontró relación estadísticamente significativa para las variables tipo de parto, siendo el vaginal ($p = 0.014$) y la antigüedad laboral del personal, siendo el personal antiguo el factor asociado a aumentar la violencia obstétrica ($p = 0.001$). También, se descubrió que la cesárea es un factor protector contra la violencia obstétrica,

posiblemente porque las gestantes que dan a luz por cesárea se someten a menos procedimientos en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal que implique, por ejemplo, episiotomías sin consentimientos, tactos vaginales repetidos, exposición a la mirada de extraños, etc. El resto de variables no se asociaron significativamente. Recordando, que existe asociación significativa cuando el valor de p es menor de 0.05. Estos resultados son similares con Ortocorio Y, en la que identificaron el parto vaginal como un factor de riesgo para la violencia física obstétrica y que las pacientes durante el parto pueden sufrir 5 veces más riesgo de violencia física y pueden sufrir 3 veces más riesgo de violencia verbal (9). Asimismo, se determinó la antigüedad del personal de salud asociado a la VO, siendo el personal antiguo vinculado al maltrato en el trabajo de parto en un 98.39%, en comparación con el personal aparentemente nuevo en 75%. Recaltar que no encontramos estudios que hayan registrado la antigüedad del personal que atendió a las mujeres en su parto. Pero podemos argumentar que quizá el hecho de que el personal sea antiguo “nombrado” tengan pre concepciones obsoletas, paternalistas, autoritarias o mecanización en su trabajo que conlleven al maltrato en la atención y aún más el ser del mismo sexo con la paciente (femenino) refleja la falta de empatía en la relación personal de salud-paciente.

A su vez, nuestros resultados son similares con lo descrito por Martínez JM et al, quien menciona que no identificó ninguna asociación entre variables sociodemográficas (edad, el estado civil y nivel socioeconómico) con el experimentar violencia obstétrica (4). A su vez difiere con, Madiwalla N et al, nos menciona que se ha documentado que las mujeres con menos educación, las mujeres rurales, las madres solteras y las mujeres que buscan atención en los hospitales gubernamentales o públicos enfrentan mayores niveles de abuso y falta de respeto durante el parto (18). La defensoría del pueblo de nuestro país también manifiesta que el pertenecer a pueblos indígenas, andinos o amazónicos; el empleo de lenguas originarias; la edad; la discapacidad o la manera de ejercer o vivir la sexualidad pueden agravar la exposición a la violencia obstétrica.(24) Del mismo modo, Bohren MA et al., quien en su estudio realizado en 4 países, nos describe que la edad (15-19 años) fue predominantemente el único factor asociado con diferentes tipos de maltrato, teniendo la mayor probabilidad de sufrir abuso físico, abuso verbal o estigma o discriminación, además las mujeres más jóvenes sin educación y las mujeres más jóvenes con cierta educación tenían más probabilidades de sufrir abuso verbal en comparación con mujeres mayores (≥ 30 años). El estado civil (solteras) tenían más probabilidades de someterse a exámenes vaginales sin consentimiento (7).

El hecho de no encontrar una asociación entre variables sociodemográficas y la incidencia de VO resalta que todas las mujeres, independiente de su edad materna, estado civil, nivel

socioeconómico, nivel de instrucción, lugar de residencia y empleabilidad pueden experimentar tal situación. En general, se ha visto que las mujeres al momento de ser encuestadas se mostraron tímidas, quizás sintiéndose intimidadas por el ambiente del hospital, además podemos pensar que desconocen sus derechos como pacientes o a veces la mayoría del personal es nombrado o “antiguo” y tienes esas ideas paternalistas, autoritarias, donde los trabajadores de la salud toman el control y la paciente queda en una posición sumisa que acepta el abuso como rutina del parto, por ejemplo, una de ellas relató que lo vivido era porque le estaban ayudando para que su hijo pueda nacer bien.

Por lo tanto, si queremos cambiar el alto nivel de violencia en el parto, debemos considerar las recomendaciones de la OMS sobre atención obstétrica para lograr una experiencia de parto positiva, porque las mujeres embarazadas quieren tener un parto digno e ir más allá de sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Se trata de dar a luz a un bebé sano en un ambiente sin riesgos clínicos ni psicológicos, con el apoyo práctico y emocional de su pareja en el momento del parto y con profesionales de la salud amigables y competentes. Las mujeres embarazadas quieren lograr una sensación de control personal y logro en el proceso del parto, participando en la toma de decisiones, incluso si la intervención médica es necesaria o deseada.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

- La VO en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque durante el año 2023 fue del 90%.
- Las características epidemiológicas predominantes de las gestantes en trabajo de Parto del Hospital Belén de Lambayeque durante el año 2023, fueron las siguientes: grupo etario de 18-25 años, nivel de instrucción secundaria, estado civil conviviente, lugar de residencia urbana, ama de casa y nivel socioeconómico medio bajo. El tipo de parto con mayor porcentaje fue el vaginal.
- El personal de salud asociado a la VO en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023, fueron las obstetricas, seguido por médicos, con predominio del sexo femenino.
- Se registró diferentes tipos de VO durante el trabajo de parto en las gestantes del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023, predominando en el siguiente orden: Negligencia en la asistencia, restricción a la limitación del sistema de salud, incumplimiento de estándares, violencia verbal y violencia psicológica, violencia física y por último uso inadecuado de procedimientos.
- Se determinó que los factores asociados a la VO en las gestantes en trabajo de parto del Hospital Belén de Lambayeque, durante el año 2023, con asociación estadísticamente significativa, fueron: Tipo de parto, siendo el vaginal ($p = 0.014$) y la antigüedad laboral del personal, siendo el personal antiguo ($p = 0.001$).

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

1. Fomentar y desarrollar una normativa para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica en las diferentes entidades públicas y privados del sector salud a nivel nacional, basándose en la legislación dada por algunos países de Latinoamérica como Venezuela, Argentina y México, lo cual al tener una base legal con respecto a este tema facilitaría al congreso de la República, el Poder Judicial, MINSA y ESSALUD a crear estas nuevas leyes o normas.
2. Sensibilizar y brindar capacitaciones al personal de salud que interviene en la atención de las gestantes en trabajo de parto y dar a conocer sobre el parto humanizado, el parto digno, derechos humanos, interculturalidad, violencia obstétrica y cada uno de los tipos de violencia con sus respectivos ejemplos para poder identificarlo en la práctica diaria. Así como estandaricen la atención del parto, evaluación y acreditación de la atención.
3. Fortalecer los programas públicos de empoderamiento de las futuras madres, relacionadas a la divulgación de conocimiento a través de trípticos sobre violencia obstétrica, para que puedan reconocer el maltrato durante la atención recibida por parte de algún profesional de la salud y puedan hacer respetar sus derechos.
4. Sensibilizar y captar a las gestantes para llevar a cabo las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, para que se encuentren preparadas en cuanto el aparato reproductor femenino, la contracción uterina, dolor del parto, técnicas de relajación y respiración.
5. Protocolizar el trabajo de parto humanizado en los diferentes hospitales de la región de Lambayeque por un panel de expertos. Asimismo, al personal de salud insistir en aplicar e implementar los otros protocolos ya dados por el Ministerio de Salud, como la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical para aquellas personas con diferente interculturalidad.
6. Desarrollar más estudios sobre VO tanto en el personal de salud como en las gestantes, para producir evidencias sobre esta problemática social que se vive y muchas veces pasa desapercibido o normalizado. Además, es necesario que este tema sea abordado en los cursos de obstetricia, psicología y ética, por parte de los docentes universitarios de la facultad de Medicina Humana, para que se vaya formando al profesional desde pregrado.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez J, Martínez A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*. 2021; 35(3): 211-212
2. Huarino SL, Choque O. Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. *RMB*. 2021;15(3):3-10.
3. Montesinos R, Urrunaga D, Mendoza G, Taype A, Helguero LM, Martinez FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018; 140(2):184–190.
4. Martínez JM, Martinez S, Rodríguez J, Hernández A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2021; 34(5):526–536.
5. Lansky S, Souza KV, Peixoto ER, Oliveira BJ, Diniz CS, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(8):2811–2824.
6. Iglesias S, Conde M, González S, Parada E. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*. 2019; 4(1): 77-97.
7. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*. 2019; 394(10210):1750–1763.
8. Moreno ZR. Percepción de violencia obstétrica en pacientes atendidas en un Hospital Docente de Lima Perú. 2018. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2019; 4: S14–S14.
9. Orcotorio Y. Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco, 2019. Universidad Andina del Cusco; 2019.
10. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Washington (District of Columbia): United States Agency for International Development; 2010

11. 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: Organización Mundial de la Salud; 2014.
12. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*. 2015; 12 (6); 1-32.
13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
14. Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer; Centro legal para derechos reproductivos y políticas públicas. Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: CLADEM, CRLP; 1998.
15. Quattrocchi P, Magnone N, Arguedas G, Berrio LR, Castro R, Frías SM, et al. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Argentina: EDUNLa Cooperativa; 2020.
16. República Bolivariana de Venezuela. Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 2007.
17. Faheem A. The nature of obstetric violence and the organisational context of its manifestation in India: a systematic review. *Sex Reprod Health Matters*. 2022; 29(2).
18. Madhiwalla N, Ghoshal R, Mavani P, Roy N. Identifying disrespect and abuse in organisational culture: a study of two hospitals in Mumbai, India. *Reprod Health Matters*. 2018 ;26(53): 36 – 47.
19. Jardim DM, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018; 26(0):e3069.
20. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington, D.C.: CCP, OPS; 2019.
21. Margarita E. La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la

- violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. Dialnet [Internet]. 2018 [citado 15 diciembre 2023]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150511>
22. Ministerio de Salud - MINSA. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2017 [citado 14 septiembre 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
 23. Ministerio de Salud – MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2004. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
 24. Defensoría del Pueblo, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Violencia obstétrica en el Perú - Informe de Adjuntía N° 023-2020-DP/ADM. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2020; 1 (1): 6 -99.
 25. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. Health Hum Rights. 2016; 18(2):131–143.
 26. Instituto Nacional Materno Perinatal. “Implementación de la atención del parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal”. Inmp.gob.pe [Internet]. Lima, 2015. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/busqueda?url=portal&busqueda=parto+humanizado>
 27. Sadler M, Leiva G, Olza I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. Sex Reprod Health Matters. 2020; 28:1.
 28. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2020; 99(7):823–829.
 29. Angulo SP, Suárez AG. Parir en tiempos de covid-19: Aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia. Gac Int Cienc Forense. 2021;39.
 30. Organización Mundial de la Salud. Comprender mejor el impacto de la COVID-19 en las mujeres embarazadas y sus bebés. Organización Mundial de la Salud; 2022.
 31. Soto LH. Violencia obstétrica. Revista Mexicana de Anestesiología. 2016; 39 (Supl: 1):55-

32. Cunningham F, Leveno K, Dashe J, Hoffman B, Spong C, Casey B. Williams Obstetricia, 26e. McGraw Hill Medical [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103>
33. Ministerio de Salud. NTS N° -MINSA/DGIESP V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural”. Lima: Plataforma digital única del Estado Peruano; 2016.
34. Recursos humanos para la salud, para todas las personas, en todos los lugares [Internet]. OPS/ Organización Panamericana de la Salud. 2017 [citado 13 septiembre 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=42273&lang=es#gsc.tab=0
35. Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA [Internet]. Wwww.gob.pe. 2020 [cited 2022 Sep 14]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/473129-180-2020-minsa>
36. Jojoa-Tobar E, Chuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja-Campo AM, Suárez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(2): 135-146. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
37. Cárdenas M, Salinero S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines. 2021;38(2):209–223.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario

“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y DEL PERSONAL DE SALUD, HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE - 2023”

N° de encuesta: _____

Fecha: _____

Marque con un aspa (x) en los datos que concuerde con su realidad y si tiene alguna inquietud, no dude en preguntarnos. Los datos recolectados no serán difundidos, pero sí los resultados.






FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS	
1. EDAD <input type="checkbox"/> 18 – 25 años <input type="checkbox"/> 26 – 35 años <input type="checkbox"/> 36 - 40 años	4. LUGAR DE RESIDENCIA <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano
2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior	4. TIPO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ambulante <input type="checkbox"/> Ama de casa
3. ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente	6. NIVEL SOCIOECONÓMICO <input type="checkbox"/> Alto (A) <input type="checkbox"/> Medio Alto (B) <input type="checkbox"/> Medio (C) <input type="checkbox"/> Medio Bajo (D) <input type="checkbox"/> Bajo(E)

RRHH O PERSONAL DE SALUD ASOCIADO A VO	
<p>7. TIPO DE PERSONAL</p> <p>() Médico Ginecólogo-Obstetra</p> <p>() Obstetriz “nueva”</p> <p>() Obstetriz “antigua”</p> <p>() Enfermera “nueva”</p> <p>() Enfermera “antigua”</p> <p>() Técnico de enfermería</p> <p>() Interno de Medicina</p> <p>() Interna de Obstetricia</p>	<p>8. GÉNERO DEL PERSONAL DE SALUD</p> <p>() Varón</p> <p>() Mujer</p>

FUENTE: Creación propia

ANEXO 2. Encuesta validada de VO

Lee detenidamente las siguientes preguntas y marque con un aspa (X) en el recuadro que usted crea conveniente, de acuerdo a su experiencia percibida durante la atención del parto que se le brindó en el Hospital Belén de Lambayeque.

ÍTEMS	No me ocurrió 	Siento que no me ocurrió 	No estoy segura 	Siento que sí me ocurrió 	Definitivamente me ocurrió 
1. El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento.					
2. Te faltaron el respeto al tratarte con sobrenombres o diminutivos (p.e. “mamita”, “gordita”, etc.)					
3.El personal de salud te hizo sentir incapaz durante la atención brindada					
4. Fuiste criticada por expresar tus emociones: a. Llorar b. gritar de dolor					

durante el trabajo de parto y/o el parto.					
5. Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera.					
6. Se realizaron procedimientos médicos (tactos vaginales, episiotomías, inducción, instrumentación) Maniobras durante el expulsivo sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios.					
7. En el momento del parto, le obligaron a permanecer acostada en una determinada posición a pesar que manifestara incomodidad.					
8. Fuistes agredida físicamente, al recibir una cachetada o golpes,					

tactos vaginales agresivos, o cuando te sujetaron con fuerza alguna extremidad					
9. Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza en el momento del parto					
10. Se te impidió el contacto inmediato con tu recién nacido					
11. Después del parto, te hicieron sentir que no habías sido una paciente colaboradora.					
12. La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.					
13. El hospital no te brindó un plan de planificación familiar					
14. Fuiste obligada a usar algún método anticonceptivo después del parto					

15. Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños).					
16. Te dejaron de atender debido a que no colaboraste en el trabajo de parto.					
17. No te explicaron cómo respirar o pujar en el momento del parto.					

FUENTE: Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas, 2021

ANEXO 3. Formulario de consentimiento informado*

Investigador (es):

- Caman de la Cruz Yenifer Alexandra (Telf: 903181912 – correo: ycaman@unprg.edu.pe)
- Cubas Perez Denis Yaqueli (Telf: 933 778 888 - correo: dcubasp@unprg.edu.pe)

Título:

“FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL NIVEL II-1 DE LAMBAYEQUE, 2023”

Fines del Estudio:

Esta investigación nos permitirá determinar los factores asociados a la violencia obstétrica en las gestantes en trabajo de parto en el Hospital Provincial Docente Belén De Lambayeque, durante el presente año 2023.

Procedimiento:

Su participación se realizará a través de una encuesta presencial, la cual evalúa si la gestante ha sufrido de violencia obstétrica en el momento del parto; también, se le presentará una hoja adicional donde se le preguntará sus datos socioeconómicos y el personal que la atendió. La encuesta proporcionada está conformada de 17 preguntas más 8 preguntas del cuestionario de recolección de datos, que le tomará un tiempo aproximado de realización de 10 a 15 minutos.

Riesgos:

La participación en esta investigación no conlleva ningún riesgo para el participante.

Beneficios:

Permitirá conocer las posibles causas y circunstancias de la violencia obstétrica (VO) en este hospital de nivel II-1, lo cual servirá de guía para que se adopten políticas sanitarias que prevengan y sancionen a aquel que cometa VO. Asimismo, obtendremos datos estadísticos veraces, consecuentes con nuestra realidad que constituirá un importante antecedente para los próximos investigadores interesados en la VO en Lambayeque.

Costos e incentivos:

La participación en esta investigación no presenta ningún beneficio económico.

Confidencialidad:

Las respuestas que usted brinde son de carácter confidencial, pues ninguna persona excepto las investigadoras tendrán acceso a las encuestas, las cuales serán usadas sólo con fines académicos. En el caso de ser publicados los resultados en un artículo científico, se evitará toda información que permitiese identificar a las personas involucradas en el presente estudio.

Uso de la información:

Al concluir esta investigación, los datos brindados serán totalmente eliminados en un plazo no mayor de 60 días.

Derechos del paciente:

El participante tiene el derecho de no querer participar en el estudio, pero de desistir luego de haber aceptado, puede retirarse en cualquier momento sin generarle algún perjuicio alguno. En caso de alguna duda llamar al número 903181912 y/o 933778888.

CONSENTIMIENTO:

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin perjuicio alguno.

-----	-----	-----
DNI del Participante	Firma del Participante	Fecha(dd/mm/aaaa)

*Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento.

ANEXO 4. Constancia dada por la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana - oficio N° 001-2023 – VIRTUAL – UI – FMH- UNPRG



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
Facultad de Medicina Humana
ACREDITADA LEY N° 271 54
UNIDAD DE INVESTIGACION



Lambayeque, enero 10 del 2023
Oficio N° 001-2023-VIRTUAL-UI-FMH-UNPRG

Dr.
JESÚS YESQUEN ALBURQUERQUE.
Director del Hospital Belén de Lambayeque
Presente.-

Tengo a bien dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle a través de vuestro despacho, autorización de permiso para ingresar a su representada, de nuestros alumnos:

NOMBRES Y APELLIDOS	CÓDIGO	CORREO
YENIFER ALEXANDRA CAMAN DE LA CRUZ	020161608A	ycaman@unprg.edu.pe
DENIS YAQUELI CUBAS PEREZ	020161620A	dcubasr@unprg.edu.pe

Con la finalidad de realizar la ejecución del proyecto titulado: **“FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL NIVEL II-1”**. El mismo que será aplicado a encuestar de manera presencial a las púerperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital que usted dignamente dirige, a fin de cumplir los fines de la investigación.

Se le garantiza, respetar la confidencialidad en el tratamiento de los datos obtenidos, salvaguardando los principios bioéticos básicos biomédicos y de la investigación científica; asimismo les hago saber que los alumnos en mención realizarán la recolección de datos desde el 23 de enero hasta 31 de marzo del 2023 (Horario: lunes a sábado de 08:00 a.m – 12:00)

Agradeciéndole la atención que le brinde al presente, expreso los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. JUAN ALBERTO VEGA GRADOS
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FMH-UNPRG

ANEXO 5. Constancia certificada N° 000010 - 2023 - GR.LAMB/GERESA/HB.L/DE [4457296 - 1]



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELEN
1.0 DIRECCION EJECUTIVA



Firmado digitalmente por YESQUEN ALBURQUERQUE Jesus Alfonso FIR
17614547 hard
Unidad: 1.0 DIRECCION EJECUTIVA
Cargo: DIRECTOR DEL HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
Fecha y hora de proceso: 02/02/2023 - 10:08:28

Id seguridad: 6938183

Chiclayo 2 febrero 2023

CONSTANCIA CERTIFICACION N° 000010-2023-GR.LAMB/GERESA/HB.L/DE [4457296 - 1]

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL "BELÉN" DE LAMBAYEQUE HACE CONSTAR:

Que, las alumnas **Yenifer Alexandra Caman de la Cruz y Denis Yaqueli Cubas Pérez**, estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, han sido autorizadas para realizar en ésta Institución su proyecto de investigación denominado "**FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL NIVEL II**".

Se expide la presente, para los fines que la interesada considere conveniente.

Atentamente,

Firmado digitalmente
JESUS ALFONSO YESQUEN ALBURQUERQUE



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
HOSPITAL BELÉN
1.0 DIRECCION EJECUTIVA

CONSTANCIA CERTIFICACION N° 000010-2023-GR.LAMB/GERESA/HB.L/DE [4457296 - 1]

DIRECTOR DEL HOSPITAL BELÉN LAMBAYEQUE

Fecha y hora de proceso: 02/02/2023 - 10:08:28

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

VoBo electrónico de:

- 9.0 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
MILUSKA JUDITH TERAN MEDINA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
02-02-2023 / 09:33:53

ANEXO 6. Unidad de Estadísticas del Hospital Belén de Lambayeque

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE PROGRAMA DE SALUD MATERNO PERINATAL AÑO - 2023											
MESES	TOTAL PARTOS	R.N. VIVOS	CESÁREA	GESTANTE ADOLESCENTE			ABORTOS			PARTOS EN	
				<12 a	12 - 17	CTRL	TOTAL	INFECT.	ADOLESC.	GEST. ARO	ADOLESC.
ENERO	255	258	89		23		27		1	96	26
FEBRERO	179	300	120		19		41		1	120	16
MARZO	192	314	120		33		66		2	120	18
ABRIL	301	304	190		35		17		2	111	20
MAYO	312	315	117		33		8		1	118	9
JUNIO	173	262	87		39		33		3	87	10
JULIO	293	295	95		43		40		3	95	13
AGOSTO	291	292	96		26		13		0	96	13
SEPTIEMBRE	287	292	111		19		57		4	112	19

OCTUBRE	327	327	144		19		45		3	144	17
NOVIEMBRE	244	245	105		23		70		4	105	13
DICIEMBRE	231	231	112		15		60		5	112	17
TOTAL	3085	3435	1386	0	327	0	477	0	29	1316	191

ANEXO 7. Fotografías tomadas al momento de la realización del estudio





















CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, DR. JORGE LUIS SOSA FLORES, usuario revisor del documento titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL II-1 DE LAMBAYEQUE, 2023". Cuyas autoras son, CAMAN DE LA CRUZ YENIFER ALEXANDRA y CUBAS PEREZ DENIS YAQUELI, identificadas con documento de identidad 75238239 y 72183988 respectivamente; declaro que la evaluación realizada por el Programa Informático, ha arrojado un porcentaje de similitud de 19%, verificable en el Resumen de Reporte automatizado de similitudes que se acompaña.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que le documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.



Dr. Jorge Luis Sosa Flores
DNI: 16534083
ASESOR

Se adjunta:

- * Resumen del Reporte automatizado de similitudes
- * Recibo Digital

FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL II-1 DE LAMBAYEQUE, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	18%	5%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	2%
3	www.scielo.org.ar Fuente de Internet	1%
4	iris.paho.org Fuente de Internet	1%
5	www.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to unanleon Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1%


Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
CMP N° 12305 - RNE 6515

9	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	defensoria.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
11	1library.co Fuente de Internet	<1 %
12	peru.unfpa.org Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	www.sxpolitics.org Fuente de Internet	<1 %
15	www.defensoria.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
17	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad de Cádiz Trabajo del estudiante	<1 %
19	repositorio.utesup.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	dugi-doc.udg.edu Fuente de Internet	<1 %


Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
 CMP N° 12305 - RNE 0515

21	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	www.latinoamericanos.online Fuente de Internet	<1 %
23	opac.elte.hu Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.unprg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
26	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
28	www.scilit.net Fuente de Internet	<1 %
29	zenodo.org Fuente de Internet	<1 %
30	(3-20-15) http://190.102.131.26/portal/index.php/joomla/contentcomcontent-views/featured-articles?start=123 Fuente de Internet	<1 %
31	Molina Viana, Jeannette. "Percepcion de las mujeres sobre la violencia obstetrica durante	<1 %

Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. N° 12305 - R.N.E. 0510

el parto: Un estudio cuantitativo descriptivo sobre tipos y prevalencia.", University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico), 2020

Publicación

32	www.semanticscholar.org Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	www.repositorio.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
36	Submitted to Universidad Abierta para Adultos Trabajo del estudiante	<1 %
37	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
38	www.ub.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
39	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
40	revistas.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
41	Submitted to Submitted on 1689711725193 Trabajo del estudiante	


Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
CMP N° 12305 - RNE 6515

<1 %

42

Submitted to Universidad Andina del Cusco

Trabajo del estudiante

<1 %

43

Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

<1 %

44

asegurados.descargas.nobleseguros.com

Fuente de Internet

<1 %

45

pt.scribd.com

Fuente de Internet

<1 %


Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
CMP N° 12305 - RNE 6515

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Yenifer Caman
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS ...
Nombre del archivo:	INFORME_FINAL_CAMAN_DE_LA_CRUZ_CUBAS_PEREZ.docx
Tamaño del archivo:	5.28M
Total páginas:	82
Total de palabras:	18,302
Total de caracteres:	95,263
Fecha de entrega:	14-feb.-2024 09:09p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2295143917

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

"FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS
GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO DE UN HOSPITAL II-I DE
LAMBAYEQUE, 2023"

Para obtener el Título Profesional de Médico (a) Cirujano (a)

Línea de Investigación: Ciencias de la Salud

AUTORES

Caman De La Cruz Yenifer Alexandra
Cubas Pérez Denis Yaqeli

ASESOR:

Dr. Sosa Flores Jorge Luis

Lambayeque, 2024


Dr. Sosa Flores Jorge
MÉDICO PEDIATRA
CMP N° 12305 - RNE 6515