

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL**  
**POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

**PERCEPCIÓN DE USUARIAS Y PERSONAL DE SALUD,  
REFERENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. HOSPITAL  
CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL, ESTADO TÁCHIRA**

**Autora:** Dra. Deisy Johana Cantor Quintero

**Tutora:** Dra. Olga María Mora

**Asesor metodológico:** Dr. Paulino Vigil-De Gracia

San Cristóbal, Septiembre de 2017.

Reconocimiento

**PERCEPCIÓN DE USUARIAS Y PERSONAL DE SALUD,  
REFERENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. HOSPITAL  
CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL, ESTADO TÁCHIRA**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR LA MÉDICO DEISY  
JOHANA CANTOR QUINTERO, CÉDULA DE CIUDADANÍA N° C.C. 53910425  
ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE  
LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL  
GRADO DE ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.

**Autora:**

Dra. Deisy Johana Cantor Quintero

Residente del Post grado de Ginecología y Obstetricia

Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira

**Tutor:**

Dra. Olga María Mora

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Núcleo Táchira

Miembro Titular de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Coordinadora del Postgrado de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central San Cristóbal

**Asesor Metodológico:**

Dr. Paulino Vigil-De Gracia

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Conferencista internacional en el campo de la Investigación, Ginecología y obstetricia.

Investigador distinguido de la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación de Panamá.

Coordinador Científico de la federación Latino Americana de ginecología y Obstetricia (FLASOG)

**Lugar de Realización:**

Servicio de Obstetricia del Hospital Central San Cristóbal.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar mi camino y darme fuerza en los momentos más difíciles de mi vida, ha sido guía permanente en el día a día.

A mi madre Maurén, por su apoyo, confianza y sacrificio incondicional. Por ser la luz que brilla y me motiva a superarme día a día, por su amor y consejos que son la brújula que orientan mi vida.

A mi Hijo Bryan, por prestarme el tiempo que le pertenecía para terminar otra meta, por quien día a día lucho por alcanzar todas mis metas y poder así tener las herramientas necesarias y suficientes para brindarle una vida llena de éxitos.

A mi hermana Nelmaris, quien me ha dado fuerza y aliento para seguir adelante.

A mis amigos Ender y Andrea por su constancia, apoyo en todo momento, y tener siempre una palabra de aliento en los momentos difíciles.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Olga María Mora, quien fue la persona que me inspiró y motivó a profundizar en la investigación de mi trabajo de grado. A ella que no dudó de mí y confió en mis capacidades cognoscitivas, además de darme la oportunidad de asistir a seminarios y talleres en temas relacionados directamente con mi investigación, para poder continuar instruyéndome y formándome académicamente. Su apoyo y colaboración desinteresada permitieron que lo que un día eran ideas y sueños, hoy sean una realidad. Infinitas gracias por ser mi Tutora y guiarme durante el desarrollo de mi Tesis.

A mi ilustre Hospital Central de San Cristóbal por representar una institución ideal de conocimientos y destrezas.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>pp.</b>
ÍNDICE DE TABLAS .....	8
ÍNDICE DE FIGURAS .....	9
RESUMEN .....	10
INTRODUCCIÓN .....	12
Planteamiento del Problema .....	13
Justificación del Problema .....	13
Antecedentes de la Investigación .....	15
Marco Teórico .....	17
Objetivos .....	26
Objetivo General .....	26
Objetivos Específicos .....	26
MATERIALES Y MÉTODOS .....	27
Tipo de Estudio .....	27
Nivel de Investigación .....	27
Población .....	27
Criterios de Inclusión .....	28
Criterios de Exclusión .....	28
Procedimiento .....	29
Sujetos .....	29
Instrumentos .....	30

Instrumento de las Usuarías. (Anexo 1).....	30
Instrumento del Personal de Salud. (Anexo 2). .....	30
Recursos Humanos .....	31
Recursos Materiales.....	31
Recursos Económicos .....	31
Sistema de Variables y Operacionalización de Variables .....	31
Conceptualización de Variables.....	32
Variable Independiente .....	32
Variable Dependiente .....	32
Análisis Estadístico.....	39
Consideraciones Éticas .....	39
RESULTADOS .....	40
Resultado de las encuestas realizadas a las mujeres en puerperio hospitalizadas en el área de maternidad del hospital central de San Cristóbal.....	40
Resultado de las encuestas realizadas al personal de salud que labora en el servicio de Obstetricia.....	47
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	50
CONCLUSIONES .....	57
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60
ANEXOS .....	64
Anexo 1: Consentimiento Informado .....	64

Anexo 2: Instrumento A de Recolección de Datos.....	66
Anexo 3: Instrumento B de Recolección de Datos .....	68

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## ÍNDICE DE TABLAS

	pp.
Tabla 1. Población: personal de salud. ....	28
Tabla 2. Operacionalización de Variables .....	37
Tabla 3. Percepción de violencia .....	40
Tabla 4. Distribución de las usuarias según el grupo etario .....	40
Tabla 5. Tipos de trato deshumanizante observados .....	42
Tabla 6. Relación de usuarias atendidas y usuarias agredidas según el grupo etario .....	43
Tabla 7. Distribución de las usuarias que recibieron trato deshumanizante según el nivel de estudio .....	44
Tabla 8. Distribución de las usuarias que recibieron trato deshumanizante según atención obstétrica .....	44
Tabla 9. Distribución de tipo de trato deshumanizante más frecuentes según el perpetrador .....	45
Tabla 10. Distribución de las usuarias según el tipo de procedimiento sin consentimiento. ....	46
Tabla 11. Distribución de las usuarias según el tipo de procedimiento sin consentimiento y el nivel académico .....	46
Tabla 12. Conocimiento del término de Violencia Obstétrica.....	48
Tabla 13. Ejercicio de la violencia obstétrica según el personal que conoce el término .....	48
Tabla 14. Solicitud de consentimiento informado, previo proceder médico. ....	49
Tabla 15. Conocimiento de los organismos en el Estado y en Venezuela encargados de prestarle ayuda a las mujeres víctimas de Violencia Obstétrica. ....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

	pp.
<i>Figura 1.</i> Distribución de las usuarias según el nivel académico.....	41
<i>Figura 2.</i> Distribución de usuarias según el tipo de atención.....	42
<i>Figura 4.</i> Distribución del personal de salud que labora en el servicio de Obstetricia .....	47

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La violencia obstétrica implica cualquier acción que patologicke los procesos reproductivos naturales y biológicos de la mujer. **OBJETIVO:** Describir la percepción de las usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica en el Hospital Central de San Cristóbal, Edo. Táchira, desde Abril a Junio de 2017.

**METODOLOGIA:** Investigación descriptiva, de corte transversal. Población: 157 mujeres en puerperio hospitalizadas en el área de maternidad y 82 trabajadores del servicio de Obstetricia. **RESULTADOS:** Se contabilizaron 148 eventos de agresión, la mayor ocurrencia se observó en las mujeres entre 24 – 34 años (105%) y se identificó como: la dificultad de preguntar o manifestar miedos. 112 mujeres atendidas por parto simple reportaron 136 agresiones. Un 63% de las agresiones fueron realizadas por los médicos y un 28% por las enfermeras. Se reportaron 217 procedimientos sin consentimiento, el más frecuente fue: tacto vaginal reiterado (62%). Un 79% del personal conoce el término Violencia Obstétrica. Los mismos reportan que las enfermeras y los médicos son los perpetradores más frecuentes (37% y 34%). Un 65% no solicitan consentimiento informado y un 78% desconoce la Ley.

**CONCLUSION:** La mayoría de las agresiones fueron realizadas por los médicos y enfermeras, y la más frecuente fue: la dificultad de preguntar o manifestar miedos.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia Obstétrica, Puerperio, Perpetradores.

## **SUMMARY**

**INTRODUCTION:** Obstetric violence implies any action that pathologizes the natural and biological reproductive processes of women. **OBJECTIVE:** To describe the perception of users and health personnel regarding obstetric violence in the Central Hospital of San Cristóbal, Edo. Táchira, from April to June 2017. **METHODOLOGY:** Descriptive research, cross-sectional. Population: 157 postpartum women hospitalized in the maternity ward and 82 employed in the obstetrics service. **RESULTS:** The mean age of the women was  $24 \pm 6.78$  years. The majority were in the age group of 13 to 23 years (54%); 57% have had schooling at the secondary school level. The simple delivery rate was 89%. 148 aggression events were recorded, the highest occurrence was observed in women between 24 - 34 years old (105%) and was identified as: the difficulty of asking or expressing fears because they did not respond or did it in a bad way. 112 women attended for simple delivery reported 136 aggressions, 36% of those attended by cesarean section perceived some abuse. 63% of the aggressions were carried out by the doctors and 28% by the nurses. 217 procedures were reported without consent. The most frequent was: repeated vaginal tact (62%). 79% of the staff knows the term Obstetric Violence. They report that nurses and doctors are the most frequent perpetrators (37% and 34%). 65% do not request informed consent and 78% do not know the Law. **CONCLUSION:** Most of the aggressions were performed by doctors and nurses, and the most frequent was the difficulty of asking or expressing fears.

**KEYWORDS:** Obstetric Violence, Postpartum, Aggressors.

## INTRODUCCIÓN

La violencia de género es una realidad que afecta a millones de mujeres en todo el mundo y supone una forma de vulneración de sus derechos humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de un tercio de las mujeres sufre de violencia física y/o sexual, a menudo se relaciona con bajo nivel socioeconómico y educativo<sup>1</sup>.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer dan un marco legal para que los países legislen sobre la materia<sup>2-3</sup>.

En Venezuela, Argentina y México la violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que es una de las transgresiones más frecuentes de los derechos, y se constituye en un problema de salud pública que genera altos costos tanto económicos como sociales<sup>4</sup>. En Venezuela el 25 de noviembre de 2006 se aprobó la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, la cual establece 19 artículos, siendo la más novedosa y con connotación en el ejercicio de la especialidad de obstetricia la violencia obstétrica, y describe los delitos y violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una embarazada<sup>5</sup>.

La ley ha causado grandes expectativas y dudas entre los ginecológicos y obstetras, en particular el articulado referido a violencia obstétrica, la ley la define, establece los delitos relacionados con la misma y las penas a aplicar, pero persiste el clima de desinformación tanto en los prestadores de servicio como en las usuarias, Por otra parte durante el embarazo existen ciertas circunstancias que aumenta la vulnerabilidad aunado a situaciones sencillas como obstaculizar un apego precoz, obligar a la paciente a realizar un tanaje y alterar el proceso natural del parto entre otras

circunstancias, se están cometiendo violencia contra la mujer incrementando el riesgo de padecer complicaciones obstétricas y trastornos depresivos<sup>6</sup>.

### **Planteamiento del Problema**

Por lo cual se propuso la realización de este estudio como una forma de contribuir al mejoramiento de la atención en nuestro centro. Se planteó, por lo tanto, la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la percepción de las usuarias y del personal de salud, sobre la Violencia Obstétrica en el Hospital Central de San Cristóbal, durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2017?

### **Justificación del Problema**

El concepto de la violencia obstétrica incluye: un trato deshumanizado de parte del profesional que asiste a la mujer, donde prima la jerarquía o rango profesional; un abuso en la medicalización, intervencionismo o darle una orientación anormal a un parto de bajo riesgo, lo que origina pérdida de la autonomía, la intimidad y la capacidad de tomar decisiones sin obtener el consentimiento informado de la mujer.

A nivel mundial se desconoce la estadística oficial de violencia obstétrica, sin embargo existen mujeres que expresan el abandono, la discriminación, la violencia física y verbal, mal uso de la tecnología o las intervenciones innecesarias. Así, el parto puede ser altamente traumático para algunas mujeres, desarrollando un trastorno de estrés postraumático tras el mismo.

Venezuela fue el primer país del mundo en emplear el término “violencia obstétrica” en 2007, dentro de “La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, destacando que es uno de los países con mayor material jurídico en dicho ámbito. Seguida por Argentina en 2009 y los estados mexicanos de Durango,

Veracruz, Guanajuato y Chiapas, en 2007, 2008, 2010 y 2012 respectivamente <sup>4</sup>. Caso contrario en Los Emiratos Árabes Unidos que aunque son signatarios de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en la práctica, las mujeres sufren trato discriminatorio en diversos ámbitos, tanto que Mohammad Khan Sheerani, líder de un Consejo Islámico de Pakistán, ha presentado 75 páginas de propuesta de ley en las que pide que se permita al hombre pegar a su mujer "ligeramente" como castigo<sup>7</sup>.

La importancia de este tema se dio por el momento en el que se genera la violencia obstétrica; el embarazo, parto y puerperio, los cuales son momentos importantísimos para la vida de cualquier persona. Tomando en cuenta que pacientes y personal de salud de diferentes instituciones desconocen la ley y sus sanciones, generando la necesidad de llevar a cabo una investigación que permita conocer y analizar la percepción de las usuarias y el personal de salud sobre la violencia obstétrica a fin de concientizar y analizar futuros cambios o propuestas sobre el tema.

A nivel teórico, esta investigación recopiló y profundizó en el análisis de los elementos bibliográficos relacionados con la problemática planteada. Metodológicamente, este estudio contribuye con la definición operacional de las variables e indicadores asociados a los objetivos que persigue la investigación, así mismo se considera significativo el diseño de nuevos instrumentos de recolección de datos que podrán servir de referencias a futuros investigadores que se interesen por la temática indagada.

## **Antecedentes de la Investigación**

A nivel mundial no se ha realizado trabajos de investigación acerca de este tema, a pesar que en nuestro país han transcurrido diez años desde su publicación en gaceta oficial como ley, no existen estadísticas oficiales que permitan cuantificar este tipo de violencia.

Se cuenta en primera instancia con el trabajo articulado de la Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología y entes gubernamentales como la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, el Instituto Metropolitano de la Mujer, el Instituto Nacional de la Mujer y organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, materializados en jornadas informativas realizadas en la sede de la sociedad y cuyo resumen fue publicado en su órgano divulgativo en 2007<sup>8</sup>, siendo tema de discusión en todos los eventos nacionales organizados por la Sociedad hasta la fecha. Paralelamente varios activistas pro derechos de la mujer han realizado la valoración del impacto de esta normativa mediante el análisis de casos en localidades específicas.

Urbaneja realiza y publica el “Estudio de Violencia Obstétrica en la Sala de Obstetricia del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá” en Cumaná, estado Sucre en 2010. Las 100 encuestas realizadas se obtuvieron a través de las mujeres que asistieron al servicio de sala de partos del Hospital, donde la investigación arrojó, que algunas mujeres no identifican la violencia obstétrica y más del cincuenta por ciento de las entrevistadas sufrió algún tipo de violencia, conociendo que las más violentadas son las adolescentes<sup>9</sup>.

En Venezuela entre mayo y agosto de 2011 se realizó un estudio a 425 puérperas atendidas en la Maternidad “Concepción Palacios” sobre aspectos relativos a violencia obstétrica y revelo que el "trato deshumanizante" es la práctica más referida por las entrevistadas, en los cuales entrarían actos tales como: obstaculizar el apego precoz (1

de cada 4 mujeres), críticas por llorar o gritar durante el parto (21.6%), imposibilidad de preguntar, manifestar miedos e inquietudes (19.5%), burlas y comentarios irónicos y descalificantes (15.3%)<sup>6</sup>.

En cuanto a las personas que las usuarias identifican como principales perpetradores del trato deshumanizado, aparece el personal de enfermería (70%), en segundo lugar el personal médico. Los actos médicos sin consentimiento informado fueron reportados por el 66,8 % de las mujeres, el principal de ellos fue la realización de tactos vaginales reiterados por múltiples examinadores y el segundo corresponde a la administración de oxitócicos. Existen muchos otros actos médicos sin consentimiento de las mujeres tales como: el rasurado, el enema, decúbito dorsal obligatorio, episiotomía, cesárea. La posición decúbito dorsal obligatorio fue referida por casi 25% de las pacientes y 23,5 % percibieron la cesárea como violencia<sup>6</sup>.

Faneite en el año 2012, realiza un trabajo al personal de salud, que constaba de la realización de una encuesta a 500 entrevistados, donde el 87 % de los mismos conoce la existencia de una Ley que protege a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia; 45,7 % de ellos identificó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Un 89,2 % conoce el término violencia obstétrica, señalando al ejecutor como cualquier personal de salud 82,4 %. El 63,6 % ha presenciado maltrato a una embarazada; y de estos, 42,8 % resultó ser por parte del médico y 42,5 % por enfermería. Respecto a mecanismos de denuncia 72,6 % desconoce los mismos y 71,8 % desconoce los organismos encargados de prestar ayuda<sup>10</sup>.

En el año 2014. Camacaro Ramírez, en una sala de hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay en Venezuela se revelaron datos acerca de las prácticas que se ejercen de manera rutinaria en dicha sala y que incurren en actos de violencia obstétrica. Se evidencio la aplicación de oxitócicos en un 80% de las

embarazadas, Así mismo la realización de la episiotomía es otra de las prácticas habituales, donde al 75% de las mujeres con partos vaginales se les realizó la misma<sup>11</sup>.

### **Marco Teórico**

“La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave ya sea físico o psicológico a un individuo o una colectividad”<sup>12</sup>.

En este sentido, la Violencia de Género es definida en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, como todo acto o intención que pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como en la privada<sup>2</sup>.

La violencia en función del género es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a muchas mujeres.

En 1971 se habla por primera vez de los derechos humanos de la mujer y la ciudadana, propuesta dada por Olympe de Gouges en el marco de la revolución francesa, sin lograr ser tomada en cuenta<sup>13</sup>.

Siendo hasta el siglo XX cuando la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>2</sup> (1979), y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres<sup>3</sup> (Convención Belem De Pará) (1994), conjuntamente con la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) y la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres<sup>14</sup>, celebrada en Beijing en 1995 se reconoce que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz.

En América Latina diversos países han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra las mujeres: Bolivia, Colombia, Perú, México y Venezuela (1998); Nicaragua (1996); Panamá (1995); Paraguay, Las Bahamas y República Dominicana (1997)<sup>5</sup>. En Venezuela, en 1998, se sancionó la “Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia”<sup>15</sup>.

Posteriormente, fue promulgada la "Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia" (LODMVLV). Ésta fue aprobada el 25 de noviembre de 2006, fecha correspondiente a la conmemoración del Día Internacional contra la Violencia de Género y apareció publicada por primera vez en la Gaceta Oficial Número 38. 647 del día 19 de marzo de 2007. Y actualmente en Gaceta Oficial No. 40.548 de fecha 25 de noviembre de 2014<sup>5</sup>. Esta ley establece 19 formas de violencia que constituyen delito

1.- Violencia psicológica: es toda conducta que por hacerse o dejarse de hacer vaya en deshonra, descrédito o menosprecio de la mujer. Tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, celos enfermizos, comparaciones destructivas, amenazas, perjudicar o perturbar su sano desarrollo, disminuir su autoestima, causarle depresión y que incluso la puedan llevar al suicidio.

2.- Acoso u hostigamiento: conductas abusivas, comportamientos, palabras, gestos, escritos o mensajes, persecuciones, intimidar, chantajear, apremiar, importunar, atentando contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio. Poner en peligro su empleo.

3.- Amenaza: es el anuncio verbal o con acciones, de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de asustar a la mujer, tanto en su ambiente doméstico como fuera de él.

4.- Violencia física: es el daño o sufrimiento material causado a la mujer, tales como golpes, lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras o cualquier otro maltrato que la dañe físicamente.

5.- Violencia doméstica: es el maltrato que le produce a una mujer su esposo o concubino, o ex (de los dos), pareja, o persona con quien haya compartido una relación afectiva, ascendientes, descendientes, parientes de cualquier tipo.

6.- Violencia sexual: es toda conducta que vaya en contra de la voluntad de la mujer a tener relaciones sexuales, genital o no genital, tales como actos lascivos, acceso carnal violento, o simplemente violación.

7.- Acceso carnal violento: es cuando el hombre obliga a la esposa o concubina, o que haga vida marital, pareja, o mantenga relación estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos de cualquier clase, por alguna de estas vías.

8.- Prostitución forzada: es obligar a una mujer al acto sexual causándole temor, presión psicológica o abuso de poder, esperando obtener o haber obtenido beneficios materiales o de otro tipo.

9.- Esclavitud sexual: es la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque (cambio), con la obligación de tener uno o más actos sexuales.

10.- Acoso sexual: es la solicitud de cualquier acto o comportamiento sexual para sí o para un tercero, o procurar cualquier tipo de acercamiento no deseado que realice un hombre prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión del ejercicio profesional con chantaje de causarle un daño que parezca legítimo en la relación que mantengan.

11.- Violencia laboral: se trata de la discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo tanto públicos como privados, que no le permitan acceder al empleo, ascenso o estabilidad del mismo.

12.- Violencia patrimonial y económica: es toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en los ámbitos público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles de la mujer en menoscabo de su patrimonio, o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos, o la privación de los medios económicos indispensables para vivir.

13.- Violencia obstétrica: consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

14.- Esterilización forzada: es el realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información y sin justificación, un tratamiento médico o quirúrgico que dé como resultado la privación de su capacidad biológica y reproductiva.

15.- Violencia mediática: es la exposición a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.

16.- Violencia institucional: es lo que hacen o dejan de hacer las autoridades, funcionarios (as), profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano o

ente público, que contrariamente al debido ejercicio de sus atribuciones, retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos que establece esta ley, para asegurarles una vida tranquila, justa y libre de violencia.

17.- Violencia simbólica: son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

18.- Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes: son todos los actos que implican reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, o la fuerza, con el fin de conseguir un beneficio económico, o cualquier otro beneficio de tipo material fuera de la ley.

19.- Trata de mujeres, niñas y adolescentes: es la captación o recepción, con transporte o no de mujeres, niñas y adolescentes, bajo amenaza, fuerza, rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes, con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, o la extracción de órganos <sup>5</sup>.

Abordando en este estudio la violencia obstétrica que hace referencia a un trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud, relacionadas con todo el procedimiento que conlleva un embarazo. Abarca desde el período de gestación hasta el posparto, por lo que afecta de manera directa o indirecta, el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. La misma se clasifica en:

- **Violencia obstétrica física:** Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico, ejemplo el tacto realizado por más de una persona, la episiotomía de rutina, el uso de fórceps, la maniobra de Kristeller, el raspaje de útero sin anestesia, una cesárea sin justificación médica, entre otras.

- **Violencia obstétrica psíquica:** Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica, burlas y críticas respecto al estado de la mujer y su hijo. Asimismo alcanza la omisión de información sobre la evolución del embarazo por parte de los profesionales de salud<sup>16</sup>.

Cuando hablamos de violencia obstétrica, es posible visualizar una gran naturalización, a tal punto que no se distingue de qué se trata y no se reconocen como violencia tantas prácticas que en este sentido si lo son. Por lo que resulta imprescindible conocer que conductas de rutina constituyen actos de violencia obstétrica. Por lo que hago nuevamente referencia a la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, algunos artículos de la mencionada ley de gran importancia a los fines de documentar la violencia obstétrica son los siguientes:

Artículo 35. - A los fines de acreditar el estado físico de la mujer víctima de violencia, ésta podrá presentar un certificado médico expedido por profesionales de la salud que presten servicios en cualquier institución pública. De no ser posible, el certificado médico podrá ser expedido por una institución privada; en ambos casos, el mismo deberá ser conformado por un experto o una experta forense previa solicitud del ministerio público<sup>5</sup>.

Artículo 51.- Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud consistentes en:

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

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 u.t.) a quinientas unidades tributarias (500 u.t.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines, del procedimiento disciplinario que corresponda<sup>5</sup>.

Artículo 52.- Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de 2 a 5 años. El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda<sup>5</sup>.

Muchos argumentaron que esta ley le permite a las pacientes hacer peticiones sin fundamento, relacionadas con la vía del parto o negarse a determinados procedimientos interfiriendo de esta forma la adecuada ejecución de su trabajo y el Estado, en lugar de crear una ley que los sancione por ejercer su profesión, debería realizar mejoras sustanciales en los hospitales que garanticen una óptima atención a las embarazadas<sup>17</sup>.

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud publica en varios idiomas el manual IMPAC<sup>18</sup>, (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, por sus siglas en inglés) que aborda el manejo integrado del embarazo y el parto, orientado a una mejor capacitación del personal de salud mediante la utilización de guías y estándares adaptados a los usos locales para el manejo del embarazo y el parto en los diferentes niveles del sistema de atención de salud.

En Venezuela, se elabora en el año 2003, bajo la tutela del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la “Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva” (NSSR)<sup>19</sup>, el cual se constituye en la pauta de actuación vigente hasta la fecha, aportando directrices precisas para el manejo integral del trabajo de parto.

Desde 2004 el Fondo de Población de las Naciones Unidas auspicia y elabora normas técnicas para la atención del parto vertical en Latinoamérica<sup>20</sup>. La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología publica en 2006 “Recomendaciones sobre temas de ética en Ginecología y Obstetricia”<sup>21</sup> donde se plantean directrices relativas al consentimiento informado y se define como: “el consentimiento informado es el que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda acerca de:

- a) La estimación del diagnóstico.

b) El objeto, método, duración probable y ventajas que puedan esperarse del tratamiento que se propone.

c) Otras formas de tratamiento, incluidas las que sean menos intrusivas, los posibles dolores o incomodidades, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto”.

Uzcátegui et al. Publican en 2008, en la revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela un editorial con amplia información sobre consentimiento informado<sup>22</sup> y su soporte legal establecido tanto en la Constitución Nacional <sup>23</sup> como el Código de Deontología Médica <sup>24</sup>. La nueva ley, si bien introduce penalidades sobre faltas en la práctica, la mayoría de ellas pueden evitarse si se observan las pautas de atención establecidas y la obtención oportuna del documento de consentimiento informado.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Describir la percepción de las usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica en el Hospital Central de San Cristóbal, Edo. Táchira, desde Abril a Junio de 2017.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

### ***Objetivos Específicos***

1. Identificar las características sociodemográficas de las usuarias del área de maternidad del servicio de obstetricia del Hospital Central.
2. Señalar los tipos de violencia obstétrica ejercidos por el personal de salud durante la atención del parto.
3. Conocer los distintos perpetradores de violencia obstétrica en el esquema de atención de salud.
4. Describir el grado de conocimiento de violencia obstétrica del personal de salud.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo de Estudio**

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de San Cristóbal, en el Estado Táchira durante un periodo de tiempo comprendido desde el 01 de Abril hasta el 30 de Junio 2017.

### **Nivel de Investigación**

En cuanto al nivel de investigación es descriptivo de corte transversal durante un periodo de tiempo comprendido desde el 01 de Abril hasta el 30 de Junio 2017.

### **Población**

La población estuvo representada por dos tipos de estratos, el primero integrado por todas las pacientes hospitalizadas en el área de Maternidad del Hospital Central de San Cristóbal del estado Táchira, durante el periodo Abril – Junio de 2016. De ellas se seleccionaron las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para formar parte del estudio. Y el segundo estrato conformado por el personal de salud que trabaja

específicamente en el área de obstetricia del hospital central de San Cristóbal, los cuales se pueden identificar en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Población: personal de salud.

<b>Médicos</b>	<b>75</b>
<b>Enfermeras</b>	<b>40</b>
<b>Camareras</b>	<b>6</b>
<b>Camilleros</b>	<b>4</b>
<b>Porteros</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>128</b>

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

### **Criterios de Inclusión**

- Toda paciente en puerperio.
- Personal de Salud del Hospital Central de San Cristóbal.
- Comprensión del idioma español tanto hablado como escrito.
- Firma del consentimiento informado de las pacientes y personal de salud que participaron en el estudio.

### **Criterios de Exclusión**

- Atención del parto o cesárea en otra institución.

- Dificultades de la usuaria o del personal de salud para el correcto uso del instrumento de evaluación.
- Personas que se negaron a participar en el estudio.

### **Procedimiento**

Una vez recibida la autorización por escrito del Jefe del Servicio de Obstetricia Dr. Alexis Urbina y de la Coordinadora del Postgrado Dra. Olga María Mora, las pacientes fueron seleccionadas todos los días de la semana durante 12 horas del día, en el área de Maternidad.

Así mismo el personal de salud que labora en el servicio de Obstetricia. Una vez identificados, verificados y comprobado que reunieron todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, fueron informados del tipo de estudio en el cual estuvieron invitados a participar, se le suministró información verbal detallada por parte del investigador sobre el propósito del estudio, las características del mismo, y la necesidad de firmar un consentimiento informado por escrito (Anexo 1); el cual hicieron voluntariamente y quedó incluido en el estudio y se le asignó un numero consecutivo que lo identificó como participante del mismo.

Se realizó a través de una técnica de encuesta escrita con un instrumento de cuestionario aplicado a las usuarias (Anexo 2) y personal de salud (Anexo 3), el cual constaba de una serie de datos de identificación y datos concernientes al estudio.

Una vez finalizó la recolección de datos se tabularan los datos en un documento de Excel, para su posterior procesamiento, realización de gráficas y cuadros comparativos, y análisis de resultados.

### **Sujetos**

Mujeres en puerperio hospitalizadas en el área de maternidad del hospital central de San Cristóbal y personal de salud que labora en el servicio de Obstetricia.

### **Instrumentos**

Se evaluó a través de dos instrumentos; técnica: encuesta escrita; Instrumento: Cuestionario A, aplicado a las usuarias y Cuestionario B aplicado al personal que trabaja en el servicio de obstetricia.

En la presente investigación se hizo necesario seleccionar el instrumento que permitió obtener información acertada y pertinente a los fines del estudio planteado, las cuales se mencionan a continuación:

#### ***Instrumento de las Usuarias. (Anexo 1).***

- Datos de identificación y características generales del paciente.
- Tipo de parto.
- Actividad desempeñada por el personal de salud involucrado.
- Procedimientos médicos realizados sin consentimiento.
- Consentimiento Informado.

#### ***Instrumento del Personal de Salud. (Anexo 2).***

- Ocupación.
- Definición de violencia Obstétrica.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Aplicación de consentimiento informado.

Los instrumentos de elaboración propia fueron sometidos a un proceso de validación mediante un juicio de expertos profesionales, con experiencia en el área objeto de esta investigación, verificando la claridad, redacción y pertinencia entre objetivos, variables, dimensiones e indicadores. Luego de obtenido el consenso de los expertos encargados de la validación, se procedió a realizar las correcciones sugeridas. Una vez evaluado el instrumento se realizó su estructura final y aplicación.

### **Recursos Humanos**

- ✓ Autor del trabajo quien se encargó de realizar la recolección de los datos a través los instrumentos. Registró la información en los programas estadísticos de las pacientes en puerperio del servicio de Obstetricia del hospital central de San Cristóbal.
- ✓ Jefe del servicio de Obstetricia que autorizó la realización del estudio.
- ✓ Tutor del trabajo.
- ✓ Asesor Metodológico.

### **Recursos Materiales**

Área de trabajo: Hospital central San Cristóbal, facultad de Medicina Núcleo Táchira.

Insumos y equipos: Papelería, bolígrafos, computador, impresora, fotocopidora. 3 resmas de papel blanco tamaño carta.1 grapadora con 1 caja de grapas lisas.1 caja de bolígrafos negros.1 laptop, 1 programa estadístico Excel.

### **Recursos Económicos**

- Todos aportados por el autor de la investigación.

### **Sistema de Variables y Operacionalización de Variables**

Las variables de toda investigación, la conforman aquellas características o cualidades que pueden ser susceptibles a cambios en su magnitud y a su vez dichas modificaciones o variaciones pueden ser cuantificadas o medidas. En el presente estudio se manipularon dos clases de variables, variable independiente, y variable dependiente que permitieron lo que origina y causa el problema objeto de investigación.

### **Conceptualización de Variables**

#### ***Variable Independiente***

La variable independiente es la que antecede a la dependiente y se considera causa o hecho de un fenómeno, en sí, esta variable afecta o detecta el comportamiento de otra variable.

#### ***Variable Dependiente***

Es el resultado o efecto producido por la acción de la variable independiente.

En el presente trabajo las variables se categorizaron de la siguiente manera:

#### **Variables Independientes**

- **Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento. Categorizado como:
  1. <15 años
  2. 15 a 25años
  3. 26 a 35años
  4. 36 a 45años
  
- **Parto:** Es la expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. Se categorizará así:
  1. Parto Simple.

2. Parto Instrumental.

3. Cesárea.

- **Actividad desempeñada por el personal de salud:**

1. Médico: Es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente

2. Enfermera: Persona que tiene por oficio asistir o atender a enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico, o ayudar al médico o cirujano.

3. Camarera: Ejecuta la labor de limpieza en las diferentes áreas del hospital de acuerdo a instrucciones específicas que reciba, con la finalidad de mantener en óptimas condiciones las instalaciones.

4. Camillero: Persona que tiene por oficio llevar la camilla que transporta enfermos o heridos.

5. Portero: Persona que desempeña determinadas labores a la entrada de un edificio.

6. Otros: Incluye estudiantes de medicina y enfermería.

- **Consentimiento Informado:** Es el documento mediante el cual se garantiza que el candidato y/o trabajador, es informado y acepta voluntariamente la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del examen, los beneficios, y las directrices a seguir.

- **Violencia Obstétrica:** Es cualquier acción que patologice los procesos reproductivos naturales y biológicos. Estos se expresan mediante un trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud, relacionadas con todo el procedimiento que conlleva un embarazo. Abarca desde el período de

gestación hasta el posparto, por lo que afecta de manera directa o indirecta, el cuerpo y los procesos reproductivo de las mujeres.

#### Variables Dependientes

- **Procedimientos Médicos:**

1. Tanaje: Es la acción de rasurar el vello púbico.
2. Enema: Líquido que se inyecta en el intestino por el ano con fines laxantes, terapéuticos o analíticos.
3. Decúbito Dorsal: Es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: posición corporal acostado boca arriba, generalmente en un plano paralelo al suelo.
4. Amniorrexis: Es la rotura de membranas. Es lo que habitualmente se llama rotura de bolsas o romper aguas. Puede suceder de forma espontánea o provocada por el personal médico.
5. Oxitocina: Es una hormona producida por los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo que es liberada a la circulación a través de la neurohipófisis. Además ejerce funciones como neuromodulador en el sistema nervioso central modulando comportamientos sociales, patrones sexuales y la conducta parental.
6. Tacto Vaginal: es una prueba exploratoria que consiste en la introducción de los dedos índice y corazón de la mano de un explorador en la vagina de la mujer para obtener información mediante el sentido del tacto.
7. Kristeller: Maniobra que se utilizaba para hacer salir al bebé con mayor rapidez a través del canal vaginal, durante la fase de expulsión. Que consistía en empujar con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción.

8. Cesárea: Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.
  9. Revisión Uterina: Es la exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas.
- **Trato deshumanizador:** “Consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”
1. Comentarios: Es una apreciación oral o escrita sobre cualquier cosa puesta en análisis. El comentario implica emitir un juicio valorativo o descalificativo, lo que implica que es totalmente diferente a una opinión o una publicación.
  2. Comportamiento: Es el conjunto de respuestas, bien por presencia o por ausencia, que presenta un ser vivo en relación con su entorno o mundo de estímulos.
  3. Diminutivos: Son afijos derivativos que modifican el significado de una palabra, generalmente un sustantivo, típicamente para dar un matiz de tamaño pequeño o de poca importancia,<sup>1</sup> o bien como expresión de cariño o afecto. En ocasiones pueden tener un sentido despectivo, según el contexto.
  4. Miedo: Es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o

incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza.

5. Criticas: Expresar opiniones o juicios negativos y contrarios sobre una persona o una cosa.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Tabla 2. Operacionalización de Variables

Objetivos Específicos	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica
Identificar las características sociodemográficas de las usuarias y del personal de obstetricia.	Características sociodemográficas	Características demográficas de una población.	Operacionalmente se mide a través de dos cuestionarios de 16 y 6 ítems respectivamente	Nivel de estudios Edad Ocupación Tipo de atención	Sin estudios, Primaria, Secundaria, Técnico Superior, Universitario. Edad en años cumplidos Médico, Camillero, Enfermera, Camarera, Portero Parto simple, Instrumental, Cesárea	1A 2A-1B 2B 3A	Técnica: encuesta escrita Instrumento: Cuestionario A, aplicado a las usuarias y Cuestionario B aplicado al personal que trabaja en el servicio de obstetricia
Señalar los tipos de violencia obstétrica ejercidos por el personal de salud durante la atención del parto.	Violencia Obstétrica	“Consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. <sup>1</sup>		Trato deshumanizador Abuso de medicalización y patologización de los procesos	Comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste. Sobrenombres o diminutivos Críticas durante el parto Actitud ante el mal trato Procedimientos médicos (consentimiento) Procedimientos médicos (posición)	4A 6 A 8A 10A 12A 13A-14A	
Identificar los distintos perpetradores	Perpetradores	Son los posibles ejecutores de violencia obstétrica (VO) y representan a aquellos		Trato deshumanizador	Ejecutor de VO que realiza comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste.	15A 16A - 5B 5A-4B	

<sup>1</sup> Terán P, Castellanos C, González M y Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013;73(3):171-180 . Disponible en: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0048-7732.

de violencia obstétrica en el esquema de atención de salud.	de violencia obstétrica	profesionales de la salud y personal del sistema de salud implicados en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio, que producen este tipo de prácticas y relaciones: médicos/as ginecoobstetras, parteros/as, residentes, enfermeros/as, neonatólogos/as, pediatras, camilleros/as, entre otros. <sup>2</sup>			Ejecutor de VO que realiza sobrenombres o diminutivos Ejecutor de VO que realiza críticas durante el parto Ejecutor de VO que realiza actitud ante el maltrato	7A 9A 11A	
Identificar el grado de conocimiento de violencia obstétrica desde el punto de vista de la paciente y el personal de salud.	Grado de conocimiento de violencia obstétrica	Proceso que se manifiesta en el acto de conocer, es decir, la percepción de una realidad, adquiridos por una persona a través de la experiencia, educación, comprensión teórica o práctica de un tema. <sup>3</sup>	Operacionalmente se mide a través de dos cuestionarios de 16 y 6 ítems respectivamente	Conocimiento del término de Violencia Obstétrica  Conocimiento de cuáles son los organismos en el Estado y en Venezuela encargados de prestarle ayuda a las mujeres víctimas de Violencia Obstétrica	Grado de conocimiento VO  Grado de conocimiento (Leyes)	3B  6B	Técnica: encuesta escrita  Instrumento: Cuestionario A, aplicado a las usuarias y Cuestionario B aplicado al personal que trabaja en el servicio de obstetricia

<sup>2</sup> Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana, 2016;(24):43-68.

<sup>3</sup> Arias, F. El proyecto de investigación; introducción a la metodología científica, Caracas, editorial Episteme. 2006;(5):

## **Análisis Estadístico**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Excel para Windows. Se aplicó estadística descriptiva, así como promedios y desviación estándar de los parámetros medidos.

Para el análisis de las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrado para así comprobar la relación de determinadas variables, con el objetivo principal del estudio. El nivel de significancia será considerado menor de 0.05.

## **Consideraciones Éticas**

Los sujetos que participaron en el estudio fueron invitados a completar dos cuestionarios, sin que esto sea considerado como riesgo para su salud o vida, y sus datos personales permanecerán guardados bajo llave en un lugar acondicionado para tal fin, pero de fácil acceso para cualquier inspección del Ministerio de Sanidad o de la entidad encargada de velar por la protección de los datos del paciente y personal de salud.

El estudio no interfirió con la actividad médica habitual ni la conducta terapéutica del médico tratante, y el paciente pudo retirarse del mismo cuando lo deseara, o manifestar que sus datos no sean incluidos en el procesamiento estadístico, sin que esto acarrearía ninguna consecuencia en su tratamiento o relación con su médico. Los consentimientos informados donde aparece su nombre y firma, fueron guardados en un lugar diferente.

## RESULTADOS

La presente investigación estuvo representada por dos tipos de estratos, el primero integrado por pacientes en puerperio hospitalizadas en el área de Maternidad y el segundo estrato conformado por el personal de salud que trabaja específicamente en el área de obstetricia del hospital central de San Cristóbal.

### **Resultado de las encuestas realizadas a las mujeres en puerperio hospitalizadas en el área de maternidad del hospital central de San Cristóbal**

Tabla 3. Percepción de violencia

	Frecuencia	Porcentaje
Trato Deshumanizante	148	41%
Procedimiento médicos realizados sin consentimiento	217	59%
Total	365	100%

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

En la tabla anterior se evidencian 148 actos deshumanizantes (41%) y 217 procedimientos sin consentimiento de las usuarias (59%).

Tabla 4. Distribución de las usuarias según el grupo etario

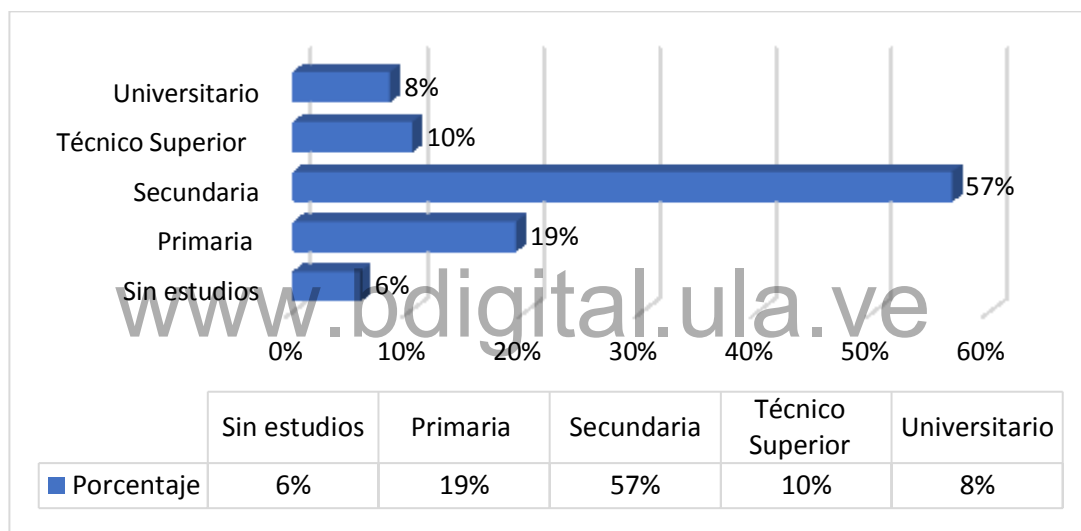
Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
13 - 23	85	54%
24 - 34	59	38%
35 - 45	13	8%
Total	157	100%

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica.

Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

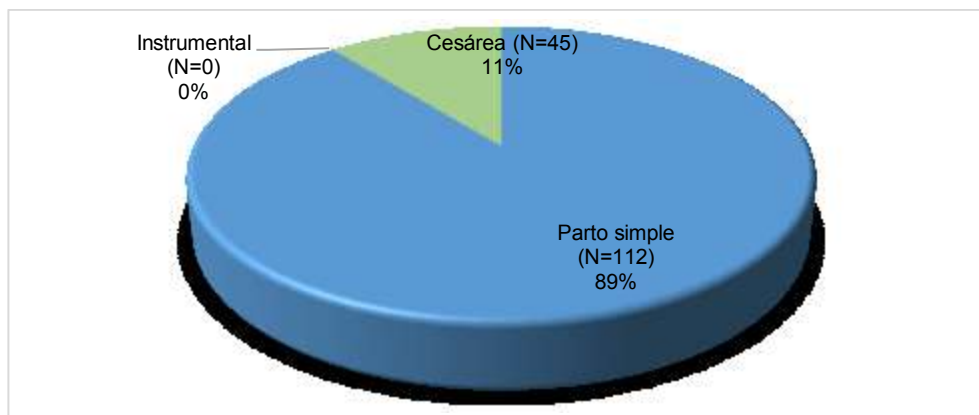
En el estudio se incluyeron a 157 pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del hospital central de San Cristóbal. Las edades fluctuaron entre 13 y 44 años, con una media de  $24 \pm 6,78$  años. La mayoría estuvo en el grupo de 13 a 23 años con el 54 %, seguido por las de 24 a 34 años (38%), y luego las de 35 o más años (8%).

Figura 1. Distribución de las usuarias según el nivel académico



De las 157 mujeres en puerperio hospitalizadas en el área de maternidad, 89 (57%) nivel secundaria, 30 (19%) poseen nivel primario, 16 (10%) nivel técnico y 13(8%) son universitarias y 9 (6%) indicaron no poseer nivel de estudio.

Figura 2. Distribución de usuarias según el tipo de atención



De las 157 pacientes entrevistadas 112 (89%) culminaron el embarazo con parto simple, 45 (11%) con cesárea y ninguna por parto instrumental.

Tabla 5. Tipos de trato deshumanizante observados

Trato Deshumanizante	Frecuencia	Porcentaje
Comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste	9	6%
Sobrenombres o diminutivos	3	2%
Críticas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto	46	31%
Dificultad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes	51	34%
Impedir cambios de posición	10	7%
Impedir caminar o deambular	17	11%
Impedir el apego precoz	12	8%
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

De los 148 casos de trato deshumanizante registrados por personal de salud que labora en el Servicio de Obstetricia hacia las 157 mujeres en puerperio, el de mayor

ocurrencia fue la dificultad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes (34%); seguido por los relativos a las críticas por llorar o gritar de dolor, manifestar emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto (31%); impedimento para caminar o deambular, (11%); impedir el apego precoz (12%); impedir cambio de posición (10%).

Tabla 6. Relación de usuarias atendidas y usuarias agredidas según el grupo etario

<b>Grupo Etario</b>	<b>Pacientes atendidas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Cantidad de Agresiones</b>	<b>Porcentaje</b>
13 - 23	85	54%	82	96%
24 - 34	59	38%	59+3	100%
35 - 45	13	8%	4	31%
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>1</b>	<b>148</b>	

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.  $\chi^2= 4,6314$   
 $P < 0,05$

www.bdigital.ula.ve

Al evaluar los datos obtenidos se contabilizaron 148 eventos de agresión en los diferentes grupos etarios, la mayor ocurrencia se observa en las mujeres entre las edades de 24 – 34 años, en este caso todas las pacientes (100%) reportaron al menos una agresión, seguida por las más jóvenes entre las edades 13 – 23 años (96%) sin diferencia significativa entre los grupos de edad ( $P = 0,0987$ ).

Tabla 7. Distribución de las usuarias que recibieron trato deshumanizante según el nivel de estudio

<b>Nivel educativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sin estudios (N=9)</b>	2	22,2%
<b>Primaria (N=30)</b>	28	93,3%
<b>Secundaria (N=89)</b>	88	98,9%
<b>Técnico Superior (N=16)</b>	11	68,8%
<b>Universitario (N=13)</b>	13 (+3)	100%

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.  $\chi^2= 65,71$   
p<0.05

En cuanto a la presencia de trato deshumanizante según el nivel de estudio, la mayor ocurrencia se observa en las 13 puérperas universitarias, quienes recibieron 16 agresiones en total, seguidas por 89 mujeres con estudios de secundaria (98,9%), y por las que tenían solamente estudios de primaria, (93,3%). Cabe señalar, además, que se encontraron diferencias significativas entre el nivel de estudios y el trato deshumanizante (p<0.05).

Tabla 8. Distribución de las usuarias que recibieron trato deshumanizante según atención obstétrica

<b>Atención obstétrica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Parto simple (N=112)</b>	112 (+24)	100%
<b>Instrumental (N=0)</b>	0	0%
<b>Cesárea (N=45)</b>	16	36%

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.  $\chi^2= 65,71$   
P= 0,0054

Tal como se aprecia en la tabla anterior, las cifras señalan que las mujeres atendidas por parto simple recibieron más de una agresión (100%), sin embargo, solo

un 36% de las que fueron atendidas por cesárea percibieron algún trato deshumanizante. Conviene destacar, además, que se encontraron diferencias significativas entre el tipo de atención del parto y el trato deshumanizante ( $P < 0.05$ ).

Tabla 9. Distribución de tipo de trato deshumanizante más frecuentes según el perpetrador

Perpetrador	Comentarios irónicos, descalificadores, chistes		Sobrenombres, diminutivos		Críticas por llorar o gritar		Imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	
<b>Médico</b>	4	3%	1	1%	30	19%	34	22%	69
<b>Enfermera</b>	4	3%	1	1%	13	8%	13	8%	31
<b>Camillero</b>	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%	2
<b>Portero</b>	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1
<b>Camarera</b>	1	1%	1	1%	2	1%	2	1%	6
<b>Otro</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
<b>Total</b>	9	6%	3	2%	46	29%	51	32%	109

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

En relación al trato deshumanizante más frecuente según el perpetrador, se evidencia un 63% (69 veces) de las agresiones fueron realizadas por los médicos, las cuales, en su gran mayoría estaban relacionadas con la dificultad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes (22%) y críticas por llorar o gritar (19%). Por su parte, las enfermeras, en un 28% de los casos (31 veces) fueron responsables de maltratar a las pacientes. Finalmente las camareras, camilleros y porteros fueron responsables de un 8% de las agresiones (6, 2 y 1 veces respectivamente).

Tabla 10. Distribución de las usuarias según el tipo de procedimiento sin consentimiento

Procedimiento sin consentimiento	Frecuencia	Porcentaje
Tanaje	6	4%
Enema	0	0%
Indicación de estar acostada	16	10%
Cesáreas	0	0%
Administración de Oxitócicos	55	35%
Maniobra de Kristeller	23	15%
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	98	62%
Amniotomía	19	12%
Revisión del útero sin anestesia	0	0%
<b>Total</b>	<b>217</b>	

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

Según la percepción de las usuarias, se reportaron 217 procedimientos sin consentimiento de las mismas. Entre ellos, los más frecuentes fueron los tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas (62%), seguido de la administración de oxitócicos (35%) y la Maniobra de Kristeller (15%).

Tabla 11. Distribución de las usuarias según el tipo de procedimiento sin consentimiento y el nivel académico

Nivel educativo	Procedimientos sin consentimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	8	4%
Primaria	35	16%
Secundaria	141	65%
Técnico Superior	17	8%
Universitario	16	7%
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

En cuanto a la presencia de procedimientos sin consentimiento y el nivel académico, la mayor ocurrencia se observa en las puérperas con estudios de secundaria (65%) seguido por las que tenían solamente estudios de primaria (16%).

### **Resultado de las encuestas realizadas al personal de salud que labora en el servicio de Obstetricia.**

El estudio se completó con 82 personas que laboran en el servicio de Obstetricia y que respondieron el cuestionario suministrado, entre las cuales se encuentran 54 médicos (33%); 65 enfermeras (40%); 19 camilleros (12%); 15 porteros (9%); 9 camareras (5%) y 2 otro personal (1%). En la figura siguiente se aprecia la distribución del mencionado personal.

www.bdigital.ula.ve

*Figura 3.* Distribución del personal de salud que labora en el servicio de Obstetricia

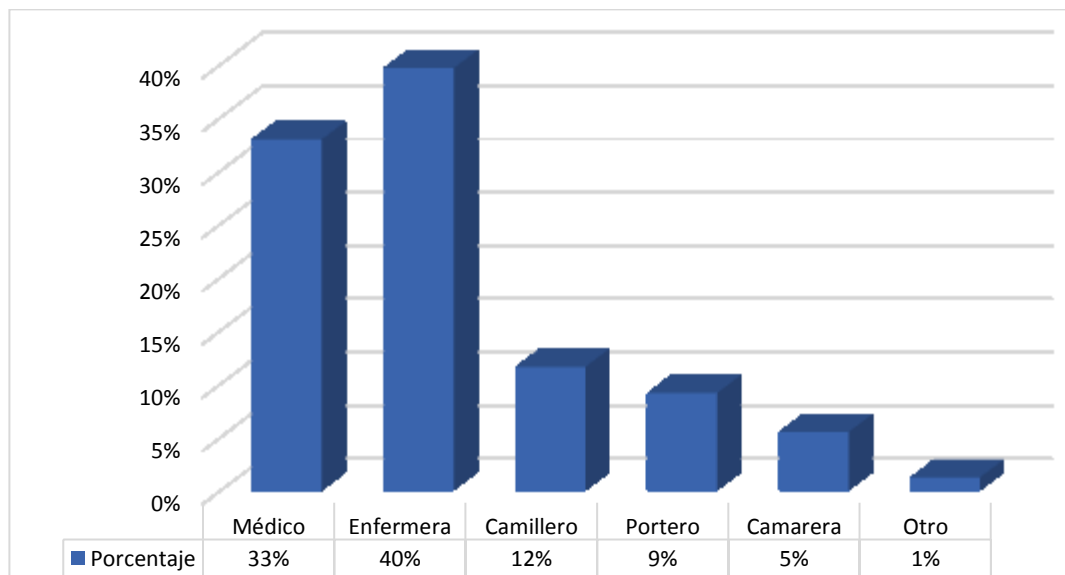


Tabla 12. Conocimiento del término de Violencia Obstétrica

Conocimiento			Perpetrador de violencia					
	Frecuencia	Porcentaje	Médico	Enfermera	Camillero	Portero	Camarera	Otro
Si	65	79%	44	21	0	0	0	0
No	17	21%	6	3	3	2	3	0
Total	82	100%	50	24	3	2	3	0

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

De los resultados expuestos en la tabla anterior se aprecia que un 79% del personal encuestado conoce el término: Violencia Obstétrica, sin embargo, el 21% de los 82 encuestados no conoce el término.

Tabla 13. Ejercicio de la violencia obstétrica según el personal que conoce el término

Conocimiento	Frecuencia	Perpetrador de violencia					
		Médico	Enfermera	Camillero	Portero	Camarera	Otro
Si	65	46	50	15	15	8	1
Porcentaje		34%	37%	11%	11%	6%	1%

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

Tomando en cuenta la apreciación de las 65 personas que sí conocen el término: Violencia Obstétrica, y ante la pregunta: ¿Ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su atención, quién ha realizado el maltrato?, se evidencia que las enfermeras y los médicos son los perpetradores más recurrentes (37% y 34%

respectivamente), el resto de los perpetradores de maltratos, es decir el 29% fueron camilleros, porteros, camareras y otros.

Tabla 14. Solicitud de consentimiento informado, previo proceder médico.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	26	35%
<b>No</b>	48	65%
<b>Total</b>	74	100%

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

Tomando en cuenta los 74 profesionales encuestados (médicos y enfermeras), se evidenció que un 65% no solicitan consentimiento informado y solo el 35% indicaron que solicitaban autorización a las pacientes para la realización de actos médicos.

Tabla 15. Conocimiento de los organismos en el Estado y en Venezuela encargados de prestarle ayuda a las mujeres víctimas de Violencia Obstétrica.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	18	22%
<b>No</b>	64	78%
<b>Total</b>	82	100%

Fuente: Base de datos. Percepción de usuarias y personal de salud, referente a la violencia obstétrica. Hospital central de san Cristóbal, Estado Táchira. Abril a Junio de 2017.

El 22% de los encuestados, tiene conocimiento de los organismos que aportan asesoría a víctimas de violencia obstétrica, sin embargo un 78% desconoce las instituciones encargadas de controlar y evitar el flagelo del maltrato a la mujer embarazada.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La Violencia obstétrica consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Forma de violencia que se encuentra tipificada en el artículo 15, del capítulo III, de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, así mismo su práctica es penalizada y se encuentra especificado en el artículo 51. En la actualidad no existen estadísticas que reporten la misma. Y ante la confusión sobre la interpretación tanto en el personal de salud como en las usuarias del servicio se realizó el siguiente trabajo.

La presente investigación estuvo representada por dos tipos de estratos, el primero integrado por pacientes en puerperio hospitalizadas en el área de Maternidad del Hospital Central de San Cristóbal en un periodo de tres meses y el segundo estrato conformado por el personal de salud que trabaja específicamente en el área de obstetricia del hospital central de San Cristóbal.

El primer estrato se desarrolló en dos grandes conjuntos denominados trato deshumanizante y realización de actos médicos sin consentimiento informado. Se reportaron 217 procedimientos sin la obtención del consentimiento verdaderamente informado. No existe una estadística de frecuencia con la cual comparar estas cifras pero sin duda representan porcentajes elevados en la percepción de la usuaria.

La mayor ocurrencia de prácticas en el ámbito de trato deshumanizante fue la dificultad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes (34%), reflejando la baja sensibilidad del personal. Seguido a las críticas por llorar o gritar durante el parto (31%), el cual se le atribuye a las habitaciones inadecuadas de partos en cuanto a su infraestructura, ya que cerca se encuentran gestantes con alto riesgo obstétrico como preeclámpticas, amenaza de parto pretermino, entre otras patologías que ameritan un ambiente adecuado y sin estrés, por lo que se ha visto que no permite que la paciente que se encuentra en trabajo de parto fisiológico manifieste sus emociones. Coincidiendo con Wolff *et al*<sup>25</sup> quienes hacen referencia en su estudio que las mujeres no se quejan y no emiten opinión acerca de las prácticas constitutivas de violencia por miedo a la opresión. A diferencia del trabajo realizado por Terán Pablo *et al*<sup>6</sup> donde predominó obstaculizar el apego precoz.

En cuanto a la presencia de trato deshumanizante según el nivel de estudio, la mayor ocurrencia se observa en las 13 púerperas universitarias, quienes recibieron 16 agresiones en total, seguidas por 89 mujeres con estudios de secundaria (98,9%). Se aprecia una tendencia superior en las mujeres de mayor nivel educativo. Coincidiendo con Terán Pablo *et al*<sup>6</sup> donde predominó el nivel educativo superior en las pacientes que percibieron trato deshumanizante.

En este estudio se evidenció que las mujeres atendidas por parto simple recibieron trato deshumanizante (100%) y algunas de ellas más de una agresión, sin embargo, solo un 36% de las que fueron atendidas por cesárea percibieron algún trato

deshumanizante. Conviene destacar, además, que se encontraron diferencias significativas entre el tipo de atención del parto ( $P < 0.05$ ). Se atribuye que en el trabajo de parto se pueden presentar más formas de violencia, formas tan sencillas que muchas veces se ignoran por lo que se presta para cometer la misma por el personal de salud. Estos hallazgos se corresponden con los obtenidos por Terán Pablo *et al*<sup>6</sup>

En relación a los tipos de tratos deshumanizantes más frecuentes según el perpetrador, se evidencia que 69 de las agresiones fueron realizadas por los médicos, para un 63%, las cuales, en su gran mayoría estaban relacionadas con la dificultad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes (22%) y críticas por llorar o gritar (19%). Por su parte, las enfermeras con 31 casos. A diferencia de Terán Pablo *et al*<sup>6</sup>, donde predominan las enfermeras como principales perpetradores del trato deshumanizado identificados por las usuarias.

Según la percepción de las usuarias, se reportaron 217 procedimientos sin consentimiento de las mismas. Entre ellos, los más frecuentes fueron los tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas (62%). En hospitales donde se realiza docencia de pre y postgrado como el nuestro, es difícil aunque no imposible establecer un número de tactos. Sin embargo el manual de procedimientos de la norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva (NSSR) (2003)<sup>26</sup>, establece que el tacto vaginal debe realizarse cada 4 horas durante el periodo de dilatación hasta los 5 cm, a partir de allí cada 2 horas según la evolución.

Según el protocolo de la Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena, en Colombia, se procura que no superen los cinco tactos por paciente<sup>27</sup>. El segundo reporte en frecuencia corresponde a la administración de oxitócicos (35%). Estos resultados son consistentes con otras investigaciones, entre ellas la realizada por Terán Pablo *et al*<sup>6</sup> donde predominaron los tactos vaginales reiterados seguidos de la administración de oxitócicos como actos médicos realizados sin consentimiento. A diferencia de Camacaro *et al*<sup>11</sup> quienes reportaron en su estudio el predominio de la administración de oxitócicos.

En cuanto a la presencia de procedimientos sin consentimiento y el nivel académico, la mayor ocurrencia se observa en las púerperas con estudios de secundaria (65%). Estos resultados se relacionan con los obtenidos por Terán Pablo *et al*<sup>6</sup> donde predominó la aplicación de procedimientos médicos sin consentimiento con nivel educativo secundaria.

El segundo estrato conformado por el personal de salud que trabaja en el área de obstetricia del hospital central de San Cristóbal. El mismo se realiza para conocer la perspectiva del personal de salud respecto al tema, ya que en centros asistenciales de nuestro país se realizan actos que muchas veces trae como consecuencia implicaciones legales por ser considerados violencia. De aquí surge la importancia del conocimiento no solo de la práctica diaria del personal, sino también de las Leyes promulgadas en nuestra Constitución que sancionan dichos actos. Es importante resaltar que la ignorancia de la Ley no es excusa de su incumplimiento.

El presente estudio se desarrolló con 82 personas que respondieron el cuestionario suministrado, entre las cuales se encuentran 54 médicos (33%); 65 enfermeras (40%); 19 camilleros (12%); 15 porteros (9%); 9 camareras (5%) y 2 otro personal (1%). Antes de entrar en vigencia la Ley (LODMVLV), había sido el obstetra el principal señalado de cometer Violencia obstétrica, sin embargo en dicha Ley se especifica que todo aquél involucrado en la atención de una paciente, desde su ingreso a la institución puede cometer la misma. Razón por la cual el estudio se dirige no solo al obstetra.

En cuanto a la interrogante ¿conoce el término de Violencia Obstétrica?, se aprecia que un 21% respondieron negativamente. Este dato es relevante por cuanto permite explicar los resultados de la percepción de las usuarias acerca del trato deshumanizante, por otra parte, se destaca, además, que con la simple interrogante de definición es difícil evaluar el conocimiento del personal de salud al respecto, sin embargo el hecho de no conocer la definición, implica que desconocen muchas prácticas que son consideradas violencia obstétrica.

Tomando en cuenta la apreciación de las 65 personas que sí conocen el término: Violencia Obstétrica, y ante la pregunta: ¿Ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su atención, quién ha realizado el maltrato?, se evidencia que las enfermeras y los médicos son los perpetradores más recurrentes (37% y 34% respectivamente), el resto de los perpetradores de violencia, es decir el 29% fueron camilleros, porteros, camareras y otros. Esto es hasta cierto punto justificable, por

cuanto las enfermeras y los médicos son quienes tienen un contacto directo con las pacientes, que se puede ver afectado por la presencia de un trato poco cortés, la falta de interés por preservar el pudor de las pacientes, y de la confidencialidad de los datos aportados por las mismas, entre otros actos que son considerados violencia. Sin embargo no exime al resto de personal de cometer la misma. Coincidiendo con Faneite J *et al*<sup>10</sup>, donde predominó el maltrato por parte del personal médico y de enfermería.

En cuanto a la solicitud de consentimiento informado, previo proceder médico. Tomando en cuenta los 74 profesionales encuestados (médicos y enfermeras), se evidenció que un 65% no solicitan consentimiento informado y solo el 35% indicaron que solicitaban autorización a las pacientes para la realización de actos médicos.

Aunque no existen estadísticas en nuestro país al respecto, es importante resaltar que la práctica médica exige del profesional información a las pacientes acerca de la naturaleza y las implicaciones que pudiera tener los procedimientos que se van a realizar, el tratamiento que se le va a suministrar o aplicar y los posibles resultados favorables o adversos<sup>22</sup>.

El Consentimiento informado tiene su basamento legal<sup>28</sup>, y se pudiera decir que es el pilar fundamental de esta problemática. Venezuela lo contempla la constitución<sup>23</sup> y el código de Deontología Médica<sup>24</sup>.

En cuanto al Conocimiento de los organismos en el Estado y en Venezuela encargados de prestarle ayuda a las mujeres víctimas de Violencia Obstétrica. Se evidencia que un 78% desconoce los organismos encargados. Coincidiendo con Faneite J *et al*<sup>10</sup>, donde a pesar que hubo un gran porcentaje que conocían la existencia de una Ley, predominó el desconocimiento de los organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres víctima de violencia.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CONCLUSIONES

1. La presente investigación se realizó con 157 mujeres en puerperio hospitalizadas en el área de maternidad del hospital central de San Cristóbal con una edad promedio de  $24\pm 6,78$  años, en un rango comprendido entre 13 y 44 años. La mayoría estuvo en el grupo etario de 13 a 23 años (54%). Respecto al nivel escolar, el 57% de las mujeres tienen una escolaridad a nivel de secundaria, un 18%. La tasa de cesárea fue significativamente menor (11%) que la tasa de parto simple (89%).

2. Al evaluar los datos obtenidos se contabilizaron 148 eventos de agresión en los diferentes grupos etarios, la mayor ocurrencia se observó en las mujeres entre 24 – 34 años. El de mayor frecuencia fue la dificultad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes (34%); seguido por los relativos a las críticas por llorar o gritar de dolor, manifestar emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto (31%).

En cuanto a la presencia de tratos deshumanizantes según el nivel de estudio, la mayor ocurrencia se observa en las 13 púerperas universitarias, quienes recibieron 16 agresiones en total, seguidas por 89 mujeres con estudios de secundaria (98,9%). Por otra parte, las 112 mujeres atendidas por parto simple reportaron más de una agresión (136 agresiones).

En relación al trato deshumanizante y según la percepción de las usuarias encuestadas, un 63% (69 veces) de las agresiones fueron realizadas por los médicos, las cuales, en su gran mayoría estaban relacionadas con la dificultad de preguntar o manifestar miedos o inquietudes (22%) y críticas por llorar o gritar (19%). Por su parte, las enfermeras, en un 28% de los casos (31 veces) fueron responsables del maltratar a las pacientes.

Se reportaron 217 procedimientos sin consentimiento de las pacientes. Entre ellos, los más frecuentes fueron los tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas (62%), seguido de la administración oxitócicos (35%). La mayor ocurrencia de estos procedimientos sin consentimiento los advierten las 89 puérperas con estudios de secundaria (65%).

3. El estudio se completó con 82 personas que laboran en el servicio de Obstetricia, entre las cuales se encuentran 54 médicos (33 %); 65 enfermeras (40%); 19 camilleros (12%); 15 porteros (9%); 9 camareras (5%) y 2 otro personal (1%). Las enfermeras y los médicos son los perpetradores más recurrentes (37% y 34% respectivamente).

4. Se evidencia que un 79% del personal encuestado conoce el término: Violencia Obstétrica. El 65% no solicitan consentimiento informado y un 78% de los encuestados, desconoce de los organismos encargados de aportar asesoría a víctimas de violencia obstétrica.

## RECOMENDACIONES

- Promover el estudio de la asistencia del parto Respetado en las escuelas de medicina para capacitar a los médicos en este tipo de parto.
- Difundir la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia a todo el personal de salud, especialmente al que labora en el área obstétrica. - Informar al personal de cuáles son los actos constitutivos de violencia obstétrica y sus repercusiones legales al incurrir en ellos.
- Orientar al personal de salud acerca de los mecanismos de denuncia y de los organismos encargados de prestar ayuda a la paciente víctima de violencia obstétrica.
- Concientizar al personal de salud acerca del consentimiento informado, la implementación y aplicación de los formatos de consentimiento informado para todos los procedimientos de sala de partos.
- Concientizar al personal de salud de las penalizaciones existentes al no aplicar el consentimiento informado en los casos que estipula la Ley.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Massumi-Okada M, Komura-Hoga LA. Domestic violence against pregnant women. *Acta paul enferm.* 2015; 28(3):270-74.
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp) Revisado marzo 2016.
3. Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. “Convención De Belem Do Para”. Washington. 1994. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_ConvencionBelem.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf) Revisado marzo 2016
4. Bellón-Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata.* Año 7 (2015); nº 18: 93-111.
5. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley N° 38.668 de 19 de marzo. Gaceta oficial No. 40.548, de la República Bolivariana de Venezuela, (25-11-2014).

6. Teran P, Castellanos C, González-Blanco M y Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013;73 (3):171- 80.
7. Human Rights Watch. World Report 2015: Kuwait, 2015. [https://www.hrw.org/es/world-report/2015, consultado en marzo de 2017]
8. Toro-Merlo J, Zapata L. Reseña de las Jornadas: El gineco-obstetra ante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:213-14.
9. Urbaneja L. Estudio de Violencia Obstétrica en la Sala de Obstetricia del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Imprenta del Estado Sucre; 2010.
10. Faneite J, Feo A. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. [Trabajo especial de Grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2011.
11. Camacaro M., Ramírez M., Lanza L., & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. Utopía y Praxis Latinoamericana. 113-120.
12. Blanco A. Los cimientos de la violencia. MyC . 2011;(49):9-15
13. Caine B y Sluga G. Género e historia: mujeres en el cambio sociocultural europeo, de 1780 a 1920 pág. 22
14. Organización de las Naciones Unidas (ONU). IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Asamblea General de las Naciones Unidas, Beijing, 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>. Revisado marzo 2016.

15. Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia. Congreso de la República de Venezuela, 1998. Disponible en: [http://www.ventanalegal.com/leyes/ley\\_sobre\\_violencia\\_contra\\_mujer\\_familia.html](http://www.ventanalegal.com/leyes/ley_sobre_violencia_contra_mujer_familia.html).  
Revisado marzo 2016
16. Colombo G, Ynoub RC, Veneranda L, et al. Violencia Obstetrica. Rev. Argent. Sociol. [online]. jul./dic. 2006;4(7):73-8. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-32482006000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482006000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1669-3248.
17. Benítez G. Violencia Obstétrica. Editorial. Rev Fac Med UCV. 2008;31:5-6
18. Organización Mundial de la Salud. INPAC: Guía para el manejo de las complicaciones del embarazo y el parto; 2002.
19. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Tomo III manual de procedimientos. Caracas; 2003.
20. UNPFA; Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Perú; 2005.
21. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre temas de ética en Ginecología y Obstetricia; 2006.
22. Uzcategui O, Toro-Merlo J. Consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68:1-4.
23. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 24 de marzo de 2000.

24. Código de Deontología Médica. Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas, 20-03.1985.
25. Wolff L y Waldow V. Violencia consentida: mujeres en trabajo de parto y parto. Rev. Saude Soc. Sao Paulo. 2008;17(3):138-51.
26. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Tomo III manual de procedimientos. Caracas; 2003.
27. E.S.E Maternidad Rafael Calvo C. Protocolo de atención de parto. Cartagena; 2011. Disponible en:  
[http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO\\_ATENCION\\_DE\\_L\\_PARTO.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_ATENCION_DE_L_PARTO.pdf) Revisado enero 2011
28. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Directrices relativas a un consentimiento bien informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:212

## ANEXOS

### **Anexo 1: Consentimiento Informado**

Título del trabajo: Percepción de Usuarias y Personal de Salud, Referente a la Violencia Obstétrica. Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira. Abril - Junio 2017.

Investigador Responsable: Dra. Deisy Cantor.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación, el cual consiste en evaluar mediante el uso de un cuestionario, mi percepción sobre la atención obstétrica recibida, los resultados formarán parte de un estudio científico, que permitirá mejorar los estándares de atención médica de la mujer venezolana.

El proceso identificado arriba, me ha sido explicado con detalle y todas mis preguntas e inquietudes me han sido contestadas y aclaradas por el médico que me realizará el cuestionario.

Entiendo que:

1.- Autorizo a las personas encargadas de este proyecto, a que mis resultados formen parte del estudio, y que los mismos sean publicados, y mi identidad no será revelada en forma alguna bajo ningún concepto.

2.-Declaro que mi consentimiento está dado voluntariamente, sin que haya sido forzada u obligada.

3.-No recibiré beneficios materiales por mi participación. Los beneficios derivados del estudio y del análisis de sus resultados, están reservados para el enriquecimiento intelectual y el provecho de la comunidad en general.

Nombre: \_\_\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_

San Cristóbal, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## Anexo 2: Instrumento A de Recolección de Datos

Hospital Central de San Cristóbal Servicio de Obstetricia y Ginecología	
Fecha: _____ Número de Registro: _____	
Estimada usuaria, responda a las siguientes preguntas, tratando de ser lo más honesta y sincera posible. Recuerde que de la veracidad de toda la información que aporte, depende el éxito de nuestro trabajo, y que toda información suministrada es confidencial y anónima. Mientras estabas internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto,	
1	Nivel de estudio: <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico Superior <input type="checkbox"/> Universitario
2	Edad: _____ años cumplidos
3	Tipo de atención: <input type="checkbox"/> Parto simple <input type="checkbox"/> Instrumental <input type="checkbox"/> Cesárea
4	¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5	¿Quién hizo los comentarios? No es necesario que señales nombres, sólo la actividad que regularmente realiza. <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Camillero <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Portero <input type="checkbox"/> Camarera <input type="checkbox"/> Otro, ¿Quién? _____
6	¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7	¿Quién te trató de esa manera? No es necesario que señales nombres, sólo la actividad que regularmente realiza. <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Camillero <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Portero <input type="checkbox"/> Camarera <input type="checkbox"/> Otro, ¿Quién? _____
8	¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9	¿Quién hizo las críticas? No es necesario que señales nombres, sólo la actividad que regularmente realiza. <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Camillero

	<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Portero <input type="checkbox"/> Camarera <input type="checkbox"/> Otro, ¿Quién? _____
10	¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11	¿Quién fue responsable por ello? No es necesario que señales nombres, sólo la actividad que regularmente realiza.
	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Camillero <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Portero <input type="checkbox"/> Camarera <input type="checkbox"/> Otro, ¿Quién? _____
12	¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
	<input type="checkbox"/> Rasurado <input type="checkbox"/> Enema <input type="checkbox"/> Indicación de estar acostada <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/> Administración de medicación o goteo para apurar el parto <input type="checkbox"/> Compresión del abdomen en el momento de los pujos <input type="checkbox"/> Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas <input type="checkbox"/> Rotura artificial de Membranas <input type="checkbox"/> Revisión del útero sin anestesia
13	En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14	¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15	¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevará el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
16	¿Te explicaron qué es el consentimiento informado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Anexo 3: Instrumento B de Recolección de Datos**

Hospital Central de San Cristóbal Servicio de Obstetricia y Ginecología	
Fecha: _____ Número de Registro: _____	
1	Edad: _____ años cumplidos
2	Ocupación: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Camillero <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Portero <input type="checkbox"/> Camarera <input type="checkbox"/> Otro, ¿Quién? _____
3	¿Conoce Ud. el término de Violencia Obstétrica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	¿Ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su atención, quién ha realizado el maltrato? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Camillero <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Portero <input type="checkbox"/> Camarera <input type="checkbox"/> Otro, ¿Quién? _____ _____
5	¿En su institución se solicita consentimiento informado a la paciente previo a la realización de los actos médicos penalizados en la Ley (Realización de cesárea, utilización de aceleradores del parto y realización de esterilización quirúrgica)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6	¿Esta Ud. Informado de cuáles son los organismos en el Estado y en Venezuela encargados de prestarle ayuda a las mujeres víctimas de Violencia Obstétrica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No