

**PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE MUJERES DURANTE
SU TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCIÓN ESE
NORTE I SEDE SUAREZ, PERIODO 2018**



ISABEL CRISTINA MOSQUERA MOSQUERA

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI
2018**

**PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE MUJERES DURANTE
SU TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCION ESE
NORTE I SUAREZ, PERIODO 2018**

Tesis para optar al título de enfermera

ISABEL CRISTINA MOSQUERA MOSQUERA

**TUTORA:
DRA. MYRIAM BERMEO DE RUBIO**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SANTIAGO DE CALI
2019**

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico primeramente a **DIOS** por darme la sabiduría, fuerza y entereza que he necesitado y necesito para salir victoriosa en cada una de mis luchas, por llevarme siempre de su mano y no apartar jamás su gracia de mí.

A mi madre **YOLANDA MOSQUERA TORRES (QEPD)** por apoyarme siempre, por nunca dejar de creer en mí, por alentarme a luchar por mis metas y aunque no le pude dar la satisfacción en vida de ver este logro sé que estaría muy feliz pues he culminado una de mis metas.

A mis hijas **Yolisa Tatiana, Melany de los Ángeles y Zoe Nahiara** quienes han sido y son el motor por quienes me levanto cada día a continuar y a no dejarme vencer.

A mi esposo **Arley Juanillo Mina** que me ha brindado todo su amor y paciencia incondicionalmente para culminar este, uno de los proyectos de mi vida.

A mis hijos adoptivos, a toda mi familia en especial a mi tía **Beatriz** que ha sido mi segunda madre, a mi prima **Amira Marcel** que ha sido siempre mi hermana y a todas esas personas que de una u otra forma me han brindado su apoyo cuando lo necesité.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a DIOS por que definitivamente sin él no hubiese sido posible este logro, a mi madre, mis hijas, mi esposo y toda mi familia, por el amor y la confianza que depositaron en mi aun cuando la adversidad me golpeo tan fuerte y yo misma dejé de creer en mí.

A la ESE NORTE I, Punto de Atención Suarez quienes me abrieron sus puertas para realizar esta investigación, a quienes abrieron su corazón para contarme su experiencia, a Evaristo Carabalí Lucumi, líder de la comunidad y a aquellas mujeres que se tomaron un poco de su tiempo para realizar los cuestionarios.

A todos los docentes de la Universidad Santiago de Cali por sus enseñanzas y correcciones, por toda la paciencia que tuvieron conmigo, en especial a las dos tutoras que se la jugaron por mí, la Doctora Myriam Bermeo de Rubio y la Especialista Ligia María Martínez con quien inicie esta travesía y que no solo me apoyaron académicamente sino emocionalmente, porque sin su empuje, sus conocimientos y su guía este proyecto no hubiese podido ser una realidad, a Carolina Osorio por alentarme a seguir mi sueño y ser mi modelo a seguir en esta profesión.

A todos mis compañeros desde que inicie esta carrera, porque de cada uno de ellos tengo un pedacito.

Con todo el corazón a todos muchas gracias y que DIOS los bendiga siempre.

TABLA DE CONTENIDO

1.	PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1	Antecedentes históricos.....	16
1.1.2	Situación actual.....	19
1.1.3	Pregunta de investigación.....	20
2.	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo general.....	21
2.2	Objetivos específicos	21
3.	JUSTIFICACIÓN	22
4.	MARCOS DE REFERENCIA	25
4.1	MARCO TEÓRICO	25
4.1.1.	Parto humanizado.....	25
4.1.2.	Modelo Innovador: Cuidado humanizado real a la mujer que se encuentra en proceso de parto.....	26
4.1.3.	Violencia Obstétrica	27
4.1.3.1.	Violencia obstétrica: la herida invisible del parto.....	29
4.1.3.2.	La violación al deber objetivo de cuidado en el acto ginecobstétrico.....	30
4.1.3.3.	Violencia obstétrica, un abuso invisible.....	31
4.1.3.4	Parto humanizado	32
4.1.3.5	Historias de vida: método cualitativo	33
4.1.3.6	Violencia en el Embarazo, Parto y post parto	34
4.1.4.	Teorista de Enfermería	36
4.1.4.1.	KRISTEN M SWANSON (Teoría de los cuidados).....	36
4.2.	MARCO CONCEPTUAL	38

4.3. MARCO CONTEXTUAL.....	39
4.3.1. Misión.....	40
4.3.2. Visión	41
4.4. MARCO LEGAL	43
4.4.1. Ley 266 De 1996.....	43
4.4.2. Ley 911 de 2004	45
4.5. MARCO ETICO.....	48
4.5.1 MARCO ETICO INTERNACIONAL.....	48
4.5.1.1. Declaración de Helsinki.....	48
4.5.1.2. Principios Generales	49
4.5.1.3. Principios Bioéticos.	53
4.5.2. MARCO ETICO NACIONAL	55
4.5.2.1 Resolución N° 008430 De 1993.....	55
5. METODOLOGÍA	62
5.1. DISEÑO DE ESTUDIO	62
5.2. TIPO DE ESTUDIO.....	62
5.3. POBLACION Y MUESTRA	62
5.3.1. Universo.....	62
5.3.2. Población:	62
5.3.3. Muestra	62
5.4 VARIABLES	63
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	64
5.5.1. Criterios de Inclusión:	64
5.5.2. Criterios de Exclusión:	64
5.6. FASES DE LA INVESTIGACION.....	65
5.7. INSTRUMENTO	67
5.8 PRESUPUESTO.....	68
5.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	69

5.9.1. Principio de Autonomía.....	69
5.9.2. Principio de Beneficencia.....	69
5.9.3. Principio de No-Maleficencia (Primum Non Nocere):.....	69
5.9.4. PRINCIPIO DE JUSTICIA:.....	70
5. RESULTADOS.....	71
6.1. ANALISIS DESCRIPTIVO.....	71
6.1.1. Aspectos Sociodemográficos.....	71
6.1.2. Aspectos Clínicos Generales del Parto.....	74
6.1.3. Aspectos Relacionados con los efectos del parto.....	75
6.2. ANALISIS BIVARIADO	88
6.3 DISCUSION.....	108
7. CONCLUSIONES	110
8. RECOMENDACIONES.....	112
BIBLIOGRAFIA.....	113
ANEXOS.....	117

RESUMEN

El presente estudio permitió indagar acerca de las percepciones sobre Violencia Obstétrica de mujeres en trabajo de parto, parto y puerperio atendidas en una Institución pública de salud del suroriente colombiano, período 2018. Tema actualmente muy discutido por las diferentes disciplinas de la salud y las ciencias sociales; aunque en Colombia aún no existe una ley que tipifique estos actos, cursa ya un proyecto en el senado con este propósito.

La violencia ejercida sobre las mujeres por parte del personal de salud en momentos importantes cuando dan paso a la vida, como la desinformación acerca de los procesos implicados, medicalización para acelerarlos, la dificultad para el acompañamiento adecuado, la falta de respeto al Consentimiento Informado y otros, son algunos de los signos de la realidad de esta situación.

El estudio se desarrolló con una muestra de 25 mujeres mayores de edad que aceptaron participar, mediante el método cuantitativo, descriptivo, utilizando una encuesta tipo Likert, validada por expertos y prueba piloto; dicha encuesta estuvo conformada por 10 ítems referentes a la caracterización sociodemográfica y 30 preguntas distribuidas equitativamente entre los momentos investigados, sobre actos que podían ser percibidos como violentos durante el proceso natural del nacimiento.

Al 84% no se les permitió comer algo durante su trabajo de parto y al 92% no se le permitió escoger la posición para parir, actos que sin duda reflejan una vulneración a sus derechos y aun cuando manifiestan inconformidad por ellos, la mayoría no los perciben como violencia obstétrica sino como actos rutinizados, naturalizados y legítimos. Por lo que se espera que poco a poco, sea sensibilizado tanto el personal de salud como las usuarias sobre este importante tema, permitiendo el ingreso del parto humanizado, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de atención brindada.

Palabras Claves: violencia obstétrica, percepción de violencia, parto humanizado, violencia de género.

SUMMARY

The present study allowed us to inquire about the perceptions about Obstetric Violence of women in labor, delivery and postpartum care attended in a public health institution of the Colombian south-east, period 2018. Topic currently widely discussed by the different disciplines of health and science social; Although in Colombia there is not yet a law that typifies these acts, it is already studying in the Senate for this purpose.

The violence exerted on women by health personnel at important times when they give way to life, such as misinformation about the processes involved, medicalization to accelerate them, the difficulty for proper accompaniment, the lack of respect for Informed Consent and others, are some of the signs of the reality of this situation.

The study was carried out with a sample of 25 women of legal age who agreed to participate, using the quantitative, descriptive method, using a Likert-type survey, validated by experts and a pilot test; This survey was made up of 10 items referring to sociodemographic characterization and 30 questions distributed evenly between the investigated moments, about acts that could be perceived as violent during the natural process of birth.

84% were not allowed to eat something during their labor and 92% were not allowed to choose the position to give birth, acts that undoubtedly reflect a violation of their rights and even when they express disagreement for them, most do not they perceive as obstetric violence but as routine, naturalized and legitimate acts. Therefore, it is expected that little by little, both health personnel and users will be sensitized on this important issue, allowing the entry of humanized birth, contributing to the improvement of the quality of care provided.

Keywords: obstetric violence, perception of violence, humanized birth, gender violence.

INTRODUCCIÓN

Los sujetos en sus inter relaciones con el “otro” y desde sus subjetividades, construyen Representaciones Sociales (RS); información que va siendo adaptada desde el exterior de cada persona hacia su mundo interior, transformándola en nuevo conocimiento y experiencias que le servirán de fundamento en su diario vivir, dentro del contexto social al que pertenece.

“Vale la pena aclarar, que la interiorización que cada persona realiza del objeto, no es una copia del exterior, sino que es una adaptación propia, de acuerdo a su personalidad, procesos de socialización y experiencias previas.” ⁽¹⁾ Uno de los elementos utilizados para generar las RS, son las Percepciones.

La percepción es el proceso de extracción de información o acumulación de la información usando los cinco sentidos fisiológicos: vista, oído, tacto, gusto y olfato. Transciende a la sensación en la medida en que la integra dándole significado y organización; es decir, interpreta, analiza y organiza los estímulos. De ahí que no sólo implica las actividades de los órganos sensoriales, sino también las del cerebro (Feldman) De acuerdo con León Mann la percepción interpersonal está influenciada por procesos subjetivos: actitudes, emociones, deseos, intenciones y sentimientos. Al observar se evalúa atribuyendo responsabilidades, emitiendo juicios del deber ser y hacer a las personas sobre sus actos o apariencia ⁽²⁾

Por lo tanto, se puede decir que las percepciones de un sujeto en torno a determinada situación, están influenciadas por su biografía personal o historia familiar, por su contexto sociocultural, por la escolaridad alcanzada y por el ambiente grupal o interacciones que se desarrollan al interior del espacio donde percibe.

Uno de los espacios donde se elaboran diferentes percepciones por parte de las mujeres gestantes, es el de ginecología y obstetricia en las instituciones de salud, dado que el trato que reciben del personal que les asiste durante el trabajo de parto, parto y puerperio, en muchas ocasiones genera la llamada “violencia obstétrica”. Actualmente es un tema de discusión importante entre las diferentes disciplinas de la salud y ciencias sociales, teniendo en cuenta que cualquier tipo de agresión hacia el género femenino es inaceptable e indeseable sin importar las circunstancias. De esta manera, las diferentes organizaciones de la salud, entre ellas la OMS, han buscado poder modificar el modelo existente para la atención durante estos cruciales momentos.

La violencia obstétrica, es “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (3).

Con el propósito de evitarla, debe tenerse presente la idea de que “El parto es un evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud y para evaluar esta calidad se debe tener en cuenta no solo la asistencia médica y el aspecto fisiológico, sino también identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante, brindarle apoyo emocional, darle poder de decisión y garantizar autonomía y privacidad para que la gestante tenga una vivencia satisfactoria” (4)

Teniendo en cuenta la importancia que reviste éste tema, la presente investigación buscó establecer dichas percepciones mediante un estudio cuantitativo, exploratorio descriptivo, de corte transversal, en la institución de salud de Nivel I del municipio de Suarez Cauca en el período 2018. Se utilizó como instrumento una encuesta tipo Likert aplicada a usuarias del servicio. El estudio fue llevado a

cabo por una estudiante de décimo semestre del programa de enfermería de la Universidad Santiago de Cali.

Los resultados de la presente investigación fueron presentados a la institución de salud ESE Norte I sede Suarez, esperando sean de utilidad en la formación del talento humano a su servicio, la planificación y estructuración de procesos administrativos que beneficien a las usuarias y sus familias. Igualmente se dieron a conocer en el programa de Enfermería para sensibilización de los estudiantes en formación y apoyo al plan de fortalecimiento del mismo; siendo divulgados con el debido protocolo de respeto por la confidencialidad, en eventos científicos y de generación de nuevo conocimiento pertinentes, beneficiando también a otras instituciones de salud y a la comunidad en general.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La violencia obstétrica entendida como forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, se configura en las conductas de acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio ⁽⁵⁾.

“Esta forma de violencia contra la mujer ha sido invisible por factores sociales de aceptación como conductas propias de las relaciones de subordinación en la relación médico o personal de salud tratante - paciente; sin embargo, el llamado de la comunidad internacional ha alertado frente a la necesidad de intervención y prevención de este tipo de conductas” ⁽⁵⁾

“Según OMS, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios”⁽⁵⁾.

“Al no reconocerse la violencia ginecobstétrica como formas de violencia contra la mujer, no existen datos precisos frente a la población víctima y grados de afectación; sin embargo, son conductas frecuentes que se han venido denunciando incipientemente por el desconocimiento de la trascendencia y ámbito de protección”⁽⁵⁾

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN COLOMBIA

La atención en salud en Colombia, es un modelo industrializado permitido por la ley 100 de 1993, por consiguiente la atención a grupos “vulnerables”, como las gestantes, parturientas, esta permeado por “diferentes discursos y relaciones de poder materializados en un tipo de violencia doble: La ejercida sobre las mujeres por su relación de subordinación en base al género y la que se deriva del saber-poder del acto médico e institucional”.⁽⁶⁾

Esta violencia particularmente invisibilizada por sus actores, hace que cuando las pacientes egresan de la institución, lo hacen agradecidas y convencidas de que todo cuanto vivieron, experimentaron fue por su bienestar y el de su bebe, aun cuando en ese momento se sintieran humilladas, ultrajadas, infantilizadas o ignoradas, tratadas no como un ser integral sino como un ser funcional que debe responder si o si para obtener el objetivo trazado.⁽⁶⁾

En Colombia, la violencia obstétrica es un tema invisibilizado, pero autorizado y legal a pesar de la existencia de un proyecto de ley pero que paradójicamente dicha invisibilización no es solo por parte del cuerpo médico y enfermería sino también de las mujeres que buscan la ayuda del equipo de salud.⁽⁷⁾

La federación colombiana de obstetricia y ginecología realizo un artículo de reflexión alusiva a las diferencias observadas frente a la calidad de la atención

durante el proceso de parto, sugiriendo que para evaluar la calidad de la atención brindada durante el trabajo de parto y parto se tomen como criterios “identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional, darle poder de decisión, garantizando su autonomía y privacidad”.⁽⁸⁾

“La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio”⁽⁹⁾

El problema que se expresa acerca de las mujeres que sufren de violencia obstétrica es debido a que a las pacientes se les realizan procedimientos sin previo conocimiento informado y así mismo deshumanizado en donde las afectadas denuncian que se les obstaculiza el apego al recién nacido sin ellas poder objetar por la posición de vulnerabilidad en la que están, además se sufre discriminación por parte del personal, sobre todo para gestantes tardías y adolescentes volviendo aún peor esta situación, al sufrir un gran trauma psicológico por todo el proceso que ha debido pasar, lo que podría llevar a la depresión post parto.

El embarazo y el parto son procesos que traen consigo cambios en la fisiología y psicología de la mujer, que pueden significar un proceso traumatizante si no está bien tratado por el personal de salud que la asiste y más aún si no existe un acompañamiento familiar; es necesario enfatizar que si la madre es primeriza puede considerarse un proceso todavía más significativo; se enfrentará a momentos nunca antes vividos, envueltos en expectativas y sensaciones nuevas, dejando huella en la vida de la madre.

La forma como la mujer recuerde su embarazo, su trabajo de parto, su parto y su puerperio depende de que tan gratificante o traumático haya sido, de la actitud que las personas a su alrededor mostraron, especialmente el equipo de salud. Lo ideal es que la experiencia sea natural, sin apuros y con total armonía.

1.1.1 Antecedentes históricos.

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, con la Revolución Industrial y en función de las transformaciones a nivel político, económico y tecnológico que proponía, comienza una tendencia impulsada por parte de la medicina para institucionalizar los partos e intervenir sobre los nacimientos. Abandonándose así el espacio doméstico y trasladándose a los hospitales, desencadenando un proceso de expropiación del parto que lo tecnocratiza y medicaliza ⁽³⁾.

Si bien el discurso médico justificó la institucionalización del parto planteando la necesidad de protección de aquellos casos patológicos y la disminución de la morbimortalidad materno infantil, esto tuvo como resultado la institucionalización de todas las mujeres embarazadas, más allá de que su embarazo no fuese riesgoso, lo que llevó a tratarlo como una enfermedad y no como un proceso natural ⁽³⁾.

Si bien no se reconoce en qué momento se da inicio al proceso de parto humanizado, la Organización internacional del trabajo en el 2009 en su estudio sobre la necesidad de obreros sanos en las empresas refiere el tratamiento de parto como una parte fundamental del desarrollo de la economía, no obstante, se conoce a través de la historia de las civilizaciones el gran interés por la atención

del parto, como una de las formas de supervivencia a la raza humana que ha estado a su vez llena de mitos y tabúes ⁽¹⁰⁾.

A partir de las culturas en donde se ha desarrollado el proceso de parto como algo complejo son las mujeres las que han desempeñado un papel fundamental pues son estas las que de una u otra manera se han ocupado del nacimiento de los niños, sin que exista un registro complejo sobre la situación dada. ⁽¹¹⁾

La cultura china ha logrado describir desde tiempos inmemorables qué cuidados debe tener la parturienta, evitando entonces el ejercicio extremo y algunas bebidas, no obstante, ya con la aparición de la cultura Indo, que propende por el cuidado integral de la mujer en todos los aspectos se dan los primeros brochazos acerca del parto humanizado. ⁽¹²⁾

Como referente de la atención especial hacia la parturienta, Bellantine ⁽¹³⁾ afirma que en el momento en el que se realizaba el avistamiento del parto, la familia bendecía a la madre, se hacía el reconocimiento de la felicidad de los padres y cuando la parturienta estaba en el séptimo u octavo mes de embarazo entonces se reconocía a la partera que asistiría el parto, la partera a su vez escogía una persona de la familia a quien le era explicado el procedimiento, con el fin de demostrar la poca utilidad que tendría entonces un médico, en el momento que ella decidía encargarse completamente de la situación; dos meses antes la partera revisaba detalladamente a la parturienta y le hacía recomendaciones claras sobre cómo debería mantener los cuidados momentos antes del parto a fin de tener un parto completamente sano y un niño en las mismas condiciones.

En la revisión de la cultura latinoamericana, en especial la cultura mexicana, se encuentra que en la antigüedad existía una creencia mitológica, que permeaba el desarrollo del parto, y la fiel creencia de que los problemas en el parto o las

muerdes al nacimiento eran producidos por un ser mítico que produce reacciones positivas o adversas en el momento del parto, y que propende entonces por el cuidado de la parturienta y del hijo nacido o muerto ⁽¹⁴⁾.

Ya para la época colonial, se encuentra el problema de la poligamia, abortos e infanticidios, bastante recurrentes en el territorio latinoamericano, debido principalmente a los pocos lineamientos que estaban establecidos en las relaciones de pareja ⁽¹⁵⁾

En el año de 1840 se establece un reglamento particular de la enseñanza médica, en donde se consideraba como fundamental el curso sobre la atención del parto, no obstante y reconociendo la situación del momento las parteras tenían unas condiciones especiales que se encuentra contextualizadas con el matrimonio, y el patriarcado, ya en el año de 1887 se establecen los parámetros que deben seguir las personas que asisten un parto, pensando especialmente en el cuidado de las madres, como parte fundamental del desarrollo de una sociedad, a partir de todas estas situaciones nace entonces la necesidad de implementar una buena cantidad de manuales entre los cuales se reconoce el “apuntes sobre puericultura intrauterina” ⁽¹³⁾

A partir de estas formas de educación hacia la partera se concibe entonces la revolución de las condiciones en las que se debe presentar el parto, y los implementos que se usan en los mismos, es decir existe desde ese punto la posibilidad de brindar una mejor situación para las mujeres y para los niños recién nacidos, situación que propende por un mejor futuro para los mismos y la prevención de enfermedades.

Una de las primeras razones por las cuales se ha deshumanizado la atención en salud, ha sido el gran impacto de las nuevas tecnologías y novedosos métodos de

diagnóstico, que según Cole han venido alterando la relación entre el profesional de salud y el paciente. El argumento frente a esta razón, radica en que las nuevas tecnologías han logrado la formación de especialistas sumamente especializados, pero en muchos casos incompetentes, que se centran en el tratamiento de enfermedades y curación de estas, pero no la atención de pacientes entendidos como seres humanos, como lo es el caso de las mujeres embarazadas quienes se encuentran en un proceso médico guiado y apoyado ⁽¹⁶⁾

1.1.2 Situación actual

A partir de la declaración de las Naciones Unidas en lo que respecta a los objetivos del milenio, se comprende como uno de estos la humanización total del parto, pues se dictamina uno de estos como “mejorar la salud materna”, a partir de la disminución de la muerte materna en las tres cuartas partes en el periodo que se comprende entre 1990 – 2015 ⁽¹⁷⁾

A partir de este propósito se define para el año 2014 el cumplimiento de la meta en un 85%, donde solo se dan 344 muertes maternas tempranas. Esta situación se corrobora en el boletín epidemiológico del Instituto nacional de salud en donde las muertes promedio llegaron a ser solo de 6,0 muertes por semana, siendo el objetivo principal 6,5 muertes ⁽¹⁸⁾ demostrando entonces las mejoras a partir de la intención gubernamental de mejoras.

Ahora bien, en la situación inmediatamente futura se propende por una reducción de la mortalidad materna que se registró para el año de 2010 en un 75% ⁽¹⁹⁾ es decir llegar a muertes maternas 24 de cada cien mil nacidos vivos, para el logro de este objetivo se inicia con la disminución de la desigualdad en la prestación del servicio de salud que incide directamente en el mayor riesgo de muerte materna, extremando medidas en las menores de 14 años y en las mujeres mayores a los

35 años, en mujeres del área rural comprendiendo como un factor determinante la distancia que separa a los servicios médicos de la población, de igual manera se busca mejorar las condiciones en las mujeres que tienen un servicio de salud subsidiado y aquellas que cuentan con una escasa o nula escolaridad.

El enfoque de la mejora de atención se da para los departamentos de Choco, Putumayo y la Guajira, pues el índice de mortalidad en estos departamentos llega a cifras realmente altas ⁽¹⁶⁾ (300 muertes por cada mil nacidos).

A partir de esto se evidencia la intención del estado por la mejora continua de la prestación del servicio de salud todo con el fin de disminuir muertes y brindarle a parturienta una atención especializada y conforme a sus necesidades afectivas y físicas.

La violencia ginecobstétrica es un tipo de violencia muy sutil, considerada como violencia de género, donde las mujeres pasan a ser un pasivo durante el parto, donde no se les explica lo concerniente a su condición de salud, se le realizan maniobras sin su consentimiento, son consideradas como objetos de estudio convirtiendo esta experiencia tan maravillosa y enriquecedora en una de las más traumáticas de su vida.

Teniendo en cuenta todos los anteriores antecedentes, surge la pregunta:

1.1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones sobre violencia obstétrica de las mujeres durante su trabajo de parto, parto y puerperio en la institución ESE norte I sede Suarez, periodo 2018?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer las percepciones sobre violencia obstétrica de las mujeres durante su trabajo de parto, parto y puerperio en la institución ESE norte I sede Suarez, periodo 2018

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población a estudio.
- Identificar las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto
- Identificar las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el parto
- Identificar las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el puerperio.
- Establecer la relación entre las acciones percibidas y algunas variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, etnia, ocupación, procedencia y régimen de seguridad social)

3. JUSTIFICACIÓN

“Para cambiar el mundo es preciso cambiar la forma de nacer”, Michel Odent, obstetra.

“El nacimiento humanizado significa entender que el enfoque de los servicios de maternidad es la atención primaria en pro del beneficio y satisfacción de los pacientes. El parto humanizado es tarea de parteros tradicionales y oficiales, enfermeras y doctores trabajando juntos en armonía. El parto humanizado significa servicios de maternidad que se basan en una buena evidencia científica, incluyendo el uso de tecnología y medicamentos con consentimiento, pero también de calidad humana” ⁽²⁰⁾

El quinto objetivo del milenio es mejorar la salud materna, y estudios al 2014 mostraron una reducción en la mortalidad materna a nivel mundial en un 45%, así mismo un aumento del 71% en los partos institucionalizados y es precisamente en las instituciones de salud donde se perciben actividades como el parto rutinizado ⁽²¹⁾ el tacto vaginal por diferentes personas del personal de salud, la maniobra de kristeller considerada como un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, el hecho de que durante todo este proceso no pueda decidir quién o quienes estén con ella para brindarle apoyo emocional, físico y espiritual.

La deshumanización de las pacientes obstétricas surge como una forma en la que el paciente pierde su autonomía y la oportunidad de regular su propia salud, por lo tanto, desde el siglo pasado Lupton, plantea la idea de una “humanización” y comienza a hablarse del parto humanizado ⁽²²⁾ situación en la que se construye una relación de poder de doble vía entre el médico y el paciente. Esta relación permite que la mujer que se encuentra embarazada sea capaz de exigir la mejor calidad del servicio médico y sea guiada de una manera humana, integral y

acertada con el estado en el que se encuentra, esto significa que la mujer que está dando a luz está en la autonomía del control propio, y no solamente es el personal de salud, quien está tomando las decisiones sobre lo que sucederá ⁽³⁾

La OMS recomienda para que el parto sea considerado algo natural, se debe conocer con anterioridad al personal que le prestará acompañamiento el día del parto, el apoyo afectivo, el derecho a la intimidad e integridad, explicar todo cuanto sea posible y de forma clara, permitir el contacto piel a piel del binomio madre e hijo, y el acompañamiento de una familiar que brinde el apoyo psicológico suficiente, la libertad en posición y movimientos durante todo el parto, el uso de guantes estériles para la realización del tacto, entre otras ⁽²³⁾

Debido a esta gran problemática se han llevado a cabo diferentes campañas para fomentar la humanización del parto y la reducción de cesáreas, para este se han diseñado guías prácticas clínicas para la realización de una intervención educativa hacia los profesionales de la salud para mejorar la asistencia ofrecida, donde también se le devuelve a las mujeres la autonomía en la toma de decisiones y se les garantiza la seguridad materno-fetal, así se obtiene una reducción de las tasas de cesáreas y sus complicaciones y se mejora la satisfacción materna y el bienestar de la madre y el recién nacido.

Colombia es un país pluri-étnico, por lo tanto, pluricultural y dentro de su legislación se están iniciando las normatividades que definan y tipifiquen la violencia obstétrica, aun cuando muchas usuarias y sus familiares perciben ser maltratados durante el trabajo de parto, parto y puerperio e irrespetada su cultura en los servicios de salud.⁵

Los beneficios del presente proyecto al dar a conocer sus resultados, serán para las instituciones de salud, en pro de mantener y/o mejorar desde lo humano,

técnico-científico y administrativo los servicios que prestan; para el personal de salud especialmente de enfermería, ya que a partir de la identificación de los métodos y técnicas más usadas en los centros asistenciales como las descritas en éste estudio, que en muchos casos implican la violencia obstétrica en su atención, se sensibilicen y logren ir disminuyendo la presencia de estas prácticas, teniendo en cuenta además la gran cantidad de pacientes que requieren de su servicio. Será de utilidad también para las mujeres gestantes, quienes pueden reconocer y hacer valer sus derechos en la atención especializada, y las condiciones en las que deben ser atendidas.

Beneficiándose también el Programa de Enfermería al obtener elementos para su plan de fortalecimiento, con la producción intelectual que puede resultar en publicaciones acerca del tema, poco tratado en Colombia.

“Luchar por un embarazo y parto respetado es reivindicar la autonomía corporal femenina, la capacidad de decidir y de sentir de las mujeres y transformar lo personal en político”⁽²⁴⁾

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1. Parto humanizado.

El doctor Sergio Martin Velazco Alva, ginecólogo del hospital María José Roma de México, define el parto humanizado como aquel parto donde los protagonistas son el binomio madre e hijo, donde la madre es informada de todo cuanto suceda, además de ser respetada la opinión en cuanto a posición para parir, si quiere o no medicación para el dolor, si quiere acompañamiento o no durante el trabajo de parto y parto, donde el equipo de salud brinda con seguridad apoyo emocional y todas las condiciones favorables para mantener y sostener ese estrecho vínculo entre madre e hijo ⁽²³⁾.

En el artículo publicado en la web por el médico especialista argentino Dr. Burgos, realiza un análisis de las recomendaciones que plantea la OMS para que sea llevado a cabo el parto humanizado donde cada uno de estos propuestos tiene como principio fundamental la conservación de los derechos de la gestante y la criatura que está por nacer ya que el parto es un proceso natural e instintivo por lo tanto el trato que recibe la mujer durante el embarazo y el trabajo de parto condiciona el progreso del mismo. ⁽²⁴⁾

Por lo tanto, los aspectos a considerar son:

- Un ambiente y entorno apropiado.
- Libertad de expresión.
- Libertad de movimiento y posturas para la etapa expulsiva.
- Respeto en la atención asistencial y profesional.

- Realizar un abordaje del dolor acorde a procedimientos naturales.
- Perpetuar, afianzar ese vínculo madre e hijo, no separándolos abruptamente tras el nacimiento.

El parto y el nacimiento humanizado, se fundamenta en la valoración del mundo afectivo – emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija(o) y la libertad de las mujeres o parejas para tomar decisiones sobre donde, como y con quien parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia.

Lo opuesto es el proceso de medicalización habitual en el que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no consideran las diferencias y especificidades individuales, transformando en violentas las actitudes asistenciales. ⁽²²⁾

4.1.2. Modelo Innovador: Cuidado humanizado real a la mujer que se encuentra en proceso de parto.

El proceso de parto trae a la mujer sentimientos encontrados, ya que le da alegría por la ilusión del nuevo ser que trae en su vientre y está a poco tiempo de conocer, como también el temor a lo desconocido, el dolor en sí del trabajo de parto, los procedimientos a los que debe ser sometida, las posiciones, los medicamentos, es por eso por lo que esta experiencia deje una huella psicológica traumática en la mujer. Es por eso por lo que el cuidado humanizado real permea una relación de humano a humano, este cuidado se enfoca en suplir al máximo las necesidades integrales de la mujer, visualizándola de una manera holística, completa.

En este artículo los autores realizaron una investigación en diferentes servicios de salud con el objeto de describir el actual cuidado a la mujer durante esta etapa, donde al realizar el análisis descubrieron la vital importancia de re direccionar la intervención de enfermería en este proceso, por lo que los autores proponen un modelo donde prima la comunicación asertiva, la confianza, la empatía, lo terapéutico al igual que la interacción con la paciente.

Proponen entonces para ello, ejecutar dicho modelo en 2 fases, la primera por medio de capacitación al personal respecto a este modelo de cuidado, fomentando la visión holística al profesional de enfermería con el objeto de que enfermería logre abolir el parto rutinario.

La segunda fase ya aplicando y articulando todos los conocimientos, para brindar ese cuidado humanizado, ejecutando actividades en pro de información, para dar respuestas a las dudas de la paciente, enseñando las técnicas de relajación, como pujar, masajes, contemplando a esa mujer en trabajo de parto, como un ser especial capaz de dar vida, poniéndose en el lugar de la paciente, para que en toda actividad que se realice encaminada a brindar ese cuidado, sea permeada por la humanización. ⁽²³⁾

4.1.3. Violencia Obstétrica

La violencia obstétrica entendida como forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, se configura en las conductas de acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio ⁽⁵⁾

Esta forma de violencia contra la mujer ha sido invisible por factores sociales de aceptación como conductas propias de las relaciones de subordinación en la relación médico o personal de salud tratante - paciente; sin embargo, el llamado de la comunidad internacional ha alertado frente a la necesidad de intervención y prevención de este tipo de conductas. ⁽⁵⁾

Según OMS, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. ⁽⁵⁾

Dentro de estos informes, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.

“En consecuencia, se hace un llamado a garantizar un servicio de salud basado en el trato digno y humanizado de los procesos de atención del parto, la OMS reafirma que, todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”. ⁽⁵⁾.

La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia promulgada en el 2007 en Venezuela, en el artículo 15, numeral 13, define la violencia obstétrica como todo acto que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, no respetada en sus creencias, el hecho de obligar a una mujer en trabajo de parto a estar anclada a una cama dentro de los hospitales. ⁽²⁴⁾

En Colombia ya existe un Proyecto de Ley que va a normatizar como maltrato estos actos, de la misma manera que se está haciendo en Perú, Argentina y Venezuela.

No brindar un parto totalmente humanizado en los servicios de salud es un tipo de violencia obstétrica y por ende también lo es de género, al no permitir el apego precoz del recién nacido con su madre, sin que haya una razón que justifique científicamente el negarle la posibilidad de cargarlo en sus brazos y amantarlo inmediatamente después de nacer.

4.1.3.1. Violencia obstétrica: la herida invisible del parto

Este artículo publicado por la fundación por una Colombia libre de violencia, narra las experiencias vividas durante el embarazo y en especial durante el trabajo de parto tanto con parteras como en los centros de atención de la salud de varias mujeres que definen sus experiencias vividas como algo traumático, como “violencia obstétrica”, basándose en la única definición oficial que existe y que la hace la ley de Venezuela, quien es el primer país latinoamericano en penalizar este tipo de abusos.

Definiendo entonces la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte de los prestadores de la salud. El

trato jerárquico deshumanizador, el abuso de medicalización y la patologización del proceso natural de gestar y parir ⁽²⁵⁾.

El artículo realizado por Gonzalo Leiva, magister en administración en salud y académico de la universidad de Santiago (Chile) dice que el acto de traer al mundo un bebe, en los servicios de salud es una violencia de género invisibilizada, ya que esto se practica como un procedimiento estándar, algo ya mecanizado que hace que se pierda el sentido humano, las intervenciones que se realizan, se concentran solo en lo técnico y por los afanes, el servicio de salud acelera los procesos fisiológicos y espontáneos.

En caso de Argentina el concepto de violencia obstétrica fue incluido en 2009 en el artículo 6 de la ley 26.485 de “protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres” ⁽²⁶⁾.

Frente a estos dos países latinoamericanos, Colombia esta atrás porque este tipo de comportamientos en salud aún no han sido tipificados dentro de la jurisprudencia.

4.1.3.2. La violación al deber objetivo de cuidado en el acto ginecobstétrico.

En este artículo las señoras María de los Ángeles meza y Olga Janeth Cubides M abogadas de la organización SCARE dan una ilustración sobre la responsabilidad penal de los actores en salud, aun cuando en Colombia no hay una ley específica contra la violencia y la deshumanización ginecobstétrica, pero si resoluciones y decretos que protocolizan la detección temprana de las alteraciones del embarazo, su seguimiento y tratamiento, todo esto en su conjunto recibe el nombre de ley ARTIS (que es el estricto cumplimiento de las normas , protocolos dispuestos por la ciencia médica). Por lo anterior entonces se comprende que la ignorancia de la

ley no es excusa, el personal de salud debe velar por el buen manejo de la salud de las pacientes, de forma holística y el cumplimiento de dichas normas que regulan la atención.

4.1.3.3. Violencia obstétrica, un abuso invisible.

Este artículo publicado por la fundación “POR UNA COLOMBIA LIBRE DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER” define esta violencia como todo acto de agresión durante la atención institucional del parto, que va desde las burlas, los regaños, las ironías, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y otras más acciones que constituyen violación de derechos humanos, sexuales y reproductivos contra la mujer, ya que en Colombia no existe una ley que sancione o tipifique estos actos por parte del personal médico en contra de la mujer durante su trabajo de parto y parto quedando así a un lado porque las mujeres que la padecen no lo denuncian , siendo entonces en Latinoamérica los pioneros en contra de este Argentina, México y Venezuela debido a que son numerosos los casos registrados.

También encontramos en este artículo una luz de esperanza en nuestro país, a través de una fundación creada en Bucaramanga que realiza acciones en pro de la visibilización de esta violencia. La fundación Camino claro fundada en el 2010 por la Psicóloga Liliana Castro Morato con el lema “**Gestar, Parir, Nacer y Criar Transforma el mundo**” su fundadora especifica que cuando se creó desconocían por completo el termino violencia obstétrica, pero durante investigaciones realizadas durante experiencias vividas por mujeres colombianas durante el parto donde manifestaron haber sentido mal trato de una u otra forma y revisando los marcos legales de otros países, es entonces donde asegura que “Las mujeres desconocen la existencia de este tipo de violencia, porque nadie les enseña cómo debería ser un parto normal y por ende estas mujeres están pariendo solas o en

cautiverio, debido a esto sufren un trauma obstétrico y deciden no tener más hijos”, “las mujeres no son objeto de practica medica sino sujetos de derecho.”

Asegura también la psicóloga que dentro de este tipo de abusos se encuentra muy seguido y notorio el psicológico al realizar comentarios irónicos, burlescos, en el momento de manifestar dolor y su sentir; “en el país existe la violencia obstétrica, aunque no es legalmente visible como un tipo de violencia de género”.

4.1.3.4 Parto humanizado

En el artículo de la revista Carta de la salud de la Fundación Valle del Lili numero 193 escrito por el Ginecoobstetra Álvaro Nieto y la Ginecoobstetra y especialista en cuidado intensivo María Fernanda Escobar hacen referencia a la humanización del parto como la forma de cuidar de la gestante y a su familia no solo durante el trabajo de parto, sino también durante el parto y el post parto, poniendo así a la mujer gestante como el centro del acontecimiento, permitiendo que sea ella quien tome las decisiones y el equipo de salud asumiendo el gran reto de identificar y plasmar un efecto positivo sobre esta maravillosa experiencia.

Recomienda entonces brindar una extensa educación tanto a la gestante y su familia como la actualización constante al personal de salud, el personal de salud debe ser idóneo con calidez y trato humano, que induzca a la participación de la paciente, que se le de valor y respeto a sus creencias ancestrales y culturales, que todo no termine en la salida de la paciente de la institución de salud, sino que por el contrario se le realice un seguimiento personalizado al grupo familiar.

Una de las estrategias y ya utilizada en la Fundación es la creación de salas TPR, que significa trabajo de parto y recuperación, esta adecuación genera un impacto

en la paciente de seguridad, confort, continuidad en el proceso ya que la mujer no deberá trasladarse de sala y con el acompañante que ella decida podrán tener contacto inmediato con el recién nacido, fomentando el apego y la lactancia materna inmediata, siempre y cuando no hayan complicaciones haciendo entonces de la experiencia del parto lo que verdaderamente es, un proceso natural universal pero a la vez un momento único para la paciente garantizando la seguridad y el disfrute de ese momento.

4.1.3.5 Historias de vida: método cualitativo

Esta tesis de maestría realizada por Katia Susana Hernández Moreno muestra un compendio de diferentes autores donde cada uno define desde su punto de vista lo que es, lo que caracteriza y lo que se necesita para realizar una historia de vida dentro de la modalidad investigativa.

“Historia de vida es el estudio de caso referido a una persona determinada, que comprende no solo su relato de vida sino cualquier otro tipo de información o documentación adicional que permita la reconstrucción de la forma más exhaustiva y objetiva posible” ⁽²⁷⁾, requiriendo de materiales complementarios como fotografías, documentos que prueben la veracidad de lo expuesto.

Esta metodología se apoya fundamentalmente en el relato del autor o los autores de determinada situación a la que el individuo estuvo expuesto, no obstante, puede haber omisiones voluntarias o involuntarias.

Según Ángel Arjona Garrido la historia de vida tiene tres partes ⁽²⁸⁾, una donde se indaga lo biológico y lo social/cultural, otra los eventos que hayan marcado su

naturaleza, lo habitual y otro los sucesos de adaptación y desarrollo que haya tenido en el proceso vivencial.

Concluye Katia Susana que la elaboración de historia de vida es uno de los medios que más nos permite acercarnos al devenir del individuo obteniendo la información directa de una manera contextual y cronológica.

4.1.3.6 Violencia en el Embarazo, Parto y post parto

Este artículo recompila diferentes conceptos desde la perspectiva de la psicología, donde enfatiza la importancia de la percepción de la mujer tanto de su embarazo como de su trabajo de parto y parto, al igual que la importancia de las primeras horas de vida del neonato.

Igualmente articula la violencia obstétrica con la violencia de género, argumentando que “La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, implica muchas manifestaciones y es ejercida generalmente por el personal de salud (aunque también por otros miembros de la sociedad) hacia mujeres embarazadas.”⁽²⁹⁾ “Es una violencia invisible, en la medida en que es ejercida y se considera normal”⁽²⁹⁾.

Este estudio define los actos más comunes constituidos como violentos contra la mujer y el neonato durante el parto y post parto.

- ✓ Obligar a la mujer a parir en posición supina o en decúbito dorsal levantando las piernas, esta es una posición que brinda comodidad al personal de salud que atiende el parto mas no para la parturienta.

- ✓ Cesáreas innecesarias.
- ✓ Inducción innecesaria al parto a través de la oxitocina artificial, ya que el organismo produce esta hormona y el hecho de recibirla artificialmente lo que hace es interferir los procesos naturales como las respuestas innatas, el apego, la empatía, además de las contracciones excesivamente dolorosas, el sufrimiento fetal y el agotamiento prematuro de la madre.
- ✓ Múltiples tactos vaginales ejercidos por diferentes personas y sin previo consentimiento de la usuaria.
- ✓ Ruptura de las membranas por parte del médico.
- ✓ Aislamiento ya que no permiten que ella este acompañada por la persona que ella decida en el proceso.
- ✓ Episiotomía, puesto que este corte es realizado para agilizar el parto, implicando posibles infecciones, además de afectar la sexualidad de la mujer.
- ✓ Gritarle y amenazarle.
- ✓ No tener en cuenta su opinión, su cultura.
- ✓ Crueldad verbal.
- ✓ No referirse a ella por su nombre.
- ✓ No escuchar sus preguntas, no explicarle claramente su situación para disminuir sus niveles de estrés e incertidumbre.
- ✓ Esterilización forzada.
- ✓ Corte temprano del cordón umbilical. ⁽²⁷⁾

4.1.4. Teorista de Enfermería

4.1.4.1. KRISTEN M SWANSON (Teoría de los cuidados)

Nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island. Se licenció en la Universidad de Rhode Island School of Nursing, en 1975. Posteriormente comenzó su carrera como enfermera en el University Massachusetts Medical Center. De ahí continúa sus estudios de posgrado en el Programa de Enfermería de la Salud y de la Enfermedad de Adultos en la Universidad de Pennsylvania.

Tras recibir un Máster en Enfermería en 1978, Swanson trabajó durante un año como instructora clínica de enfermería medico quirúrgica en la University of Pennsylvania School of Nursing y, posteriormente, se matriculó en el programa de doctorado en enfermería en la Universidad de Colorado, en Denver, donde estudió enfermería psicosocial haciendo hincapié en la exploración de los conceptos de pérdida, estrés, adaptación, relaciones interpersonales, persona y ser persona, entorno y cuidados. Tras doctorarse en ciencias de enfermería, Swanson solicitó y obtuvo una beca posdoctoral, otorgada individualmente por el National Research Service del National Center Research, que completó bajo la dirección de la Dra. Katheryn E. Barnard en la Universidad de Washington, en Seattle.

Esta investigación es basada en la teoría de Swanson ya que ella postuló en su teoría de los cuidados de una manera empírica de una investigación fenomenológica que independientemente de los años de experiencia que tenga una enfermera los cuidados se dan de forma secuencialmente en respuesta a cada necesidad y deben ir enfocados respetando creencias, pero a la vez con conocimiento. Plantea la integralidad del cuidado a los pacientes, teniendo en cuenta una serie de criterios humanos muy importantes, como son sus creencias, sus aspectos biofísicos, sociales, económicos y políticos, que influyen en el

proceso de su bienestar, estos influyentes criterios, nos llevan a conocer mejor el ser y a su vez poder influir en la recuperación ya que las acciones propuestas llevan como objetivo promover el bienestar a otros de cuya relación y compromiso obtenemos satisfacción todos como seres humanos y en el ámbito profesional.

Swanson propone cuatro (4) conceptos del meta paradigma:

1. Persona
2. Cuidado
3. Salud
4. Entorno

De acuerdo con el modelo de Swanson debe haber una interacción con la persona cuidada en este caso la mujer embarazada y su familia durante todo el proceso, incluyendo el trabajo de parto y post parto hacia la que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, basada en el sentir y en el significado que tiene para el otro, basado en las siguientes acciones:

Estar con: que significa estar presente, mostrando una disponibilidad continua, estar ahí en el momento de la necesidad, estar emocionalmente con el otro, transmitir disposición y brindar acompañamiento sin abrumar al otro.

Hacer por: Implica brindar el cuidado que quisiéramos recibir nosotros mismos, hace referencia a ponerse en los zapatos del otro y anticiparse a dar respuesta a sus necesidades.

Posibilitar: Facilitar la capacidad del otro para participar del autocuidado, para ello se debe explicar, informar y permitir actuar de acuerdo con sus experiencias de vida, generando alternativas que conlleven al objetivo que es brindar un cuidado de calidad.

Mantener las creencias: Es sostener la fe y la capacidad del otro para aflorar su resiliencia, es mantener el respeto, ofrecer una actitud esperanzadora y brindar el apoyo hasta el final.

4.2. MARCO CONCEPTUAL

Violencia Obstétrica: “Toda conducta, acción u omisión que ejerza las personas naturales o jurídicas del sistema de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio” ⁽³⁰⁾

Humanización: Concepto propio de las ciencias sociales, humanización da cuenta de un proceso que se lleva a cabo por un tiempo determinado y que tiene como fin la conversión del sujeto u objeto en cuestión en algo más parecido a lo que se entiende normalmente por ser humano ⁽³¹⁾

Parto Humanizado: Parto Humanizado es una propuesta integral hacia la maternidad en todas sus etapas, desde el embarazo hasta el posparto. ⁽³²⁾. Es un método completo que abarca todo lo que debes saber, desde técnicas corporales y la preparación mental y emocional, hasta información que enriquecerá tu experiencia y empoderará la nueva fase de maternidad que comienza.

Violencia de Genero: “Todo acto de violencia que resulte o pueda tener como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”. ⁽³³⁾

Puerperio: “Es el período que se extiende desde el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta y sus membranas, hasta la regresión total de las modificaciones inducidas por el embarazo. Durante este período, que dura unas 6 semanas, los órganos genitales sufren una regresión al estado normal, aunque nunca igual al que existía antes del parto. El puerperio puede ser precoz, que incluye las primeras 24 horas de postparto o tardío, que va desde de 24 horas hasta los 40 días”.⁽³⁴⁾

Episiotomía: “Procedimiento quirúrgico que se realiza durante el parto. Consiste en realizar una pequeña incisión a nivel del perineo de la mujer para agrandar la abertura y facilitar la extracción del bebé. Esta técnica tiene como objetivo evitar una rotura traumática del perineo y evitar la degradación del esfínter anal”⁽³⁵⁾.

4.3. MARCO CONTEXTUAL

Construido por la corporación autónoma regional del cauca **CVC** en mayo de 1988 en virtud de la represa salvajina Ciro Molina López, ya que la comunidad no contaba sino con un puesto de salud atendido por una auxiliar de enfermería, mientras que los trabajadores y familiares de la compañía constructora DRAGADOS Y ASOCIADOS tenían su propio servicio de salud con médicos, la comunidad ejerció presión en cabeza de los líderes comunitarios y políticos Belarmino Torres, Rogerio Aponza, Alfonso Ramírez, Guillermo Ararat entre otros, llegando a un acuerdo como retribución a la comunidad, donar a la comunidad un hospital dotado. (Líder de la comunidad Evaristo Carabalí Lucumi)⁽³⁶⁾

Figura 1. Corporación autónoma regional del cauca



Actualmente en cabeza del gerente Jorge Virgilio Medina Ocoro y la Coordinadora Paula Karina Gómez, cuenta con 4 consultorios médicos, 1 consultorio de odontología, 1 sala de hospitalización adultos, 1 sala de observación pediátrica, 1 sala de partos, 1 laboratorio clínico, 1 sala de urgencias con 6 auxiliares de enfermería. Cuenta con los programas de promoción y prevención como planificación familiar, control prenatal y prevención del cáncer cervicouterino, así mismo cuenta con puesto de vacunación permanente, crecimiento y desarrollo, programa de HTA y Diabetes, tuberculosis y Hansen (Lepra).El punto de atención Suarez está ubicado en el barrio La Esperanza de la cabecera municipal. ⁽³⁶⁾

4.3.1. Misión

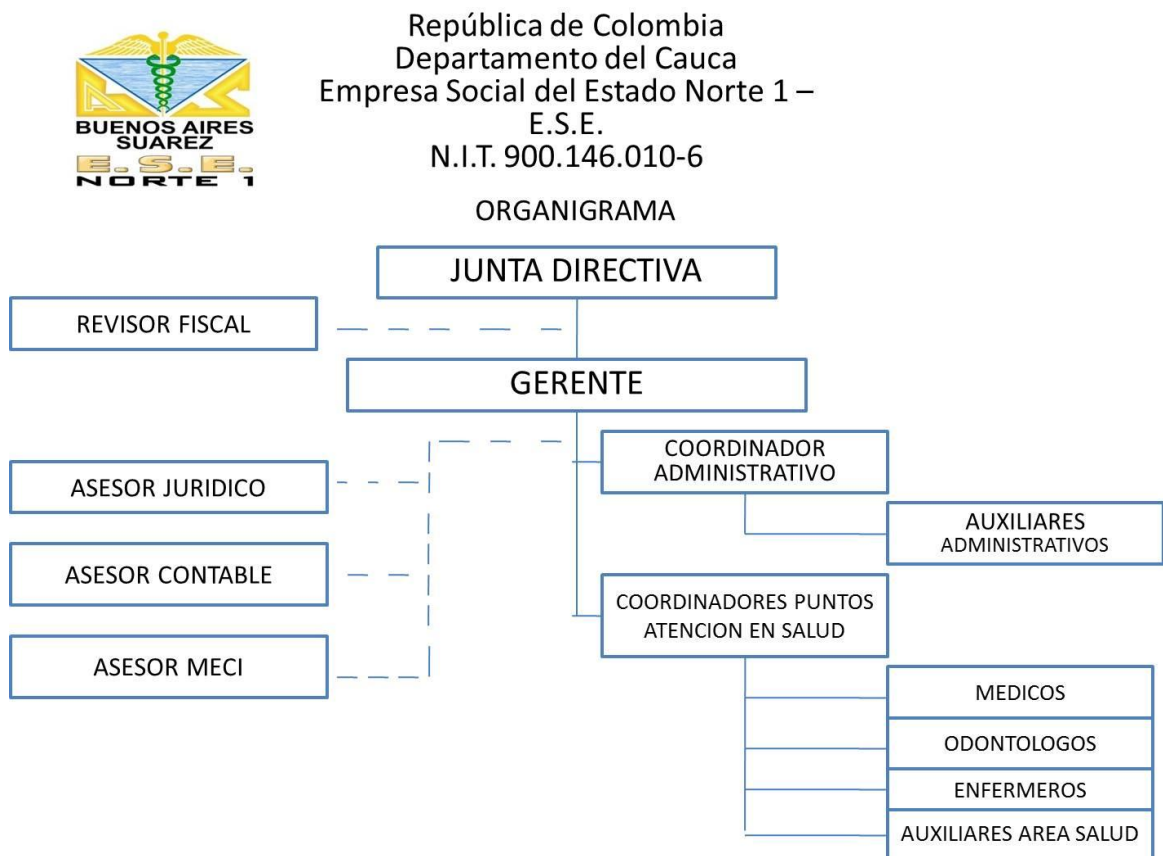
Ser una Empresa de carácter participativo y comunitario comprometida con el bienestar integral de los habitantes de los municipios de Buenos Aires y Suarez y sus zonas aledañas, generando una visión armónica de la salud física, mental y psicológica del individuo, su familia, la comunidad y su relación con el entorno: con el fin de que se haga participe en la prevención de los factores perjudiciales para su salud y de esta forma mejore la calidad de vida de la comunidad desde una óptica de salud integral. ⁽³⁷⁾

4.3.2. Visión

Ser para el año 2020 una Empresa Social del Estado de Nivel 1 líder en prestación de servicios de salud integral, que en el área de influencia, optimizando los servicios existentes con miras a mejorar las instalaciones y recursos de la institución, todo esto respetando las culturas y creencias de las diferentes etnias; sirviendo de modelo en atención en salud a todo el Departamento del Cauca. ⁽³⁷⁾

El marco contextual de Recurso Humano está dividido por sus diferentes características, expectativas, diferentes responsabilidades y roles dentro de la institución, los grupos son:

Figura 2. Organigrama



Cuenta con los siguientes servicios:

- Atención Ambulatoria; Urgencias y Consulta Externa
- Servicio de Hospitalización
- Servicio de Salud Oral
- Laboratorio Clínico
- Droguería
- Traslado Básico de Paciente por Vía Terrestre
- Protección Específica y Detección Temprana
- Apoyo a Instituciones y Procesos Comunitarios
- Imagen Diagnosticas

Suarez cuenta con una poblacion total de 18956 personas aproximadamente, de los cules el 23,5% viven en la cabecera municipal y el resto en la zona rural siendo prominente la cantidad de personas que se alojan en esta zona. Del total de la poblacion el 83% de la poblacion cuenta con un regimen de salud subsidiado, situacion que demuestra la baja de recursos que sufre la poblacion.

En lo que respecta a la natalidad, fallecen 4 niños por cada mil nacidos una cantidad baja con respecto a otros municipios, teniendo una tasa de mortalidad que se encuentra en el 38%, teniendo en cuenta que solo existe un tipo de ESE que se encuentra en el nivel I ⁽³⁸⁾

4.4. MARCO LEGAL

4.4.1. Ley 266 De 1996

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Capítulo 1: Del objeto y de los principios de la práctica profesional.

Artículo 1: Reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Artículo 2: Principios de la Práctica Profesional: Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

Integralidad: Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Comprende el entorno y las necesidades individuales

para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

Dialogicidad: Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual las mujeres expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas respecto al cuidado.

Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad cuando lo necesiten para mantener la salud y prevenir aquellos factores de riesgo que puedan comprometer la salud sexual de las mujeres.

Capítulo II. De La Naturaleza Y Ámbito Del Ejercicio

Artículo 3: Definición Y Propósito. La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; Ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

Artículo 4: Ámbito Del Ejercicio Profesional. El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

4.4.2. Ley 911 de 2004

TITULO 1: De los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería.

Capítulo 1: Declaración de principios y valores éticos

Artículo 1: El respeto a la vida , a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura,

condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

Artículo 2: Los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, orientaran la responsabilidad deontológica-profesional de la Enfermería en Colombia.

Capítulo 2: Del acto de cuidado de enfermería.

Artículo 3: El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

TITULO 2: Fundamentos deontológicos del ejercicio de la enfermería.

Capítulo 2: Condiciones para el ejercicio de la enfermería

Artículo 5: entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables del personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registros para el sistema de información,

transporte, comunicaciones, auditoría de servicios medidas de seguridad, que le permitan al profesional de enfermería actuar con una autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.

Artículo 6: El profesional de enfermería debe informar y solicitar el consentimiento a las mujeres que cumpliendo los criterios de inclusión desee participar del estudio, previo a la realización de encuesta, con el objeto de que

Conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación u oposición.

TITULO 3: Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica.

Capítulo 1: De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado.

Artículo 9: Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Así mismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica.

Artículo 10: El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Artículo 14: La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información, adoptará una

conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

Capítulo 3: De la responsabilidad del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad.

Artículo 24: Es deber del profesional de enfermería conocer la entidad en donde preste sus servicios, sus derechos y deberes, para trabajar con lealtad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, de la imagen profesional institucional.

Capítulo 4: De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia.

Artículo 29: En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

4.5. MARCO ETICO

4.5.1 MARCO ETICO INTERNACIONAL

4.5.1.1. Declaración de Helsinki

Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas en Seres Humanos.

4.5.1.2. Principios Generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13. Los grupos que están sub representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

Riesgos, costos y beneficios.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Grupos y Personas Vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos Científicos y Protocolos de Investigación.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información

pertinentes.

Comités de Ética de Investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

Privacidad y Confidencialidad.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento Informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

Inscripción y Publicación de la Investigación y Difusión de los Resultados

36. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

4.5.1.3. Principios Bioéticos.

Principio De Autonomía: La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

Reglas para tratar a las personas de manera autónoma:

1. Di la verdad.
2. Respeta la privacidad de otros
3. Protege la confidencialidad de la información.
4. Obtén consentimiento para las intervenciones a pacientes.
5. Cuando te lo pidan, ayuda a otros a tomar decisiones importantes. ⁽³⁹⁾

Tiene en cuenta la libertad y la responsabilidad del paciente que, bien informado, decide lo que es bueno para él. Cuanto más aguda es la enfermedad y más eficaz es su tratamiento, menos interviene en la práctica el principio de autonomía y más el de beneficencia, y cuanto más crónica es la enfermedad o más cuestionado esté su tratamiento, como ocurre en la situación de enfermedad terminal, más veces se reclama la autonomía. ⁽⁴⁰⁾

Principio De Beneficencia: es una exigencia y no una mera invitación a la acción, por ello es importante distinguir en qué circunstancias hacer el bien es una exigencia en el ámbito de la medicina. Antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos.

1. Protege y defiende los derechos de otros.
2. Previene el daño que pueda ocurrir a otros.
3. Quita las condiciones que causarán daño a otros.
4. Ayuda a personas con discapacidades.
5. Rescata a personas en peligro. ⁽³⁹⁾

Pretende que la actuación del sistema sanitario sea beneficiosa para el paciente. La interpretación de este principio es relativa y depende de la voluntad de la persona que recibe esta actuación supuestamente benéfica y de que la acepte como tal beneficio: nadie puede beneficiar a otro contra su voluntad. Por todo esto, beneficencia y autonomía son principios inseparables y siempre tendrá más valor el segundo. ⁽⁴⁰⁾

Principio de No-Maleficencia: Este principio solicita no dañar. Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida.

1. No mate.
2. No cause dolor o sufrimiento a otros.
3. No incapacite a otros.
4. No ofenda a otros.

5. No prive a otros de aquello que aprecian en la vida.⁽³⁹⁾

La Medicina como ciencia inocua, que no persigue el hacer daño. Es un principio más general y obligatorio que el de Beneficencia porque habrá ocasiones en que un médico no esté obligado a tratar a un enfermo, pero sí lo estará siempre a no ocasionarle ningún daño, o dicho de otra manera, si una persona no quiere, no podemos imponerle el bien; por el contrario, si una persona quiere que le hagamos daño, no se lo podemos hacer por más que nos lo pida. ⁽⁴⁰⁾

Principio de Justicia: Es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente. ⁽³⁹⁾

La Medicina debe tratar a todos sin ningún tipo de discriminación, debiendo proteger más a los más desfavorecidos. El bien común o el bien de todos debe ser siempre superior al bien de individuos concretos. Cuando no se cumple con este principio se produce maleficencia ⁽⁴⁰⁾

4.5.2. MARCO ETICO NACIONAL

4.5.2.1 Resolución N° 008430 De 1993

Esta investigación se realizará con base en la resolución 8430 del 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia.

TITULO 1: Disposiciones generales

ARTICULO 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

ARTICULO 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

ARTICULO 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas.

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Título II: De la investigación en seres humanos

Capítulo 1: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- c) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- d) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- e) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- f) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con

frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

Artículo 13. Es responsabilidad de la institución investigadora o patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada , en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

Artículo 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución.
- b. Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.
- c. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.
- d. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
- e. Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

Parágrafo Primero. En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas,

podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo.

Parágrafo Segundo. Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste deberá ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, o de la institución donde se realizará la investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

5. METODOLOGÍA

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño del presente trabajo de investigación es no experimental. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes. ⁽⁴¹⁾

5.2. TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo de observación descriptiva y de corte transversal.

5.3. POBLACION Y MUESTRA

5.3.1. Universo

Usuaris gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del punto de atención Suarez

5.3.2. Población:

Pacientes atendidas durante el trabajo de parto, parto y puerperio en la E.S.E Norte I punto de atención Suarez durante el 2018.

5.3.3. Muestra

25 usuarias de la misma población que quisieron participar, cumpliendo con los criterios de inclusión.

5.4 VARIABLES

Tabla 1. Matriz de variables

Variables	Definición Operacional	Tipo De Variables	Valores Posibles	Método De Recolección
Edad	Ultimo año cumplido por la paciente	Cuantitativa continua	18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33	Encuesta
Genero	Según sexo biológico del paciente	Nominal	Femenino	Encuesta
Grupo étnico	Según características de la raza del pacientes	Nominal	Indígena, Afro-descendiente, Mestizo, Blanco	Encuesta
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente se requiere.	Nominal	Estudiante, ama de casa, agricultora, comerciante, etc.	encuesta
Procedencia	Se emplea para designar el origen	Nominal	Suarez, Asnazu, La Toma, Gelima, Yolombó, El Amparo, La Estrella, Betulia.	Encuesta
Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Nominal	Soltera, casada, viuda, Unión libre marital de hecho, divorciada	Encuesta
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento	Discreta	2, 3, 6, 4, 5, 1	Encuesta
Escolaridad	Periodo de tiempo que un alumno asiste a una institución educativa para aprender.	Ordinal	Primaria incompleta, básica primaria, bachiller, técnico, profesional.	Encuesta
Régimen de Seguridad Social	protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez,	Ordinal	Subsidiado Contributivo Otro	Encuesta

	accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.			
Violencia Obstétrica.	Toda conducta, acción u omisión que ejerza las personas naturales o jurídicas del sistema de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio	Nominal	Trato inhumanizado, irrespetuoso.	Encuesta

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

5.5.1. Criterios de Inclusión:

Fueron incluidas mujeres que cumplieron los siguientes requisitos:

- Mujeres mayores de 18 años.
- Mujeres cuyo parto fue atendido en la institución donde se realizó el estudio.
- Usuarias que desearon participar en el estudio y firmaron el Consentimiento Informado.

5.5.2. Criterios de Exclusión:

- Mujeres que durante su trabajo de parto fueron remitidas a otra institución.
- Mujeres que no se encontraron el día de la entrevista.
- Mujeres con discapacidad cognitiva.

5.6. FASES DE LA INVESTIGACION

I FASE

1. Revisión de bibliografía.
2. Elección del tema.
3. Elaboración del anteproyecto.
4. Solicitud de aval al comité de investigación del programa.
5. Solicitud de aval al comité de ética.

II FASE

Trabajo de campo:

1. Reconocimiento de la población:
 - Se identificaron usuarias de la E.S.E Norte I punto de atención Suarez que se encontraban inscritas en la base de datos de partos en el momento de las visitas a la institución.
 - Se realizaron visitas domiciliarias
 - Se aplicó la encuesta a todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y que luego de explicarles de que se trataba el estudio, decidieron participar previa firma del consentimiento informado.

III FASE

- Tabulación y análisis de la información.
- Presentación de los resultados
- Los datos obtenidos con la aplicación del instrumento, fueron tabulados con el software IBM SPSS, para generar tablas dinámicas y graficas de las variables para hacer mucho más comprensible los resultados, posteriormente se analizaron los datos de cada una de las variables que se obtuvieron.
- **CORRELACIÓN DE SPEARMAN**

En estadística, el coeficiente de correlación de Spearman, ρ (rho) es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias (tanto continuas como discretas). Para calcular ρ , los datos son ordenados y reemplazados por su respectivo orden.

El coeficiente de correlación de Spearman, al igual que el de Pearson, muestra una asociación entre variables. A diferencia del anterior, permite obtener un coeficiente de asociación ente variables que no se comportan normalmente, entre variables ordinales. Se calcula en base a una serie de rangos asignados.

El valor del índice de correlación varía en el intervalo $[-1,1]$, indicando el signo el sentido de la relación:

1. Si $r = 1$, existe una correlación positiva perfecta. ...
2. Si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva.
3. Si $r = 0$, no existe relación lineal. ...
4. Si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa.

Si $r < 0$ Hay correlación negativa: las dos variables se correlacionan en sentido inverso. A valores altos de una de ellas le suelen corresponder valor bajos de la otra y viceversa. Cuánto más próximo a -1 esté el coeficiente de correlación más patente será esta covariación extrema. Si $r = -1$ hablaremos de correlación...

- Las recolecciones de los datos se realizaron en una sola fase, donde la investigadora se desplazó a la E.S.E Norte I punto de atención Suarez, luego al domicilio de las usuarias donde se aplicó el instrumento previo consentimiento informado de cada una de las usuarias y previa autorización del personal administrativo de la institución de salud y educativa.

5.7. INSTRUMENTO

El instrumento es una encuesta tipo Likert elaborada con base en dos referencias bibliográficas, la encuesta SERVPERF creada por Cronin y Taylor en 1992 para la medición de la percepción del servicio brindado directamente desde la vivencia de la usuaria, modificada por Walter Yossi Wajajay de Lima Peru en el 2013 para su tesis y el test de violencia obstétrica creado entre varias organizaciones argentinas entre ellas la fundación dando a luz y la fundación maternidad libertaria. Será validada por la revisión de expertos y una prueba piloto.

Esta encuesta consta de 10 ítems referentes a caracterización sociodemográfica de la población de estudio y está dividida en tres secciones, la primera consta de 10 preguntas para trabajo de parto, la segunda de 10 preguntas para parto y la tercera de 10 preguntas para puerperio; para un total de 30 preguntas de actos que son percibidos como violentos durante los procesos para el nacimiento.

5.8 PRESUPUESTO

Transporte		\$ 120.000
Material Bibliográfico y Fotocopias		100.000
Gastos Varios		160.000
	Total	380.000

5.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

5.9.1. Principio de Autonomía

Esta investigación cumplió con este principio bioético, puesto que se obtuvieron las respectivas autorizaciones del Programa de enfermería y de la Institución donde se realizó la investigación. Por otra parte, se aplicó el Consentimiento Informado a las pacientes que fueron encuestadas, después de explicarles acerca del estudio, en qué consistía, sus beneficios y posibles riesgos, como prueba del respeto a su libre determinación y capacidad de ejercer su derecho de Autonomía.

5.9.2. Principio de Beneficencia

Esta investigación cumplió con este principio ya que brinda como beneficio para los pacientes (mujeres que estuvieron en trabajo de parto, parto y posparto), el expresar su percepción respecto a la atención recibida, siendo esta una oportunidad para que sean tomados en cuenta sus derechos y se tomen los correspondientes correctivos; derechos que al ser identificados por las mujeres, puedan ser debidamente reclamados. La institución en cuestión y otras de características similares, conocieron las fortalezas y debilidades de su atención en los momentos ya indicados de acuerdo a las percepciones de quienes fueron atendidas en el lugar, lo que progresivamente será de beneficio para toda la comunidad: mujeres gestantes y familiares que las acompañen.

5.9.3. Principio de No-Maleficencia (Primum Non Nocere):

Esta investigación generó un riesgo mínimo a las pacientes que fueron encuestadas, puesto que las preguntas pudieron recordarles buenos o malos momentos. Para disminuir éste riesgo, se realizó el debido acompañamiento a la

estudiante encargada de aplicar el instrumento que fue anónimo, por profesionales capacitados e instruidos en el tema, dispuestos a la pronta y adecuada resolución de conflictos. Se conservó la confidencialidad de las participantes, recogiendo y archivando la información mediante claves y/o códigos y ésta fue usada solo para fines educativos e investigativos.

5.9.4. PRINCIPIO DE JUSTICIA:

Esta investigación cumplió con este principio ya que todas las participantes fueron tratadas con equidad, sin ninguna discriminación de tipo social, económico, religioso, ideológico, de género o edad. Respetando en cada momento la Dignidad de cada participante en el estudio.

5. RESULTADOS

6.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos y clínicos generales:

6.1.1. Aspectos Sociodemográficos

Tabla 3. Distribución de la edad

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18	2	8,0	8,0
	19	3	12,0	20,0
	20	2	8,0	28,0
	21	2	8,0	36,0
	22	1	4,0	40,0
	23	2	8,0	48,0
	24	2	8,0	56,0
	27	1	4,0	60,0
	29	1	4,0	64,0
	30	1	4,0	68,0
	31	1	4,0	72,0
	33	1	4,0	76,0
	34	2	8,0	84,0
	35	2	8,0	92,0
	37	1	4,0	96,0
	40	1	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0

La tabla muestra la distribución de la edad, la mayor frecuencia fue 19 años con un 12%, seguido de 18 años con un 8%.

Tabla 4. Distribución de la escolaridad

	Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria	8	32,0	32,0	32,0
	Secundaria	13	52,0	52,0	84,0
	Técnica	3	12,0	12,0	96,0
	Ninguna	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de la escolaridad, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de secundaria con un 52%, seguido de primaria con un 32%.

Tabla 5. Distribución del estado civil

	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	3	12,0	12,0	12,0
	soltera	7	28,0	28,0	40,0
	unión libre	15	60,0	60,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución del estado civil, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de unión libre con un 60%, seguido de primaria con un 32%.

Tabla 6. Distribución de etnia

	Etnia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Afro descendiente	10	40,0	40,0	40,0
	Mestizo	3	12,0	12,0	52,0
	Indígena	12	48,0	48,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de la etnia, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de indígenas con un 48%, seguido de afro descendientes con un 40%.

Tabla 7. Distribución de la ocupación

	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	21	84,0	84,0	84,0
	Agricultura	3	12,0	12,0	96,0
	Estudiante	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de la ocupación, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de ama de casa con un 84%, seguido de agricultoras con un 12%.

Tabla 8. Distribución de la procedencia

	Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	18	72,0	72,0	72,0
	Urbano	7	28,0	28,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de la procedencia, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo rural con un 72%, seguido de población urbana con un 28%.

Tabla 9. Distribución del Régimen de Seguridad Social

	Régimen de Seguridad Social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Subsidiado	24	96,0	96,0	96,0
	Contributivo	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución del Régimen de Seguridad Social, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de régimen subsidiado con un 96%, seguido del grupo de contributivo con un 4%.

6.1.2. Aspectos Clínicos Generales del Parto

Tabla 10. Distribución de Quienes atendieron su parto

QUIENES ATENDIERON SU PARTO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MEDICO Y ENFERMERA	18	72,0	72,0	72,0
	MEDICO	5	20,0	20,0	92,0
	ENFERMERA	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de quienes atendieron su parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de médico y enfermera con un 72%, seguido de medico con un 20%.

Tabla 11. Distribución su parto fue complicado

SU PARTO FUE COMPLICADO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	16,0	16,0	16,0
	NO	21	84,0	84,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si su parto fue complicado, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde no con un 84%, seguido de aquellos que respondieron si con un 16%.

Tabla 12. Distribución de cuantos partos ha tenido

CUANTOS PARTOS HA TENIDO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	8	32,0	32,0	32,0
	2	6	24,0	24,0	56,0
	3	5	20,0	20,0	76,0
	4	4	16,0	16,0	92,0
	5	1	4,0	4,0	96,0
	6	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de cuantos partos ha tenido, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde 1 parto con un 32%, seguido de 2 partos con un 24%.

6.1.3. Aspectos Relacionados con los efectos del parto

Tabla 13. Distribución de p1. Fue atendida inmediatamente en su llegada al hospital

1. Fue atendida inmediatamente en su llegada al hospital?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	16,0	16,0	16,0
	A veces	3	12,0	12,0	28,0
	Casi siempre	18	72,0	72,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si fue atendida inmediatamente en su llegada al hospital, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde casi siempre con un 72%, seguido del grupo que responde nunca con un 16%.

Tabla 14. Distribución de p2. ¿El personal de salud la trato con amabilidad, respeto y paciencia?

2. El personal de salud la trato con amabilidad, respeto y paciencia?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	3	12,0	12,0	12,0
	CASI SIEMPRE	3	12,0	12,0	24,0
	SIEMPRE	19	76,0	76,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si el personal de salud el trato con amabilidad, respeto y paciencia, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo

que responde siempre con un 76%, seguido del grupo que responde a veces con un 12%.

Tabla 15. Distribución p3. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos o en chiste por su comportamiento?

3. El personal de salud hacía comentarios irónicos o en chiste por su comportamiento?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	18	72,0	72,0	72,0
	A VECES	3	12,0	12,0	84,0
	CASI SIEMPRE	3	12,0	12,0	96,0
	SIEMPRE	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si el personal de salud hacía comentarios irónicos o en chiste por su comportamiento, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 72%, seguido del que responde a veces con un 12%.

Tabla 16. Distribución de la p4. ¿Le trataron con sobrenombres como gordita, hijita, como si usted fuera una niña?

4. Le trataron con sobrenombres como gordita, hijita, como si usted fuera una niña?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	17	68,0	68,0	68,0
	CASI NUNCA	1	4,0	4,0	72,0
	A VECES	4	16,0	16,0	88,0
	CASI SIEMPRE	1	4,0	4,0	92,0
	SIEMPRE	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le trataron con sobrenombres como gordita, hijita, como si usted fuera una niña, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 68%, seguido del grupo que responde a veces con un 16%.

Tabla 17. Distribución de la p5. ¿Cuándo le realizaron tacto vaginal le pidieron permiso y cuidaron su privacidad?

5. Cuando le realizaron tacto vaginal le pidieron permiso y cuidaron su privacidad?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	16	64,0	64,0	64,0
	CASI NUNCA	3	12,0	12,0	76,0
	A VECES	1	4,0	4,0	80,0
	SIEMPRE	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si cuando le realizaron tacto vaginal le pidieron permiso y cuidaron su privacidad, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 64%, seguido del que responde siempre con un 20%.

Tabla 18. Distribución de la p6. ¿Se le pidió permiso antes de hacerle cualquier procedimiento?

6. Se le pidió permiso antes de hacerle cualquier procedimiento?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	19	76,0	76,0	76,0
	CASI NUNCA	2	8,0	8,0	84,0
	CASI SIEMPRE	1	4,0	4,0	88,0
	SIEMPRE	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si se le pidió permiso antes de hacerle cualquier procedimiento, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 76%, seguido del que responde siempre con un 12%.

Tabla 19. Distribución de la p7. ¿Se le explicaron todos los procedimientos realizados?

7. Se le explicaron todos los procedimientos realizados?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	18	72,0	72,0	72,0
	CASI SIEMPRE	2	8,0	8,0	80,0
	SIEMPRE	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si se le explicaron todos los procedimientos realizados, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 72%, seguido del que responde siempre con un 20%.

Tabla 20. Distribución de la p8. ¿Tuvo usted que quedarse en cama mientras tenia los dolores, le impidieron caminar?

p8. Tuvo usted que quedarse en cama mientras tenia los dolores, le impidieron caminar?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	9	36,0	36,0	36,0
	A VECES	2	8,0	8,0	44,0
	CASI SIEMPRE	5	20,0	20,0	64,0
	SIEMPRE	9	36,0	36,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si tuvo usted que quedarse en cama mientras tenia los dolores, le impidieron caminar, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 36%, seguido del que responde siempre con el mismo porcentaje.

Tabla 21. Distribución de la p9. ¿El personal de salud, le permitió tomar o comer algo mientras tenia los dolores?

9. El personal de salud, le permitió tomar o comer algo mientras tenía los dolores?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	21	84,0	84,0	84,0
	A VECES	1	4,0	4,0	88,0
	SIEMPRE	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si el personal de salud, le permitió tomar o comer algo mientras tenía los dolores, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 84%, seguido del que responde siempre con un 12%.

Tabla 22. Distribución de la p10. ¿Considera usted que fue tratada de manera respetuosa?

10. Considera usted que fue tratada de manera respetuosa?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	3	12,0	12,0	12,0
	A VECES	5	20,0	20,0	32,0
	CASI SIEMPRE	6	24,0	24,0	56,0
	SIEMPRE	11	44,0	44,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si considera usted que fue tratada de manera respetuosa, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde siempre con un 44%, seguido del que responde a veces con un 24%.

Tabla 23. Distribución de la p11. ¿Se le permitió escoger la posición para dar a luz?

p11 11. Se le permitió escoger la posición para dar a luz?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	23	92,0	92,0	92,0
	SIEMPRE	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si se le permitió escoger la posición para dar a luz, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 92%, seguido del que responde siempre con un 8%.

Tabla 24. Distribución de la p12. ¿Permitieron que la acompañara su esposo o alguien de confianza durante el parto?

	p12	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	19	76,0	76,0	76,0
	CASI SIEMPRE	2	8,0	8,0	84,0
	SIEMPRE	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si permitieron que la acompañara su esposo o alguien de confianza durante el parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 76%, seguido del que responde siempre con un 16%.

Tabla 25. Distribución de la p13. ¿Alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?

	p13	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	19	76,0	76,0	76,0
	SIEMPRE	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 76%, seguido del que responde siempre con un 24%.

Tabla 26. Distribución de la p14. ¿Le administraron algún medicamento para que el parto fuera más rápido?

p14		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	20	80,0	80,0	80,0
	Siempre	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le administraron algún medicamento para que el parto fuera más rápido, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 80%, seguido del que responde siempre con un 20%.

Tabla 27. Distribución de la p15. ¿Le pidieron permiso para administrarle medicamentos?

P15.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	21	84,0	84,0	84,0
	A VECES	1	4,0	4,0	88,0
	SIEMPRE	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le pidieron permiso para administrarle medicamentos, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 84%, seguido del que responde siempre con un 12%.

Tabla 28. Distribución de la p16. ¿El médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted?

P16		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	7	28,0	28,0	28,0
	CASI NUNCA	4	16,0	16,0	44,0
	A VECES	9	36,0	36,0	80,0

	CASI SIEMPRE	1	4,0	4,0	84,0
	SIEMPRE	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si el médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde a veces con un 36%, seguido del que responde nunca con un 28%.

Tabla 29. Distribución de la p17. ¿El personal de salud explico constantemente su situación en cada momento del parto?

	p17	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	11	44,0	44,0	44,0
	CASI NUNCA	4	16,0	16,0	60,0
	A VECES	5	20,0	20,0	80,0
	CASI SIEMPRE	1	4,0	4,0	84,0
	SIEMPRE	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si el personal de salud explicó constantemente su situación en cada momento del parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 44%, seguido del que responde a veces con un 20%.

Tabla 30. Distribución de la p18. ¿Le hicieron sentir culpable de alguna alteración durante el parto?

	p18	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	20	80,0	80,0	80,0
	A VECES	4	16,0	16,0	96,0
	SIEMPRE	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le hicieron sentir culpable de alguna alteración durante el parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 80%, seguido del que responde a veces con un 16%.

Tabla 31. Distribución de la p19. ¿Fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía?

	p19	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	14	56,0	56,0	56,0
	CASI NUNCA	1	4,0	4,0	60,0
	A VECES	3	12,0	12,0	72,0
	CASI SIEMPRE	3	12,0	12,0	84,0
	SIEMPRE	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 56%, seguido del que responde siempre con un 16%.

Tabla 32. Distribución de la p20. ¿La unieron? (Episiotomía)

	p20. La unieron? (Episiotomía)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	14	56,0	56,0	56,0
	SIEMPRE	11	44,0	44,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

¿La tabla muestra la distribución de si la unieron? (Episiotomía), se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 56%, seguido del que responde siempre con un 44%.

Tabla 33. Distribución de la p21. ¿Le ayudaron a recuperar la calma después del parto?

	P21	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	16	64,0	64,0	64,0
	CASI NUNCA	2	8,0	8,0	72,0
	A VECES	1	4,0	4,0	76,0
	SIEMPRE	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le ayudaron a recuperar la calma después del parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 64%, seguido de siempre con un 24%.

Tabla 34. Distribución de la p22. ¿Se le permitió acariciar a su bebé inmediatamente nació?

	P22	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	20	80,0	80,0	80,0
	A VECES	1	4,0	4,0	84,0
	SIEMPRE	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si se le permitió acariciar a su bebé inmediatamente nació se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 80%, seguido del que responde siempre con un 16%.

Tabla 35. Distribución de la p23. ¿Se le permitió amamantar a su bebé inmediatamente nació?

	P23	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	20	80,0	80,0	80,0
	SIEMPRE	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si se le permitió acariciar a su bebé inmediatamente nació, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el

grupo que responde nunca con un 80%, seguido del que responde siempre con un 16%.

Tabla 36. Distribución de la p24. ¿Le explicaron la importancia de la lactancia materna?

	P24	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	15	60,0	60,0	60,0
	CASI NUNCA	1	4,0	4,0	64,0
	A VECES	2	8,0	8,0	72,0
	CASI SIEMPRE	2	8,0	8,0	80,0
	SIEMPRE	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le explicaron la importancia de la lactancia materna, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 60%, seguido del que responde siempre con un 20%.

Tabla 37. Distribución de la p25. ¿Le explicaron los cuidados que debía tener con su bebe recién nacido?

	P25	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	12	48,0	48,0	48,0
	A VECES	2	8,0	8,0	56,0
	CASI SIEMPRE	3	12,0	12,0	68,0
	SIEMPRE	8	32,0	32,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le explicaron los cuidados que debía tener con su bebe recién nacido, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 48%, seguido del que responde siempre con un 32%.

Tabla 38. Distribución de la p26. ¿Le explicaron el proceso del cuidado y la caída del muñón umbilical?

	P26	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	12	48,0	48,0	48,0
	A VECES	2	8,0	8,0	56,0
	CASI SIEMPRE	1	4,0	4,0	60,0
	SIEMPRE	10	40,0	40,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si le explicaron el proceso del cuidado y la caída del muñón umbilical, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 48%, seguido del que responde siempre con un 40%.

Tabla 39. Distribución de la p27. ¿Al salir del hospital le explicaron los cuidados que debía tener con sus mamas?

	P27	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	20	80,0	80,0	80,0
	SIEMPRE	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si al salir del hospital le explicaron los cuidados que debía tener con sus mamas, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 80%, seguido del grupo que responde siempre con un 20%.

Tabla 40. Distribución de la p28. ¿Tiene malos recuerdos del proceso de su parto?

	P28	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	14	56,0	56,0	56,0
	CASI NUNCA	3	12,0	12,0	68,0
	A VECES	3	12,0	12,0	80,0
	CASI SIEMPRE	1	4,0	4,0	84,0
	SIEMPRE	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si tiene malos recuerdos del proceso de su parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 56%, seguido del grupo que responde siempre con un 16%.

Tabla 41. Distribución de la p29. ¿Ha necesitado o cree que necesita ayuda psicológica para superar los malos recuerdos del parto?

	P29	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	22	88,0	88,0	88,0
	A VECES	1	4,0	4,0	92,0
	SIEMPRE	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si ha necesitado o cree que necesita ayuda psicológica para superar los malos recuerdos del parto, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 88%, seguido del que responde siempre con un 8%.

Tabla 42. Distribución de la p30. ¿Se sintió maltratada por el personal de salud?

	P30	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	14	56,0	56,0	56,0
	CASI NUNCA	3	12,0	12,0	68,0
	A VECES	4	16,0	16,0	84,0
	SIEMPRE	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

La tabla muestra la distribución de si se sintió maltratada por el personal de salud, se observa que la mayor frecuencia se presentó en el grupo que responde nunca con un 56%, seguido del que responde siempre con un 16%.

6.2. ANALISIS BIVARIADO

Tabla 43. Análisis entre **edad** y las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto

ANALISIS ESTADISTICO			EDAD
Rho de Spearman	EDAD	Coeficiente de correlación	1
		Sig. (bilateral)	
		N	25
	p1	Coeficiente de correlación	-0,296
		Sig. (bilateral)	0,151
		N	25
	p2	Coeficiente de correlación	-0,299
		Sig. (bilateral)	0,147
		N	25
	p3	Coeficiente de correlación	0,378
		Sig. (bilateral)	0,063
		N	25
	p4	Coeficiente de correlación	0,118
		Sig. (bilateral)	0,573
		N	25
	p5	Coeficiente de correlación	0,123
		Sig. (bilateral)	0,559
		N	25
	p6	Coeficiente de correlación	0,343
		Sig. (bilateral)	0,093
		N	25
	p7	Coeficiente de correlación	0,245
		Sig. (bilateral)	0,238
		N	25
p8	Coeficiente de correlación	0,079	
	Sig. (bilateral)	0,706	

	N	25
p9	Coeficiente de correlación	0,068
	Sig. (bilateral)	0,745
	N	25
p10	Coeficiente de correlación	-0,049
	Sig. (bilateral)	0,815
	N	25
p11	Coeficiente de correlación	0,061
	Sig. (bilateral)	0,77
	N	25
p12	Coeficiente de correlación	0,192
	Sig. (bilateral)	0,358
	N	25
p13	Coeficiente de correlación	0,046
	Sig. (bilateral)	0,829
	N	25
p14	Coeficiente de correlación	-0,285
	Sig. (bilateral)	0,167
	N	25
p15	Coeficiente de correlación	,397
	Sig. (bilateral)	0,05
	N	25
p16	Coeficiente de correlación	0,016
	Sig. (bilateral)	0,938
	N	25
p17	Coeficiente de correlación	-0,202
	Sig. (bilateral)	0,334
	N	25
p18	Coeficiente de correlación	0,194
	Sig. (bilateral)	0,354
	N	25
p19	Coeficiente de correlación	-0,016
	Sig. (bilateral)	0,94
	N	25
p20	Coeficiente de correlación	0,017
	Sig. (bilateral)	0,936
	N	25
p21	Coeficiente de correlación	0,051
	Sig. (bilateral)	0,808

	N	25
p22	Coeficiente de correlación	0,142
	Sig. (bilateral)	0,497
	N	25
p23	Coeficiente de correlación	0,146
	Sig. (bilateral)	0,486
	N	25
p24	Coeficiente de correlación	0,262
	Sig. (bilateral)	0,205
	N	25
p25	Coeficiente de correlación	0,042
	Sig. (bilateral)	0,843
	N	25
p26	Coeficiente de correlación	0,113
	Sig. (bilateral)	0,591
	N	25
p27	Coeficiente de correlación	0,042
	Sig. (bilateral)	0,843
	N	25
p28	Coeficiente de correlación	-0,069
	Sig. (bilateral)	0,741
	N	25
p29	Coeficiente de correlación	-0,08
	Sig. (bilateral)	0,705
	N	25
p30	Coeficiente de correlación	-0,052
	Sig. (bilateral)	0,805
	N	25

Al correlacionar la variable edad con las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto, no se encontraron diferencias estadísticas entre casi todas las variables, solo se presentó correlación entre la edad y la pregunta 15 que plantea que si le pidieron permiso para administrarle medicamentos (RHO: 39.7%; P=0,05).

Tabla 44. Análisis entre **escolaridad** y las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto

		ESCOLARIDAD	
Rho de Spearman	ESCOLARIDAD	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	25
	p1	Coeficiente de correlación	-,300
		Sig. (bilateral)	,144
		N	25
	p2	Coeficiente de correlación	-,198
		Sig. (bilateral)	,344
		N	25
	p3	Coeficiente de correlación	,007
		Sig. (bilateral)	,972
		N	25
	p4	Coeficiente de correlación	,309
		Sig. (bilateral)	,133
		N	25
	p5	Coeficiente de correlación	,182
		Sig. (bilateral)	,383
		N	25
	p6	Coeficiente de correlación	,003
		Sig. (bilateral)	,987
		N	25
	p7	Coeficiente de correlación	,268
Sig. (bilateral)		,195	
N		25	
p8	Coeficiente de correlación	-,203	
	Sig. (bilateral)	,330	
	N	25	
p9	Coeficiente de correlación	-,202	
	Sig. (bilateral)	,333	
	N	25	
p10	Coeficiente de correlación	-,137	
	Sig. (bilateral)	,512	
	N	25	
p11	Coeficiente de correlación	-,382	
	Sig. (bilateral)	,059	

	N	25
p12	Coeficiente de correlación	-,029
	Sig. (bilateral)	,891
	N	25
p13	Coeficiente de correlación	,021
	Sig. (bilateral)	,919
	N	25
p14	Coeficiente de correlación	-,008
	Sig. (bilateral)	,971
	N	25
p15	Coeficiente de correlación	-,048
	Sig. (bilateral)	,818
	N	25
p16	Coeficiente de correlación	,043
	Sig. (bilateral)	,837
	N	25
p17	Coeficiente de correlación	,231
	Sig. (bilateral)	,267
	N	25
p18	Coeficiente de correlación	,115
	Sig. (bilateral)	,582
	N	25
p19	Coeficiente de correlación	-,065
	Sig. (bilateral)	,759
	N	25
p20	Coeficiente de correlación	,080
	Sig. (bilateral)	,704
	N	25
p21	Coeficiente de correlación	,005
	Sig. (bilateral)	,982
	N	25
p22	Coeficiente de correlación	-,180
	Sig. (bilateral)	,389
	N	25
p23	Coeficiente de correlación	-,328
	Sig. (bilateral)	,109
	N	25
p24	Coeficiente de correlación	-,063
	Sig. (bilateral)	,764

	N	25
p25	Coefficiente de correlación	-,266
	Sig. (bilateral)	,198
	N	25
p26	Coefficiente de correlación	,050
	Sig. (bilateral)	,812
	N	25
p27	Coefficiente de correlación	,114
	Sig. (bilateral)	,586
	N	25
p28	Coefficiente de correlación	,105
	Sig. (bilateral)	,616
	N	25
p29	Coefficiente de correlación	,112
	Sig. (bilateral)	,592
	N	25
p30	Coefficiente de correlación	,352
	Sig. (bilateral)	,084
	N	25

Al analizar la escolaridad con las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto, solo se presentó correlación entre la escolaridad y la pregunta 11 que plantea que, si se le permitió escoger la posición para dar a luz, con diferencias estadísticas significativas, (RHO: 38.2%; P=0,059). A pesar que se encontraron correlaciones bajas no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ellas (preguntas: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 17, 22, 23, 25 y 30).

Tabla 45. Análisis entre **estado civil** y las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto

		ESTADO CIVIL	
Rho de Spearman	ESTADO CIVIL	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	25
	p1	Coeficiente de correlación	,552**
		Sig. (bilateral)	,004
		N	25
	p2	Coeficiente de correlación	,310
		Sig. (bilateral)	,131
		N	25
	p3	Coeficiente de correlación	-,378
		Sig. (bilateral)	,063
		N	25
	p4	Coeficiente de correlación	-,300
		Sig. (bilateral)	,144
		N	25
	p5	Coeficiente de correlación	-,005
		Sig. (bilateral)	,980
		N	25
	p6	Coeficiente de correlación	-,184
		Sig. (bilateral)	,378
		N	25
	p7	Coeficiente de correlación	,125
Sig. (bilateral)		,552	
N		25	
p8	Coeficiente de correlación	-,138	
	Sig. (bilateral)	,512	
	N	25	
p9	Coeficiente de correlación	-,185	
	Sig. (bilateral)	,375	
	N	25	
p10	Coeficiente de correlación	,079	
	Sig. (bilateral)	,708	
	N	25	
p11	Coeficiente de correlación	-,141	
	Sig. (bilateral)	,503	

	N	25
p12	Coeficiente de correlación	-,011
	Sig. (bilateral)	,960
	N	25
p13	Coeficiente de correlación	,045
	Sig. (bilateral)	,832
	N	25
p14	Coeficiente de correlación	,048
	Sig. (bilateral)	,821
	N	25
p15	Coeficiente de correlación	-,140
	Sig. (bilateral)	,505
	N	25
p16	Coeficiente de correlación	,015
	Sig. (bilateral)	,945
	N	25
p17	Coeficiente de correlación	-,014
	Sig. (bilateral)	,946
	N	25
p18	Coeficiente de correlación	,027
	Sig. (bilateral)	,900
	N	25
p19	Coeficiente de correlación	-,126
	Sig. (bilateral)	,548
	N	25
p20	Coeficiente de correlación	-,333
	Sig. (bilateral)	,104
	N	25
p21	Coeficiente de correlación	,089
	Sig. (bilateral)	,674
	N	25
p22	Coeficiente de correlación	-,195
	Sig. (bilateral)	,350
	N	25
p23	Coeficiente de correlación	-,032
	Sig. (bilateral)	,880
	N	25
p24	Coeficiente de correlación	-,191
	Sig. (bilateral)	,361

		N	25
p25		Coeficiente de correlación	,060
		Sig. (bilateral)	,776
		N	25
p26		Coeficiente de correlación	,347
		Sig. (bilateral)	,090
		N	25
p27		Coeficiente de correlación	-,032
		Sig. (bilateral)	,880
		N	25
p28		Coeficiente de correlación	-,237
		Sig. (bilateral)	,253
		N	25
p29		Coeficiente de correlación	-,351
		Sig. (bilateral)	,085
		N	25
p30		Coeficiente de correlación	-,381
		Sig. (bilateral)	,061
		N	25

Al correlacionar la variable estado civil con las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto, no se encontraron diferencias estadísticas entre casi todas las variables, solo se presentó correlación entre el estado civil y la pregunta 15 que plantea que si le pidieron permiso para administrarle medicamentos (RHO: 39.7%; P=0,05). A pesar que se presentaron correlaciones bajas no se presentan diferencias estadísticas significativas con las preguntas: 3, 4, 20, 26, 28, 29 y 30.

Tabla 46. Análisis entre **etnia** y las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto

		ETNIA	
Rho de Spearman	ETNIA	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	25
	p1	Coeficiente de correlación	,323

	Sig. (bilateral)	,115
	N	25
p2	Coeficiente de correlación	,057
	Sig. (bilateral)	,788
	N	25
p3	Coeficiente de correlación	,141
	Sig. (bilateral)	,502
	N	25
p4	Coeficiente de correlación	-,015
	Sig. (bilateral)	,942
	N	25
p5	Coeficiente de correlación	,059
	Sig. (bilateral)	,780
	N	25
p6	Coeficiente de correlación	,117
	Sig. (bilateral)	,577
	N	25
p7	Coeficiente de correlación	-,096
	Sig. (bilateral)	,648
	N	25
p8	Coeficiente de correlación	,523**
	Sig. (bilateral)	,007
	N	25
p9	Coeficiente de correlación	-,256
	Sig. (bilateral)	,216
	N	25
p10	Coeficiente de correlación	,006
	Sig. (bilateral)	,976
	N	25
p11	Coeficiente de correlación	-,023
	Sig. (bilateral)	,915
	N	25
p12	Coeficiente de correlación	-,132
	Sig. (bilateral)	,530
	N	25
p13	Coeficiente de correlación	-,150
	Sig. (bilateral)	,474
	N	25
p14	Coeficiente de correlación	-,046

	Sig. (bilateral)	,828
	N	25
p15	Coeficiente de correlación	-,015
	Sig. (bilateral)	,945
	N	25
p16	Coeficiente de correlación	,297
	Sig. (bilateral)	,149
	N	25
p17	Coeficiente de correlación	-,003
	Sig. (bilateral)	,988
	N	25
p18	Coeficiente de correlación	-,047
	Sig. (bilateral)	,824
	N	25
p19	Coeficiente de correlación	-,246
	Sig. (bilateral)	,237
	N	25
p20	Coeficiente de correlación	-,246
	Sig. (bilateral)	,236
	N	25
p21	Coeficiente de correlación	,066
	Sig. (bilateral)	,754
	N	25
p22	Coeficiente de correlación	,094
	Sig. (bilateral)	,655
	N	25
p23	Coeficiente de correlación	,282
	Sig. (bilateral)	,171
	N	25
p24	Coeficiente de correlación	,141
	Sig. (bilateral)	,500
	N	25
p25	Coeficiente de correlación	,268
	Sig. (bilateral)	,195
	N	25
p26	Coeficiente de correlación	,065
	Sig. (bilateral)	,759
	N	25
p27	Coeficiente de correlación	-,046

		Sig. (bilateral)	,828
		N	25
	p28	Coeficiente de correlación	-,036
		Sig. (bilateral)	,865
		N	25
	p29	Coeficiente de correlación	-,037
		Sig. (bilateral)	,861
		N	25
	p30	Coeficiente de correlación	-,293
		Sig. (bilateral)	,156
		N	25

Al correlacionar la variable etnia con las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto, no se encontraron diferencias estadísticas entre casi todas las variables, solo se presentó correlación entre la etnia y si tuvo usted que quedarse en cama mientras tenia los dolores, le impidieron caminar? (RHO: 53.2%; P=0,007), se presentaron otras correlaciones bajas, pero no presentaron diferencias estadísticas significativas, con las preguntas 1, 9, 16, 20, 23, 25 y 30.

Tabla 47. Análisis entre **ocupación** y las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto

OCUPACION			
Rho de Spearman	OCUPACION	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	25
	p1	Coeficiente de correlación	,075
		Sig. (bilateral)	,722
		N	25
	p2	Coeficiente de correlación	,242
		Sig. (bilateral)	,243
		N	25
	p3	Coeficiente de correlación	-,075
		Sig. (bilateral)	,722
		N	25

p4	Coeficiente de correlación	-,091
	Sig. (bilateral)	,667
	N	25
p5	Coeficiente de correlación	-,318
	Sig. (bilateral)	,121
	N	25
p6	Coeficiente de correlación	-,242
	Sig. (bilateral)	,244
	N	25
p7	Coeficiente de correlación	-,084
	Sig. (bilateral)	,688
	N	25
p8	Coeficiente de correlación	-,127
	Sig. (bilateral)	,544
	N	25
p9	Coeficiente de correlación	-,189
	Sig. (bilateral)	,365
	N	25
p10	Coeficiente de correlación	,295
	Sig. (bilateral)	,152
	N	25
p11	Coeficiente de correlación	-,128
	Sig. (bilateral)	,541
	N	25
p12	Coeficiente de correlación	-,243
	Sig. (bilateral)	,243
	N	25
p13	Coeficiente de correlación	0,000
	Sig. (bilateral)	1,000
	N	25
p14	Coeficiente de correlación	,044
	Sig. (bilateral)	,836
	N	25
p15	Coeficiente de correlación	-,189
	Sig. (bilateral)	,365
	N	25
p16	Coeficiente de correlación	-,205
	Sig. (bilateral)	,327
	N	25

p17	Coeficiente de correlación	,066
	Sig. (bilateral)	,753
	N	25
p18	Coeficiente de correlación	-,217
	Sig. (bilateral)	,298
	N	25
p19	Coeficiente de correlación	,388
	Sig. (bilateral)	,055
	N	25
p20	Coeficiente de correlación	,281
	Sig. (bilateral)	,174
	N	25
p21	Coeficiente de correlación	,098
	Sig. (bilateral)	,642
	N	25
p22	Coeficiente de correlación	-,217
	Sig. (bilateral)	,298
	N	25
p23	Coeficiente de correlación	-,218
	Sig. (bilateral)	,296
	N	25
p24	Coeficiente de correlación	-,343
	Sig. (bilateral)	,094
	N	25
p25	Coeficiente de correlación	,046
	Sig. (bilateral)	,828
	N	25
p26	Coeficiente de correlación	,015
	Sig. (bilateral)	,945
	N	25
p27	Coeficiente de correlación	-,218
	Sig. (bilateral)	,296
	N	25
p28	Coeficiente de correlación	-,024
	Sig. (bilateral)	,909
	N	25
p29	Coeficiente de correlación	-,160
	Sig. (bilateral)	,444
	N	25

	p30	Coeficiente de correlación	-,016
		Sig. (bilateral)	,939
		N	25

Al correlacionar la variable ocupación con las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto, no se encontraron diferencias estadísticas entre casi todas las variables, solo se presentó correlación entre la ocupación y si fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía (RHO: 38.8%; P=0,055), se presentaron otras correlaciones baja pero no presentaron diferencias estadísticas significativas, con las preguntas 2, 5, 6, 10, 12, 16, 18, 20, 22, 23, 24 y 27.

Tabla 48. Análisis entre **procedencia** y las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto

PROCEDENCIA			
Rho de Spearman	PROCEDENCIA	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	25
	p1	Coeficiente de correlación	-,384
		Sig. (bilateral)	,058
		N	25
	p2	Coeficiente de correlación	-,298
		Sig. (bilateral)	,149
		N	25
	p3	Coeficiente de correlación	,250
		Sig. (bilateral)	,228
		N	25
	p4	Coeficiente de correlación	-,015
		Sig. (bilateral)	,943
		N	25
	p5	Coeficiente de correlación	,101
		Sig. (bilateral)	,630
		N	25
	p6	Coeficiente de correlación	,025
		Sig. (bilateral)	,906

	N	25
p7	Coeficiente de correlación	,196
	Sig. (bilateral)	,347
	N	25
p8	Coeficiente de correlación	-,378
	Sig. (bilateral)	,063
	N	25
p9	Coeficiente de correlación	-,271
	Sig. (bilateral)	,189
	N	25
p10	Coeficiente de correlación	-,294
	Sig. (bilateral)	,153
	N	25
p11	Coeficiente de correlación	-,184
	Sig. (bilateral)	,379
	N	25
p12	Coeficiente de correlación	,050
	Sig. (bilateral)	,814
	N	25
p13	Coeficiente de correlación	-,142
	Sig. (bilateral)	,499
	N	25
p14	Coeficiente de correlación	,134
	Sig. (bilateral)	,524
	N	25
p15	Coeficiente de correlación	-,019
	Sig. (bilateral)	,927
	N	25
p16	Coeficiente de correlación	-,084
	Sig. (bilateral)	,691
	N	25
p17	Coeficiente de correlación	,072
	Sig. (bilateral)	,734
	N	25
p18	Coeficiente de correlación	,586
	Sig. (bilateral)	,002
	N	25
p19	Coeficiente de correlación	,212
	Sig. (bilateral)	,310

	N	25
p20	Coeficiente de correlación	,165
	Sig. (bilateral)	,430
	N	25
p21	Coeficiente de correlación	,007
	Sig. (bilateral)	,973
	N	25
p22	Coeficiente de correlación	-,124
	Sig. (bilateral)	,554
	N	25
p23	Coeficiente de correlación	-,312
	Sig. (bilateral)	,129
	N	25
p24	Coeficiente de correlación	,175
	Sig. (bilateral)	,402
	N	25
p25	Coeficiente de correlación	-,220
	Sig. (bilateral)	,290
	N	25
p26	Coeficiente de correlación	,048
	Sig. (bilateral)	,821
	N	25
p27	Coeficiente de correlación	,134
	Sig. (bilateral)	,524
	N	25
p28	Coeficiente de correlación	,362
	Sig. (bilateral)	,075
	N	25
p29	Coeficiente de correlación	,306
	Sig. (bilateral)	,136
	N	25
p30	Coeficiente de correlación	,410
	Sig. (bilateral)	,042
	N	25

Al correlacionar la variable procedencia con las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto, no se encontraron diferencias estadísticas entre casi todas las variables, solo se presentó correlación entre la

procedencia y si le hicieron sentir culpable de alguna alteración durante el parto (RHO: 58.6%; P=0,002), también se presentó correlación moderada con la pregunta si se sintió maltratada por el personal de salud (RHO: 41%; P=0,042), se presentaron otras correlaciones bajas, pero no presentaron diferencias estadísticas significativas, con las preguntas 1, 2,3, 8, 9, 10, 19, 23, 25, 28 y 29.

Tabla 49. Análisis entre **Régimen de Seguridad Social** y las variables sobre acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto

Régimen de Seguridad Social			
Rho de Spearman	RSS	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	25
	p1	Coeficiente de correlación	-,377
		Sig. (bilateral)	,063
		N	25
	p2	Coeficiente de correlación	-,417
		Sig. (bilateral)	,038
		N	25
	p3	Coeficiente de correlación	,358
		Sig. (bilateral)	,079
		N	25
	p4	Coeficiente de correlación	-,137
		Sig. (bilateral)	,513
		N	25
	p5	Coeficiente de correlación	-,149
		Sig. (bilateral)	,477
		N	25
	p6	Coeficiente de correlación	-,114
		Sig. (bilateral)	,589
		N	25
	p7	Coeficiente de correlación	-,126
		Sig. (bilateral)	,549
		N	25
	p8	Coeficiente de correlación	-,075
Sig. (bilateral)		,723	
N		25	

	p9	Coeficiente de correlación	-,089
		Sig. (bilateral)	,673
		N	25
	p10	Coeficiente de correlación	-,330
		Sig. (bilateral)	,108
		N	25
	p11	Coeficiente de correlación	-,060
		Sig. (bilateral)	,775
		N	25
	p12	Coeficiente de correlación	-,114
		Sig. (bilateral)	,588
		N	25
	p13	Coeficiente de correlación	,363
		Sig. (bilateral)	,074
		N	25
	p14	Coeficiente de correlación	,408
		Sig. (bilateral)	,043
		N	25
	p15	Coeficiente de correlación	-,089
		Sig. (bilateral)	,673
		N	25
p16	Coeficiente de correlación	-,265	
	Sig. (bilateral)	,201	
	N	25	
p17	Coeficiente de correlación	-,209	
	Sig. (bilateral)	,316	
	N	25	
p18	Coeficiente de correlación	,488	
	Sig. (bilateral)	,013	
	N	25	
p19	Coeficiente de correlación	,329	
	Sig. (bilateral)	,109	
	N	25	
p20	Coeficiente de correlación	-,181	
	Sig. (bilateral)	,387	
	N	25	
p21	Coeficiente de correlación	-,150	
	Sig. (bilateral)	,475	
	N	25	

p22	Coeficiente de correlación	-,102
	Sig. (bilateral)	,629
	N	25
p23	Coeficiente de correlación	-,102
	Sig. (bilateral)	,627
	N	25
p24	Coeficiente de correlación	-,161
	Sig. (bilateral)	,443
	N	25
p25	Coeficiente de correlación	-,199
	Sig. (bilateral)	,341
	N	25
p26	Coeficiente de correlación	-,202
	Sig. (bilateral)	,332
	N	25
p27	Coeficiente de correlación	-,102
	Sig. (bilateral)	,627
	N	25
p28	Coeficiente de correlación	,329
	Sig. (bilateral)	,109
	N	25
p29	Coeficiente de correlación	,502*
	Sig. (bilateral)	,011
	N	25
p30	Coeficiente de correlación	,329
	Sig. (bilateral)	,108
	N	25

Al correlacionar la variable Régimen de Seguridad Social con las acciones percibidas como violencia obstétrica durante el trabajo de parto, se encontraron algunas correlaciones con las preguntas 2 ¿El personal de salud la trato con amabilidad, respeto y paciencia? (RHO: 41.7%; $\chi^2 P=0,038$), Pregunta 14 Le administraron algún medicamento para que el parto fuera más rápido? (RHO: 40.8%; $\chi^2 P=0,043$), la pregunta 18 Le hicieron sentir culpable de alguna alteración durante el parto? (RHO: 48.8%; $\chi^2 P=0,013$), con diferencias estadísticas significativas, también se presentó correlación moderada con la pregunta si se

sintió maltratada por el personal de salud? (RHO: 41%; P=0,042), se presentaron otras correlaciones bajas, pero no presentaron diferencias estadísticas significativas, con las preguntas 1, 3 10, 13, 16, 17, 19, 26, 28 y 30.

6.3 DISCUSION.

- El tema sobre violencia obstétrica en trabajo de parto, parto y puerperio presentó dificultades en la recolección de información primaria, puesto que apelaba a buenos o malos recuerdos en momentos importantes y decisivos en la vida de toda mujer, los cuales, además forman parte de su privacidad. La información válida encontrada en la literatura también es deficiente; es un tema del cual apenas se empieza a hablar abiertamente y a darse la normatividad correspondiente.
- Algunos de los estudios encontrados al respecto y con los cuales puede discutirse son:

Alvarez E., Russo P., Gattino S., García P., Fuentes S., en el estudio **Violencia Obstétrica: Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto, 2015-2016** las pacientes reiteran la importancia del acompañamiento por parte de la pareja, familiar o persona de confianza y su elección, durante el trabajo de parto y parto, al igual que el contacto inmediato con el recién nacido, el 90% de las mujeres afirmaron no haber estado acompañadas por una persona de su elección diferente al personal de salud, así como el 37% manifestaron haberseles realizado episiotomía y el 40% tuvieron contacto con su bebé inmediatamente nacieron; la presente investigación tiene similitud con el anterior estudio ya que el 76% de ellas no se les permitió acompañante durante su

proceso de parto y parto, al 44% se les realizó episiotomía y el 80% de ellas no tuvieron contacto inmediato con el recién nacido.

En el estudio de **Barria Oyarzo, Carlos Sebastián ; Rivera Leinecker, Leonela, Salud y género: una mirada sobre la violencia obstétrica 2016** mediante revisión bibliográfica sobre la violencia obstétrica, permite ver actos sutiles que conllevan a la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos, durante un proceso tan natural como lo es el parto y sus etapas a través de la medicalización y la patologización haciendo necesario un trabajo crítico y reflexivo por parte de los servicios de salud evitando así la vulneración de los derechos de la mujer dando paso a una atención más humanizada. La presente investigación coincide con la anterior, puesto que el 19% opinan que nunca se les pidió consentimiento para realizarle algún procedimiento, al 64% no se les pidió permiso para realizar el tacto vaginal ni se les cuidó su privacidad, al 84% no se les permitió comer algo durante su trabajo de parto y al 92% no se le permitió escoger la posición para parir, estos son actos catalogados dentro de la violencia obstétrica, pero como son actos tan sutiles y rutinarios muchas de las mujeres los ven normales respondiendo a si se sintió maltratada? el 56% nunca, mientras que un 16% siempre, seguido de otro 16% a veces.

En las recomendaciones de la **OMS** en el artículo **Recomendaciones de la OMS, Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar, 2018** establece normas de buenas prácticas para un proceso de parto seguro con una atención de alta calidad cuyo objetivo es brindar una experiencia de parto positiva dando prioridad al trinomio, mujer, recién nacido y pareja teniendo en cuenta que el parto es un proceso natural fisiológico. En el presente estudio se evidencia el no cumplimiento de algunas de las recomendaciones como el apoyo emocional de un acompañante de su elección, ya que el 76% de ellas no

se les permitió, al 84% no se le permitió la ingesta de alimentos o líquidos durante el trabajo de parto, el 90% no pudo escoger la posición para parir, mientras que el 44% no tuvo una comunicación efectiva con el personal de salud, al 36% se le impidió caminar mientras tenía los dolores, el 12% manifiesta que le fue administrado medicamento para que el parto fuera más rápido, el 24% refiere que se le realizó la maniobra de Kristeller, al 44% se le realizó episiotomía, respecto al recién nacido el 80% no tuvo contacto piel a piel ni tampoco se les permitió amamantar inmediatamente al nacimiento y por último al 48% no se le explicó la importancia de la lactancia materna, así como al 80% no se le explicó el cuidado de las mamas y al 48% no se le explicó el proceso del cuidado y la caída del muñón umbilical.

7. CONCLUSIONES

- Con relación a las variables sociodemográficas, se encontró que el 12% de las mujeres encuestadas tenían 19 años de edad; el mayor porcentaje en cuanto a grado de escolaridad se encontró que es secundaria con un 52%, el estado civil predominante es unión libre con un 60%, la etnia predominante fue indígena con un 48%, la mayoría son amas de casa con un 84%, la procedencia de la mayoría es de la zona rural 72%. Pertenecen al régimen subsidiado el 96%, la paridad de estas es primíparas con un 32%, respecto a la atención de su parto la mayoría fueron atendidas por médico y enfermera en un 72% y finalmente respecto a si su parto fue complicado, el 84% respondió que no.
- Relacionado con el trabajo de parto, se encontraron acciones por parte del personal de salud incluidas dentro de la violencia obstétrica, sin embargo la

mayoría no lo percibieron como maltrato, por tanto esta contradicción muestra la naturalización de estos actos en el modelo de atención.

- Durante el parto, al no permitirles escoger la posición para dar a luz, ni la compañía del esposo u otra persona de confianza diferente al personal de salud y el sentirse desinformadas respecto a su situación o proceso son actos que sin duda reflejan una vulneración a sus derechos, y aunque manifestaron incomodidad frente a estos actos la mayoría no son conscientes de ello por ende estos actos se observan legitimados puesto que no percibieron violencia obstétrica.
- Durante el puerperio, pese a que la gran mayoría no tuvieron contacto inmediato con su recién nacido, ni habérseles explicado la importancia de la lactancia materna, así como el cuidado de las mamas y del muñón umbilical, las usuarias no percibieron violencia obstétrica.
- En el estudio realizado se encontró una mínima correlación entre las acciones percibidas como violencia obstétrica y la edad, sin embargo se evidencia que a las multíparas no se les reitera frente a la importancia de la lactancia materna, los cuidados de las mamas y el muñón umbilical. Respecto a la escolaridad no hubo correlación, pero en cuanto a la procedencia se encontró correlación moderada con el trato percibido.

En las encuestas realizadas surgen datos que sugieren diversos comportamientos de parte del personal de salud referidos en la literatura como violencia obstétrica, sin embargo, son tan sutiles y de cierto modo legitimados y naturalizados, que los actores de este estudio no lo perciben como violencia obstétrica, mucho menos como violencia de género.

8. RECOMENDACIONES

- Realizar más estudios, respecto al tema especialmente comparativo sobre las percepciones de las usuarias de la zona urbana y las percepciones de las usuarias de la zona rural.
- Sensibilizar a las usuarias de estos actos para que sean ellas mismas quienes lo detecten, informen y contribuyan a mejorar la calidad de la atención brindada,
- Actualizar los protocolos de atención y procedimientos a la gestante durante el trabajo de parto, parto y puerperio al igual que el personal de la institución frente a la humanización de los servicios de salud, para que los actos referidos como violentos en la literatura no continúen siendo rutinizados.

BIBLIOGRAFIA

1. Gaita H, Eslava J. El paro: Evento que exige la excelencia de la calidad en servicios de salud. ; 2017. Report No.: 2463-0225.
2. Alianza Cinets. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distocico. Bogotá; 2013.
3. Alvarez E. RP,GS,GP,FS. Universidad Nacional de Córdoba. [Online].; 2015-2016. Available from: HYPERLINK "https://rdu.unc.edu.ar/.../Tesis-Violencia-obstetrica-Alvarez-Russo%20%281%29.pdf" <https://rdu.unc.edu.ar/.../Tesis-Violencia-obstetrica-Alvarez-Russo%20%281%29.pdf> .
4. Rueda C, Benitez L, M B. Sexualidad en Jovenes universitarios. ; 2006. Report No.: ISBN 958-33-9369-X.
5. M B. Cuestiones pedagogicas. [Online].; 2008.
6. PROYECTO DE LEY 147 DE 2017 SENADO. por medio de la cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Congreso de Colombia - Disposiciones Generales – ITEM 2 Justificación de la iniciativa.. [Online].; 2017. Available from: HYPERLINK "www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar.documento?p" www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar.documento?p .
7. Organización Panamericana de Salud (OPS). Comunicado de prensa. Washington, DC; 2002.
8. Organización Mundial del Trabajo. OIT y Justicia Social.. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. [Online].; 2009. Available from: HYPERLINK "www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/.../wcms_104680.pdf" www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/.../wcms_104680.pdf .

9. UNICEF.. Nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales. s.l.: [Online].; 2009. Available from: HYPERLINK "files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf" files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf.
- 10 Thompson J. WL,aMI. The history of prenatal care: cultural, social, and medical . context. New Perspective On Prenatal Care.. Estados Unidos ;; 1990.
- 11 Ballantyne. A. Plea for a promaternity hospital. s.l.: ; 1901.
- 12 Coral R. HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE EL . PARTO.. ; 2008.
- 13 Barquín C. Historia de la Medicina en México. Su problemática actual. México;; . 1979. Report No.: 4.
- 14 Medline Plus. Escoger el profesional médico apropiado para el embarazo y el . parto. s.l.: ; 2017.
- 15 Social Wach.. Lanzamiento comunicado de prensa 2010 de Social Wach. . Estados Unidos .
- 16 Ortiz E. Colombia y el cumplimiento del objetivo de desarrollo del milenio . respecto a la salud materna. España: Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "%20www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n2/v66n2a01.pdf" www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n2/v66n2a01.pdf.
- 17 Ospina C. Mortalidad.. Medellín;; 2011.
- 18 Wagner M. La partería Global - Tradicional y oficial y la humanización del . nacimiento.. ; 2007.
- 19 Barcellos C., Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. . Histórias de parto e a ultrassonografia como marco narrativo no Rio de Janeiro

Sexualidad, Salud y Sociedad..

20 Friedzon G. Política Internacional.. ; 1978.

.

21 Paris E. Lo que la OMS recomienda para un parto normal. ; 2011.

.

22 Felitti K. ; 2011.

.

23 Barria C, Rivera L. Salud y genero. Una mirada sobre la violencia obstetrica.
. San Luis;; 2016.

24 Nacion Argentina. Ley de proteccion integral a las mujeres. ; 2009.

.

25 Coll JCM. Historia de vida un metodo cualitativo. ; 2011.

.

26 Arjona A, Checa J. Las historias de vida como método de acercamiento a la
. realidad. ; 1998.

27 Vergara A. Violencia en el embarazo, parto y posparto. Violencias invisibles
. hacia madres y neonatos. ; 2014.

28 Congreso de Colombia. Violencia Obstetrica. ; 2017.

.

29 Uroginecologia. El parto humanizado. ; 2016.

.

30 Parto Humanizado. Parto Seguro, Parto humano. ; 2016.

.

31 ONU. Eliminacion de la Violencia. Canada;; 2017.

.

32 Fertilab. Pauperio. ; 1974.

.

33 CCM. Epistomía. ; 2017.

.

34 Alcaldía de Saurez. Historia. ; 2017.

.

35 Centro Medico Buenos Aires. Mision y Vision. ; 2017.

.

36 Departamento Nacional de Estadistica. Estadisticas Vitales, muertes maternas . notificadas y Sivigilia. Bogotá;; 2015.

37 Siurana Aparisi JC. Veritas. [Online].; 2010. Available from: HYPERLINK

. "https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006"

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>.

38 Tapiero A. Los principios bioeticos: ¿Se aplican en la situacion de enfermedad . terminal? ; 2001.

39 Eumed. EUMED.com. [Online].; 2015.

.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo: _____ identificado con CC. N°: _____

acepto libre y voluntariamente participar en el trabajo de investigación titulado: PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA OBSTETRICA DE MUJERES DURANTE SU TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCION ESE NORTE I SEDE SUAREZ, PERIODO 2018 realizado por la estudiante del programa de Enfermería Isabel Cristina Mosquera Mosquera, identificada con cedula de ciudadanía N° 34.501.933 de Suarez Cauca, Celular 3103473883 Correo: isacrismo1@hotmail.com y Dirigido por la docente Miriam Bermeo de Rubio CC 38435801 Cel.3006527498 Correo: bermeo76@hotmail.com. La estudiante y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Establecer las percepciones sobre violencia obstétrica de las mujeres durante su trabajo de parto, parto y puerperio en la institución ESE Norte I sede Suarez, periodo 2018 y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: respondiendo unos datos solicitados sobre mi identificación y una encuesta de 30 preguntas divididas en tres partes, la primera tiene 10 preguntas sobre lo percibido durante el trabajo de parto, la segunda tiene 10 preguntas sobre lo percibido durante el proceso del parto, y 10 preguntas sobre lo percibido durante el puerperio, para un total de 30 preguntas a las cuales debe contestar marcando con una X en la casilla correspondiente a lo que usted vivió y experimentó en éstos momentos. Esta encuesta será anónima (usted no colocará su nombre sino quiere hacerlo) y toda la información recogida en ella, será almacenada con códigos para evitar su identificación y será guardada confidencialmente.

Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando lo crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, y autoridades competentes en el momento indicado para beneficio de cada uno de los participantes y su entorno. Los resultados obtenidos serán utilizados única y exclusivamente para este fin investigativo. *Sé que el beneficio de este trabajo es conocer la percepción sobre violencia obstétrica durante el trabajo de parto, parto y puerperio como usuaria del servicio de la institución salud. En ningún momento habrá para mí, remuneración económica. *Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales o sociales, ni ahora ni a futuro y que se disminuirán al máximo los posibles riesgos, estando acompañados por expertos durante la aplicación del instrumento. *A su vez, me comentaron que seré tratado con equidad-igualdad, respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizarán los investigadores.

Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del estudio y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE _____

FIRMA _____

C.C: _____

NOMBRE TESTIGO 1 _____

FIRMA _____

CC _____

NOMBRE TESTIGO 2 _____

FIRMA _____

CC _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA INVESTIGADORA Y DIRECTOR DEL TRABAJO: _____

1. _____ 2. _____

Anexo 2. Carta Institucional



Santiago de Cali, 18 de mayo de 2018

Doctor
JORGE VIRGILIO MEDINA OCORO
Gerente
ESE Norte 1 Suarez Buenos Aires
Suarez, Cauca

Asunto: Solicitud autorización

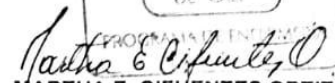
Cordial Saludo,

En el proceso de formación de los estudiantes de Enfermería, la investigación juega un papel muy importante, pues a través de ella refuerzan los conocimientos y se accede a nuevos saberes que fortalecen nuestro que hacer disciplinar, dicho proceso finaliza con la sustentación de trabajo de grado, requisito indispensable para poder optar título de enfermera/o de los estudiantes matriculados en la Universidad Santiago de Cali.

Por tal fin, comedidamente solicito su colaboración para que se autorice a la estudiante Isabel Cristina Mosquera Mosquera con código 34501933, del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, para la aplicación de anteproyecto titulado "PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCIÓN ESE NORTE I SEDE SUAREZ. PERIODO 2018" a cargo de la tutora Myriam Bermeo de Rubio

Agradezco de antemano la colaboración que les puedan brindar a nuestros estudiantes en su formación profesional.

Atentamente,




MARTHA E. CIFUENTES ORTIZ
Directora
Programa Enfermería



Calle 5a Carrera 62 Campus Pampalinda A A. 4102 / Teléfono: PBX 5183000
web: www.usc.edu.co / Nit. 890.303.797-1 / Santiago de Cali - Colombia



Anexo 3. Autorización de la Institución

	DEPARTAMENTO DEL CAUCA	Código: PGD-F-04
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1 – BUENOS AIRES /SUAREZ	Versión: 02
	NIT: 900.146.010 - 6	Fecha:
		Página: 1 de 1

Suárez Cauca, 18 de Mayo de 2018.

Doctora:

MARTHA E. CIFUENTES ORTIZ

Directora

Programa de Enfermería

Universidad Santiago de Cali

Calle 5ª. Carrera 62 Campus Pampalinda A.A 4102/Teléfono: PBX 5183000

Cali (Valle)

ASUNTO: Respuesta a solicitud realización de anteproyecto.

Cordial Saludo.

De acuerdo con el asunto en mención muy amablemente, me dirijo a usted con el fin de manifestar mi debida autorización, para que la estudiante ISABEL CRISTINA MOSQUERA MOSQUERA, identificada con código 34.501.933 del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, realice la aplicación de anteproyecto titulado **“PERCEPCION DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCIÓN ESE NORTE 1 SEDE SUAREZ. PERIODO 2018”**. A cargo de la tutora Myriam Bermeo de Rubio.

Aclarando que la entidad académica y/o la estudiante, se hará responsable del seguimiento y control de ésta aplicación; asume todo lo relacionado con su seguridad social y que dicha autorización no genera ningún vínculo laboral con la ESE.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,


JORGE VIRGILIO MEDINA OCORO

Gerente – ESE Norte 1

Elaboró: (DIANA P.)
Archivo: ESE Norte 1

*“E.S.E Norte 1 ¡Más cerca de ti!
Barrio la Esperanza - Suárez Cauca*

Correo Electrónico: esenorte1@gmail.com Telefax: 8466734 Cel. 3147735529(34)

Anexo 4. Carta de Comité de Investigación de Enfermería

Santiago de Cali Valle del Cauca, Mayo 18 de 2018

Señores

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Programa de Enfermería

Universidad Santiago de Cali

Cordial saludo,

Me permito presentar a consideración de ustedes el ante proyecto de investigación titulado PERCEPCION DE SATISFACCION DE LAS USUARIAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCION ESE NORTE I SUAREZ/ BUENOSAIRESE SEDE SUAREZ PERIODO 2018 realizado por la estudiante, Isabel Cristina Mosquera Mosquera, X semestre bajo mi dirección, solicitando sea revisado y pueda ser pasado para solicitud de aval ético al comité de Ética y Bioética de la facultad.

Manifiesto que se encuentra dentro de los parámetros requeridos para tal fin.

Atentamente

Firma Myriam Bermeo de Rubio

MYRIAM BERMEO DE RUBIO

Anexo 5. Carta de Comité de Ética

Santiago de Cali Valle del Cauca 18/5/2018

Señores

COMITÉ DE ÉTICA Y BIOÉTICA

Facultad de Salud

Universidad Santiago de Cali

Cordial saludo.

Me permito presentar a su consideración con el propósito de solicitar el aval ético, que permita iniciar el trabajo de campo, el ante proyecto de investigación titulado PERCEPCION DE SATISFACCION DE LAS USUARIAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCION ESE NORTE I SUAREZ/ BUENOSAIRES SEDE SUAREZ PERIODO 2018 realizado por la estudiante, Isabel Cristina Mosquera X semestre perteneciente al programa de Enfermería, bajo mi dirección. Manifiesto que se encuentra dentro de los parámetros requeridos para tal fin.

Atentamente

Firma 

MYRIAM BERMEO DE RUBIO

ANEXO 6. INSTRUMENTO

ENCUESTA PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA OBSTETRICA DE MUJERES DURANTE SU TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCION ESE NORTE I SEDE SUAREZ PERIODO 2018

Esta encuesta trata de averiguar cómo se sintió tratada usted con el servicio brindado en el hospital durante su trabajo de parto, parto y puerperio, para ello pedimos su colaboración, contestando con toda sinceridad las preguntas que le haremos a continuación. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito distinto a los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando su respuesta y por tanto serán anónimas. Muchas Gracias.

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

1. Edad _____

2. Escolaridad:

Primaria ___ Secundaria ___ Técnica ___ Universitaria ___ Ninguna ___

3. Estado civil: Casada ___ Soltera ___ Unión Libre ___ Viuda

4. Etnia: Afrodescendiente ___ Mestizo ___ Indígena ___ Blanco ___

5. Ocupación: _____

6. Procedencia _____

7. Régimen de seguridad social: Subsidiado ___ Contributivo ___ Otro ___

8. ¿Quiénes atendieron su parto? _____

9. ¿Su parto fue complicado? Sí ___ No ___

10. Paridad: cuantos embarazos ha tenido ___ Partos _____

Nº	ETAPA	ITEMS	NUNCA	CASI NUNCA	AVECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1		Fue atendida inmediatamente en su llegada al hospital?					
2		El personal de salud la trato con amabilidad, respeto y paciencia?					
3		El personal de salud hacía comentarios irónicos o en chiste por su comportamiento?					
4	TRABAJO	Le trataron con sobrenombres como gordita, hijita, como si usted fuera una niña?					
5	DE	Cuando le realizaron tacto vaginal le pidieron permiso y cuidaron su privacidad?					
6	PARTO	Se le pidió permiso antes de hacerle cualquier procedimiento?					
7		Se le explicaron todos los procedimientos realizados?					
8		Tuvo usted que quedarse en cama mientras tenía los dolores, le impidieron caminar?					
9		El personal de salud, le permitió tomar o comer algo mientras tenía los dolores?					
10		Considera usted que fue tratada de manera respetuosa?					
11		Se le permitió escoger la posición para dar a luz?					
12		Permitieron que la acompañara su esposo o alguien de confianza durante el parto?					
13		Alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?					
14		Le administraron algún medicamento para que el parto fuera más rápido?					
15	PARTO	Le pidieron permiso para administrarle medicamentos?					
16		El médico que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted?					
17		El personal de salud explico constantemente su situación en cada momento del parto?					
18		Le hicieron sentir culpable de alguna alteración durante el parto?					
19		Fue el personal de salud indiferente al dolor que usted sentía?					
20		La unieron? (Épisiotomía)					
21	P	Le ayudaron a recuperar la calma después del parto?					
22	U	Se le permitió acariciar a su bebé inmediatamente nació?					
23	E	Se le permitió amamantar a su bebé inmediatamente nació?					
24	R	Le explicaron la importancia de la lactancia materna?					
25	P	Le explicaron los cuidados que debía tener con su bebe recién nacido?					
26	E	Le explicaron el proceso del cuidado y la calda del muñón umbilical?					
27	R	Al salir del hospital le explicaron los cuidados que debía tener con sus mamas?					
28	I	Tiene malos recuerdos del proceso de su parto?					
29	O	Ha necesitado o cree que necesita ayuda psicológica para superar los malos recuerdos del parto?					
30		Se sintió maltratada por el personal de salud ?					

ANEXO 7. AVAL ETICO



UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI COMITÉ CIENTÍFICO DE ÉTICA Y BIOÉTICA – “CEB-USC” FACULTAD DE SALUD

Santiago de Cali, 01 de junio de 2018
Doctor(a): MYRIAN BERMEO DE RUBIO
Estudiantes: ISABEL CRISTINA MOSQUERA M.
Docentes y estudiantes del Programa de Enfermería

E. S. M.

Asunto: Aval para el proyecto de Investigación titulado: PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE MUJERES DURANTE SU TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO EN LA INSTITUCIÓN ESE NORTE I SEDE SUAREZ, PERIODO 2018

El comité Científico de Ética y Bioética de la Universidad Santiago de Cali – “CEB-USC” - Facultad de Salud en la sesión del 01 de junio de 2018 según Acta N°09, en uso de sus funciones para las cuales fue creado, resuelve:

OTORGAR EL AVAL DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO Y BIOÉTICO, al proyecto en mención, con la (s) siguiente (s) recomendación (es):

- El equipo investigador del comité de ética y Bioética de la Facultad de salud, en pleno uso de sus funciones, aceptado por el consejo académico de la Universidad Santiago de Cali, encuentra alguna(s) situación(es) inconsistente(s) que puede(n) afectar, o alterar el objeto de estudio, por lo cual es responsabilidad del director, investigador o estudiantes en hacer las correcciones.
- Se solicita tener en cuenta las observaciones y sugerencias anotadas en el formato de evaluación del cual se anexa, así como en el trabajo propiamente.
- A partir de las correcciones realizadas, podrán continuar con el trabajo de campo.

Si durante el desarrollo del proyecto de Investigación, el equipo investigador encuentra alguna(s) situación(es) anormal(es) que pueda(n) perjudicar, o alterar el objeto involucrado en el estudio, o existe algún cambio de objetivos, título, u otro aspecto relevante, se debe informar de inmediato a este comité, ya que cualquier hallazgo en este sentido, puede variar el curso de la investigación, de lo cual este comité se encuentra exento de responsabilidad.

Atentamente,

GLORIA LIZARRALDE
Presidenta del Comité de Ética



LUZ ELENA URIBE DE O
Secretaria del Comité de Ética

CC: Archivo del CEB-USC-Facultad de Salud



Calle 5a Carrera 62 Campus Pampalinda A.A. 4102 / Teléfono: PBX 5183000
web: www.usc.edu.co / Nit. 890.303.797-1 / Santiago de Cali - Colombia

