



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA
DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2021.”**

Proyecto de Tesis, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTORA: Andrea Liseth Martínez Pupiales

Directora: Geovanna Narciza de Jesús Altamirano
Zabala

IBARRA-ECUADOR

2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada “**VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2021**” de autoría de Andrea Liseth Martínez Pupiales, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra a los, 8 días del mes de noviembre

Lo certifico:

(Firma).....


Msc. Geovanna Narciza de Jesús Altamirano Zabala

C/C: 1801847086

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

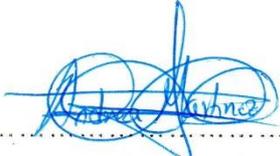
DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004067425		
APELLIDOS Y NOMBRES:	MARTÍNEZ PUPIALES ANDREA LISETH		
DIRECCIÓN:	AV. EL RETORNO Y PRINCESA PACCHA		
EMAIL:	almartinezp@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2513-213	TELÉFONO MÓVIL:	0984103670
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2021”		
AUTOR (ES):	MARTÍNEZ PUPIALES ANDREA LISETH		
FECHA:	2021-11-15		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Geovanna Narciza de Jesús Altamirano Zabala		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de noviembre

LA AUTORA

(Firma).....

Martínez Pupiales Andrea Liseth

C.C.: 1004067425

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 15 de noviembre del 2021

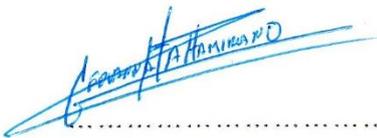
MARTINEZ PUPIALES ANDREA LISETH, “VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2021” TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 15 de noviembre del 2021

DIRECTORA: Msc. Geovanna Narciza de Jesús Altamirano Zabala

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar la presencia de la violencia obstétrica y el cuidado de enfermería durante el proceso de parto en el Hospital San Luis de Otavalo. Entre los objetivos específicos se encuentran:

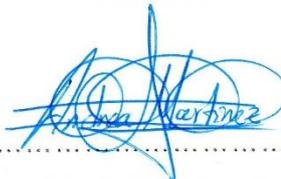
- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- Verificar los cuidados de enfermería durante el proceso de parto.
- Identificar el tipo de violencia obstétrica más común que sufrieron las madres.
- Diseñar una intervención de enfermería sobre la violencia obstétrica dirigida a las madres que acuden al Hospital San Luis de Otavalo.

Fecha: Ibarra, 15 días del mes de noviembre



Msc. Geovanna Narciza de Jesús Altamirano Zabala

Directora



Andrea Liseth Martínez Pupiales

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida y la oportunidad que me dio de elegir esta hermosa profesión. A mi madre Rosa Pupiales por su apoyo incondicional y por darme las fuerzas y herramientas necesarias para cumplir con mi sueño, a mi padre Raúl Martínez por darme su apoyo incondicional en el transcurso de toda mi carrera profesional y a mis hermanos, Nain y Samantha Martínez por ser mi apoyo durante toda mi vida y durante todo mi período académico.

Andrea Liseth Martínez Pupiales

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Rosa Pupiales por ser mi mano derecha en el transcurso de mi carrera profesional, a mi padre Raúl Martínez y a mis hermanos por su apoyo incondicional.

Andrea Liseth Martínez Pupiales

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA:	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3 Justificación	5
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5 Preguntas de investigación.....	7
CAPITULO II	8
2. Marco teórico.....	8
2.1. Marco referencial.....	8
2.2. Marco contextual	11
2.3. Marco conceptual.....	13
2.3.1. Definición de proceso de parto	13
2.3.2. Definición de violencia y violencia obstétrica	14

2.3.3. Aspectos legales de la violencia obstétrica	14
2.3.4. Causas de la violencia obstétrica.....	17
2.3.5. Consecuencias de la violencia obstétrica	18
2.3.6. Conductas de violencia obstétrica durante el parto.....	21
2.3.7. Prevención de la violencia obstétrica	26
2.3.8. Modelo de Madeleine Leininger. Enfermería Transcultural.....	26
2.3.9. Cuidado Humanizado.....	27
2.4 Marco Legal y Ético	28
2.4.1 Marco Legal	28
2.4.2 Marco Ético.....	33
CAPÍTULO III.....	37
3. Metodología de la Investigación	37
3.1 Diseño de la investigación	37
3.2. Tipo de la Investigación.....	37
3.3. Localización y Ubicación del Estudio	38
3.4. Población de estudio	38
3.4.1. Universo	38
3.4.2. Muestra.....	38
3.4.3. Criterios de Inclusión	39
3.4.4. Criterios de Exclusión.....	39
3.5 Operacionalización de variables	40
3.6 Métodos de recolección de datos	50
3.7 Análisis de datos	51
CAPÍTULO IV.....	52
4. Resultados de la investigación.....	52
4.1. Datos sociodemográficos y antecedentes gineco obstétricos	52

4.2. Lista de chequeo	55
4.2.1. Cuidado cálido	55
4.2.2. Cuidado oportuno.....	56
4.2.3. Cuidado continuo	58
4.2.4. Cuidado seguro.....	59
4.3. Encuesta EPREVO	60
4.3.1. Negligencia estructural.....	60
4.3.2. Derecho a la información.....	63
4.3.3. Derecho a la presencia	65
CAPÍTULO V	67
5. Conclusiones y recomendaciones.....	67
5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones	69
BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	77
Anexo 1. Cuestionario	77
Anexo 2. Consentimiento informado	84
Anexo 3. Galería Fotográfica	85
Anexo 4. Infografía	87
Anexo 5. Autorización para la aplicación de la encuesta	88
Anexo 6. Análisis Urkund	89

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Antecedentes obstétricos.....	52
Tabla 2: Cuidado cálido	55
Tabla 3: Cuidado oportuno.....	56
Tabla 4 Cuidado continuo	58
Tabla 5 Cuidado seguro	59
Tabla 6: negligencia estructural	60
Tabla 7: Derecho a la información.....	63
Tabla 8: Derecho a la presencia	65

RESUMEN

Andrea Liseth Martínez Pupiales

almartinezp@utn.edu.ec

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la presencia de violencia obstétrica y el cuidado de enfermería durante el proceso de parto en el Hospital San Luis de Otavalo, se realizó un diseño cuantitativo no experimental en donde el universo fue de 464 mujeres que dieron a luz en los 6 meses previos a la aplicación del estudio, para lo cual se obtuvo una muestra de 210 mujeres, la misma que se dividió en 4 períodos de 3 meses debido a la baja disponibilidad de partos causados por la actual pandemia del SARS- CoV-2; dándonos como población de estudio 53 madres. Como instrumento se utilizó la lista de chequeo “Cuidado Humanizado de Enfermería”, para identificar los cuidados de enfermería durante el proceso de parto, la encuesta EPREVO se utilizó para determinar la presencia y tipo de violencia obstétrica. Tras la aplicación de la lista de chequeo se obtuvieron resultados, donde el 78.7% aplicó un cuidado cálido, el 84.7% cuidado oportuno, el 75,47% cuidado continuo y el 65,2% cuidado seguro. Posteriormente con la encuesta EPREVO se obtuvo que un 14.86% fue víctima de violencia obstétrica de tipo negligencia estructural, un 31.76% de tipo derecho a la información y un 6.29% de tipo derecho a la presencia. Debido a lo mencionado anteriormente se concluye que la aplicación de cuidados de enfermería tiene un porcentaje mayor a la mitad, también fue posible establecer que existe violencia obstétrica, en un bajo grado, aunque eso no hace aceptable la violencia obstétrica dentro de este establecimiento de salud ya que el Hospital San Luis de Otavalo aplica la normativa (ESAMyN).

Palabras Clave: Violencia obstétrica, cuidado enfermero, parto humanizado, aspectos legales, violencia de género.

ABSTRACT

Andrea Liseth Martínez Pupiales

almartinezp@utn.edu.ec

The purpose of this study was to see whether there is any obstetric violence or poor nursing care during delivery at the San Luis de Otavalo Hospital. Due to the current SARS-CoV-2 pandemic's low availability of deliveries, a non-experimental quantitative design was used in a universe of 464 women who gave birth in the six months before the study, for which a sample of 210 women was obtained and divided into four three-month periods, yielding 53 mothers as the study population. The "Humanised Nursing Care" checklist was used as an instrument to identify nursing care during the delivery process, and the EPREVO survey was used to determine the presence and type of obstetric violence. After the application of the checklist the results were obtained, where 78.7% applied warm care, 84.7% timely care, 75.47% continuous care, and 65.2% safe care. Subsequently, the EPREVO survey showed that 14.86% were victims of obstetric violence of the structural neglect type, 31.76% of the right to information type, and 6.29% of the right to be present type. It was also possible to establish that obstetric violence exists, but to a low degree, which was expected given that the San Luis de Otavalo Hospital is a certified Mother and Child-Friendly Health Establishment (ESAMyN).

Keywords: Obstetric violence, nursing care, humanized childbirth, legal aspects, gender violence.

TEMA:

**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA
DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2021.”**

CAPÍTULO I

1. Problema de la investigación

1.1.Planteamiento del problema

La violencia obstétrica es una de las transgresiones más experimentada por las mujeres en edad fértil en especial durante las etapas del embarazo, parto y puerperio. Este tipo de violencia ha sido una problemática invisible para la sociedad y también ha sido naturalizada dentro de los establecimientos de salud. Es así que, las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica tienen la errónea concepción de que estas prácticas son naturales o normales, lo que las lleva adoptar una actitud de supeditación frente al personal de salud, así también el desconocimiento de sus derechos y más específicamente de sus derechos durante la atención sanitaria, permiten que este tipo de conductas sigan reproduciéndose (1).

La violencia obstétrica es un conjunto de formas o conductas que atentan contra la dignidad de la mujer, vulneran sus derechos y libertades fundamentales considerándose por lo tanto como un problema de salud pública. Cualquier tipo o forma de violencia que se ejerza sobre una mujer durante el embarazo, parto y postparto es considerada como violencia obstétrica. Se manifiesta en forma de actos negligentes, temerarios, omisivos, discriminatorios e irrespetuosos practicados por los profesionales de la salud y legitimados por las relaciones simbólicas de poder que naturalizan y banalizan su ocurrencia” (2).

Dichas conductas incluyen el trato hacia las mujeres, la posición de la mujer en el proceso del parto, la falta de acompañamiento, la ausencia de privacidad, los tactos vaginales de forma reiterada, el uso incorrecto del consentimiento informado, impedir el apego precoz cuando no existe condición médica para hacerlo, la infantilización de

la mujer; asociado a las intervenciones innecesarias han sido el factor principal para vulnerar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres (3).

Como principal organización de las Naciones Unidas en el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) respondió a las interrogantes de las mujeres en relación con la atención del parto y lo hizo publicando una declaración en 2015 en la que condenaba, rotundamente, el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos (incluida la esterilización), negarse a administrar medicación para el dolor, la falta de confidencialidad, no respetar la intimidad, negar la atención sanitaria en los centros de salud, la falta de vigilancia de la paciente durante el proceso de parto lo cual conlleva a posibles complicaciones que pueden ser evitables pero que pueden comprometer la vida de la madre y del niño. La OMS también hizo énfasis en que el maltrato no solo vulnera el derecho de las pacientes a una atención digna sino que también vulnera su derecho a la salud, a no ser maltrata de forma verbal, psicológica o física, y por último vulnera su derecho a la vida (4).

En preparación de su informe, la OMS y la Relatora Especial convocaron en Ginebra a una reunión con un grupo de expertos los días 25 y 26 de abril de 2019 donde el tema era el maltrato durante el proceso de parto en el contexto de la violencia contra la mujer y los derechos humanos. La Relatora Especial pidió información sobre las diferentes formas de maltrato y sobre las políticas nacionales en contra de la violencia contra la mujer en la atención sanitaria, dicho pedido tuvo más de 128 comunicaciones de diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (5).

En el Ecuador la violencia obstétrica es una realidad con altas tasa de incidencia a nivel nacional, para determinar la gravedad de esta problemática el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), realizó una encuesta la cual reveló que en Ecuador el 47.5% de mujeres han sido víctimas de violencia gineco-obstétrica. Los resultados obtenidos tras realizar un análisis estructural de la violencia obstétrica y ginecológica, se puede apreciar que existe una alta prevalencia de este tipo de violencia en las mujeres indígenas y aquellas que carecían de instrucción académica o que han sido

parte de un programa de alfabetización, también es importante señalar que en el área rural 55 de cada 100 mujeres han sido víctimas de violencia obstétrica y ginecológica y 46 han sufrido violencia obstétrica. Encabezando la lista de las provincias con prevalencia de la violencia obstétrica y ginecológica se encuentran: Morona Santiago (65,2%), Imbabura (65,2%) y Carchi con el 62,6% (6).

El personal de salud muchas veces reproduce los roles, las prácticas, actitudes y conductas que forman parte de la violencia obstétrica, sin detenerse a pensar que son inadecuadas dentro del marco de protección de los derechos humanos de la mujer y del niño, además deshumanizan un proceso natural que debe ser respetado y apoyado por los establecimientos salud y profesionales sanitarios. Conocer sobre la violencia obstétrica es importante, ya que permitirá identificarla para tener en cuenta los aspectos a corregir y las mejores estrategias a implementar para disminuir este problema de salud pública.

1.2. Formulación del problema

Teniendo en cuenta el anterior contexto mencionado se plantea la siguiente pregunta:

¿Se evidencia violencia obstétrica y cuidado de enfermería durante el proceso de parto en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo - 2021?

1.3 Justificación

El Ecuador es un país con altos porcentajes de violencia contra la mujer, violencia que no sólo enmarca transgresiones físicas, psicológicas, sexuales, económicas y patrimoniales sino también gineco-obstétricas. La violencia gineco-obstétrica es un problema de salud pública que ha estado presente dentro de la atención sanitaria, pero a la vez ha pasado desapercibida dentro de la sociedad puesto que no existe una sanción penal para el profesional que la practique. Actualmente en el país se puede alertar sobre una alta prevalencia de este tipo de violencia según las cifras publicadas por la Encuesta Nacional sobre Violencia de Género. Resulta importante conocer sobre la violencia obstétrica porque de esta manera se la puede identificar y así implementar estrategias que ayuden a reducir su prevalencia dentro del Sistema Nacional de Salud.

Dado que existe escasa información a nivel nacional sobre este tema, surge la necesidad de investigar esta problemática con el propósito de determinar la presencia de violencia obstétrica y cuidado enfermero brindado durante el proceso de parto. Esta investigación pretende contribuir con la construcción de información acerca de este tema para posteriormente realizar una intervención educativa de enfermería, la cual será una herramienta para informar sobre este tipo de violencia a las madres y así puedan exigir y recibir una atención sanitaria de calidad, a su vez se podría disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna y neonatal a partir de la no reproducción de estas conductas inadecuadas por parte del personal de salud.

La investigación es de impacto puesto que está respaldada por una extensa bibliografía, y es relevante porque proporcionará la información necesaria a las mujeres sobre la violencia obstétrica y sus implicaciones ya que el desconocimiento es un factor importante para que se sigan realizando estas prácticas inadecuadas y así cada mujer será capaz de exigir el cumplimiento de sus derechos durante el proceso de parto. Por este motivo las beneficiarias directas son las madres que acuden al Hospital San Luis de Otavalo y los beneficiarios indirectos serán: la persona a cargo de la investigación y la Universidad Técnica del Norte porque esta investigación será un referente para próximos trabajos investigativos, el beneficio a las madres se logrará a través de una

herramienta educativa, específicamente una infografía que incluirá información puntual sobre la violencia obstétrica.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la presencia de la violencia obstétrica y el cuidado de enfermería durante el proceso de parto en el Hospital San Luis de Otavalo.

1.4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- Verificar los cuidados de enfermería durante el proceso de parto.
- Identificar el tipo de violencia obstétrica más común que sufrieron las madres.
- Diseñar una intervención de enfermería sobre la violencia obstétrica dirigida a las madres que acuden al Hospital San Luis de Otavalo.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Qué cuidados de enfermería recibieron las mujeres durante el proceso de parto?
- ¿Cuál es el tipo de violencia obstétrica que sufrieron las madres?
- ¿Qué tipo de intervención de enfermería se haría sobre la violencia obstétrica ayudará a minimizar este problema de salud pública?

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco referencial

2.1.1. “Violencia obstétrica en el día a día del cuidado y sus características, 2018”.

Barbosa y Modena se propusieron como objetivo analizar el conocimiento científico existente sobre la violencia obstétrica por medio de la identificación y discusión de sus características más relevantes. Utilizando como estrategia metodológica la revisión integrativa de la literatura de 24 publicaciones científicas, las mismas que estaban indexadas en diferentes bases de datos. Como resultado de la investigación se obtuvo que el 80% de los 24 textos analizados fueron publicados en los últimos tres años, (40%) en el 2015, (28%) en el 2016 y (12%) en el 2017 respectivamente, además 36% de las 24 publicaciones fueron hechas en inglés, 28% en español y 36% en portugués, concluyendo que la violencia obstétrica atenta contra los derechos humanos y considerándola como un grave problema de salud pública ya que su ocurrencia y aceptación se debe a las equivocadas relaciones de poder entre la mujer y el profesional de salud (7).

2.1.2. “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible, 2019”.

Jojoa-Tobar et al., se plantearon como objetivo caracterizar las diversas formas de violencia obstétrica. Esta investigación es cualitativa y posee un enfoque fenomenológico; en el estudio se tomó en cuenta las vivencias obstétricas en un tiempo menor de dos años de 16 mujeres que acudieron al Instituto Colombiano de bienestar familiar en el año 2016. Para la recolección de datos se utilizó entrevistas estructuradas y a profundidad sobre sus vivencias y la atención sanitaria durante el parto. Los resultados arrojaron que el 69% de las entrevistadas fueron víctimas de algún tipo de

violencia obstétrica. Dentro de los diferentes tipos de violencia, la violencia institucional fue la más común y estuvo relacionada básicamente con políticas institucionales y la insatisfacción en la atención recibida durante el parto; la violencia psicológica se manifestó en los malos tratos y la limitación a las embarazadas para expresar su sentir, también en la escasa información y la falta de autonomía para tomar decisiones durante la atención (8).

2.1.3. “Violencia obstétrica en Brasil: una revisión narrativa, 2017”.

Zanardo et al., se plantearon como objetivo de su investigación realizar una revisión narrativa de diferentes estudios acerca de la violencia obstétrica. Durante la revisión se tomó en cuenta puntos importantes como: el concepto de violencia obstétrica, la historia del parto, aspectos legales del parto, y la realidad brasileña en cuanto a la atención del parto. Como resultado de la revisión se evidenció que la violencia obstétrica es una práctica muy común, sin embargo, no existe un solo concepto para describirla. Además, se pudo concluir que la violencia obstétrica no se encuentra dentro del marco legal, lo cual hace más común su ocurrencia y aún más difícil su penalización al no estar considerada por las leyes como un delito, también se hace necesario el conceso en cuanto al concepto de violencia obstétrica de preferencia en documentos legales, para que de esta manera se haga evidente y se tome las medidas correctivas necesarias para frenar estas prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante el parto (9).

2.1.4. “La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto, 2018”.

Crespo-Antepara et al., se plantearon como objetivo evaluar la existencia de violencia obstétrica durante la atención recibida en los hospitales Mariana de Jesús, General Guasmo Sur y Matilde Hidalgo de Procel. Esta investigación fue de tipo descriptiva y no experimental. La población fue de 150 pacientes que acudieron a los hospitales antes mencionados durante el período de agosto 2017 hasta abril 2018. La recolección de datos se hizo con una encuesta tipo cuestionario aplicada en los servicios de sala de post parto, consulta externa, y hospitalización. Los datos obtenidos fueron analizados

por medio de la estadística descriptiva de las frecuencias relativas y absolutas. Como resultado se obtuvo que 77.33% (116) de las pacientes no fueron llamadas por sus nombres, el 59.33% (89) fueron víctimas de comentarios inadecuados, 36% (54) refirieron violencia de tipo verbal, al 72.67% (109) no se les permitió estar acompañadas durante la atención, el 72% (108) de las pacientes no pudieron escoger la posición para el parto, al 65.33% (98) no se le permitió el apego precoz. En lo que respecta a procedimientos médicos realizados con el fin de acelerar el parto, todos estos fueron realizados sin el debido consentimiento informado, al 48% (72) se les realizó episiotomía, al 32.67% (49) de las pacientes se les realizó la conducción del parto y al 11.33% (17) se le practicó la rotura artificial de membranas. Concluyendo así, que la violencia obstétrica es una realidad y se encuentra presente dentro de la atención sanitaria, la cual es percibida por las usuarias en un alto grado en algunos casos (10).

2.1.5. “Frecuencia y caracterización de violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo. 2017”.

Castillo se propuso como objetivo determinar la frecuencia y caracterizar la violencia obstétrica en las pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia en el Hospital Homero Castanier. El estudio fue descriptivo, epidemiológico, retrospectivo y transversal. Para la obtención de datos se aplicó un formulario a 260 pacientes del área de Gineco-Obstetricia. Se obtuvo como resultado que el 64,61% de pacientes refirieron haber sido víctimas de algún tipo de violencia obstétrica, la media en lo que respecta a la edad fue de 25.4 años. Dentro de los factores que hacen más vulnerable a un grupo a sufrir violencia obstétrica fueron: las mujeres de etnia mestiza con un 86,9%, las mujeres con edades menores o iguales a 20 años con un 32,1%, el 53,6% de las que residían en áreas urbanas y un 56% de multíparas, con secundaria completa el 32,5% y solo el 6.9% conocían el término de violencia obstétrica. De acuerdo a los tipos de violencia obstétrica, el 48,8% refirió violencia contra el cuerpo de la mujer, el 16,9% sufrió violencia en la prestación de servicios, un 41,9% de usuarias presentaron violencia en relaciones de poder, el 43,8% fue víctima de violencia de comunicación, finalmente un 17,3% indicó violencia en contra de los derechos (11).

2.2. Marco contextual

2.2.1 Ubicación

La investigación se realizó en el Hospital Básico San Luis de Otavalo, ubicado en la calle C. Antonio José de Sucre y Estados Unidos, en la parroquia el Jordán del cantón Otavalo. Pertenece a la Zona 1, distrito 2; fue inaugurado el 24 de mayo de 1953 (14).

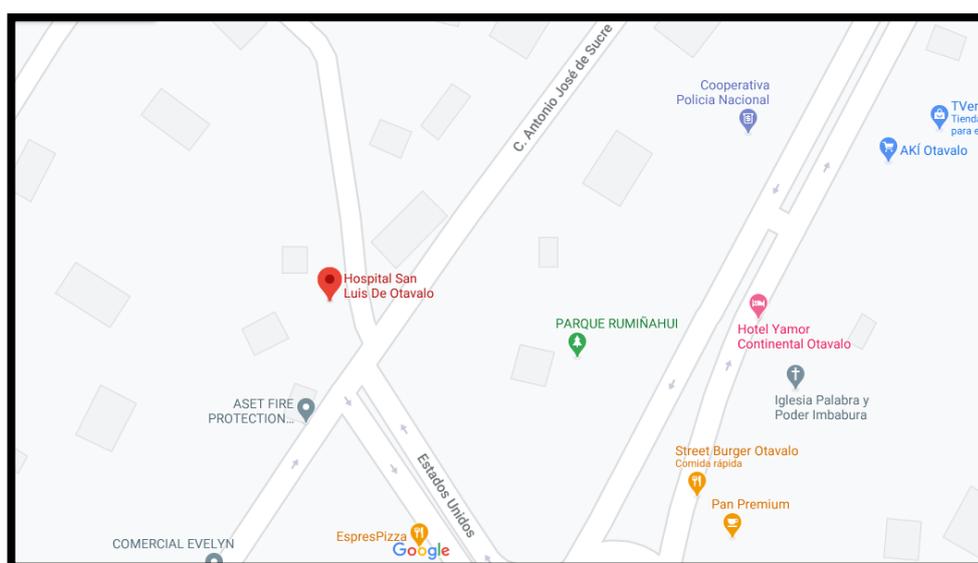


Ilustración 1: Croquis de la ubicación del Hospital San Luis de Otavalo

2.2.2. Descripción de la unidad de salud

El Hospital “San Luis de Otavalo” es una unidad de salud de segundo nivel de atención, es una unidad de salud dispuesta a servir a la ciudadanía. Este hospital acoge a pacientes referidos de los Centros de Salud cercanos y de toda la provincia de Imbabura debido a su mayor capacidad resolutive (13).

2.2.3. Misión del Hospital San Luis de Otavalo

“Proporcionamos servicios de salud oportuna e integral con calidad, calidez, eficiencia y equidad a la comunidad; respetando la cosmovisión del hospital basándose en una gestión transparente, descentralizada y participativa” (15)

2.2.4. Visión del Hospital San Luis de Otavalo

“Ser el área pionera y de liderazgo en los servicios de enfermería que promueven soluciones de vida para nuestros pacientes, impulsando procesos sostenidos de cambio a través de una cobertura adecuada y eficaz en la prestación de salud, con talento humano eficiente, comprometido y capacitado respetando las diversidades étnicas y culturales de la población” (15).

2.2.5. Oferta de servicios

El Hospital San Luis de Otavalo presta sus servicios en el área de emergencias las 24 horas del día, medicina interna, neonatología, pediatría, cirugía, quirófano, centro obstétrico y ginecología y; también brinda servicios en: consulta externa, laboratorio, Rayos X y farmacia. La atención de salud general que oferta incluye tres servicios de atención que son:

- Consulta externa
- Emergencia
- Hospitalización

Desarrolla acciones de promoción, prevención, rehabilitación, cuidados paliativos y recuperación de la salud. A esto se suman acciones de investigación y docencia. Por lo cual es considerado como un punto de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención y direcciona la contrarreferencia (14).

2.2.6. Personal de la unidad de salud

Actualmente laboran 330 trabajadores en la institución distribuidos de la siguiente manera (16):

- 55 administrativos
- 50 auxiliares de enfermería
- 43 laboratorista e imagenología
- 40 mantenimiento y limpieza
- 60 enfermeras
- 82 médicos

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Definición de proceso de parto

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta. A partir de la llegada al hospital el proceso de parto comprende diferentes etapas, siempre y cuando no se produzcan situaciones que hagan necesaria la práctica de una cesárea (12):

- La primera es la fase de dilatación, que además es la de mayor duración. Se inicia con las contracciones de parto y termina cuando el cuello del útero se expande hasta tener el diámetro necesario para que el feto pueda pasar a través de él.
- A la dilatación le sigue la fase expulsiva. Se inicia con la aparición de una fuerte presión en el área vaginal que la obliga a empujar para que el feto empiece a pasar por el cuello del útero. Es el momento en que, si el obstetra lo considera necesario, puede realizarse una episiotomía (un corte del perineo) para prevenir un posible desgarro vaginal (12).

- El proceso de parto finaliza con el alumbramiento, con la completa salida del feto, a lo que sigue la expulsión de la placenta y sus membranas.

2.3.2. Definición de violencia y violencia obstétrica

La OMS define a la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (13).

Es así, que Valenzuela define a la violencia obstétrica como cualquier tipo de violencia de la cual sea víctima la mujer, esto incluye toda violencia física, sexual, psicológica, emocional, laboral o económica la cual puede ser ejercida antes, durante y después del parto. (2)

Según la Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres define a la violencia obstétrica como toda acción u omisión que vulnere los derechos de las mujeres embarazadas, en donde se incluyen malos tratos, la realización arbitraria de prácticas científicas o culturales sin su debido consentimiento, el abuso de medicación, la esterilización sin consentimiento, la falta de confidencialidad, la pérdida de autonomía y de decisión sobre su cuerpo. Estas prácticas inadecuadas provoca un impacto negativo en la vida sexual y reproductiva de las mujeres a corto y largo plazo (14).

2.3.3. Aspectos legales de la violencia obstétrica

Dentro de la Constitución de la República del Ecuador (2008) existen artículos que procuran el cumplimiento y respeto de los derechos en ámbitos de salud como lo son el artículo 32 en donde afirma que el Estado garantizará el derecho a la salud por medio de políticas para lograr un acceso oportuno y permanente a los servicios de salud, los cuales se regirán por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, entre otros (15).

En el artículo 43 refiere que el Estado garantizará ciertos derechos a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los cuales incluyen el no ser discriminada, derecho a recibir atención sanitaria gratuita, derecho a la protección y cuidado durante el embarazo, parto y posparto y asegurar las facilidades para la recuperación después del embarazo. En el artículo 66 se menciona el reconocimiento y la garantía de una vida libre de violencia (15).

Así también en la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres (2018) en el artículo 10 se enumera y define los tipos de violencia de género, encontrándose en el literal “g” la violencia gineco-obstétrica (14).

La violencia obstétrica ha pasado desapercibida en el Ecuador y esto se debe a la falta de respuesta del Estado frente a este problema, volviéndose así invisible para la sociedad. La falta de conocimiento sobre las prácticas de atención sanitaria realizadas en el país, el poco o escaso conocimiento de los profesionales de la salud y de las mujeres acerca de la violencia obstétrica resulta ser un obstáculo para la implementación de estrategias que pongan en evidencia este problema y poder disminuirlo (16).

Debido a esto en el año 2016 la Asamblea Nacional del Ecuador inició un debate sobre la Ley orgánica para la atención humanizada del embarazo, parto y posparto. Dicha ley tiene como objetivo regular la atención sanitaria, para institucionalizar la atención humanizada del parto, impulsar y promover la participación de la mujer de forma activa y respetar las decisiones que tome la mujer. Para brindar una atención sanitaria de calidad se expide en el 2016 una normativa sanitaria para la certificación de establecimientos que atienden partos como amigos de la madre y del niño, en donde consta que (16):

“Art. 1.- Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que atienden partos, que cumplan con los componentes establecidos en

esta norma, serán acreedores al reconocimiento honorífico de la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Prestadores de Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACCESS, mediante una Certificación como “Amigos de la Madre y del Niño”–ESAMyN”

“Art. 2.- Los establecimientos de salud que atienden partos, deberán cumplir con los siguientes objetivos específicos: a) Contribuir al mejoramiento de la calidad e integralidad de la atención pre-natal. b) Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido. c) Contribuir a mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales. d) Proporcionar lineamientos para prevenir la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis”.

En el año 2019 el término “violencia obstétrica” tuvo una mayor relevancia debido a que en este año por primera vez la Corte Constitucional reconoció este tipo de violencia y falló en favor de una mujer que refiere haber sido víctima de este tipo de violencia en el año 2011, cuando al no recibir la atención necesaria dio a luz a su bebé fuera de la sala de partos del hospital provincial del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de El Oro. La víctima de este caso fue indemnizada económicamente y la casa de salud debió pedir disculpas públicas por el daño causado. A raíz de este caso la Corte Constitucional delegó al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y al Ministerio de Salud Pública la elaboración de una guía para la atención integral de las embarazadas para así prevenir la violencia obstétrica antes, durante y después del parto (17).

En mayo del 2021, se dio a conocer el informe para un segundo debate del "Proyecto de ley orgánica reformativa del Código Orgánico Integral Penal, para prevenir y combatir la violencia sexual digital y fortalecer la lucha contra los delitos informáticos" en la sección ocho que se refiere a los delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar se menciona aspectos representativos de la violencia y su tipificación, dentro de la cual está incluida la violencia gineco-obstétrica

y donde se menciona la sanción para los profesionales que incurran en este delito la cual sería de 3 a 5 años de cárcel (18).

2.3.4. Causas de la violencia obstétrica

No se ha logrado unificar las opiniones sobre la etiología de la violencia obstétrica, sin embargo, se ha propuesto un origen multifactorial, en donde participan factores sociales en los que se ignoran los derechos de la mujer gestante, y también participan factores otros factores propios de cada establecimiento de salud, donde tiene origen la mala atención sanitaria por parte del personal de salud (11).

Dos de los grandes problemas de donde surge la violencia obstétrica son la naturalización de esta (cualquier acción que se realice por el personal de salud es aceptada) y la desinformación de la población. Por ello, las pacientes que sufren este tipo de violencia por lo general no saben que han sido víctimas de violencia y como consecuencia esas prácticas quedan sin penalización (19).

2.3.4. Tipos de violencia obstétrica

Violencia en las relaciones de poder: se refiere a cuando la mujer adopta una posición de pasividad, obediencia y sumisión, para con el personal de salud y lo hace influenciada por un concepto histórico y cultural en donde el personal de salud posee una autoridad irrefutable (11).

Violencia en el cuerpo femenino: tiene que ver con cualquier forma de intervención sin consentimiento e innecesaria. Esto incluye: episiotomía rutinaria, cesárea injustificada, realizar maniobras gineco-obstétricas aplicando fuerza física y la utilización de medicación innecesaria o que no consta dentro de los protocolos establecidos (11).

Violencia a través de la comunicación: se refiere básicamente al maltrato producido por el personal de salud en contra de la mujer ya sea antes, durante y después del parto.

Se puede presentar:

- **Conductas de escasa o inadecuada información:** información limitada, nula, escasa o poco clara.
- **Conductas de omisión:** falta de atención o indiferencia.
- **Agresión verbal:** tono de voz aumentado, impaciencia, frases humillantes, discriminadoras o irónicas, insultos y amenazas.

Violencia en forma de servicio: se refiere a cuando las autoridades de cada establecimiento de salud incumplen las normas establecidas para brindar una atención de salud integral. Aquí se incluye la falta o ausencia de profesionales sanitarios, trabas burocráticas para el acceso a los servicios de salud, demora en la atención, condiciones deficientes del servicio.

Violencia como violación de derechos: se trata de la vulneración de los derechos de la paciente por parte del personal de salud y puede darse cuando no se permite el acompañamiento durante el parto y el impedimento del apego precoz sin una causa médica que lo justifique.

2.3.5. Consecuencias de la violencia obstétrica

Las secuelas físicas y psicológicas de la violencia obstétrica afectan no solo a la madre y al bebé, sino que repercute también en el entorno de estos, y las consecuencias pueden ser a corto o largo plazo.

2.3.4.1. Consecuencias físicas en las mujeres

Lactancia materna: el desarrollo de una adecuada lactancia materna después del parto depende de la forma en la que transcurrió el parto, si este fue adecuado la lactancia será establecida si complicaciones, pero si, por el contrario, el parto fue

traumático el periodo de lactancia se producirá con problemas. Por eso mientras menos intervenido sea el parto, las posibilidades de que existan problemas durante la lactancia son mínimas. Los más comunes serán los siguientes (20):

- **En la madre:** La sobrehidratación intravenosa en la madre puede provocar ingurgitación láctea, provocando un cese temprano de la lactancia, agrietamiento de los pezones, producción de leche disminuida y mastitis. Las cesáreas pueden limitar las posturas a la hora de amamantar. El uso de antibióticos altera la flora residente provocando mastitis y obstrucciones. También la mujer puede desarrollar síndrome de estrés postraumático causado por la violencia obstétrica lo cual limitará o no permitirá la lactancia materna (20).
- **En el bebé:** la epidural puede provocar hipoactividad en el recién nacido, lo que obstaculiza el apego precoz y la lactancia materna; la oxitocina provoca irritabilidad en los niños, lo que no permite una lactancia tranquila y armoniosa; los problemas de agarre y succión en bebés inmaduros pueden ser el resultado de la inducción del parto antes de tiempo (20).
- **Incontinencia:** El uso de instrumental no recomendado, los pujos dirigidos, la episiotomía de rutina o las posiciones inadecuadas durante el parto pueden desencadenar en incontinencia urinaria o fecal, afectando gravemente la calidad de vida de la mujer (20).
- **Hemorragias:** La pérdida de sangre después del parto es muy común debido a que los vasos sanguíneos del útero se desgarran a causa del desprendimiento de la placenta, pero al contraerse el útero estos vasos sanguíneos sanan y dejan de sangrar. Sin embargo, existen casos en los que el útero se mantiene distendido y sin contraerse lo que provoca que los vasos sanguíneos sigan sangrando, provocando una hemorragia posparto. La incapacidad del útero para contraerse se denomina atonía uterina y puede deberse a la administración excesiva de oxitocina o por un parto prolongado (21).

- **Desgarros:** Cuando se atiende de forma adecuada un parto, habitualmente los desgarros suelen ser menores, la mayoría no requiere sutura. Sin embargo, cuando el parto ha sido instrumentalizado los desgarros suelen ser mucho más graves. En el 4% de mujeres se producen desgarros de cuarto grado (compromete el esfínter anal y el tejido debajo de este) aumentando el riesgo de incontinencia anal y causando dolor por meses (21).

2.3.4.2. Consecuencias psicológicas

Depresión postparto: Los trastornos que se presentan después del parto pueden ser: tristeza posparto, depresión y psicosis posparto, colocadas en orden de complejidad respectivamente, los cuales pueden afectar física y emocionalmente a los miembros de la familia. En el caso del estrés postraumático este puede ser de origen multifactorial y se trata de un trastorno que requiere de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. Su aparición tiene relación con la forma en la que transcurrió el parto, ya que si esta etapa fue una experiencia negativa y traumática la madre tratará de mantener distancia de los factores que le recuerden esa experiencia (22).

Estrés postraumático: Los cuidados inadecuados durante el parto y los malos tratos son importantes factores desencadenantes del estrés postraumático en mujeres posparto. Es por eso por lo que las mujeres que han tenido un parto traumático recuerdan esta etapa como una pesadilla difícil de olvidar. Se estima que un 2 y 6% de mujeres a nivel mundial desarrollan este síndrome por completo y un 30% desarrolla un síndrome incompleto (20).

2.3.4.3. Consecuencias en el recién nacido

La forma en la que se produce el nacimiento está relacionada con el vínculo que desarrollan la madre y el bebé, de tal manera que si se produce un nacimiento violento este vínculo podría no darse. La manera en la que se produce el parto es un momento

crucial que influirá de manera positiva o negativa en la forma de relacionarse, la personalidad, el comportamiento y la autoestima a lo largo de toda la vida (20).

2.3.6. Conductas de violencia obstétrica durante el parto

2.3.5.1. Primeras intervenciones: enema y rasurado

El enema es la administración de un laxante por vía rectal con el propósito de que la mujer no defeca durante el parto, para así supuestamente prevenir infecciones perinatales. Actualmente este procedimiento no está recomendado porque resulta incómodo para la madre, puede lesionar el intestino, no tiene ningún beneficio y no previene las infecciones perinatales, y es mejor que la paciente orine y haga la deposición de forma espontánea (23).

El rasurado del vello púbico tampoco es un procedimiento no recomendado ya que la evidencia científica demuestra que no existen beneficios clínicos para su realización antes del parto. El afeitado perineal puede ocasionar irritación y enrojecimiento del perineo, también abrasiones o lesiones por la navaja de afeitar, dolor y picazón vulvar lo cual resulta incómodo para la mujer. Además, que este procedimiento sea realizado por el personal de salud puede ser incomodo y vergonzoso para la madre. Por eso es recomendable que se respete la dignidad y autonomía de la paciente y que la decisión de rasurar o no el vello púbico sea exclusivo de la madre (24).

2.3.5.2. Acelerar el trabajo de parto

Se debe tener en cuenta que el trabajo de parto no se acelere hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm, debido a esto se desaconseja cualquier intervención médica que acelere el parto, como la administración de oxitocina o la cesárea, salvo los casos en los que se vea comprometida la vida del feto o de la madre. Sin embargo, si se sospecha que el trabajo de parto tiene una progresión lenta antes de realizar cualquier intervención lo primero es evaluar cuidadosamente a la madre para descartar posibles complicaciones como una desproporción cefalopélvica. Esta

recomendación tiene como objetivo prevenir eventos adversos y yatrogenia materna y fetal (24).

2.3.5.3. Limitar la movilidad e imposición de una posición durante el trabajo de parto y parto.

Durante la labor de parto se recomienda permitir a la madre que escoja la posición en la que desea permanecer durante esta etapa, ya que muchas veces se opta por mantener la posición tradicional en donde la paciente se encuentra en reposo en cama, sin darle la opción de elegir y sin considerar los beneficios que tendrá la movilidad y la posición vertical. Como personal de salud se debe informar y respaldar la decisión de la madre con respecto a la posición de su elección, esta intervención resulta beneficiosa, ya que acorta la primera etapa del trabajo de parto, también reduce el uso de analgesia, reduce la realización de cesáreas, además resulta ser una intervención barata y fácil de aplicar (24).

En la etapa donde se produce la expulsión del bebé la madre también está en su derecho de escoger la posición que sea de su agrado y que le dé mayor fuerza para la expulsión del feto, entre las cuales están: posición de rodillas, posición de cuclillas, cogida de la soga, sentada, semisentada, posición de pie, posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo), sin importar la posición elegida el personal de salud debe adaptarse. La posición vertical para esta etapa ayuda a reducir las episiotomías y los partos vaginales instrumentados, sin embargo, puede asociarse con un mayor riesgo de hemorragia posparto y con desgarros perineales, aunque el riesgo beneficio según la evidencia científica no se encuentra muy claro (24).

2.3.5.4. Uso de analgesia

La anestesia epidural es sumamente efectiva para el alivio del dolor, pero no deja de ser un procedimiento invasivo, ya que la anestesia se administrará por medio de una punción entre las vértebras lumbares. Además, altera la fisiología del parto de varias

maneras, debido a que si no hay dolor los niveles de oxitocina descienden rápidamente por lo que necesitan oxitocina intravenosa, las mujeres con este tipo de anestesia no pueden liberar endorfinas, además la rotación y el descenso del bebé se vuelven más difíciles debido a la relajación de los músculos de la pelvis, incrementa el riesgo de una mala posición persistente del bebé haciendo necesario el parto instrumentado y la cesárea (25).

En un estudio en donde se realizó una investigación sistemática se encontró que la anestesia epidural también podía disminuir la posibilidad de un parto vaginal espontáneo, aumentaba el riesgo de fiebre materna y problemas en la lactancia materna lo cual podía ocasionar complicaciones indeseadas. Utilizar anestesia epidural también implica administrar líquidos por vía intravenosa, limitación de la movilidad y monitorización fetal continua (25).

El alivio del dolor según el ESAMyN es preferible hacerlo con métodos no farmacológicos como la deambulación, baños de agua, masajes, calor local, musicoterapia, aromaterapia, visualización y relajación, con los cuales es menos probable o no existe la posibilidad de ocasionarle algún daño al bebé o la madre porque no son intervenciones invasivas (26).

2.3.5.5. Episiotomía de rutina

La episiotomía se refiere a una incisión quirúrgica que se realiza en el periné para ampliar el canal de parto facilitando la expulsión del bebé. Antes este procedimiento se realizaba de forma rutinaria porque se creía que reducía la incidencia de desgarros durante la etapa expulsiva del parto, pero ahora la evidencia científica demuestra que los desgarros más graves como los de III y IV grado están precedidos por una episiotomía y las heridas producidas por desgarros suelen sanar más rápido que una producida por una episiotomía por lo que en la actualidad solo se efectúan cuando es indispensable (27).

Dentro de las posibles complicaciones que se puede presentar después de esta intervención es el dolor perineal, riesgo de hematoma perineal, desgarro perineal severo, reconstrucción insatisfactoria, posible infección, dispareunia y puede provocar disfunciones del suelo pélvico lo que ocasiona incontinencia, prolapsos y disfunciones sexuales. Actualmente no se recomienda la realización de episiotomía de forma rutinaria en mujeres que presenten un parto vaginal espontáneo (27).

2.3.6.6 Partos instrumentados

Se refiere a la utilización de un instrumento durante el parto ya sean fórceps, vacuo o espátulas, que sirven en su defecto para traccionar la cabeza del bebé o para ampliar el canal de parto, pero estos instrumentos provocan complicaciones severas en la madre y el bebé. En el caso de los fórceps pueden ocasionar desgarros y disfunción urinaria o anal en la madre y en el feto pueden provocar fracturas craneales con depresión ósea y parálisis del nervio facial (28).

Las ventosa o vacuo provoca en la madre desgarros, en el bebé produce laceraciones y abrasiones del cuero cabelludo, hemorragia subgaleal, cefalohematoma, hemorragia retiniana y hemorragia intracraneal. Las espátulas también producen desgarros perineales en la madre y en el niño ocasiona erosiones epidérmicas, mínimos hematomas y parálisis del plexo braquial. Los partos vaginales instrumentados se asocian a una mayor mortalidad neonatal y morbilidad materna (28).

2.3.5.6. Maniobra de Kristeller

Es aquella maniobra en donde se ejerce presión en el fondo uterino en la etapa expulsiva del parto. Actualmente la Organización Mundial de la Salud desaconseja su uso ya que el uso de esta maniobra se considera una mala práctica, sin embargo, aún se sigue utilizando. En estudios realizados acerca de este tema se ha podido evidenciar que esta intervención acarrea consecuencias en la madre tales como: rotura uterina, desgarros perineales, hasta daño en la musculatura del ano, dolor costal, prolapso urogenital, hemorragias, fracturas, contusiones y dispareunia (29).

En el feto puede ocasionar fracturas de clavícula o de hombro, desgarros musculares, hematomas, lesiones de órganos interno, incremento de la presión intracraneal, hipoxia, caput succedaneum (inflamación difusa del cuero cabelludo) e incremento de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Esta mala práctica atenta contra los principios bioéticos (29).

2.3.5.7. Cesáreas innecesarias

La cesárea es la realización de una incisión quirúrgica en el abdomen que corta 5 capas de tejido, para acceder al útero y así extraer al feto. La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la tasa aceptable de cesáreas es de 10 a 15%, pero este procedimiento es cada vez más común en países desarrollados y países subdesarrollados. La cesárea ha pasado de ser un procedimiento que se realiza en casos excepcionales a ser una intervención rutinaria de nacimiento en uno de cuatro niños o cinco niños. Actualmente no se ha demostrado que la cesárea tenga beneficios cuando se realiza en un parto sin riesgo y que no la amerite. Este procedimiento quirúrgico trae consigo complicaciones y discapacidades significativas, que pueden ser permanentes o incluso la muerte (30).

2.3.5.8. Exceso de personal y falta de intimidad

En el documento de socialización del modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado manifiesta que para la realización de cada procedimiento médico o examen se debe obtener obligatoriamente obtener el consentimiento verbal de la mujer antes de realizar cualquier procedimiento o examen, y explicar y solicitar su permiso si la intención es una explicación con fines docentes o si va a ser repetida por profesionales en formación. Solicitar permiso para la permanencia durante el parto de personal en formación. Sin embargo, muchas mujeres relatan que en sus paritorios existía un exceso de personal, estudiantes incluidos, cuya presencia no fue avisada ni se solicitó consentimiento alguno por parte de las parturientas (31).

2.3.7. Prevención de la violencia obstétrica

Para prevenir la violencia obstétrica hace falta que el personal sanitario, en primer lugar, se involucre, se comprometa y se eduque. En cualquier discriminación de género hace falta aún muchísima pedagogía para su total erradicación. Es necesario establecer una relación de igual entre el médico y la paciente, en donde la mujer se empodere de su propia salud para que sea capaz de participar en la toma de decisiones y de siempre exigir información. También es necesario fomentar el cuidado humanizado por parte del personal de salud, favoreciendo así la escucha a los pacientes y fortaleciendo la idea de que la paciente es un ser humano y debe ser atendida con el mayor respeto, dignidad y consideración de una manera integral (32).

Aunque actualmente las labores de prevención de la violencia avanzan con lentitud cada vez son más los instrumentos que ayudarán a cumplir con este cometido que ayudarán al empoderamiento de las mujeres embarazadas lo cual fortalecerá el conocimiento sobre la violencia obstétrica y también serán capaces de exigir y hacer valer sus derechos en todo el entorno sanitario.

2.3.8. Modelo de Madeleine Leininger. Enfermería Transcultural

Madeleine Leininger fue una enfermera norteamericana que en la década de los 60 y 70 dio a conocer su teoría sobre los cuidados culturales, dicha teoría fue posible gracias a diversas investigaciones. Leininger fue la primera profesional de enfermería en obtener un grado de doctora en antropología, desempeñándose también como profesora y decana en la universidad de Utah. Sus múltiples logros le han permitido el reconocimiento como una de las principales teóricas de enfermería (33).

La teoría de la transculturación específicamente se refiere a que el conocimiento de la realidad cultural y social de una población, grupo, comunidad o individuo puede ser un punto crucial en el logro de los objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. De esta manera se promulgaron los cuidados que respetan los aspectos tradicionales en donde la asistencia de enfermería va concatenada con la cultura (33).

En base a lo mencionado anteriormente, se puede concluir que los principales conceptos de la teoría de Madeleine Leininger son: la atención, la cultura, el cuidado, diferencias y valores culturales; en donde el tema central del cuidado era la atención, la práctica y el conocimiento, ya que la atención está conformada por actos que ayudan y dan facilidades a individuos o grupos que tiene necesidades previsibles, también sirve para mejorar los modos de vida y las condiciones humanas (34).

La teoría transcultural se puede visualizar a través del “modelo del sol naciente” el cual describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural ni de su estructura social, de su concepción del mundo, lo que constituye uno de los principios fundamentales de la teoría de Leininger, el cual se divide en cuatro niveles” (34).

2.3.9. Cuidado Humanizado de Jean Watson.

La Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson afirma que es imprescindible establecer la relación enfermera/o – paciente, basada en la confianza y la ayuda. Además, sostiene que el cuidado humanizado incluye: la experiencia, conexión y percepción: las cuales se manifiestan al mostrar un profundo interés hacia la persona. También incluye un compromiso moral, ya que el cuidado no es únicamente la evaluación médica sino implica realzar y proteger la dignidad humana. El cuidado humanizado precisa que el profesional de salud se comprometa para poder aplicarlo en cada paciente, con el objetivo de mejorar su calidad de vida (35).

El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente

aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento (35).

El cuidado de los pacientes es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermera-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención (24). El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

2.4 Marco Legal y Ético

2.4.1 Marco Legal

El presente estudio está amparado dentro de los siguientes constitucionales y legales.

Constitución de la República del Ecuador 2008.

La constitución de la República del Ecuador es el instrumento legal del estado, en la cual constan diferentes artículos consagrados a favor de la vida y la salud de la población, establece derechos económicos y socioculturales, para mejorar la calidad de vida. La constitución del Ecuador es la carta magna vigente en la Republica. Es el fundamento y la fuente de autoridad jurídica que sustenta la existencia del Ecuador y de su gobierno. La supremacía de esta constitución la convierte en el texto principal dentro de la política ecuatoriana, y para la relación entre el gobierno con la ciudadanía (36).

Sección Séptima: Salud:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección segunda:

Salud Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 3. Fortalecer los servicios estatales de

salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Ley Orgánica de Salud:

Esta ley tiene como objetivo regular las acciones que permitan efectivizar el derecho a la salud, el cual está incluido dentro de la Constitución Política de República, debido a esto todos los profesionales de la salud deben dar cumplimiento a esta ley (37).

TITULO PRELIMINAR

CAPITULO I

Del derecho a la salud y su protección

En el artículo 6 que hace referencia a las responsabilidades del Ministerio de salud Pública, en el apartado 7 se menciona que:

“Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables”

Título I

Capítulo I

DISPOSICIONES COMUNES

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear,

mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello.

2.4.1.3 Plan toda una vida

Busca garantizar los derechos de todos los ciudadanos durante todo su ciclo de vida, para que ninguno se quede rezagado y todos puedan gozar de sus derechos a plenitud.

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

En este eje se posiciona al ser humano como un sujeto que consta con derechos durante todo su ciclo de vida, reconociendo de esta forma a cada persona como responsable y dueño de sus derechos, los cuales no podrán ser alterados, mientras que con este objetivo se busca la garantía y equidad de oportunidades hacia todas las personas sin discriminación, para la realización de todos sus derechos (38).

Es importante anotar que la violencia es causa y consecuencia del ciclo de la pobreza y el estancamiento económico, debido a las secuelas físicas, emocionales y psicológicas que deja en las víctimas. La violencia trunca el potencial de la sociedad, genera costos económicos y sociales a largo plazo y, por lo tanto, perjudica las posibilidades para un desarrollo sostenible (38).

Debido a que la violencia es un tema de preocupación nacional en el objetivo 1 se establece una política que pretende mermar este problema (38)..

Política 1.10 Erradicar toda forma de discriminación y violencia por razones económicas, sociales, culturales, religiosas, etnia, edad,

discapacidad y movilidad humana, con énfasis en la violencia de género y sus distintas manifestaciones.

Código Orgánico de Salud

Garantiza que todos los ciudadanos puedan gozar del derecho a la salud en todo el territorio nacional, también se enfrenta a los nuevos retos que puedan surgir en el aspecto de la salud y lo puede hacer gracias a que es considerada como una herramienta legal (39).

CAPÍTULO III

SERVICIOS DE SALUD ESPECÍFICOS

SECCIÓN I

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

“Artículo 198.- Violencia gineco-obstétrica. - Será de interés prioritario del Estado prevenir y erradicar la violencia gineco obstétrica y fomentar el parto vaginal. Se considerará violencia gineco obstétrica a toda acción u omisión que considere a los procesos de embarazo, parto, post parto y puerperio como una patología, manifestada por las siguientes conductas:

- 1. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas y prácticas innecesarias o contraindicadas;*
- 2. Practicar la cesárea sin que medien las condiciones establecidas en el artículo anterior; o, limitar el derecho de la mujer a que se le practique una cesárea, cuando el parto vaginal sea imposible o complicado, poniendo en riesgo tanto la salud de la madre como la del que está por nacer;*

3. *En el parto vaginal, obligar a la mujer a parir en posición litotómica, contrariando su elección de la posición de parto de su preferencia, no obstante existir las condiciones necesarias para que se produzca el parto en libre posición;*
4. *Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del recién nacido con su madre, y el contacto piel con piel, negándole la posibilidad de cargarlo inmediatamente después de nacer, independientemente del tipo de parto que se haya producido;*
5. *Abuso de medicalización en la atención del embarazo, parto y postparto;*
6. *No ofertar los métodos anticonceptivos post evento obstétrico, de acuerdo con la elección de las usuarias; y,*
7. *Ejercer violencia o maltrato físico o psicológico en contra de la mujer embarazada durante los procesos de embarazo, parto y postparto que incluirán acciones como esterilizaciones involuntarias o forzosas y la mutilación genital femenina.*

En el caso de mujeres no embarazadas se considerará maltrato o violencia ginecológica a las acciones u omisiones que vulneren la autonomía de las mujeres con respecto a las decisiones que tomen sobre sus cuerpos y su sexualidad; o, aquellas atenciones que se realicen afectando el estado físico o psicológico de la paciente y prácticas invasivas que no observen de manera obligatoria y rigurosa las regulaciones, procedimientos y protocolos médicos que para el efecto haya dictado o dicte la Autoridad Sanitaria Nacional”.

2.4.2 Marco Ético

Código de Helsinki

“Dentro del código antes mencionado en la sección principios generales se puede encontrar que el punto número 7 menciona que 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” (40).

El párrafo relatado quiere decir que una investigación médica no debe ser objeto de daño a un ser humano sino más bien debe servir para promover y mejorar la salud y siempre asegurando el respeto hacia sus derechos realizando todo proceso investigativo con empatía.

Es importante mencionar que también el punto número 9 está relacionado al punto anterior e indica que cuando se realiza una investigación médica, el médico tiene el deber de proteger la vida, la dignidad, la salud, la integridad, la intimidad, el derecho a decidir y la confidencialidad de las personas que son objeto de investigación. La protección de las personas que participan en la investigación es responsabilidad del profesional de salud y no de los participantes, así estos hayan dado su consentimiento (40).

Principios bioéticos Dentro de la atención sanitaria se considera cuatro principios éticos fundamentales que permiten llevar a cabo dicha atención cuyo objetivo principal es salvaguardar la salud del paciente en todo momento. Así tenemos (41):

“Respeto de la 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. Beauchamp y Childress nos dan algunas reglas para tratar a las personas de manera autónoma:

- *«Di la verdad».*
- *«Respetar la privacidad de otros».*
- *«Proteger la confidencialidad de la información».*
- *«Obtener consentimiento para las intervenciones a pacientes».*
- *«Cuando te lo pidan, ayuda a otros a tomar decisiones importantes»”*

*“**No-maleficencia:** Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Beauchamp y Childress en el diseño del principio de no-maleficencia se concentran en «los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses». En particular enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte”.*

*“**Beneficencia:** Hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Si la benevolencia se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad, la beneficencia, en cambio, es un acto realizado por el bien de otros”.*

*“**Justicia:** Sobre el principio de justicia en ética biomédica un autor especialmente relevante es Norman Daniels. Este autor nos dice que existe un conflicto de intereses entre los que precisan servicios de salud y los que soportan sus gastos, pero incluso en Estados Unidos, que no es un Estado de bienestar, se piensa que los cuidados de la salud deben distribuirse más igualitariamente que otros bienes. Daniels se pregunta qué tiene de especial el cuidado de la salud. Daniels entiende que la sociedad tiene la obligación de proteger la igualdad de oportunidades de todos sus miembros. Por eso hay que examinar las implicaciones que se siguen para las instituciones sanitarias, pues han de reformarse si no son capaces de garantizar esa igualdad de oportunidades, que viene potenciada por el acceso igualitario a los cuidados de la salud”.*

Código Deontológico

Hace referencia a los deberes principales dentro de la práctica de enfermería los cuales son: prevenir la enfermedad, promover la salud, aliviar el sufrimiento, contribuir a la restauración de la salud; también incluye el demostrar respeto para con los derechos humanos, culturales y derecho a la vida (40).

Dentro del código deontológico del CIE para la profesión de enfermería en el punto numero 1: La enfermera y las personas, se encuentra que.

“Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad”

Todo lo antes mencionado hace referencia a que la enfermera es el eje principal dentro de una unidad de salud debido a que ella ofrece cuidados directos y por lo tanto debe procurar un entorno adecuado para el paciente de igual manera vigilando que en cada procedimiento se realice con respeto hacia la persona y sus derechos.

Otro punto importante a conocer dentro del código es el siguiente (42):

“La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de la investigación

La presente investigación fue cuantitativa, no experimental.

- **Cuantitativa:** ya que se utilizó la recolección de datos y el posterior análisis estadístico para establecer la presencia de violencia obstétrica (43) .
- **No experimental:** porque el estudio se realizó sin ningún tipo de manipulación de las variables y se limitó a la observación de la violencia y el cuidado enfermero en su ambiente natural y su posterior análisis (43).

3.2. Tipo de la Investigación

La presente investigación fue descriptiva, de campo, transversal.

- **Descriptiva:** el investigador especifica características y propiedades relevantes del objeto de estudio por lo que describe tendencias de un grupo o población. Mide conceptos y define variables (43).
- **De campo:** se refiere a la obtención de datos de la realidad para estudiarlos en su forma natural, sin manipulación alguna del investigador (43).
- **Transversal:** se caracteriza porque la recolección de los datos de la investigación se realiza en un momento específico (43).

3.3. Localización y Ubicación del Estudio

El presente estudio se realizó en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo.

3.4. Población de estudio

La población fue constituida por las pacientes que dieron a luz por parto vaginal y cesárea en el Hospital San Luis de Otavalo durante el periodo Julio – septiembre 2021.

3.4.1. Universo

En la presente investigación considero a un total de 464, las mujeres atendidas por parto vaginal y cesárea en Hospital San Luis de Otavalo durante el periodo de enero a Julio del 2021

3.4.2. Muestra

La muestra del presente estudio será obtenida en los 6 primeros meses del año donde se obtuvo una población total de 464 madres las cuales dieron a luz por parto vaginal o cesárea, en el Hospital San Luis de Otavalo, por medio de la siguiente formula $n =$

$\frac{Z^2(p*q)N}{e^2+(N-1)+Z^2(p*q)}$ se obtuvo una muestra de 210, la cual se dividirá en 4 períodos

debido a la disponibilidad de partos dándonos así una población total de estudio de 53 madres que se encuentran en el postparto.

$$n = \frac{Z^2(p * q)N}{e^2 + (N - 1) + Z^2(p * q)}$$
$$n = \frac{1.96^2(0.5 * 0.5)464}{(0,05)^2 * (464 - 1) + (1,96)^2 * (0,5 * 0,5)}$$
$$n = \frac{3.84(0.25)464}{(0,05)^2 * 464 + 3.84 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{445.44}{2.12}$$
$$n = 210.1$$

Interpretación de la formula

N= Total de la población

Z_a²= 1.86 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada) en este caso 5% = 0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0.05 = 0.95

d=precisión (en su investigación use el 5%)

Obteniendo una muestra de 210 madres la cual será dividida en 4 periodos de estudio tomando para el presente estudio el periodo de Julio – septiembre 2021.

3.4.3. Criterios de Inclusión

Mujeres postparto que dieron a luz por parto vaginal o cesárea, con producto vivo, en buenas condiciones físicas y emocionales que sean capaces de responder a las preguntas planteadas, que se encontraron en el Hospital San Luis de Otavalo al momento de la aplicación del instrumento de recolección de datos y aceptaron voluntariamente participar en la investigación.

3.4.4. Criterios de Exclusión

- Mujeres postparto que se negaron a participar voluntariamente en la investigación.
- Mujeres postparto que no se encontraban el día de la aplicación del instrumento de investigación.
- Mujeres postparto que por presentar algún tipo de discapacidad no pudieron participar en la investigación.
- Mujeres postparto con niño muerto.

3.5 Operacionalización de variables

Objetivo 1	Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.					
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala	Tipo de Variable	Alcance
		Edad	Años cumplidos	De 15-20 años	Numérica continua	Universal
				De 21 a 25 años		
				De 26-30 años		
				De 31 a 35 años		
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (44)	Etnia	Autodefinición	De 36 a 40 años	Categoría nominal	Sectorial
				Indígena		
				Negra		
				Mulata		
				Montubia		
				Afrodescendiente/Afroecuatoriana		
				Mestiza		
				Blanca		
				Otra		
		Instrucción	Nivel educativo	Secundaria Tercer nivel Ninguno	Categoría nominal	

Abortos	Número de abortos	0	Categoría ordinal	Focalizado
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

Partos vaginales	Número de partos vaginales	0	Categoría ordinal	Focalizado
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

Partos cesarías	Número de partos por cesarías	0	Categoría ordinal	Focalizado
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

Complicaciones	Complicaciones obstétricas	Si	Categoría nominal	Focalizado
		No		

Control
prenatal

Si
No

Catagórica nominal Focalizado

Objetivo 2		Verificar los cuidados de enfermería durante el proceso de parto				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala	Tipo de Variable	Alcance
Cuidado humanizado	Es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada individuo, a través de un vínculo. psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad (45)	Cuidados de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. La enfermera se identifica antes de realizar los cuidados a la paciente 2. La enfermera se dirige a la paciente por su nombre 3. La enfermera se dirige a la paciente con cordialidad 4. La enfermera explica a la paciente el procedimiento a realizar anticipadamente. 5. La enfermera comunica a la paciente los resultados de sus funciones vitales (P/A, Pulso, Respiración, Temperatura) 6. La enfermera brinda a la paciente un ambiente tranquilo sin ruidos 7. La enfermera recibe a la paciente a su ingreso al servicio 8. La enfermera responde con rapidez al llamado de la paciente 9. La enfermera le informa a la paciente sobre sus resultados de laboratorio 	Si No	Categoría nominal	Universal

-
10. La enfermera brinda a la paciente un ambiente sin exceso de frío y/o calor
 11. La enfermera interrumpe a la paciente cuando está dando de lactar a su bebé para realizar algún procedimiento
 12. La enfermera registra los datos objetivos en las notas de enfermería
 13. La enfermera interactúa con la paciente mientras le administra su medicamento
 14. La enfermera brinda orientación a la paciente sobre los cuidados a seguir en el hogar
 15. La enfermera orienta a la paciente sobre los alimentos que debe consumir
 16. La enfermera explica a la paciente sobre los efectos del medicamento que le administra
 17. La enfermera respeta y protege la intimidad de la paciente cuando le realiza el aseo y algún procedimiento ginecológico
 18. La enfermera traslada a la paciente a realizar algún procedimiento en silla de ruedas o camilla
 19. La enfermera evidencia algún signo de alarma, y registra en sus notas de enfermería
-

20. La enfermera interactúa con la paciente y realiza medidas no farmacológicas para ayudar a disminuir el dolor

Objetivo 3		Identificar el tipo de violencia obstétrica que sufrieron las madres				
Variable	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala	Tipo de Variable	Alcance
Violencia obstétrica	El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (14)	Violencia obstétrica	<p>¿Tuvo más de un tacto cada 4 horas?</p> <p>¿Fue amarrada, sujeta de manos, pies o de otra forma a la cama o a la camilla de parto?</p> <p>¿Le rasuraron los genitales (retiro de vello púbico)?</p> <p>¿Le hicieron compresión del abdomen en el momento de los pujos? (entre 1 o 2 o más personas - Maniobra Kristeller)</p> <p>¿Le realizaron el lavado anal, para limpiar el intestino? (Enema)</p> <p>¿Le pusieron un suero cuando ingresó al hospital?</p> <p>¿Le pusieron algún medicamento durante la labor de parto?</p> <p>Le rompieron las membranas / agua de fuente (Rotura artificial de membranas)</p> <p>¿Durante el trabajo de parto (labor de parto) le dieron la opción de ponerse en la posición que usted quería?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No aplica 	Catagórica nominal	Universal

¿Durante el trabajo de parto, le ofrecieron comida? (Conteste NO APLICA si tuvo cesárea programada)

¿Durante el trabajo de parto, le ofrecieron líquidos para beber? (Conteste NO APLICA si tuvo cesárea programada)

¿Durante el trabajo de parto, le ofrecieron algo para el control del dolor?

¿Pudo estar acompañada por una o más personas de su elección durante este proceso?

Le hicieron un corte en la vagina/episiotomía (Episiotomía = corte lineal del periné)

¿Durante el parto (momento de expulsión del bebé) le dieron la opción de ponerse en la posición que usted quería?

¿Sufrió un desgarro vaginal durante el parto?

¿Cuánto tiempo tuvo a su bebé piel con piel inmediatamente después de nacer?

¿Tuvo a su bebé en alojamiento conjunto (siempre junto a la madre) desde que nació?

¿Se inició lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento?

¿Recibió su bebé otra alimentación que no fuera su leche materna?

¿Recibió apoyo suficiente para amamantar a su bebé?

¿Le informaron a tiempo (oportunamente) sobre el estado de salud suyo o de su bebé durante el tiempo que estuvo hospitalizada?

¿Le separaron de su bebé durante su hospitalización?

¿Fue atendida por uno o más estudiantes durante su parto?

¿Le pusieron algún método anticonceptivo?

¿Fue fotografiada durante su parto o posparto por personal de salud?

¿Durante el embarazo, parto o posparto alguien del equipo de salud le amenazó, culpabilizó, humilló o negó algún tratamiento?

¿Durante el embarazo, parto o posparto alguien del equipo de salud le dijo algo inapropiado, gritó, regañó, peleó o hizo algún comentario negativo?

¿Durante su embarazo, parto o posparto alguien del equipo de salud le discriminó?

¿La experiencia de su parto le ha dejado alguna sensación negativa o secuela?

¿Considera que ha experimentado algún tipo de maltrato o Violencia Obstétrica?

¿Había oído hablar de la Violencia Obstétrica antes?

3.6 Métodos de recolección de datos

Se utilizó para la investigación una extensa revisión bibliográfica la cual posteriormente fue analizada y sintetizada, dándole así sustentabilidad al presente estudio.

Instrumentos y técnicas

Se diseñó una serie de preguntas que nos permiten conocer las características sociodemográficas de la población de estudio para su análisis, posteriormente se realizó la aplicación de la “lista de chequeo del cuidado humanizado de enfermería” (12) que consta de 27 ítems, el cual nos permitirá observar los cuidados que realiza el personal de enfermería durante el proceso del parto y con cuánta frecuencia se realizan, clasificados en:

- Cuidado cálido
- Cuidado oportuno
- Cuidado continuo
- Cuidado seguro

Mediante el cuestionario denominado EPREVO el cual fue desarrollado por docentes investigadores de la Universidad de las Américas (UDLA) se evaluó la violencia obstétrica, el presente instrumento consta de 36 ítems los cuales constan con una serie de respuestas de carácter ordinal las cuales son calificadas con Si: = 1 puntos y No: = 0 puntos (46).

La encuesta EPREVO se basa en 3 conceptos:

EPREVO

- | | |
|----------|---|
| 1 | Negligencia estructural: mide los trámites que realiza el personal de salud que se encuentra insertado en una estructura institucional que no reúne evidencia |
|----------|---|

científica que incluye violencia física, descuidos institucionales e intencionales (por parte del personal de salud).

2 Derecho a la información: Este factor mide los derechos de las mujeres a tener información sobre todos los procedimientos que se realizan con su bebé.

3 Derecho a la presencia / atención de apoyo: este factor mide el derecho de la mujer a ser acompañada durante el trabajo de parto, el parto y el posparto. Y el derecho de ambos (madre y recién nacido) a tener un apego inmediato después del nacimiento sin complicaciones.

Nota: Obtenido del estudio “Reliability and Dimensionality of EPREVO (“Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica”): Development of a New Instrument, Ecuador” (46).

La cual se califica utilizando el Kuder Richardson 20 (KR-20) por medio del cual se verifico la confiabilidad para identificar dichos datos teniendo en cuenta que si existe una correlación de <0.3 es baja, 0.30 a 0.50 es moderada y >0.50 es una correlación fuerte, para encontrar la presencia de violencia obstétrica, se obtuvo un coeficiente de Kuder-Richardson de $0,87$ por lo que el instrumento es fiable para evaluar la presencia de violencia obstétrica (46).

3.7 Análisis de datos

Una vez aplicado el cuestionario para categorizar las características sociodemográficas y la “lista de chequeo del cuidado humanizado de enfermería” el cual fue respondido por el investigador, se procedió a aplicar la encuesta EPREVO la cual nos permite analizar desde tres aspectos la presencia de la violencia obstétrica en la población de estudio, posteriormente los datos fueron ingresados a una matriz elaborada en Microsoft Excel en el cual se calificaron los resultados obtenidos de la encuesta EPREVO y se analizaron los datos obtenidos de la “lista de chequeo del cuidado humanizado de enfermería” y se realizó su respectiva tabulación.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

Luego de realizar la respectiva tabulación de datos obtenidos en los diferentes instrumentos aplicados fue posible diferenciar los aspectos más importantes obtenidos en cada instrumento

4.1. Datos sociodemográficos y antecedentes gineco obstétricos

Tabla 1: Datos sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos

Antecedentes Gineco Obstétricos		
Variable	Escala	Porcentaje
Autodefinición étnica ¿Cómo se define?	Indígena	73.6%
	Negra	1.6%
	Mestiza	24.5%
Nivel educativo	Primaria	37.7%
	Secundaria	43.4%
	Superior	11.3%
	Ninguno	7.5%
¿Cuántas veces usted ha tenido abortos?	0	86.8%
	1	9.4%
	2	3.8%
¿Cuántas veces usted ha tenido partos vaginales?	0	3.8%
	1	34%
	2	39.6%
	3	20.8%
	4	1.9%
¿Cuántas veces usted ha tenido cesáreas?	0	96.2%
	1	3.8%
¿Durante su parto tuvo complicaciones?	Si	7.5%

	No	92.5%
¿Usted asistió a clases de preparación al parto?	Si	7.5%
	No	92.5%
¿Asistió a control prenatal?	Si	90.6%
	No	9.4%

Análisis: La presente tabla contiene información sobre los datos sociodemográficos y antecedentes gineco obstétricos de la población de estudio donde es posible identificar que el grupo étnico representativo es el indígena, cuyo grado de escolaridad es principalmente secundario, donde mayormente las madres encuestadas no tuvieron abortos, cuyo tipo de parto en su mayoría fue céfalo-vaginal, cuyas madres refieren no haberse acercado a la clases de preparación al parto pero si asistieron a los controles prenatales.

En el presente estudio se obtuvo que el 43.4% de los encuestados alcanzo un grado institucional secundario, lo cual al compararlo con datos obtenidos del INEC se obtuvo que las primigestas menores de edad con escolaridad nula o incompleta representan al 52,30 % de los datos” (47). Esto puede estar relacionado con el embarazo a edades tempranas, lo cual en muchas ocasiones no permite que las madres puedan culminar sus estudios de manera satisfactoria porque en muchos casos no tienen alguien que cuide a su bebé mientras ellas estudian, también deben trabajar para mantener a su hijo por el abandono del padre.

En la presente investigación se obtuvo que la autodenominación étnica más representativa es la indígena con un 73.6%, al hacer una comparación con los datos de la actualización del plan estratégico de desarrollo y ordenamiento territorial del Cantón Otavalo el 57,24 % de la población de este cantón se auto identifica como indígena (48), se puede evidenciar que los datos obtenidos tienen concordancia entre sí. Que la población indígena sea mayoritaria en este cantón, puede deberse a que en Otavalo existen muchas comunidades indígenas que aún conservan sus costumbres y tradiciones ancestrales, entre las cuales destaca el acudir a una partera al momento de dar a luz, dado que el Hospital San Luis de Otavalo cuenta con parteras como parte del

personal de salud, esto contribuye a que la población indígena acuda a este establecimiento para dar a luz en lugar de hacerlo en casa.

También en el presente estudio se obtuvo que los partos vaginales representan el 96.2% de los nacimientos y el 3.8% cesáreas y al realizar una comparación con los datos extraídos del INEC en el Ecuador en el año 2019 hubo 62,7 % de nacidos vivos por parto céfalo vaginal y el 37,3% por cesárea (47). Donde podemos observar que los partos vaginales representan la mayoría. Esto puede ser el resultado de la aplicación de la normativa ESAMyN en el Hospital San Luis de Otavalo la cual promueve que se respete el parto y que se intervenga en lo menos posible.

Por último, en lo que respecta a los controles prenatales el 90.6% de las encuestadas asistió a los controles prenatales, lo que es un aspecto positivo para resaltar y un 92.5% no asistió a clases de preparación para el parto. Al contrastar los resultados con un estudio realizado en el año 2016 en Ecuador, Chilig menciona que un 89% de embarazadas se había realizado mínimo un control prenatal (49). Que no hayan asistido a las clases de preparación puede ser a causa de que las madres piensan que que no son útiles. Que acudan a los controles prenatales puede ser porque actualmente existe un mayor acceso a la salud a nivel nacional.

4.2. Lista de chequeo

4.2.1. Cuidado cálido

Tabla 2: Cuidado cálido

Cuidados de enfermería	Escala		Total	
	Si	No	Si:	No:
CUIDADO CÁLIDO				
1. Se identifica con la paciente	40.4%	59.6%		
2. Llama por su nombre a la paciente	81.1%	18.87%		
3. Se dirige con cordialidad	90.45 %	29.55%		
4. Explica el procedimiento a realizar anticipadamente.	100.0%	0.00%		
5. Comunica (P/A, Pulso, Respiración, Temperatura)	64.5%	35.53%	78.7%	21.3%
6. Brinda un ambiente tranquilo sin ruidos	70.8%	29.2%		
7. Presenta a la paciente	32.1%	68%		
8. Recibe a la paciente a su ingreso al servicio	100.0%	0.00%		
9. Respeta el horario de visita de familiares	73.6%	26.42%		

Análisis: la presente tabla contiene información sobre los procedimientos de enfermería calificados como criterios del cuidado cálido de enfermería se obtuvo que un 78.7% del personal de enfermería observado aplicó un cuidado cálido. Al contrastar con un estudio realizado en Ecuador en la ciudad de Ambato en el año 2018 por Rivera, el 81% del personal de enfermería realizaba un cuidado cálido (12). Este porcentaje es alto, pero debería ser aplicado en porcentajes mayores, dicho resultado puede ser a causa de la actual pandemia porque el personal de salud tiene miedo de contagiarse entonces interactúa lo menos posible con las pacientes, limitando así la comunicación y la relación enfermera-paciente.

4.2.2. Cuidado oportuno

Tabla 3: Cuidado oportuno

Cuidados de enfermería	Escala		Total	
	Si	No	Si:	No:
CUIDADO OPORTUNO				
10. Responde al llamado de la paciente	36.8%	63.16%		
11. Informa a la paciente sobre sus resultados de laboratorio	85.3%	14.7%		
12. Pregunta a la paciente sobre la frecuencia y características de sus deposiciones y orina	75.3%	0.00%	84.7%	15.3%
13. Brinda a la paciente un ambiente sin exceso de frio y/o calor	75.3%	24.7%		
14. Respeta el tiempo que la paciente está dando de lactar a su bebé.	100%	0.00%		

Análisis: la presente tabla contiene información sobre los procedimientos de enfermería incluidos dentro del criterio del cuidado oportuno de enfermería “según un estudio realizado en Ecuador en el cantón Otavalo en el año 2021 por Ipiates, se obtuvo que el 88.7% de pacientes recibió un cuidado oportuno y respetuoso y en la dimensión del ambiente físico y confortable hubo el cumplimiento del 94%” (50). Donde el presente estudio se mantiene relacionado sin mucha diferencia a la información obtenida teniendo como resultado un 84.7% de aplicación del cuidado oportuno en el personal observado. Dichos resultados pueden deberse a que la aplicación de la normativa ESAMyN es obligatoria dentro del Hospital San Luis de Otavalo y también porque constantemente el personal de enfermería es capacitado y evaluado.

También es importante resalta que en el presente estudio se obtuvo que el 63.16% del personal de enfermería no acudía con prontitud al llamado de la paciente. Al compararlo con un estudio realizado en el Ibarra en el año 2019 por Solís, obtuvo que el 15% del personal de enfermería tardaba en acudir al llamado de la paciente (51). Dichos porcentajes son muy bajos en comparación a los obtenidos en el presente estudio lo cual resulta preocupante ya que durante el proceso de parto el personal debe

estar al pendiente de la paciente con el objetivo de detectar de forma temprana alguna variación en el proceso de parto normal para actuar oportunamente.

4.2.3. Cuidado continuo

Tabla 4 Cuidado continuo

Cuidados de enfermería	Escala		Total	
	Si	No	Si:	No:
15. Registra datos objetivos en notas de enfermería	88.7%	11.32%		
16. Interactúa con la paciente al administrarle medicamentos	81.1%	18.87%		
17. Orienta sobre los cuidados en el hogar	77.4%	22.64%	75.47%	24.53%
18. Pregunta a la paciente sobre sus metas en la vida	30.2%	69.81%		
19. Las camas tienen barandas	100.0%	0.00%		

Análisis: la presente tabla contiene información sobre los procedimientos de enfermería enmarcados dentro del criterio del cuidado continuo, en donde se obtuvo como resultado que un 75.47% del personal de enfermería observado aplicaba el cuidado continuo. En esta sección el aspecto a destacar es el registro de los datos objetivos en el reporte de enfermería ya que se obtuvo que un 88.7% de las enfermeras lo realizaba. En contraste con un estudio realizado en España en el año 2020 por Martín, se aprecia que mayoritariamente (84%) de los profesionales de enfermería realizaban habitualmente el informe de enfermería (entre una o varias veces por turno) (52). Que se realicen los reportes de enfermería en donde consten los datos objetivos encontrados es importante para realizar un cuidado individualizado, dependiendo de las necesidades de cada paciente. Si bien es cierto, el porcentaje de aplicación de los reportes de enfermería debería ser del 100% pero en el presente estudio se obtuvo un porcentaje alto y esto puede ser a causa de la promoción que se le ha dado al proceso enfermero y sus beneficios además tiene que ver con el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre la importancia y las implicaciones éticas y legales de los informes de enfermería.

4.2.4. Cuidado seguro

Tabla 5 Cuidado seguro

Cuidados de enfermería	Escala		Total	
	Si	No	Si:	No:
CUIDADO SEGURO				
20. Orienta sobre los alimentos a consumir	77.6%	22.37%		
21. Ayuda a ir al baño	49.1%	50.94%		
22. Explica sobre efectos de medicamentos	100.0%	0.00%		
23. Respeta la tranquilidad de la paciente	56.6%	43.40%		
24. Respeta y protege la intimidad	33.96%	66.04%		
25. Traslada a la paciente a en silla de ruedas o camilla	5.66%	94.34%	65.2%	34.8%
26. Evidencia algún signo de alarma y lo registra	71.70%	28.30%		
27. Utiliza medidas no farmacológicas para aliviar el dolor	83.02%	16.98%		

Análisis: la presente tabla contiene información sobre los procedimientos de enfermería calificados como criterios del cuidado seguro de enfermería donde en el presente estudio se obtuvo que un 65.2% del personal de enfermería aplica el cuidado seguro. Aquí resalta un aspecto importante y es que la enfermera no respeta la intimidad de la paciente cuando se le realiza algún procedimiento con un porcentaje de 66.04%. A comparación con un estudio realizado en Chile por Cárdenas, Salinero y García donde se obtuvo que el 9,8% de las pacientes sintieron que su intimidad fue vulnerada (53). Lo cual es una cifra elevada en comparación con el estudio de Cárdenas, este porcentaje puede deberse al gran número de pacientes, la inadecuada infraestructura, los deficientes recursos materiales, la intervención de otros profesionales, deficiente empatía, formación y resistencia al cambio.

4.3. Encuesta EPREVO

4.3.1. Negligencia estructural

Tabla 6: negligencia estructural

Violencia de Tipo Negligencia estructural		
Conductas de violencia obstétrica	Si	No
Tactos reiterados	9.4%	90.6%
Sujeción de pies o manos	0%	100%
Retiro del vello púbico	3.8%	96.2%
Maniobra de Kristeller	0%	100%
Enema	0%	100%
Medicación durante la labor de parto	13.2%	86.8%
Rotura artificial de membranas	7.5%	92.5%
Posición durante la labor de parto	94.3%	5.7%
Comida durante el trabajo de parto	84.91%	15.09%
Líquidos durante el trabajo de parto	90.6%	9.4%
Alimentación con sucedáneos	5.7%	94.3%
Amenazas, humillaciones, negativa de un tratamiento	1.9%	98.1%
Gritos, regaños, comentarios inapropiados, peleas, comentarios negativos	5.7%	94.3%
Discriminación	3.8%	96.2%
Total (14)	23.05%	76.95%
Preguntas positivas (3)	89.94%	10.06%
Preguntas negativas (11)	4.8%	95.2%
Total de violencia obstétrica de tipo negligencia estructural	14.86%	

Análisis: La presente tabla evalúa procedimientos que lleva a cabo el personal de salud de acuerdo con protocolos aprobados por las instituciones y los clasifica como negligencia estructural. En donde por medio de la presente investigación fue posible identificar que el 14.86% de las madres sufrieron de violencia obstétrica estructural en el Hospital San Luis de Otavalo, este porcentaje fue el resultado de la suma de los

porcentajes opuestos de las preguntas positivas y negativas. De los datos obtenidos los que más resaltan son la aplicación de medicación durante la labor de parto, los tactos reiterados, la rotura artificial de membranas y los Gritos, regaños, comentarios inapropiados, peleas o comentarios negativos.

En el presente estudio un 13.2% refirió haber recibido medicación durante la labor de parto, al comparar con una investigación realizada en Venezuela en el año 2016, Camacaro et al., obtuvo como resultado que al 83.3% de la población encuestada se le había aplicado oxitócicos sin su consentimiento durante la labor de parto (54). Evidentemente las cifras obtenidas en el presente estudio son mucho menores sin embargo aún es una cifra considerable y dicha cifra debe estar justificada médicamente.

En el presente estudio también se obtuvo que al 9,4% de las pacientes se les practicó el tacto reiterado y al 7,5% se le realizó la rotura artificial de membranas lo cual al compararlo con un estudio realizado en Chile en el año 2021 por Cárdenas y Salinero se obtuvo como resultados que los tactos vaginales reiterados se practicaron en un 24.3% y la rotura artificial de membranas en un 42%” (55). Con estos porcentajes se puede evidenciar que los datos obtenidos son mucho menores que los del estudio de Caárdenas y Salinero. Este tipo de conductas pueden haberse realizado con justificación médica y porque el parto presentó algún tipo de complicación que exigió la acción pronta y oportuna para precautelar la vida de la madre y de su hijo.

En lo que respecta al trato deshumanizante el cual incluye, gritos, comentarios inapropiados, burlas o regaños fue del 5.7% lo cual al ser comparado con estudio realizado en Ecuador en el año 2019 por López y Morales en donde se tuvo como resultado con respecto al tipo de trato deshumanizante que ha presenciado, los participantes en el estudio respondieron que escucharon comentarios irónicos, descalificadores o chistes en un 67,2%, sobrenombres y diminutivos en un 32,8%, críticas por llorar o gritar en un 63,9%” (56). Teniendo en cuenta estos porcentajes se puede ver que este maltrato no es tan común dentro del Hospital San Luis de Otavalo. Que el personal de salud trate de esta manera a la paciente puede deberse a la falta de

humanización y de empatía hacia la madre, pero también puede estar relacionado con el estrés y la sobrecarga de trabajo en el personal, sin embargo, esto no es justificativo para que las pacientes sean tratadas de esta manera ya que esto puede hacer que un proceso natural como el parto sea una experiencia negativa para la madre.

4.3.2. Derecho a la información

Tabla 7: Derecho a la información

Violencia de tipo derecho a la información		
Conductas de violencia obstétrica	Si	No
Control del dolor durante el trabajo de parto	81.1%	18.9%
Episiotomía	7.5%	92.5%
Desgarro vaginal	34%	66%
Apoyo suficiente para amamantar	96.23%	3.77%
Estudiantes durante el parto	43.4%	56.6%
Información oportuna sobre el estado de la madre/bebé	100%	0%
Fotografías	0%	100%
¿Considera que ha experimentado algún tipo de maltrato o Violencia Obstétrica?	1.9%	98.1%
¿Había oído hablar de Violencia Obstétrica?	3.8%	96.2%
Método anticonceptivo sin su consentimiento	9.4%	90.6%
Total (10)	37.92%	62.08%
Preguntas positivas (3)	92.44%	7.56%
Peguntas negativas (7)	24.2%	75.74%
Total de violencia obstétrica de tipo Derecho a la información	31.76%	

Análisis: La presente tabla contiene información sobre los Derecho a la información, que si son violentados se clasifican como violencia obstétrica, los cuales indican que todas las mujeres deben ser informadas sobre los procedimientos y consentir los mismos que se hagan sobre ella o su bebé. El presente estudio demostró que el 31.76% de las madres presentan violencia obstétrica en relación con la información de los procedimientos que se realizan durante el proceso del parto. En esta sección aspectos que resaltan son: la presencia de estudiantes durante el parto y el desconocimiento del término “Violencia obstétrica”.

Se evidenció que el 43.4% de las pacientes encuestadas refirió la presencia de estudiantes durante el proceso de parto, resultado similar al obtenido por Esquivel en

una investigación realizada en Cusco en el 2018 donde se obtuvo que el 48% de pacientes percibió la presencia de estudiantes durante el proceso de parto (57). Lo que podría estar justificado ya que el Hospital san Luis de Otavalo es un establecimiento que abre sus puertas a practicantes de distintas carreras relacionadas con la salud para fortalecer los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en cada institución de educación superior.

Otro resultado a destacar es que un 96,2% de las pacientes no han escuchado hablar sobre la Violencia Obstétrica en contraste con una investigación realizada por Pereira en Venezuela donde se obtuvo que con respecto al grado de conocimiento que tienen las pacientes sobre su derecho a ser atendidas sin sufrir violencia obstétrica, se observa que 70,9 % respondió conocerlos poco, mientras 29,1% respondió no conocer nada sobre la violencia obstétrica (58). Esto puede ser a causa de que la violencia obstétrica es un término desconocido dentro de la sociedad ya que recientemente ha sido conceptualizada y tipificada, revelando que ha estado presente desde hace mucho tiempo atrás en los establecimientos de salud.

4.3.3. Derecho a la presencia

Tabla 8: Derecho a la presencia

Violencia de tipo derecho a la Información		
Cuidados de enfermería	Si	No
Acompañamiento durante el parto	92.5%	7.5%
Apego precoz	96.23%	3.77%
Alojamiento conjunto	98.1%	1.9%
Lactancia materna en la primera hora de nacimiento	94.34%	5.66%
Separación de madre e hijo	3.77%	96.23%
Sensación negativa o secuela por el parto	3.8%	96.2%
Total (6)	69%	31%
Preguntas positivas (4)	95.6%	4.4%
Peguntas negativas (2)	1.89%	98.11%
Total de violencia obstétrica de tipo Derecho a la presencia	6.29%	

Análisis: la presente tabla contiene información sobre el derecho a la presencia, siendo esta una forma de violencia obstétrica, donde las madres tienen el derecho a estar acompañadas durante todo el proceso por una persona de su elección. El presente estudio demostró la presencia de un 6.29% de violencia obstétrica relacionada con el derecho a la presencia durante el proceso del parto, el cual se obtuvo al sumar los porcentajes opuestos a las preguntas positivas o negativas. Es importante resaltar que, aunque existe violencia de este tipo, pero es en un bajo grado. Un aspecto relevante es el porcentaje de acompañamiento obtenido en el presente estudio que fue de 92.5%, lo cual supera al estudio realizado por Gómez en Ecuador en el año 2019 donde obtuvo que el 80% de las pacientes pueden estar acompañada durante el proceso de parto (59). La diferencia no es abismal, pero es un indicativo de que, a pesar de la pandemia actual, se respeta este derecho importante de la mujer durante el parto y esto puede ser a causa de la masiva vacunación contra el COVID 19 que se ha venido realizando a nivel nacional, lo cual permite que se dé el acompañamiento a la madre sin ponerse en riesgo y sin poner en riesgo al personal de salud.

Además, en los resultados obtenidos también es importante mencionar que se ha llevado a cabo el alojamiento conjunto y el apego precoz en un 98.1% y 96.23% respectivamente lo cual son cifras considerables y al comparar con un estudio realizado en Guayaquil en el año 2019 por Paredes, donde se obtuvo que la aplicación del alojamiento conjunto y apego precoz en las pacientes postparto fue de un (78.18%) (60) con lo cual se puede evidenciar que las cifras del presente estudio son superiores y por ende es un aspecto positivo. El alto porcentaje obtenido puede ser a causa de la aplicación continua de la normativa ESAMyN dentro de este establecimiento de salud, en donde hace énfasis en el cumplimiento de estos dos aspectos, además que las madres hayan tenido un parto céfalo-vaginal sin complicaciones contribuye en gran medida para el alojamiento conjunto y el apego precoz.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Por medio del presente estudio es posible concluir que la población de estudio en su mayoría se autodenomina como indígena con un 73.6%, cuyo nivel educativo es secundario con un 43.4% donde se manifestó que solo el 13.2% de la población sufrió de abortos de algún tipo, donde la población gestante dio a luz en un 96.2% por parto vaginal y un 3.8% por cesarí, donde solo el 7.5% presentó complicaciones, donde se pudo evidenciar que el 92.5% no asistió a la clases de preparación para el parto siendo un aspecto negativo y un 90.6% si refiere asistir a los controles prenatales correctamente.
- Posterior a la aplicación tabulación y análisis obtenidos la “lista de chequeo del cuidado humanizado de enfermería” la cual clasifica los resultados en cuidado cálido donde se obtuvo resultados equivalentes al 78.7% de aplicación, cuidado oportuno con un 84.7%, cuidado continuo con un 75.47% y el cuidado seguro con un 65.2%. evidenciando así que la mayoría de las profesionales de enfermería aplican el cuidado humanizado en el área siendo mayormente aplicados los cuidados oportunos y en menor estancia el cuidado seguro.
- Tras la aplicación de la encuesta de EPREVO fue posible concluir que la población de estudio el 14.86% de las encuestadas sufre de violencia obstétrica de tipo negligencia estructural, un 31.76% de tipo derecho a la información y un 6.29% de violencia de tipo derecho a la presencia, los cuales son datos representativos, ya que el Hospital San Luis de Otavalo es un establecimiento que aplica la normativa ESAMyN, además el mayor tipo de violencia que han sufrido las madres ha sido de tipo Derecho a la información.

- Luego del análisis de los datos se pudo constatar que el 96,2% de la población estudiada no había escuchado el término “violencia obstétrica” por lo cual se realizó una infografía con información concisa sobre su concepto y las formas en las que puede manifestarse dentro del entorno hospitalario en donde las principales beneficiarias fueron y serán las madres que acuden al Hospital San Luis de Otavalo.

5.2. Recomendaciones

- Luego de la presente investigación se recomienda al Ministerio de Salud Pública que mantenga y fortalezca los temas relacionados a la planificación familiar, el manejo del embarazo en la población y temas relacionados con las clases de preparación para el parto y el control prenatal.
- Se recomienda al personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo mantener y mejorar en medida de lo posible la aplicación del cuidado humanizado durante el proceso de parto, mejorando así la calidad de la atención de enfermería y con ello la estancia de la madre en el mismo.
- Luego de la presente información recolectada por el estudio se recomienda al Ministerio de Salud Pública mantener la aplicación de la normativa ESAMyN ya que gracias a ella los índices de violencia obstétrica se ven reducidos de forma considerable.
- Se recomienda al Hospital San Luis de Otavalo la difusión de los derechos de la mujer durante el parto para que exista un empoderamiento de su salud y así las madres puedan exigir sus derechos en todos los establecimientos de salud en donde se encuentren.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soto-toussaint LH, Stone E. Violencia obstétrica. 2016;39:55–60.
2. Valenzuela A, de la Torre F. Violencia obstétrica. 2019;(109):43–58.
3. Araujo J. Violencia obstétrica : una práctica oculta deshumanizadora , ejercida por el personal médico asistencial. Rev Mex Med Forense [Internet]. 2019;4(2):1–11. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmf192a.pdf>
4. Unidas N. informe de la OMS sobre violencia obstétrica. 2019;
5. ACNUDH | Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias [Internet]. [cited 2020 Aug 9]. Available from: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/SRWomen/Pages/SRWomenIndex.aspx>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Familiares Y Género Contra Las Mujeres (Envigmu). 2019;1–92.
7. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26.
8. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Campo AMP, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible TT - Obstetric violence: making the invisible visible. Rev Univ Ind Santander, Salud [Internet]. 2019;51(2):135–46. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000200135
9. Zanardo GL de P, Uribe MC, Nadal AHR De, Habigzang LF. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. Psicol Soc. 2017;29(0):1–11.
10. Crespo-Antepara DN, Sánchez-Zambrano BM, Domínguez-Ontano DP. La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. Polo del Conoc. 2018;3(7):347.
11. Castillo L. Frecuencia Y Caracterización De Violencia Obstétrica En El Hospital Homero Castanier Crespo. 2017. Vol. 49, Universidad de Cuenca. 2017.
12. Rivera C. Cuidados de enfermería en el parto humanizado y su incidencia en el nivel de satisfacción de la mujer gestante. Univ Técnica Ambato [Internet].

- 2018;8(12). Available from:
[http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28702/1/CINTIA MARIBEL RIVERA NÚÑEZ.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28702/1/CINTIA_MARIBEL_RIVERA_NÚÑEZ.pdf)
13. OMS | Violencia [Internet]. [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/topics/violence/es/>
 14. Asamblea Nacional República Del Ecuador. Ley Orgánica Integral Para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. Regist Of Supl 175 05-feb-2018 [Internet]. 2018;Vigente:38. Available from: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
 15. República del Ecuador. Derechos del buen vivir. Const del Ecuador. 2008;132.
 16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Expedir la siguiente: 1 de la normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimientos de salud del sistema. 2016;00000108(00000108):1–17. Available from: www.salud.gob.ec
 17. Garzón P. La falta de penalización de la violencia gineco-obstétrica en el Código Orgánico Integral penal en la República del Ecuador. 2020.
 18. Serrano J, Chávez K, Ortega C, Cucalón H, Torres L, Cuesta M, et al. Informe para Segundo Debate del "Proyecto de ley orgánica reformativa del Código Orgánico Integral Penal, para prevenir y combatir la violencia sexual digital y fortalecer la lucha contra los delitos informáticos". 2021.
 19. Salgado F, Díaz M. Naturalización De La Violencia Obstétrica Mediante El Discurso Médico Y Sus Prácticas. Rev Venez Estud la Mujer. 2017;22(49):153–76.
 20. García E. La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. Univ Autónoma Madrid [Internet]. 2018;4. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150511&orden=0&info=link%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/exttes?codigo=150511>
 21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento

- de la hemorragia postparto. Quito; 2018. 93 p.
22. Malpartida M. Depresión postparto en atención primaria. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(2):e355.
 23. Fallis A. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. *J Chem Inf Model.* 2016;53(9):1689–99.
 24. Organización Mundial de la Salud. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. 210 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
 25. Kingsley C, McGlennan A. Fundamentos de la Analgesia Epidural en el Trabajo de Parto. *Word Fed Soc Anaesthesiol* [Internet]. 2017;1–6. Available from: www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week
 26. Ministerio de salud pública del Ecuador. Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN). *Minist Salud Pública* [Internet]. 2020;1–1. Available from: <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
 27. Camacho F, García I, López A, Belda A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas profesión.* 2017;18(3):98–104.
 28. Moreno-Santillán A, González-Barreto RA. Fórceps versus vacuum. Comparación de tasas de éxito y complicaciones maternas y fetales. *Ginecol Obs Mex.* 2021;89(5):357–63.
 29. Becerra N, Failoc V. Kristeller maneuver, physical and ethical consequences according to its central characters. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2019;45(2):1–13.
 30. C. Garcíal CECGCC: situación actual y factores asociados en MRSQR [Internet]. 2018;11(40):28–33. Available from: https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/4_CSA.pdf. C. Garcíal CECGCC: situación actual y factores asociados en Mexico. *Rev Salud Quintana Roo* [Internet]. 2018;11(40):28–33. Available from: https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/4_Cesarea_situacion_actual.pdf

31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Documento de socialización del modelo de gestión y de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial. 2016;(1):6–8.
32. Tinoco Zamudio MTS. Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. Rev Conamed [Internet]. 2016;21:48–54. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161f.pdf>
33. Lic. Sandra Pérez Pimentel. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(3-4). 2009;25:9. Available from: <http://scielo.sld.cu>
34. Guzmán OA, González MIC, Piña MAG, Flores AS, Melénde RMO. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM [Internet]. 2007;4(2):26–30. Available from: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30289>
35. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Rev enferm Herediana. Rev enferm Hered [Internet]. 2016;9(2):127–36. Available from: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
36. Congreso Nacional de Ecuador. Constitución de la república del Ecuador 2008. In: Registro oficial 449. 2015. p. 1–136.
37. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley orgánica de salud - Ecuador. Plataforma Prof Investig Jurídica. 2015;(593):13.
38. Consejo Nacional de Planificación. Toda una Vida: Plan Nacional de Desarrollo. Secr Nac Planif y Desarro [Internet]. 2017;1:148. Available from: <http://www.inglaterra.net/economia-de-inglaterra/>
39. Salud M de. Código Orgánico De La Salud. 2016. p. 172.
40. Manzini JL. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Acta Bioeth. 2000;6(2):321–34.
41. Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010;22(Marzo):121–57.
42. Consejo internacional de enfermeras. International nursing code - Spanish. 2016;12. Available from:

- [http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/icncodesp.pdf%0AConsejo internacional de enfermeras](http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/icncodesp.pdf%0AConsejo%20internacional%20de%20enfermeras)
43. Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la investigación sexta edición. 2003. 6–8 p.
 44. Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescente escolarizados. Tesis UNMSM [Internet]. 2018;(10):1–6. Available from:
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAPÍTULO 01-introduccion.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAPÍTULO%201-introduccion.pdf)
 45. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado Humanizado Jean Watson. Rev Enfermería Hered [Internet]. 2016;9(2):133–42. Available from:
[http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967%0Afile:///C:/Users/Toshiba/Downloads/3017-Texto del artículo-7642-1-10-20170319 \(1\).pdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967%0Afile:///C:/Users/Toshiba/Downloads/3017-Texto%20del%20artículo-7642-1-10-20170319%20(1).pdf)
 46. Fors M, Falcon K, Brandão T, Vaca A, Cañadas S, González C. Reliability and dimensionality of eprevo (“experiencias de parto relacionadas a violencia obstétrica”): Development of a new instrument, Ecuador. Int J Womens Health. 2021;13:569–77.
 47. INEC. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres - EMVIGMU. Inec [Internet]. 2019;2–77. Available from:
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales resultados ENVIGMU 2019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales_resultados_ENVIGMU_2019.pdf)
 48. Gobierno Autónomo descentralizado de Otavalo. Actualización del Plan Estratégico de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Otavalo - Provincia de Imbabura. Actual del Plan Estratégico Desarrollo y Ordenamiento Territ del Cantón Otavalo - Prov Imbabura [Internet]. 2015;(1):479. Available from: [file:///C:/Users/hpi7/Downloads/pdot otavalo.pdf](file:///C:/Users/hpi7/Downloads/pdot%20otavalo.pdf)
 49. Chilig N. Atención en el control prenatal y salud perinatal en el centro de salud de aloasi durante el periodo julio a noviembre del 2019. Endocrine [Internet].

- 2020;9(May):6. Available from:
https://www.slideshare.net/maryamkazemi3/stability-of-colloids%0Ahttps://barnard.edu/sites/default/files/inline/student_user_guide_for_spss.pdf%0Ahttp://www.ibm.com/support%0Ahttp://www.spss.com/sites/dm-book/legacy/ProgDataMgmt_SPSS17.pdf%0Ahttps://www.n
50. Ipiiales A. “Satisfacción de usuarias en relación al bienestar materno durante el parto, hospital san luis de otavalo año 2021.” 2021.
 51. Solano KTS. Percepción De Las Mujeres Sobre Los Cuidados De Enfermería Durante La Labor De Parto En El Área De Centro Obstétrico Del Hospital San Vicente De Paúl De La Ciudad De Ibarra. 2019; Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9821/2/06> ENF 1098 TRABAJO DE GRADO.pdf
 52. Martín L. Utilidad de los registros de enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros. 2020; Available from: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/42013>
 53. Castro MC, Rates SS, Núñez CG. Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2020;80(3):187–96.
 54. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utop y Prax Latinoam.* 2016;20(68):113–20.
 55. Cárdenas M, Salinero S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdiscip Rev Psicol y Ciencias Afines.* 2021;38(2):209–23.
 56. López C, M. M. Nivel de conocimiento del personal de salud del servicio de Patología Obstétrica sobre violencia obstétrica en el Hospital Gineco-obstétrico “Isidro Ayora” de Quito. *Niv Conoc Del Pers Salud Del Serv Patol Obs Sobre Violencia Obs En El Hosp Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” Quito.* 2019;1(1):1–19.
 57. Esquivel N. Violencia obstétrica a gestantes durante la atención del parto y puerperio en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2018. Univ Andin del Cusco [Internet]. 2018 Dec 17 [cited 2021 Nov 8]; Available from: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/2333>

58. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 9];75(2):081–90. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
59. Gómez V. Beneficio del acompañamiento durante el trabajo de parto. 2019 [cited 2021 Nov 9]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42306>
60. Paredes G. Beneficios del alojamiento conjunto temprano entre madre e hijos en pacientes que acuden al Hospital General Guasmo Sur en el período de enero a junio 2018. 2019 [cited 2021 Nov 9]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/41790>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TEMA: “VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2021”.

OBJETIVO: Determinar la percepción de las mujeres en proceso de parto sobre la violencia obstétrica y el cuidado de enfermería en el hospital San Luis de Otavalo

A continuación, se les presenta una serie de preguntas dirigidas a conocer aspectos relacionados con la violencia obstétrica y el cuidado de enfermería recibido durante el proceso de parto. Agradezco responder a estas preguntas de manera sincera, ya que los resultados obtenidos serán utilizados para identificar si se ha producido violencia obstétrica en algún momento durante la atención del parto. Se garantiza la confidencialidad de los datos aquí reportados.

Instrucción: Marque con una X en el casillero de elección (una sola respuesta)

Nivel de instrucción

Primaria	
Secundaria	
Superior	
Ninguno	

Autoidentificación étnica

Indígena	
Negra	
Mulata	
Montubia	
Afrodescendiente/Afroecuatoriana	

Mestiza	
Blanca	
Otra	

¿Cuántas veces usted ha tenido abortos?

0	
1	
2	
3	
4	
5	

¿Cuántas veces usted ha tenido partos vaginales?

0	
1	
2	
3	
4	
Más de 5	

¿Cuántas veces usted ha tenido cesáreas?

0	
1	
2	
3	
4	
5	

¿Durante su parto tuvo complicaciones?

Sí	
No	

¿Usted asistió a clases de preparación al parto?

Sí	
No	

¿Asistió a control prenatal?

Sí	
No	

¿Tuvo trabajo de parto? (contracciones dolorosas o no dolorosas y/o salida de tapón mucoso vaginal y/o dilatación, salida de líquido amniótico y/o romper agua de fuente)

Sí	
No	

II. EPREVO, ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Criterio de violencia obstétrica	SI	NO
¿Tuvo más de un tacto cada 4 horas?		
¿Fue amarrada, sujeta de manos, pies o de otra forma a la cama o a la camilla de parto?		
¿Le rasuraron los genitales (retiro de vello púbico)?		
¿Le hicieron compresión del abdomen en el momento de los pujos? (entre 1 o 2 o más personas - Maniobra Kristeller)		
¿Le realizaron el lavado anal, para limpiar el intestino? (Enema)		
¿Le pusieron un suero cuando ingresó al hospital?		
¿Le pusieron algún medicamento durante la labor de parto?		
Le rompieron las membranas / agua de fuente (Rotura artificial de membranas)		
¿Durante el trabajo de parto (labor de parto) le dieron la opción de ponerse en la posición que usted quería?		

¿Durante el trabajo de parto, le ofrecieron comida? (Conteste NO APLICA si tuvo cesárea programada)		
¿Durante el trabajo de parto, le ofrecieron líquidos para beber? (Conteste NO APLICA si tuvo cesárea programada)		
¿Durante el trabajo de parto, le ofrecieron algo para el control del dolor?		
¿Pudo estar acompañada por una o más personas de su elección durante este proceso?		
Le hicieron un corte en la vagina/episiotomía (Episiotomía = corte lineal del periné)		
¿Durante el parto (momento de expulsión del bebé) le dieron la opción de ponerse en la posición que usted quería?		
¿Sufrió un desgarro vaginal durante el parto?		
¿Cuánto tiempo tuvo a su bebé piel con piel inmediatamente después de nacer?		
¿Tuvo a su bebé en alojamiento conjunto (siempre junto a la madre) desde que nació?		
¿Se inició lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento?		
¿Recibió su bebé otra alimentación que no fuera su leche materna?		
¿Recibió apoyo suficiente para amamantar a su bebé?		
¿Le informaron a tiempo (oportunamente) sobre el estado de salud suyo o de su bebé durante el tiempo que estuvo hospitalizada?		
¿Le separaron de su bebé durante su hospitalización?		
¿Fue atendida por uno o más estudiantes durante su parto?		
¿Le pusieron algún método anticonceptivo?		
¿Fue fotografiada durante su parto o posparto por personal de salud?		

¿Durante el embarazo, parto o posparto alguien del equipo de salud le amenazó, culpabilizó, humilló o negó algún tratamiento?		
¿Durante el embarazo, parto o posparto alguien del equipo de salud le dijo algo inapropiado, gritó, regañó, peleó o hizo algún comentario negativo?		
¿Durante su embarazo, parto o posparto alguien del equipo de salud le discriminó?		
¿La experiencia de su parto le ha dejado alguna sensación negativa o secuela?		
¿Considera que ha experimentado algún tipo de maltrato o Violencia Obstétrica?		
¿Había oído hablar de la Violencia Obstétrica antes?		

Nota: Encuesta adaptada de: Fors M, Falcon K, Brandão T, Vaca A, Cañadas S, Viada González CE. Fiabilidad y dimensionalidad de EPREVO (“Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica”): Desarrollo de un nuevo instrumento, Ecuador. Int J Womens Health . 2021; 13: 569-577

Lista de chequeo

"Cuidado humanizado de enfermería durante el proceso de parto"

Cuidados de enfermería	Sí	No
CUIDADO CÁLIDO		
1. La enfermera se identifica antes de realizar los cuidados a la paciente		
2. La enfermera se dirige a la paciente por su nombre		
3. La enfermera se dirige a la paciente con cordialidad		
4. La enfermera explica a la paciente el procedimiento a realizar anticipadamente.		
5. La enfermera comunica a la paciente los resultados de sus funciones vitales (P/A, Pulso, Respiración, Temperatura)		
6. La enfermera brinda a la paciente un ambiente tranquilo sin ruidos		

7. La enfermera presenta a la paciente al resto de las usuarias de su unidad.		
8. La enfermera recibe a la paciente a su ingreso al servicio		
9. La enfermera respeta el horario de visita de familiares		
CUIDADO OPORTUNO		
10. La enfermera responde con rapidez al llamado de la paciente		
11. La enfermera le informa a la paciente sobre sus resultados de laboratorio		
12. La enfermera le pregunta a la paciente sobre la frecuencia y características de sus deposiciones y orina		
13. La enfermera brinda a la paciente un ambiente sin exceso de frío y/o calor		
14. La enfermera interrumpe a la paciente cuando está dando de lactar a su bebé para realizar algún procedimiento		
CUIDADO CONTINUO		
15. La enfermera registra los datos objetivos en las notas de enfermería		
16. La enfermera interactúa con la paciente mientras le administra su medicamento		
17. La enfermera brinda orientación a la paciente sobre los cuidados a seguir en el hogar		
18. La enfermera le pregunta a la paciente sobre las metas que tiene para su vida		
19. Las camas cuentan con barandas de protección		
CUIDADO SEGURO		
20. La enfermera orienta a la paciente sobre los alimentos que debe consumir		
21. La enfermera apoyo a la paciente para trasladarse a los servicios higiénicos		
22. La enfermera explica a la paciente sobre los efectos del medicamento que le administra		

23. La enfermera explica a la paciente sobre los efectos del medicamento que le administra		
24. La enfermera respeta y protege la intimidad de la paciente cuando le realiza el aseo y algún procedimiento ginecológico		
25. La enfermera traslada a la paciente a realizar algún procedimiento ensilla de ruedas o camilla		
26. La enfermera evidencia algún signo de alarma, y registra en sus notas de enfermería		
27. La enfermera interactúa con la paciente y realiza medidas no farmacológicas para ayudar a disminuir el dolor		

Anexo 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito del presente documento de consentimiento informado es proveer a los participantes de esta investigación, una clara explicación de esta, la cual esta conducida por ANDREA LISETH MARTÍNEZ PUPIALES, de la Universidad Técnica del Norte. El objetivo de este estudio es: Determinar el nivel de ansiedad en el personal de enfermería que labora en tiempos de COVID 2019. Si usted accede a participar en este estudio deberá responder a una serie de preguntas dirigidas a conocer aspectos relacionados con la violencia obstétrica y el cuidado de enfermería recibido durante el proceso de parto. Agradezco responder a estas preguntas de manera sincera, ya que los resultados obtenidos serán utilizados para identificar si se ha producido violencia obstétrica en algún momento durante la atención del parto.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Andrea Liseth Martínez Pupiales. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es determinar la percepción de las mujeres en proceso de parto sobre la violencia obstétrica y el cuidado de enfermería en el hospital San Luis de Otavalo
Además, se me ha garantizado la confidencialidad de los datos aquí reportados.

Si acepto.

Anexo 3. Galería Fotográfica



Nota: Aplicación de la encuesta a madres en postparto mediato en el área de ginecología



Nota: Aplicación de la lista de chequeo del cuidado humanizado de enfermería en el área de centro obstétrico



Nota: Aplicación de la encuesta EPREVO en el área de ginecología



Nota: Aplicación de la encuesta EPREVO en el área de ginecología

Anexo 4. Infografía



Universidad Técnica del Norte

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

"VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO - 2021."

ANDREA LISETH MARTÍNEZ PUPIALES

¿Qué es la violencia obstétrica?

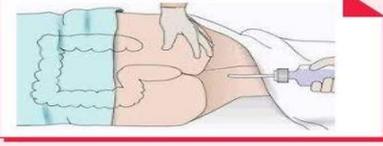
Es toda acción u omisión que vulnere los derechos de las mujeres embarazadas, que incluye: malos tratos, realización de prácticas médicas sin consentimiento, abuso de medicación, falta de confidencialidad e intimidad, entre otras.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA PUEDE SER:

Rasurado de la zona íntima sin consentimiento



Administrar de un laxante por vía rectal (Enema)



Acelerar el trabajo de parto por medio de medicación o de cesáreas sin justificación

ACCELERAR EL PARTO CON MEDICINAS SIN CONSENTIMIENTO



Obligar a conservar una posición durante el trabajo de parto y parto



Uso de medicación para calmar el dolor de parto en lugar de utilizar otras opciones como: masajes, calor local, musicoterapia.



Realizar de forma rutinaria la episiotomía (un corte en el periné para ampliar el canal de parto)



Utilización de forceps, ventosas o espátulas para extraer al bebé



Realizar la compresión de fondo uterino (Maniobra de Kristeller)



Realizar cesáreas innecesarias



Realizar más de un tacto cada 4 horas



Discriminación, humillación, malos tratos, gritos, comentarios inapropiados, amenazas.

ABRA LAS PIERNAS AHORA MANDO YO



Bibliografía:

- Crespo-Antepara, D. N., Sánchez-Zambrano, B. M., & Domínguez-Ontano, D. P. (2018). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto.
- Fallis, A. (2016). Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

Anexo 5. Autorización para la aplicación de la encuesta



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Hospital San Luis de Otavalo
Dirección Técnica

Oficio Nro. MSP-CZ1-HSLO-2021-0081-O

Otavalo, 29 de octubre de 2021

Asunto: AUTORIZACIÓN: Realización de tema de tesis Srta. Martínez Andrea

Magister
Rocio Elizabeth Castillo Andrade
Decana Fcs
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
En su Despacho

De mi consideración:

Saludos cordiales, en respuesta al Documento No. MSP-CZ1-HSLO-AU-2021-0046-E, emitido por la Srta. Andrea Martínez, en el cual solicita las facilidades para la recolección de información para el desarrollo de Tesis con tema: "VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE PARTO DEL HSLO".

Por lo expuesto se autoriza la recolección de datos, y se solicita al departamento de Estadística brindar las respectivas facilidades.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Soraya Leonor Molina Aules
DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO (E)

Referencias:
- MSP-CZ1-HSLO-AU-2021-0046-E

Anexos:
- msp-cz1-hslo-au-2021-0046-e.pdf
- msp-cz1-hslo-au-2021-0046-e_anexo.pdf

Copia:
Señor Tecnólogo
Luis Guido Pomasqui Montalvo
Responsable de Ventanilla Única
Señor Licenciado

Dirección: Sucre S/N y Estados Unidos **Código Postal:** 100201 / Otavalo Ecuador
Teléfono: 593-6-2920-444 - www.salud.gob.ec

 **Gobierno** | Juntos
del Encuentro | lo logramos 1/2

Documento firmado electrónicamente por Quipuz

Anexo 6. Análisis Urkund



Document Information

Analyzed document	ANDREA LISETH MARTÍNEZ PUPIALES.docx (D117783273)
Submitted	2021-11-08 01:28:00
Submitted by	
Submitter email	almartinezp@utn.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	gnaltamirano.utn@analysis.arkund.com

Sources included in the report

SA	Tesis Parto vaginal humanizado nivel de aplicación y satisfacción elaborado por Evelyn Chonana para URKUND.docx Document Tesis Parto vaginal humanizado nivel de aplicación y satisfacción elaborado por Evelyn Chonana para URKUND.docx (D50388433)	  1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Andrea_ Liseth _Martínez.pdf Document Andrea_ Liseth _Martínez.pdf (D77781157) Submitted by: dejaramillo@utn.edu.ec Receiver: dejaramillo.utn@analysis.arkund.com	  10
W	URL: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87854 Fetched: 2021-11-08 03:38:00	  1
W	URL: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf Fetched: 2021-11-08 03:38:00	  1
SA	ARTÍCULO ABG. MORALES CRISTINA.docx Document ARTÍCULO ABG. MORALES CRISTINA.docx (D94532636)	  1
W	URL: https://www.gacetasanitaria.org/es-la-violencia-obstetrica-una-practica-articulo-S0213911120301898 Fetched: 2021-11-08 03:38:00	  1
W	URL: https://www.dovepress.com/reliability-and-dimensionality-of-eprevo-experiencias-de-parto-relacio-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH Fetched: 2021-11-08 03:38:00	  1

Anexo 7. Abstract



Abstract

Andrea Liseth Martínez Pupiales

almartinezp@utn.edu.ec

The purpose of this study was to see whether there is any obstetric violence or poor nursing care during delivery at the San Luis de Otavalo Hospital. Due to the current SARS-CoV-2 pandemic's low availability of deliveries, a non-experimental quantitative design was used in a universe of 464 women who gave birth in the six months before the study, for which a sample of 210 women was obtained and divided into four three-month periods, yielding 53 mothers as the study population. The "Humanised Nursing Care" checklist was used as an instrument to identify nursing care during the delivery process, and the EPREVO survey was used to determine the presence and type of obstetric violence. After the application of the checklist the results were obtained, where 78.7% applied warm care, 84.7% timely care, 75.47% continuous care, and 65.2% safe care. Subsequently, the EPREVO survey showed that 14.86% were victims of obstetric violence of the structural neglect type, 31.76% of the right to information type, and 6.29% of the right to be present type. It was also possible to establish that obstetric violence exists, but to a low degree, which was expected given that the San Luis de Otavalo Hospital is a certified Mother and Child-Friendly Health Establishment (ESAMyN).

Keywords: Obstetric violence, nursing care, humanized childbirth, legal aspects, gender violence.

Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri



Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 100150