

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de
atención de salud**

Cristina Belén Borja Quintana

**Fadya Orozco, Ph.D.
Directora del Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito para la obtención
del título de Magíster en Salud Pública

Quito, 15 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud

Cristina Belén Borja Quintana

Firmas

Fadya Orozco

Ph. D. MD.

Director del Trabajo de Titulación

Fadya Orozco

Ph. D. MD.

Director del Programa de Salud Pública

Jaime Ocampo

Ph.D. MD

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos

Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 15 de mayo de 2017

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre:

Cristina Belén Borja Quintana

Código de estudiante:

00126442

C. I.:

1723377709

Lugar, fecha

Quito, 15 de mayo del 2017

DEDICATORIA

A mi madre, por ser el pilar fundamental de mi vida, por todo su amor, esfuerzo y apoyo. A mis amados hermanos Erik e Ivonne por su tiempo, sus consejos y cariño incondicional. A mi padre, por su apoyo durante todos estos años.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, la familia y los amigos que me ha regalado.

A mí amada familia por su amor incondicional.

A mis queridas compañeras enfermeras por su apoyo para cumplir esta meta.

A mis queridos ebolitas por su amistad, consejos y apoyo durante estos dos años.

A Fadya Orozco por su tiempo, acompañamiento y paciencia.

A Will Waters por sus correcciones durante este proceso.

Al Hospital General Docente de Calderón, en especial al personal del servicio de centro oobstétrico por su colaboración para la realización de esta investigación

Resumen

Las mujeres que acuden en busca de atención de salud durante el parto son vulnerables de ser violentadas. La violencia obstétrica ha sido naturalizada, e invisibilizada tanto por los profesionales de salud como por las pacientes. El objetivo de este estudio es conocer la percepción del personal de salud y pacientes frente a la violencia en las prácticas de atención realizadas durante el parto y posparto inmediato. Se realizó un estudio cualitativo descriptivo; la población de estudio fueron todos los profesionales de la salud del servicio de Centro Obstétrico del Hospital General Docente de Calderón. Para la obtención de la muestra se aplicaron criterios de inclusión, exclusión y saturación; la muestra final estuvo conformada por diez médicos y enfermeras; y las pacientes atendidas por estos profesionales, se excluyeron aquellas con alto riesgo obstétrico. Las prácticas de atención observadas fueron: tactos vaginales, episiotomías, administración de oxitocina para la conducción del parto y apego precoz. Los datos fueron colectados por medio de tres instrumentos: una guía de observación no participativa aplicada a las prácticas de atención, y dos guías de entrevistas semiestructurada. Para el análisis se realizó una codificación abierta, axial y selectiva. *Resultados:* Los tactos vaginales, episiotomías y masaje uterino fueron las que más situaciones de violencia presentaron, fueron realizadas por más de dos miembros del equipo de salud. En todas las prácticas de atención existieron más de dos profesionales incluidos internos rotativos con una misma paciente; las pacientes no sintieron confianza al ser atendidas por estos profesionales sintiéndose como instrumento de aprendizaje. El abuso de medicamentos como oxitocina, para la conducción del parto, sin existencia de criterios para su administración fue frecuente, además no se solicita consentimiento o se miente sobre la composición de la solución. El uso de epítetos como “mamita” o “corazoncito” fue constante durante todas las atenciones; la percepción de las pacientes es que la confianza en el profesional aumentaría si la llamara por su nombre. *Conclusiones:* las mujeres identifican con mayor facilidad situaciones de violencia durante la realización de prácticas de atención durante el parto y posparto, sin embargo, los profesionales de la salud no consideran a estas prácticas como violentas.

Palabras clave: violencia obstétrica, profesionales, pacientes, percepciones, prácticas de atención.

ABSTRACT

Women who seek health care during childbirth are vulnerable to being raped. Obstetric violence has been naturalized and made invisible by both health professionals and patients. The objective of this study is to know the perception of health personnel and patients against violence in the practices of care performed during childbirth and immediate postpartum. A descriptive qualitative study was carried out; the study population was all health care professionals from the Obstetrical center of the Hospital General Docente de Calderon. To obtain the sample, inclusion, exclusion and saturation criteria were applied; the final sample consisted of ten doctors and nurses; and patients attended by these professionals, those with high obstetric risk were excluded. The observed practices of attention were: vaginal touches, episiotomies, administration of oxytocin for the conduction of the childbirth and precocious attachment. Data were collected through three instruments: a non-participatory observation guide applied to care practices, and two semi structured interview guides. For the analysis an open, axial and selective coding was performed. Results: vaginal pains, episiotomies and uterine massage were the most violent situations presented by more than two members of the health team. In all care practices there were more than two professionals including internal rotators with the same patient; the patients did not feel confident when being treated by these professionals feeling like a learning instrument. Abuse of medications such as oxytocin for the management of labor without the existence of criteria for its administration was frequent, and consent was not requested or the composition of the solution was questioned. The use of epithets like “Mommy” or “Little heart” was constant during all the attentions; the perception of the patients is that the confidence in the professional would increase if he called her by name. Conclusions: women are more likely to identify situations of violence during the delivery of postpartum and postpartum care practices; however, health professionals do not consider these practices as violent. **Key words:** obstetric violence, professionals, patients, perceptions, care practices.

TABLA DE CONTENIDO

ANTECEDENTES	10
REVISIÓN DE LA LITERATURA	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACIÓN	18
HIPÓTESIS.....	19
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	19
OBJETIVO GENERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTUDIO.....	21
ANÁLISIS	24
RESULTADOS.....	27
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	41
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	42
DISCUSIÓN	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Categorías y características identificadas.....	26.
--	-----

ANTECEDENTES

La Violencia Obstétrica no se encuentra tipificada en el Ecuador. Tampoco existen políticas públicas que permitan disminuir esta problemática, además no se cuenta con cifras o estudios que permitan evidenciarla. La falta de control sobre las causas, el lugar donde se produce ya sea público o privado permiten darse cuenta de la falta de control que ejerce el Estado sobre las prácticas de atención que se realizan durante el parto y posparto inmediato y que fueron ya desaconsejadas por la evidencia científica generada durante los últimos años y la Organización Mundial de la Salud, prácticas como: episiotomías de rutina, administración injustificada de oxitocina durante el trabajo de parto o cesáreas no justificadas.

Bajo esta premisa en el 2016 en la Asamblea Nacional del Ecuador se inició el debate sobre la Ley orgánica para la atención humanizada del embarazo, parto y posparto. Esta ley busca regular las prestaciones de atención sanitaria, en busca de institucionalizar la atención humanizada del parto, promover de forma activa la participación de la mujer, impulsar su protagonismo, respetar las decisiones que la mujer tome sobre su cuerpo y su hijo y fomentar los principios de la humanización del parto. Este proyecto de ley busca introducir por primera vez en el Ecuador una definición sobre violencia obstétrica. Sin embargo, la falta de conocimiento sobre las prácticas de atención que aún se realizan en el país, la falta de conocimiento de los profesionales de la salud y de las mujeres sobre violencia obstétrica impide la formulación de estrategias que ayuden a evidenciar y disminuir el problema.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Violencia obstétrica en los servicios de salud: percepciones y prácticas

La violencia obstétrica ejercida en los servicios de salud es una de las formas de transgresión más frecuentes de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer y constituye además un grave problema de salud pública, generando altas consecuencias tanto económicas como sociales (Faneite, et al 2012). Para Pereira, Domínguez y Toro (2015), este tipo de violencia sigue sin ser reconocida y no se advierte de su gravedad, además ha sido por mucho tiempo una de las formas “más profundas de discriminación sistemática, estructural e intergrupala” (Añón 2016).

Para Casal y Alemany (2014), la violencia obstétrica es transmitida de generación en generación por el personal de salud, haciendo que el modelo usado durante la atención sea el punto de partida para vulnerar los derechos fundamentales de las pacientes. La violencia obstétrica ha sido consecuencia inevitable del ejercicio del paradigma médico ejercido por el personal de salud “sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres” (Belli, 2013). Para Wolff y Waldow (2008), la violencia obstétrica se ha convertido en una “conspiración de silencio” entre el profesional de la salud, la paciente y la familia, lo que ha impidiendo reconocer la verdadera gravedad y la magnitud del problema.

Chadwick (2016), afirma que el uso del término Violencia Obstétrica partió como un acto “deliberado para hacer frente a las prácticas problemáticas”, que han sido ocultadas, invisibilizada y nada reconocidas como otra forma de violencia hacia las mujeres. Este tipo

de violencia se genera durante la atención de salud a la mujer durante el embarazo, parto y posparto, en los servicios de salud tanto públicos como privados y “consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos” (GIRE, 2015).

Para Villanueva (2010), la violencia obstétrica se puede manifestar mediante: la manipulación de la información proporcionada sobre el estado de salud, regañones, retraso en la atención, indiferencia al dolor, no solicitar el consentimiento de la mujer y usarla como material didáctico durante la atención.

Prácticas de atención en salud consideradas violentas

Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera (2015), describen que las prácticas médicas de rutina producen la pérdida de la autonomía y la capacidad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos y derechos sexuales, haciendo de los procesos de atención del parto seguros para para el personal pero no para las mujeres.

Este conjunto de prácticas médicas realizadas en exceso en referencia a lo establecido en las Guías de práctica clínica para la atención de la mujer embarazada emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como: episiotomías, alterar el proceso natural del parto mediante la administración de oxitocina, la rasura del vello del pubis, la aplicación de enemas, revisión obstétrica, tactos vaginales, obligar a las pacientes a parir en posición supina cuando se cuenta con los elementos necesarios para el parto vertical sin su consentimiento libre e informado, obstaculizar el apego precoz cuando no existe una causa médica

justificada, practicar cesáreas sin la existencia de condiciones médicas justificadas y no atender de forma oportuna las emergencias obstétricas, intimidan, degradan y oprimen a las mujeres durante la atención reproductiva (Ramírez, 2014).

Prácticas de atención en salud que sumadas a las “asimetrías económicas o de educación en relación con los profesionales de la salud”, la distancia a los establecimientos y muchas veces los costos generados de la atención conlleva a que las mujeres y su familia no acudan en búsqueda de atención obstétrica profesional desalentando además la elección de un parto institucional e incrementando el riesgo de muerte materna o neonatal (Belli, 2013).

Para Belli (2013), una de las causas del silencio sobre actos vividos de violencia durante la atención del embarazo, parto y puerperio se debe a que muchas veces las prácticas médicas realizadas en exceso durante la atención son consideradas como normales por parte de las mujeres, sobre todo en aquellas que utilizan los servicios de salud gratuitos y “consideran que someterse a tratos pocos amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención”, la naturalización de estos actos han dificultado que las mujeres que han sido violentadas o su familia realicen el reclamo de derechos hecho agravado por la falta de conocimiento sobre ellos.

Por otro lado, el personal de salud a cargo de la atención de la mujer a menudo no llega a cuestionarse la legitimidad de sus prácticas (Belli, 2013), sumado al desconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer son el detonante para un complejo sistema de relaciones de poder ejercidas durante la atención entre el personal y las usuarias de los servicios (Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2013).

Percepción sobre violencia obstétrica

Varios estudios indican que las acciones y omisiones de los obstetras, médicos y enfermeras acarrear graves consecuencias en las mujeres durante el parto (Elmir, Schmied, Wilkes y Jackson, 2010) y varias han manifestado que “no les habían respetado como personas, ni respetado su derecho al consentimiento informado” y varias además calificaron el trato recibido de los profesionales como “bárbaro, invasivo, terrible y degradante” (Thomson y Downe, 2008). Para Olza (2014), es difícil para los profesionales de la salud aceptar el término “violación” o “violencia” durante su actuación en la atención a las pacientes, sin embargo también es común que los profesionales queden al igual que las pacientes traumatizados por la forma deshumanizada durante la atención del parto.

Beck y Gable (2012), realizaron un estudio mixto con enfermeras para determinar la prevalencia y la gravedad del estrés postraumático secundario a la atención del parto. Varias de las encuestadas afirmaron que habían presenciado partos abusivos y sentían haberles fallado a las pacientes al no haberlas defendido ni cuestionado las acciones de los obstetras durante la atención del parto. Para Olza (2014), es fácil para las mujeres identificar y conceptualizar el tema de violencia obstétrica, sin embargo conseguir que “los profesionales comprendan a profundidad la violencia obstétrica parece crucial, ya que esta puede ser consecuencia de la medicalización extrema del parto, que también con lleva una negación de los aspectos más espirituales del mismo” (Olza, 2014).

Olza (2014), concuerda que las razones que llevan a los profesionales ejercer la violencia obstétrica pueden incluir: la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales al parto, el propio trauma no resuelto, el alto

índice de profesionales con síndrome de burnout, los profesionales de salud con este síndrome y que realizan atención de salud durante el la etapa prenatal, trabajo de parto, parto y puerperio “ generan un trato aún más deshumanizado, con lo cual las cifras de mujeres que sufren partos traumáticos pueden seguir aumentando indefinidamente” (Olza, 2014).

Otro estudio realizado por Faneite, Feo y Toro (2012), para determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud, identificó que el propio personal ha presenciado alguna vez maltrato a una embarazada y que fue ejercido por el 42.8% de los médicos y por el 42.5% al personal de enfermería; además el 82.4% del personal desconoce por completo el termino de violencia obstétrica y el 72.6% desconocen cuáles son los mecanismos de denuncia.

MARCO TEÓRICO

Para el abordaje de esta investigación se tomó en cuenta dos teorías importantes: violencia de género y percepción.

Violencia de género

La violencia de género se considera todo acto de violencia extrema que da como resultado un daño físico, sexual o psíquico (ONU, 1996) (ONU, 1995). Este tipo de violencia se genera en todas las etapas de la vida una mujer (CEDAW, 2014), demostrando los efectos de una sociedad que discrimina y subordina a la mujer por el simple hecho de ser mujer (Alvarado y Guerra, 2012). Breilh (1993), describe a la violencia de género como consecuencia de la cultura violenta que está acostumbrada a subordinar a los individuos. La

violencia de género es la forma más clara de vulneración de los derechos de la mujer a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva (CEDAW, 2014) y puede expresarse de distintas maneras ya sea física, verbal, sexual, económica, institucional, etcétera (Expósito, 2011).

La violencia de género tiene lugar en los ámbitos familiares, comunitarios y puede ser promovida por el Estado, como consecuencia de los patrones culturales de la población, la desigualdad económica, condición étnica, etnia y orientación sexual. Las altas consecuencias producidas por la violencia de género como la muerte, enfermedad y la disminución de la calidad de vida de las víctimas, la convierten en un importante problema de salud pública y partiendo del hecho que es un evento predecible es imprescindible prevenirlo, controlarlo y disminuirlo. Por esta razón es deber del Estado generar las condiciones necesarias en las cuales las mujeres puedan vivir y desarrollarse de manera plena y asegurar que sus derechos básicos no sean violentados.

Percepción

Oviedo (2004), describe la teoría de Gestalt sobre percepción como la entrada de información, la formación de abstracciones, el medio por el cual un individuo puede formar juicios, categorías o conceptos. Permite reconocer a la percepción como un conjunto de entornos socioculturales que van cambiando y reconstruyéndose. Haciendo de la percepción un proceso por medio del cual un individuo pueda seleccionar, evaluar y organizar los estímulos que recibe del ambiente exterior influyendo de forma dramática en la forma en la que un individuo se comporta.

Para Vargas (1994), la percepción depende de cómo un individuo ordena, clasifica y elabora las categorías de los estímulos que recibe, conformando referentes conceptuales con los que identifica experiencias nuevas que se transforman en eventos reconocidos y comprensibles de la realidad. La percepción se define como un proceso cognitivo que consiste en reconocer, interpretar y elaborar significados a los juicios o sensaciones que se identifican en el ambiente, donde se conjugan procesos del aprendizaje, la memoria y la simbolización. Para un individuo el reconocimiento de la información que se obtiene de las experiencias cotidianas le permite comparar con las nuevas experiencias para crear o reproducir modelos culturales que le ayuden a explicar la realidad a la que se enfrenta.

La percepción es un proceso parcial y cambiante. Se considera un proceso parcial debido a que no le permite al individuo interpretar las cosas en su totalidad porque las situaciones a las que se enfrenta son variables y lo que se percibe es solo un aspecto de un momento determinado. Es cambiante debido a que la percepción le permite al individuo reformular las experiencias, conceptos, juicios o sensaciones si así lo requiere una circunstancia específica, convirtiéndose en una constante edificación de significados en el espacio y en el tiempo. La percepción debe ser comprendida como un aspecto relativo a la situación que enfrenta cada individuo pues dependen tanto de las circunstancias cambiantes a las que se enfrenta como a la adquisición de nuevas experiencias que le permitan incorporar elementos nuevos para modificar y ajustar a las nuevas circunstancias (Vargas, 1994).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ejercicio continuo de violencia obstétrica se ha convertido en una de las transgresiones más invisibilizada y naturalizada durante la atención de la mujer embarazada en los servicios de salud, el ejercicio de prácticas de atención realizadas como rutina han marcado la calidad de los servicios y la salud de las mujeres y sus recién nacidos (Faneite, et al 2012). El trato hacia las mujeres, la posición de la mujer en el proceso del parto, el acompañamiento, la privacidad, los tactos vaginales de forma reiterada, el uso incorrecto del consentimiento informado, el poco empoderamiento de la mujer durante el parto, impedir el apego precoz cuando no existe condición médica para hacerlo, la infantilización de la mujer; y la despersonalización; asociado a las intervenciones innecesarias han sido durante mucho tiempo el factor principal para vulnerar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

Conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre violencia obstétrica es importante, debido a que permitirá conocer no solo las ideas que se generan entre este grupo de profesionales; sino también para definir cuales las estrategias a tomar para disminuir este problema.

JUSTIFICACIÓN

La atención de salud a la mujer embarazada se ha convertido en puerta abierta para el uso de la violencia por parte del personal de salud hacia las mujeres que acuden a recibir atención médica. El uso de insultos y prácticas médicas realizadas como rutina durante la

atención no solo afectan la percepción de la calidad de los servicios sino también de forma directa la salud de las madres y los recién nacidos.

El ejercicio continuo de la violencia obstétrica, la falta de formación de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, la falta de conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos han acarreado por mucho tiempo consecuencias graves en la salud de las mujeres y sus recién nacidos.

Este trabajo pretende contribuir en la construcción de información sobre la percepción del personal de salud, de las pacientes y las prácticas de atención en salud que se realizan durante la atención del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato que son consideradas como violentas para cerrar el círculo vicioso y abordar el tema para determinar estrategias que permitan disminuir el problema.

HIPÓTESIS

Los profesionales de la salud y las pacientes consideran violentas a las prácticas de atención de salud realizadas durante el parto y posparto inmediato.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles prácticas de atención en salud realizadas por el profesional de salud a la mujer embarazada durante el parto y el posparto inmediato son violentas y cuáles no?

- ¿Cuál es la percepción del profesional de la salud del servicio de Centro Obstétrico y de las mujeres respecto a estas prácticas?

OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción del profesional de la salud y de las pacientes sobre las prácticas de atención realizadas a la mujer durante el parto y posparto inmediato, algunas de las cuales podrían ser consideradas violentas, por medio de entrevistas a los profesionales de la salud del servicio de Centro obstétrico del Hospital General Docente de Calderón, a fin de determinar estrategias para disminuir el problema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las prácticas de atención en salud violentas realizadas a la mujer por profesional de la salud durante el parto y posparto inmediato.
- Explorar la percepción sobre las prácticas identificadas en los profesionales de la salud y mujeres.
- Proponer estrategias que sean discutidas en los servicios de atención para incidir sobre los resultados.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTUDIO

a. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo con el uso de métodos cualitativos. El estudio se realizó en servicio de Centro Obstétrico del Hospital General Docente de Calderón, debido a que oferta servicios de Gineco-Obstetricia; es un hospital nuevo que ha reunido a profesionales de la salud de todo el país. Además la accesibilidad a los datos y participantes de esta casa de salud habilitan la factibilidad del estudio.

b. Población de estudio

La población de estudios estuvo constituida por el personal de salud, médicos y enfermeras del servicio de Centro Obstétrico del Hospital General Docente de Calderón, y mujeres que acuden a esta casa de salud hacerse atender en los servicios de parto y posparto inmediato. En total participaron cinco médicos, cinco enfermeras y diez mujeres.

Al profesional de salud se le aplicaron los siguientes criterios de inclusión: está trabajando durante los últimos 6 meses en los servicios de parto y posparto inmediato, tener contacto permanente con la mujer embarazada durante una jornada completa de doce horas. Se excluyeron estudiantes e internos rotativos de medicina, enfermería y obstetricia debido a que no están autorizados a realizar prácticas de atención a la mujer embarazada sin supervisión. *El universo de estudio fueron* cuarenta y cinco profesionales de la salud de los cuales veinte cumplieron los criterios de inclusión. A fin de que cada uno de estos profesionales tuviese la oportunidad de formar parte del estudio se realizó un sorteo entre los integrantes de cada grupo para establecer su orden de participación.

La población de mujeres para ser incluida debía haber permanecido en los servicios de parto y posparto inmediato desde el inicio del proceso, con el fin de observar la generación de episodios de violencia obstétrica. Se excluyeron a aquellas mujeres que su condición de salud suponía un riesgo a su vida. Las mujeres fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión, y formaron parte del estudio aquellas que fueron atendidas por los profesionales sorteados.

Para la colecta de información se aplicó el criterio de saturación (Strauss & Corbin, 2002), que consiste en reunir todos los datos hasta que el investigador se encuentre los siguientes casos: que no hayan datos nuevos importantes, las categorías que se han desarrollado no muestren variación y que las categorías definidas estén validadas. Bajo este criterio se realizaron diez observaciones no participativas, así mismo, diez entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y diez entrevistas semiestructuradas a pacientes, debido a que durante la recolección no se encontró información nueva relevante; lo observado y expresado tanto por los profesionales de la salud como por las pacientes no mostró variación alguna.

Recolección de información.

Previa a la colecta de información se entregó a cada participante por escrito el propósito del estudio y el formulario de consentimiento informado, garantizándole además la confidencialidad de lo observado y mencionado durante la entrevista. La colecta de la información se realizó entre el 10 al 31 de marzo del 2017. Para la obtención de la información se utilizaron las siguientes técnicas: observaciones no participativas a las

prácticas de atención durante el parto y posparto inmediato; y entrevistas semiestructuradas a los profesionales y pacientes.

Las observaciones no participativas a las prácticas de atención fueron realizadas en el servicio de Centro Obstétrico por un observador (enfermera) capacitada para el efecto por la investigadora de este estudio. Se aplicó una guía de observación diseñada para el efecto (Anexo A), el tiempo de observación fue de aproximadamente cuatro a seis horas.

La entrevista semiestructurada al personal de salud (Anexo B) se realizó dos días después de la observación no participativa a la práctica correspondiente (parto y posparto inmediato). Las entrevistas se realizaron en un lugar previamente acordado con el participante en general se realizaron en el servicio de centro obstétrico en la sala de confort y otras en el hogar de algunos de los participantes, el tiempo de la entrevista fue de aproximadamente cuarenta y cinco minutos.

La entrevista semiestructurada realizada a la mujer (Anexo C) se llevó a cabo un día después de la atención del parto en la sala de confort del servicio de ginecología, previo la solicitud del área a líder de enfermería. Por un tiempo aproximado de treinta minutos. Las entrevistas a pacientes y profesionales fueron realizadas por la realizadora de este estudio.

Para la construcción de los instrumentos (guía de observación no participativa y guía de entrevista semiestructuradas), primero se realizó una revisión de la literatura sobre violencia obstétrica y de las guías de práctica clínica para la atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato y atención de parto por cesárea (GPC) emitidas por el Ministerio de Salud

Pública del Ecuador a fin de identificar las prácticas de atención que se realizan a la mujer durante los procesos de atención del parto y posparto inmediato. A través de la revisión de la literatura se identificaron las características que tornaban a las prácticas de atención violentas. Estos criterios fueron específicos para cada práctica (Anexo D). Para garantizar la confidencialidad de los datos a ser colectados en cada uno de los instrumentos se usó un código para identificar al (la) participante, acompañado del número de entrevista y observación.

Previa a la recolección de datos se realizó una prueba de campo a fin de determinar la comprensión y el tiempo de aplicación. Esta prueba fue realizada en el servicio de centro obstétrico del Hospital General Docente de Calderón. En total se realizó tres observaciones, tres entrevistas a profesionales y tres entrevistas a pacientes. Esta prueba fue realizada por la investigadora de este estudio.

El estudio contó con la autorización de Comité de ética en investigación en seres humanos de la Universidad San Francisco de Quito y de la unidad de Docencia e Investigación del Hospital General Docente de Calderón.

ANÁLISIS

La información de las observaciones no participativas y entrevistas fueron transcritas utilizando el programa Transkrip Edu Versión 5.70. Posteriormente la información fue ingresada y organizada en una matriz del programa informático Excel. El análisis se realizó siguiendo los pasos de la Grounded Theory (Strauss y Corbin, 1998), teoría que se desarrolla en tres etapas: codificación abierta, axial y selectiva. En la codificación abierta, se inicia con

el análisis de la información con el fin de desagregar los datos para producir categorías, propiedades o subcategorías. La codificación axial permite relacionar las categorías a través de propiedades y dimensiones; y finalmente la codificación selectiva elabora se integra y define la teoría para la elaboración de un tema central (Strauss & Corbin, 1998).

Para la codificación abierta se realizó un análisis exhaustivo de la información tanto de las entrevistas como de las observaciones no participativas a fin de identificar patrones y características comunes. La identificación de estas características tomó como base un estudio previo (Bowser & Hill, 2010) respecto a la falta de respeto y abuso durante el parto. En el Anexo E se da una definición detallada de las mismas.

Para la codificación axial se reconocieron relaciones entre los patrones identificados y se los agrupo en categorías. Finalmente para la codificación selectiva se le asignó un nombre específico a cada categoría. La Tabla N° 1 presenta un resumen de las categorías y categorías identificadas. Para presentar los resultados se la triangulación de métodos, que permitió combinar las técnicas de recolección de información para medir la variable (Taylor & Bogdan, 1987).

Tabla N° 1.
Categorías y características identificadas

Categorías	Características
1. Abuso físico	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación excesiva • Indiferencia al dolor
2. Atención no consentida	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de consentimiento • Inhabilidad de elección de la mujer ante las prácticas de atención
3. Vulneración de Derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Atención no digna • Información sobre estado de salud, procedimientos y medicación. • privacidad • Paciente como instrumento de aprendizaje
4. Deficit en la asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Demora en la atención • Abandono en el cuidado • Justificación técnica del profesional • Prácticas rutinarias • Abuso de medicamentos (oxitócicos)
5. Aspecto organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Congestión o sobrecupo del servicio • Falta de suministros (medicamentos)

	y de personal.
6. Mitigación de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Estandarización de cuidados y tratamientos.Educación al paciente • Entrenamiento sobre guías de práctica clínica • Entrenamiento sobre Libre posición y Acompañamiento

Seguridad y almacenamiento de datos

La información colectada en el presente estudio fue utilizada única y exclusivamente para los fines del estudio, de igual manera las guías de observación, audios y las transcripciones de cada una de las entrevistas realizadas serán guardadas en un lugar seguro al que nadie tendrá acceso excepto la autora.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a cada categoría identificada en el análisis.

Abuso físico

Manipulación excesiva

La manipulación excesiva de la mujer durante el trabajo de parto y parto se observó de forma evidente durante la realización de tactos vaginales, es así que en una observación el tacto vaginal a una paciente se realizó cinco veces en un periodo de dos horas, más del número

recomendado por las guías de práctica clínica: un tacto cada cuatro horas, en condiciones normales (MSP, 2015) ; el masaje uterino fue realizado en todas las observaciones por dos o más miembros del equipo de salud y tres de siete episiotomías fueron realizadas por dos miembros del equipo de salud. Además, todas (diez) las mujeres informaron que el tacto vaginal fue realizado por diferentes miembros del equipo. En una entrevista una paciente informa: “cuando llegue me hicieron el tacto como tres doctores yo perdí la cuenta de cuantas veces me hicieron”.

Indiferencia al dolor.

La indiferencia al dolor de la mujer se observó con mayor frecuencia en la realización de prácticas como: tactos vaginales, pues todas las pacientes manifestaron durante la observación dolor excesivo; dos de siete mujeres a las que se les realizó el reparo de la episiotomía indicaron al médico dolor excesivo respondiendo este al comentario de la mujer “solo son dos pinchazos mamita de gana te voy a pinchar más para ponerte la anestesia”. Para la mujer el profesional de salud muchas veces no responde frente a esta situación, ante esto: siete de diez pacientes informaron al profesional que sentían dolor excesivo durante el tacto vaginal; sin embargo, el profesional manifestó indiferencia ante lo mencionado por la mujer. Durante una entrevista se menciona: “Yo le decía al que me hacía el tacto que me dolía demasiado que esperara un poco, pero él me seguía haciendo el tacto, yo siento siento que no le importó mi dolor”. En cambio, para los todos los profesionales entrevistados sentir dolor durante el trabajo de parto es normal, mencionando en una entrevista: " durante la valoración siempre se causa dolor, no porque lo queremos causar, sino que debemos hacer procedimientos que son dolorosos para la mujer".

Atención no consentida

Falta de consentimiento.

La *observación* permitió detectar que durante atención a la mujer no se solicita consentimiento para la realización de ciertas prácticas como: tactos vaginales, amniorexis, administración de oxitocina para la conducción del parto y episiotomías. Sin embargo, para la realización de procedimientos quirúrgicos como la cesárea se le solicitó consentimiento. Se observó también que todas las pacientes ingresaron al servicio firmando el formulario de consentimiento informado como protocolo hospitalario.

Durante *la entrevista los profesionales de de la salud* indicaron que el formulario de consentimiento informado les da autorización para la realización de cualquier procedimiento. Es así que un profesional médico menciona: “El consentimiento informado nos permite tomar decisiones en cuanto a la salud de la paciente, además hablar de pacientes obstétricas que se convierten en una bomba de tiempo y que su manejo debe ser rápido para evitar muertes maternas nos obliga a usar este consentimiento y evitar estar por cada acción, tratamiento o procedimiento pidiendo autorización”. Sin embargo tres de cinco profesionales de enfermería entrevistados mencionan que si se debería solicitar el consentimiento de la mujer para la realización de los diferentes procedimientos. El consentimiento informado le permite a la paciente tomar un rol protagónico dentro de sus cuidados, debido a que se le informa sobre las alternativas al tratamiento y a su cuidado, se le permite aclarar sus dudas y resolver conjunto con el profesional de salud los conflictos que se generen durante la atención.

Para la mujer el consentimiento se redujo a la firma del formulario, ocho de diez mujeres informaron que solo les hicieron firmar la hoja de consentimiento y no les explicaron que estaban firmando. Dos mujeres que fueron sometidas a cesáreas informaron que si se les solicitó su consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

Inhabilidad de elección de la mujer ante las prácticas de atención

Para el profesional de la salud la elección de la mujer únicamente se permite en las siguientes prácticas observadas: a nueve de diez pacientes entrevistadas se les permitió elegir la posición que podrían adoptar durante el expulsivo y a este mismo grupo se les permitió elegir un acompañante de su elección, situación que no ocurre en prácticas como la administración de oxitocina para la conducción del parto, pues a ninguna se les dio a elegir el uso de este medicamento. Por otro lado, diez de los profesionales indicaron que son ellos los que toman las decisiones dejando de lado a mujer para la elección autónoma sobre su propio cuerpo. Un profesional menciona lo siguiente: “Quién toma la decisión somos nosotros; eso es algo que tiene que quedar muy claro a todo el mundo. ¿Por qué razón? porque tu no vas a un mecánico para decirle como tiene que hacer su trabajo porque tú no eres mecánico. Lo mismo pasa con nosotros; nosotros respetamos mucho el deseo de la madre que quiera tener un parto normal, pero al final nosotros vemos que hay mucho riesgo un desprendimiento lo que sea. Es lo que nos obliga a hacer una cesárea eso es lo que hay que hacer y se va más allá del respeto al deseo de la paciente por lo que es un bien mayor”.

Para cuatro de cinco profesionales de enfermería la elección de la mujer es importante, pues consideran que si las mujeres podrían elegir la realización de ciertas prácticas, no lo harían. Al mismo tiempo, todas las pacientes informaron que no se les permitió elegir los procedimientos que se les realizaron. Siete de diez informaron que si hubieran podido elegir,

habrían evitado que varias personas estén presentes en su parto. Tres de siete mujeres a las que se les realizó episiotomías informaron que si hubieran podido elegir, no se les hubiera realizado este procedimiento. Durante una entrevista, se menciona lo siguiente: “no, solo venían y decían le voy a hacer este tacto para ver dónde está el bebé, o la enfermera que me puso el suero, después me empezó a doler más después de ese suero, yo no hubiera querido que me pongan. Imagínese, que el dolor aumento un montón”.

Vulneración de derechos

Atención no digna.

El cuidado no digno se notó con mayor frecuencia durante el trato interpersonal entre el profesional y la paciente, debido a que durante las observaciones: todos los profesionales conocían el nombre de las pacientes pero a pesar de eso usaron epítetos como "mamita", "corazoncito" y "mami". Durante una entrevista un profesional menciona que el uso de epítetos es una “forma cariñosa que le permite fomentar la confianza de la mujer”. Al mismo tiempo, para la mujer el uso de estos términos no es de su agrado, pues: seis de diez pacientes informaron que no les gusta ser llamadas “mamita”. Ante esto una paciente menciona: “me estaban llamando mamita, yo tengo nombre pero todo el tiempo era mamita abre las piernas, mamita puja. Eso no me gusto”. Además, seis de diez mujeres indicaron que confiarían más en el profesional si este conociera su nombre.

La atención no digna se ve reflejada también durante la realización del apego precoz. En esta práctica se observó que: en ocho partos normales no se realizó apego precoz por el tiempo establecido¹. Cinco de diez profesionales no explicaron la razón de por qué no se realiza esta

¹ MSP (2015), recomienda que se realice el apego precoz inmediatamente después del nacimiento. Debido a que incrementa los beneficios para el recién nacido en la regulación de la temperatura, disminuye el llanto y

práctica a la madre y cinco profesionales indicaron que “van a vestir al recién nacido; por eso se lo llevan”. En este caso seis de diez mujeres indicaron que no se les permitió hacer apego precoz y a este mismo grupo de mujeres no se les dio ningún tipo de explicación, en una entrevista se menciona: “nunca me dijeron porque se lo llevaban”. Limitando la lactancia materna exclusiva durante las primeras horas de vida.

Información sobre estado de salud, procedimientos y medicación

Durante la atención de la mujer la información que el profesional de salud le proporciona se realiza de manera incompleta, pues durante la observación se notó que: en nueve de diez casos en los que se administró oxitocina para la conducción del parto no se le informó a la mujer sobre su acción y efectos adversos. A siete mujeres se les informó de forma incompleta su estado de salud y a ocho de diez pacientes no se les informó previamente sobre los procedimientos que se les realizaron. El profesional de salud reconoce que no se brinda información completa a la mujer, cinco de diez coincidieron que se debería mejorar la forma en la que se brinda información a la mujer, en este caso un profesional mencionó: “... les decimos las cosas en la sala de partos cuando el dolor es tan intenso que ni te escuchan; empezar desde la sala de dilatación a explicarle los procedimientos que se le realizaran sería lo más importante”. Por otro lado, siete de diez mujeres indicaron que la información proporcionada por el profesional fue limitada, situación que se agrava con el uso de palabras incompresibles para la mujer, en una entrevista se menciona: “la verdad no entendí mucho es

aumenta el tiempo de lactancia materna. El apego precoz debe ser realizado sin restricciones y siempre bajo la vigilancia del profesional a cargo durante los siguientes casos: recién nacidos a término y aquellos recién nacidos que el profesional considere adecuado. Además, “ los procedimientos y las medidas médicas no urgentes como administración de profilaxis oftálmica o toma de medidas antropométricas no se deben realizar tras el parto, porque son maniobras demorables y que interfieren con el contacto piel con piel”.

que me decían palabras que yo no entendía usted sabe las palabras que usan los médicos. Una señorita creo que era la enfermera me explico y entendí un poco”.

Privacidad

La vulneración de este derecho se observó principalmente en práctica como la atención del parto y realización de procedimientos quirúrgicos como cesáreas, pues durante las mismas las puertas de las salas de partos y quirófanos permanecieron abiertas. Se permitió además la permanecía de más de ocho personas (límite autorizado por el servicio) durante el parto y la cesárea. Sin embargo, en prácticas como de tactos vaginales, monitoreo y amniorexis se realizan con las cortinas cerradas. El profesional reconoce que se vulnera la privacidad de la paciente. Ante esto en una entrevista se menciona: “Porque muchas veces vienen mujeres en expulsivo y ellas viene con la ropa de la calle y nosotras aquí simplemente cogemos y decimos no puede entrar así a centro obstétrico y cogemos y les sacamos todo y entonces medio, medio le tapamos y vamos a la sala de parto. Tampoco cerramos las puertas y todo el mundo le pasa viendo”. Además, tres de diez profesionales indicaron que en caso de emergencia es necesario tener la puerta abierta para movilizarse de manera rápida en búsqueda de materiales, instrumentos o medicamentos. La mujer reconoce con más facilidad la vulneración de su privacidad pues ocho de diez informaron que había muchas personas en la sala de parto y una de ellas mencionó: “En mi parto estaban hasta las señoras de la limpieza viendo”.

Paciente como instrumento de aprendizaje.

Durante la atención del trabajo de parto y parto la mujer es usada como instrumento de aprendizaje por el profesional en formación (internos rotativos de medicina, obstetricia y enfermería). A este grupo de profesionales se les permite realizar prácticas como: tactos vaginales y el examen físico, procedimientos que no requieren un alto grado de complejidad y que son realizados sin supervisión, situación que se registró en todas las observaciones. A decir de una de las profesionales enfermera, los internos rotativos ayudan a atender un mayor número de pacientes, lo cual fue expresado por uno de ellos de la siguiente manera: "... para mi contar con internos rotativos es una fortaleza porque ellos ayudan al momento de atender a la paciente pues tienes más por subir". Sin embargo, la realización de prácticas como: atención del parto, realización de episiotomía y reparo, son procedimientos realizados bajo supervisión, aspecto que fue observado en el total de los partos. Para el profesional (específicamente el personal de enfermería) contar con la ayuda del profesional en formación es importante porque les permite atender de manera más rápida y varias pacientes a la vez. Para la mujer estar a cargo del profesional en formación no siempre le proporciona confianza pues no se les solicita consentimiento para ser atendidas por el profesional en formación y seguridad, situación que se ve mitigada al momento de ver la presencia del profesional a cargo. Ante esto una paciente menciona lo siguiente: " Yo me di cuenta que eran estudiantes porque eran jovencitos, eso me dio miedo pero luego ya vino el doctor y me tranquilice".

Déficit en la asistencia sanitaria

Demora en la atención

La demora en la atención fue observado de forma más evidente durante la administración de oxitocina para la conducción del parto, pues siete de ocho profesionales tardaron más de

cuarenta minutos en revalorar a la paciente², condición que se agrava cuando existe sobrecupo del servicio y falta del personal, limitando el pronto accionar del profesional. Durante una entrevista se menciona: “a veces tienes demasiadas pacientes que te tardas un poco en volverlas a valorar”. Para la mujer esta situación también es reconocida pues cuatro de diez informaron que luego de la administración de oxitocina el profesional no fue a verlas en mucho tiempo. En una entrevista una paciente menciona: “ después que me pusieron el suero con ese medicamento se tardaron mucho tiempo en venir a volverme a ver”.

Abandono en el cuidado

El abandono en el cuidado se identificó al observar que todos los profesionales permanecían por periodos prolongados en la estación de enfermería. Al respecto, en la entrevista siete de diez mujeres mencionaron sentir el abandono del profesional. Sin embargo esto no es percibido por el profesional pues todos consideran que no han abandonado a la mujer al permitirles permanecer con el acompañante de su elección, mencionando lo siguiente: “ La paciente no está sola, esta con el acompañante de su elección”. Sin embargo, para siete de diez mujeres el abandono del profesional es más evidente; en una entrevista se menciona lo siguiente: “mientras yo estaba acostada les escuchaba hablar pero nadie se acercaba a verme”.

Justificación técnica del profesional

La principal práctica de atención con menor justificación técnica que se observó fue la administración de oxitocina para la conducción del parto, pues cinco de nueve pacientes a las que se les realizó esta práctica no requerían debido a que su trabajo de parto progresaba de

² MSP (2015), la valoración de la mujer durante la perfusión de oxitocina debe realizarse cada treinta minutos.

forma normal y no cumplían con los criterios establecidos por las GPC³. Siete de diez profesionales indicaron que el uso de la oxitocina es fundamental para acelerar el trabajo de parto; en una entrevista se menciona: “se usa para salir rápido del parto, tener menor riesgo de hemorragia, menos complicaciones”.

Prácticas rutinarias.

Durante la observación las prácticas rutinarias que se observaron las siguientes: a todas las mujeres se les realizó tactos vaginales⁴, a nueve de diez se les administró oxitocina para la conducción del parto, a siete de diez se les realizó una episiotomía⁵, a todas las pacientes se les realizó el masaje uterino. Para los profesionales estas prácticas son una necesidad rutinaria, es así que uno de ellos menciona: “las prácticas como la episiotomía, los tactos vaginales, masaje uterino son necesarias para hacer nuestro trabajo y nos permiten estar al tanto de la salud de la mujer”, todos mencionaron que no consideran a la administración de oxitocina peligrosa sino necesaria.

Abuso de medicamentos

Durante la atención de la mujer el medicamento más usado es la oxitocina, situación observada en nueve de diez atenciones y solamente una paciente se negó. A la mujer no se le informó sobre la administración de oxitocina pues siete mujeres en las entrevistas

³ Guía de práctica clínica para la atención del trabajo de parto y parto (2015) no recomienda la administración de oxitocina de forma rutinaria en partos que progresen de forma normal. Se recomienda cuando existe un retraso en el progreso del trabajo de parto comprobado.

⁴ MSP (2015), recomienda que la realización del tacto vaginal sea cada cuatro horas en condiciones normales. Tomando en cuenta: que sea necesario, garantizar privacidad, dignidad y comodidad y explicar la razón por la que se práctica comunicando lo encontrado a la mujer.

⁵ MSP (2015), no se recomienda realizar episiotomías de rutina en el parto espontáneo. “Debido a que realizar un episiotomía de forma sistemática no mejora los resultados perineales a corto y largo plazo en las mujeres”.

mencionaron que no sabían si se les había administrado. Ante esto una mujer indica: “no sé, solo me pusieron un suero, que luego me empezó a doler, la enfermera me dijo que era para hidratarle a mi bebe ese suero a penas me pusieron me dolió más”. Por otro lado, siete de diez profesionales indicaron que si se abusa de este medicamento debido a que acelera el parto y deben atender más pacientes. En una entrevista se menciona lo siguiente: “Para salir más rápido porque tienes más pacientes por subir”.

Aspecto organizacional

Congestión o sobrecupo del servicio

El sobrecupo del servicio es evidente durante la observación. Se notó que siempre el servicio se sobrepasa la capacidad permitida (siete pacientes establecidos para ingreso). Ante esto todos los profesionales indican que siempre están con más pacientes que la capacidad establecida; en una entrevista un profesional menciona: “siempre estamos sobrepasados la capacidad; se busca referir paciente a veces sin éxito. No nos queda más que seguir las atendiendo aquí.”

Falta de suministros médicos y personal

Durante la atención se observó que el medicamento que encontraba en escasez era la lidocaína sin epinefrina al 2%. Observando que en tres de diez ocasiones no se disponía de lidocaína para el reparo de episiotomía. Un profesional menciona: “a veces se te acaba la lidocaína y hay que estar buscando de piso en piso porqué en la farmacia ya no hay”. Así mismo, la falta de personal médico se evidenció durante la observación: un residente y médico tratante de ginecología permanecen de forma constante en el servicio, en una entrevista se menciona lo siguiente: “a veces estas solo con un tratante y dos internos que te

es casi imposible estar pendiente de todas, nos ayudamos de los internos”. Por otro, lado el personal de enfermería menciona que en los últimos meses se ha incorporado personal de enfermería. En una entrevista se menciona: “Al inicio, cuando abrimos el centro obstétrico, solo trabajábamos dos enfermeras por turno, hasta que ya empezaron a contratar más personal de enfermería y ahora ya estamos cuatro o cinco enfermeras por turno”.

Mitigación de la violencia

Estandarización de cuidados y tratamientos

Para todos profesionales de la salud la estandarización del cuidado de la mujer mediante la aplicación de las guías de práctica clínica para la mujer embarazo es importante, mencionando en una entrevista “siempre protocolizar el manejo a una paciente es lo mejor que puede haber realmente, porque se ha demostrado con años de investigación cuales son las mejores alternativas al momento de atender a una paciente”.

Entrenamiento en guías de práctica clínica

Durante las entrevistas se identificó que: el personal de enfermería no fue capacitado sobre las guías. Este grupo de profesionales se auto capacitaron; una profesional enfermera menciona: “No, creo que más se han enfocado en capacitar al personal médico sobre estas guías yo considero que si es importante que nos capaciten porque debemos conocer prácticamente los protocolos que se utilizan en cada tipo de paciente que ingresan a centro obstétrico”, el profesional médico fue capacitado una vez por semana durante tres meses.

Entrenamiento sobre libre posición y acompañamiento

Durante las entrevistas los profesionales indicaron que recibieron por varias ocasiones entrenamiento en libre posición y acompañamiento, nueve de ellos lo consideran fundamental para el trabajo de parto, en una entrevista se menciona: “el acompañamiento y la libre posición les ayuda a estar más tranquilas”. Durante la observación: todos los profesionales informaron a la mujer sobre el acompañamiento y la libre posición y todos facilitaron el ingreso del familiar. Sin embargo, nadie del personal de salud le indicó a la mujer cuales eran las distintas posiciones que se pueden adoptar durante el expulsivo. En una entrevista una mujer menciona lo siguiente “si, le hicieron pasar a mi esposo, eso me ayudo a estar más tranquila, luego me dijeron que podía dar a luz como yo quisiera pero nunca me explicaron cómo podría ponerme”.

CONCLUSIONES

- Todas las mujeres durante la atención del parto y posparto reportaron ser víctimas de violencia.
- Durante la atención del parto y posparto inmediato las mujeres están expuestas a ser manipuladas de forma excesiva y por varios miembros del equipo.

- Las prácticas de atención de salud que evidenciaron formas de violencia más claras fueron: administración de oxitocina intravenosa para la conducción del parto, tactos vaginales y la realización de episiotomía.
- El uso del formulario de consentimiento informado a sido reducido a una firma necesaria para el ingreso de la paciente al servicio de centro obstétrico, sin tomar en cuenta los parámetros necesarios para ser utilizado, no se proporciona información sobre las prácticas que se le realizara, el riesgo o las consecuencias que podrían producir.
- Firmar el consentimiento informado se ha convertido en requisito fundamental para el ingreso de las pacientes al servicio de centro obstétrico, este no se usa de forma correcta, permitiendo al profesional de salud tomar decisiones sobre el cuerpo de la paciente sin que ella forme parte de estas,
- La inhabilidad de elección de la mujer sobre el proceso de parto y posparto inmediato, se ve agudizado por la negativa del profesional para permitir que la mujer forme parte de las decisiones que afectarán su cuerpo, pues para el profesional la mujer puede solicitar, elegir o decidir únicamente sobre aspectos como acompañamiento y libre posición..

- La información sobre el estado de salud, resultados de exámenes y medicamentos administrados es incomprensible para la mujer debido a la poca información que recibe y al uso constante de términos médicos durante la explicación.
- Una atención protocolizada permite disminuir la demora en la atención, la improvisación innecesaria y la disminución de complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Fomentar la capacitación continua a todo el personal sobre las Guías de Práctica clínica para la mujer embarazada, para fortalecer los conocimientos y lograr que sean la base fundamental para la atención de la mujer.
- Creación de protocolos de atención del servicio con base en el parto humanizado que le permitan al profesional tener las bases para la ejecución efectiva de estas prácticas.
- Realización de simulacros sobre situaciones de violencia obstétrica para que los profesionales de salud cambien su percepción sobre las prácticas de atención violentas detectadas en este estudio.
- Crear un método de control para evitar el abuso de oxitocina para la conducción del parto de forma rutinaria.

- Limitar el ingreso exagerado de personas ajenas a la paciente durante la atención del parto y la realización de procedimientos quirúrgicos.
- Capacitar a los profesionales sobre el uso correcto del consentimiento informado.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La realización de las entrevistas a pacientes en el servicio de ginecología pudieron haber afectado los resultados debido a que fueron realizadas durante su estadía hospitalaria forzando a no decir la verdad sobre lo preguntado.

Las respuestas de los profesionales de la salud pudieron ser influenciadas por el temor a ser revelados con su supervisor, a pesar de haber asegurado la confidencialidad durante las entrevistas y observaciones no participativas.

DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de este estudio los resultados obtenidos permiten afirmar que varias prácticas de atención de salud realizadas a la mujer durante el parto y posparto inmediato como: tactos vaginales, episiotomía, apego precoz, la información proporcionada

a la mujer y administración de oxitocina para la conducción de parto están vinculadas con mayor frecuencia a situaciones de violencia.

Los resultados de este estudio pueden ser comparados con los reportados en la literatura sobre el tema. Es así que en este estudio se pudo observar que todos los tactos vaginales realizados a las mujeres durante su permanencia en el servicio fueron hechos en periodos cortos en relación a lo recomendado: un tacto vaginal cada cuatro horas desde el inicio de la dilatación hasta completar cinco centímetros y luego un tacto cada dos horas según la evolución de la mujer. Además, fueron realizados por varios miembros del equipo de salud entre ellos médicos e internos rotativos. Para Terán (2013), resulta difícil establecer un número determinado de tactos vaginales para evitar incomodar o causar dolor excesivo a la mujer en hospitales donde se realiza docencia de pregrado o postgrado, en su estudio se encontró que a tres de cada cinco mujeres se les realizó tactos vaginales reiterados y por varios miembros del equipo de salud (Valdez, Hidalgo, Mojarro & Arenas , 2013), los autores indican que esta práctica debe ser supervisada por personal médico calificado y “no dejarlo en manos de personal que está aprendiendo”.

Otro resultado importante es la falta solicitud de consentimiento de la mujer para la realización de las diferentes prácticas de atención, en este estudio se encontró que todas las mujeres ingresaron al servicio firmando el formulario de consentimiento informado, sin tener constancia que el uso del formulario es correcto, solamente se solicitó el consentimiento de la mujer para la realización de intervenciones quirúrgicas como cesáreas, en cambio para la realización de las otras prácticas el consentimiento no es tomado en cuenta como requisito fundamental para el ejercicio de pleno de los derechos de la mujer. En el estudio realizado por Terán (2013), a siete de diez mujeres no se les solicitó su consentimiento para la

realización de las diferentes prácticas de atención, situación que disminuye en países como Venezuela debido a que cuenta con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, ley que permite sancionar a los profesionales que realizan las prácticas sin el consentimiento expreso de la mujer (Faneite, Feo y Toro, 2012). El consentimiento informado se ha reducido a la firma del formulario que no es usado correctamente, debido a que se proporciona información limitada y mediante el uso de palabras incompresibles para la mujer. Para Faneite, Feo y Toro (2012), el consentimiento consiste en informar a la paciente sobre las implicaciones de las prácticas que se le realizarán durante la atención, los diferentes tratamientos, los riesgos o las consecuencias que pudieran presentarse, permitiendo a la mujer tomar decisiones libres, consensuadas y autónomas.

Por otro lado, la indiferencia al dolor expresado por la mujer durante la realización de las diferentes prácticas de atención, se observó en siete de las observaciones realizadas, ante esto un grupo de investigadores Pintado, Penagos y Casas (2015), describen a la indiferencia al dolor como otra forma de ejercer violencia obstétrica.

Es evidente la necesidad de que el personal reconozca que durante la atención del parto se produce un abuso excesivo de medicamentos para la aceleración del parto como la oxitocina, en este estudio se reportó que a nueve de diez mujeres se les administró este medicamento, en este punto varios estudios concuerdan con lo hallado, pues en estos a más de la mitad de las mujeres entrevistadas se les administró oxitocina para la aceleración del parto (Valdez, Hidalgo, Mojarro & Arenas, 2013) (Terán, 2013), en todos estos estudios a ninguna mujer se les solicitó el consentimiento previo a la administración. Este punto genera una gran controversia entre los profesionales de la salud, pues la oxitocina es un medicamento de “gran ayuda” (Terán, 2013) durante la atención del parto por lo que no se

cuestiona su accionar, sino que su problema radica en que en muchos casos su administración no se encuentra bajo justificación técnica en referencia a lo recomendado en las guías de práctica clínica emitidas por el Ministerio de Salud del Ecuador. También radica en el uso sin consentimiento de la mujer, pues el profesional que prescribe y administra debe tomarse su tiempo para informar a la mujer sobre la necesidad de su administración, efectos y posibles complicaciones.

La falta de realización de ciertas prácticas como el apego precoz y el uso constante de epítetos como “mamita”, “mami” o “corazoncito” durante la atención de la mujer, son parte fundamental para considerar la atención prestada por el profesional como no digna, en este estudio se encontró que a siete de diez mujeres no se les permito realizar apego precoz a pesar de no existir condiciones médicas para el recién nacido que le impidan realizar esta práctica, en el estudio de Terán (2013), se reportó que a una de cada cuatro mujeres no se le permitió realizar apego precoz y a todas ellas no se le informó la razón del impedimento.

En congruencia con otro estudio (Olza, 2014), la falta de personal y el sobrecupo del servicio generan un trato más deshumanizado y aumenta el riesgo de seguir incrementado los casos de violencia, en este estudio se identificó situaciones similares, pues todos los profesionales indicaron que la capacidad del servicio siempre sobrepasa lo establecido y que esto condiciona a ofrecer un cuidado poco adecuado, provocando además una desproporción en la relación paciente/profesional.

Si bien, los profesionales han optado por buscar alternativas que ayuden a disminuir el problema con el uso de estrategias como: el parto humanizado, el acompañamiento y la libre posición. Estrategias que han sido demostradas y avaladas en diferentes estudios como punto principal para disminución del problema, debido a que permiten la “continuidad de los

cuidados y la participación plena de las mujeres en su experiencia del parto” (Olza, 2014). En este estudio se observó que, si bien estas estrategias son usadas, no se realizan de la forma correcta, pues el profesional permite el acompañamiento, conoce las diferentes posiciones en las que se puede realizar el parto, estos no informan ni indican a la mujer cual sería la posición más apropiada para cada una de ellas.

Para finalizar, este estudio genera conocimiento que permitirá trabajar en la búsqueda de estrategias más seguras, eficaces y duplicables que permitan disminuir el ejercicio de las prácticas de atención rutinaria que generan un ciclo constante de violencia obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, M. & Guerra, N. (2012). La violencia de género un problema de salud pública. *Revista de Trabajo Social*. 2 (2), 117-130. Obtenido el 1 de mayo del 2017: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154889.pdf>
- Añón, M. (2016). Violencia con género. A propósito del concepto de la violencia contra las mujeres. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*. (33), 1-26. Obtenido el 3 de mayo del 2017 de : <https://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/viewFile/8257/8035>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11 (1), 1659-1940. Obtenido el 10 de septiembre del 2016 de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
- Beck, C. & Gable, R. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*. 41(6), 747-76. Obtenido el 26 de julio del 2016 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22788967>
- Belli, L. (2013). *La Violencia Obstétrica: otra forma de violencia a los derechos humanos*. Revista Red Bioética/ UNESCO, 1 (7), 25-34. Obtenido el 8 de septiembre del 2016: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Bellón, S. (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. DILEMATA. 7(18), 93-111. Obtenido el 11 de julio del 2016 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106936.pdf>

- Bowser, D. & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility - Based Childbirth: report of a Landscape analysis. USAID-TRACTION project. Harvard School of Public Health. 1-57. Obtenido el 29 de abril del 2016 de: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
- Breilh, J. (1993). Género, poder y salud. CEAS-UTN. Quito. Obtenido el 25 de abril del 2016 de: <repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/.../1/Breilh,%20J-CON-188-Genero%20poder.pdf>
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L. & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamérica. Universidad de Zulia*. 20 (68), 113-120. Obtenido el 10 de julio del 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf>
- Campliglia, M. (2015). Violentar el nacimiento. *El Cotidiano*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco. (191), 79-86. Obtenido el 14 de julio del 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/325/32538023009.pdf>
- Casal, N. & Alemany, M. (2014). Violencia Simbólica en la atención al parto: un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23 (1-2), 61-64. Obtenido el 10 de julio de: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/teorizaciones1.pdf>
- Chadwick, R. (2016). *Obstetric violence in South Africa*. *S Afr Med J*. 106(5), 423-424. Obtenido el 15 de septiembre del 2016: http://go.galegroup.com.proxy.library.cmu.edu/ps/i.do?ty=as&v=2.1&u=cmu_main&i

[t=search&s=RELEVANCE&p=AONE&qt=TI~Obstetric%20violence%20in%20South%20Africa~~SP~423~~IU~5~~SN~0256~~VO~106&lm=&sw=w&authCount=1](https://search.proquest.com/docview/1889718897?pq-origsite=scholarlink&openview=true&search&s=RELEVANCE&p=AONE&qt=TI~Obstetric%20violence%20in%20South%20Africa~~SP~423~~IU~5~~SN~0256~~VO~106&lm=&sw=w&authCount=1)

Coalición Nacional de Organizaciones de Mujeres. (2014). Informe sombra al comité de la CEDAW. Obtenido el 10 de Febrero del 2017: file:///C:/Users/Cris/AppData/Local/Temp/INT_CEDAW_NGO_ECU_18897_S.pdf

Da Silva, M., Carreira, M., Pinheiro, L., Carcaman, R. & Kakuda, A. (2014). Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista Rene*, 15 (4), 720 – 728. Obtenido el 11 de septiembre del 2016: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121/1079>

Elmir, R. Schmied, V. Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10): 2142- 2153. Obtenido el 15 de julio del 2016 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636467>

Escobar, M. & Carrera, C. (2015). Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 15 (1), 14-25. Obtenido el 3 de mayo del 2017 de: www.redalyc.org/html/1270/127033012002/

Espósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*. 48, 20-25. Obtenido el 5 de mayo del 2016 de: <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2013/08/Articulo-Violencia-de-genero.pdf>

- Evangelista, A., Tinoco, R. & Tuñón, E. (2016). Violencia institucional hacia las mujeres en la región sur de México. *LiminaR. Estudios sociales y humanísticos*. 14 (2), 57-69. Obtenido el 29 de abril del 2017: <http://www.redalyc.org/pdf/745/74546207005.pdf>
- Faneite, J., Feo, A & Toro, J. (2012). Grado de conocimiento por el personal de salud. *Revista Obstet-Ginecol*. 72 (1), 4-12. Obtenido el 10 de julio del 2016 de: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002
- Frías S. (2014). Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: Evidencias a partir de encuestas. *Acta Sociológica*, 65 (13), 11-36. Obtenido el 15 de julio del 2016 de: http://ac.els-cdn.com/S018660281470235X/1-s2.0-S018660281470235X-main.pdf?_tid=a3014064-351b-11e7-ab5a-00000aab0f26&acdnat=1494378027_2229052fbec5c9b1be6cf30a58e39155
- García, C. & Cortés, I. (2012). Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Revista CONAMED*. 17 (1), 18-23. Obtenido el 4 de septiembre del 2016 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3884680.pdf>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2015). Violencia Obstétrica: un enfoque de Derechos. *Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.* Obtenido el 20 de julio de: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
- Guedes, A. García, C & Bott, S. (2014). Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14 (1), 41-48. Obtenido el 16 de julio del 2016 de:

http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=24157&lang=es

Linares, G. (2013). *Congestión en el servicio de urgencias ¿Retrasa la primera dosis de antibiótico o analgésico?* (Tesis inédita de postgrado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4162/80095557-2013.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de práctica clínica. Quito. Obtenido el 16 de julio del 2016 de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf>

Montesinos, R. Taype, Á. (2015). ¿Qué sabemos sobre la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú?. *Revista Peru Med Exp Salud Pública*. 32(3):603-16. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v32n3/a32v32n3.pdf>

Nascimento, P., Pereira, J., Menino, C. & Costa, M. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(1), 29-37. Obtenido el 7 de julio del 2016 <https://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>

Oliveira, P., Pereira, J., Menino, C. & Costa, M. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 16 (29-37). Obtenido el 15 de septiembre del 2016 de: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>

Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. 111, 79-83. Obtenido el 12 de septiembre del 2016: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961>

Organización de las Naciones Unidas. (1996). Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Naciones Unidas. Obtenido el 25 de abril del 2017 de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. *Ediciones OMS*. Obtenido el 15 de septiembre del 2016 de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría de Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*. (18), 89-96. Obtenido el 3 de mayo del 2017: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2349282.pdf>

Pereira, C & Domínguez, A. Toro, J. (2015). Violencia Obstétrica: desde la perspectiva de la paciente. *Revista Obstet-Ginecol*. 75(2), 81-90. Obtenido el 10 de julio del 2016 de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002

Pereira, D., Herdy, V., García, L., Vidal, A., Lutterbach, M. & Asturiano, L. (2015). A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery*. 19 (4), 614-620. Obtenido el 14 de septiembre del 2016 de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>

Pereira, L. & Mota, A. (2016). VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 5 (1), 119-129.

Obtenido el de:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>

Pintado, S. Penagos, J. Casas, M. (2015). *Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica*. *Ginecol Obstet Mex*, 83 (3), 173-178. Obtenido

10 de septiembre del 2016:

http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2015/.../art.original_sindrome.pdf

Pires, A. Grito, S. & Blima, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 360 (9336), 1681-1685. Obtenido el 15 de julio del

2016 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020546>

Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuaderno Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11 (1), 145-

169. Obtenido el 15 de julio del 2016 de:

<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>

Santana, N., Lima, M., Vieira, Z., Monteiro, M., Chaves, N & Vieira, J. (2015). Obstetrical Violence: Struggle in Labor Humanization Obstetrical Violence. *International*

Journal of Research Studies in Biosciences (IJRSB). 3 (9), 171-179. Obtenido el 13 de

julio del 2016 de: <https://www.arcjournals.org/pdfs/ijrsb/v3-i9/21.pdf>

Soto, L. (2016). Violencia Obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 39 (1), 55-60.

Obtenido el 15 de septiembre del 2016 de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=66144>

Stadtrauss, A., Corbin, J. (1998). Bases de la investigación cualitativa. *Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamenta*, Medellín, Editorial Universidad de Antioquia.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. Editorial Paidós. España.

Terán, P., Castellanos, C., González, M & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista Obstet Ginecol Venezuela*. 73(3), 171-180. Obtenido el 15 de Julio del 2016 de: www.scielo.org/ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf

Thomson, G. & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4): 268-273. Obtenido el 15 de julio del 2016 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19065396>

Valdez, R. Hidalgo, E. Mojarro M. & Arenas, L (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*. 18 (1), 14-20. Obtenido el 10 de julio del 2016 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237199>

Vargas, L. (1994). *Sobre el concepto de percepción*. Alteridades, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Distrito Federal. 4 (8), 47-53. Obtenido el 3 de mayo del 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>

- Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto; reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*. 15(3), 147-151. Obtenido el 15 de julio del 2016 de: <http://bit.ly/hF16fY>
- Warren, C. & Njuki, R. & Abuya, T. & Ndwiga, C. & Maingi, G. & Serwanga, J. & Mbehero, F. & Muteti L. & Njeru, A. & Karanja, J. Olenja, J. & Gitonga, L. & Rakuom, C. & Bellows, B. (2013). *Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya*. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 13 – 21. Obtenido el 15 de septiembre del 2016: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-21>
- Wolffy, L. & Waldow, V. (2008). Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc*. 17, 138-151. Obtenido el 15 de septiembre del 2016 de viyoms: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300014&script=sci_abstract&tlng=pt

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A:

Guía de Observación no Participativa sobre prácticas de atención de salud durante el parto y posparto inmediato.....**¡Error! Marcador no definido.**

Anexo B:

Guía de entrevista a profesionales de la salud sobre prácticas de atención de salud..... **¡Error! Marcador no definido.**

Anexo C:

Guía de entrevista a pacientes sobre prácticas de atención de salud;**¡Error! Marcador no definido.**

Anexo D:

Criterios de Violencia Obstétrica para las prácticas de atención en salud.....**¡Error! Marcador no definido.**

Anexo E:

Definiciones para el análisis.....68

Anexo A

Guía de Observación no Participativa

Sobre Prácticas Médicas durante la Atención del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato

Estudio sobre: Violencia obstétrica en los servicios de salud: percepciones y prácticas

Fecha:

Hora:

N° de observación:

Observador:

Práctica observada:

Práctica	Criterio de Violencia obstétrica	Observación
Abordaje actitudinal de la paciente	Se identifica con la paciente	
	No llama por el nombre a la paciente / usa epítetos (mamita, señito, etc.)	
	Actitud del profesional con la paciente (amable, cortés, respetuoso)	
	No proporciona privacidad	
	Usa palabras violentas, humillantes y burlonas	
	Usa palabras incomprensibles para la mujer	
	No solicita consentimiento de la mujer para la realización de las	

	diferentes prácticas médicas.		
Examen físico	No realiza el examen físico de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica.		
	Causa dolor excesivo.		
	Abandono del personal capacitado durante la realización del examen físico		
	Se realiza frente a varias personas sin consentimiento de la mujer		
Brinda Información sobre evolución del embarazo	No informa los hallazgos encontrados		
	Proporciona información incompleta.		
Realiza, discute y registra análisis de sangre y exámenes complementarios	El profesional no explica la importancia de los exámenes, resultados o progreso de los mismos.		
	Realiza extracción de sangre de manera agresiva sin solicitar consentimiento.		
	Permite que el personal en formación lo realice sin supervisión y sin solicitar consentimiento de la mujer		
Informa sobre signos de	No informa sobre signos de alarma que deben reportarse		

alarma y urgencias obstétricas	Retraso en la atención y detección de urgencias obstétricas		
Prepara a la mujer para el parto	No informa sobre posibles intervenciones médicas o complicaciones		
	No informa sobre acompañamiento		
	No informa sobre las posiciones posibles a adoptar durante el parto		
Episiotomía	Realizada sin justificación médica		
	Realiza reparo de episiotomía sin anestesia local		
	El profesional muestra indiferencia ante el dolor de la mujer		
Rasura del Vello del pubis	Realiza un rasurado rutinario		
Tactos vaginales	Número de tactos vaginales realizados		
	Se realiza en periodos cortos		
	Realizado por varios miembros del equipo		
Uso de oxitócicos	Administrado de forma rutinaria		
	Administrado sin consentimiento de la mujer		
	Se producen periodos largos de abandono del personal durante la administración.		

Posición de la mujer durante el parto y expulsivo	No fomenta la libre posición		
	Coloca a la mujer de forma forzada en posición de litotomía		
Revisión manual de la cavidad uterina en caso de requerir	Realizada de forma rutinaria		
	Realiza la revisión sin anestesia		
Amniorexis	La realiza de forma rutinaria		
	La realiza cuando el trabajo de parto no progresa de forma normal		
Ingesta de líquidos y sólidos	No permite la ingesta de líquidos claros cuando no existe contraindicación médica		
Cesárea	Realizada cuando existen condiciones médicas para el parto vaginal.		
	Se moviliza de manera agresiva a la paciente.		
Masaje Uterino	Realiza el masaje de forma forzada		
Alojamiento conjunto	Promueve apego precoz		
	Obstaculiza el alojamiento conjunto		

	Retira de forma forzada al recién nacido y sin consentimiento de la madre		
Manejo del dolor	Se niega al tratamiento del dolor posparto.		

Anexo B

Guía de entrevista a profesionales de la salud sobre prácticas de atención de salud

Estudio sobre: Violencia obstétrica en los servicios de salud: percepciones y prácticas

Fecha:

Lugar:

Código del entrevistado:

Introducción

La presente entrevista tiene como propósito conocer su percepción sobre las prácticas médicas realizadas a la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y puerperio alguno de las cuales podrían ser consideradas violentas. Usted fue elegido por sorteo de una lista ordenada en forma alfabética, los datos recolectados durante esta entrevista serán usados exclusivamente por la investigadora para los fines del estudio y no serán difundidos sin su consentimiento

Características

Los datos obtenidos así como sus opiniones serán guardadas de forma confidencial y no serán publicadas sin su autorización.

Preguntas

- ¿Durante el último año ha recibido capacitaciones sobre la Guía de Práctica Clínica para la mujer embarazada emitida por el Ministerio de Salud Pública?
- ¿Considera que las prácticas de..... realizadas a la mujer fueron aceptadas por ella?

- ¿Qué aspectos de la prácticarealizada cree que podrían haber influenciado en la parte emotiva ya sea negativa o positiva de la mujer y por qué?
- ¿Qué aspectos de las prácticas.....realizadas cree que podrían haber causado molestia física en la mujer y por qué?
- ¿Qué aspectos de las prácticas realiza a las mujer durante.....considera que se podrían cambiar y por qué?

Anexo C

Guía de entrevista a pacientes sobre prácticas de atención de salud

Estudio sobre: Violencia obstétrica en los servicios de salud: percepciones y prácticas

Fecha:

Lugar:

Código del entrevistado:

Introducción

La presente entrevista tiene como propósito conocer su percepción sobre la atención recibida por el personal durante su parto. Los datos recolectados durante esta entrevista serán usados exclusivamente por la entrevistadora para los fines del estudio y no serán difundidos sin su consentimiento

Características

Los datos obtenidos así como sus opiniones serán guardadas de forma confidencial y no serán publicadas sin su autorización.

Preguntas

- Durante este último parto el personal de salud que la atendió se presentó con usted.

- Durante este último parto alguien del personal de salud que le atendió le explicó lo que le iban a realizar.
- Durante la atención recibida le pidieron su consentimiento para realizarle los procedimientos.
- Durante la atención recibida el personal de salud le permitió decidir sobre los procedimientos que le iban a realizar.
- Durante la atención recibida el personal que la atendieron le brindaron información sobre su estado de salud.
- El personal de salud que le atendió le administró medicamentos para acelerar su parto.
- Durante este último parto el personal de salud le informó sobre los medicamentos que se le iban a administrar.
- Durante este último parto el personal de salud le informó cuáles serían los efectos de los medicamentos que se le dieron.
- Cree usted que la información proporcionada fue completa, comprensible y permitió eliminar sus dudas y miedos.
- Previo al parto el personal de salud le informó cuáles son las posibles posiciones que se pueden adoptar durante el mismo.
- El personal de salud que le atendió permitió que usted permanezca acompañada durante el parto.
 - El personal de salud le permitió permanecer junto a su bebé después del parto.

Anexo D

Criterios de Violencia Obstétrica para las prácticas de atención en salud

Práctica	Criterio	Violencia física	Violencia verbal	Atención no digna
Realiza examen físico	Usado como material didáctico para personal de salud en formación, realizado de forma inadecuada y sin informar hallazgos encontrados durante la realización de la práctica, no proporciona privacidad durante el examen y lo realiza frente al personal en formación sin consentimiento de la mujer.	Realizado de forma inadecuada y causando dolor excesivo.	Uso de palabras violentas, humillantes y burlonas durante la realización del examen físico.	Negligencia al no realizar el examen físico de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal. Abandono del profesional de salud capacitado durante la realización del examen físico.

<p>Brinda Información sobre evolución del trabajo de parto y parto</p>	<p>Proporciona información limitada o fragmentada sobre la evolución del embarazo evitando la toma de decisiones informadas de la mujer.</p>		<p>Proporcionar información usando palabras incomprensibles para la mujer.</p>	<p>No proporcionar información clara y por personal en formación.</p>
<p>Realiza, discute y registra análisis de sangre y exámenes complementarios</p>	<p>EL profesional no toma tiempo para explicar la importancia de los exámenes, resultados y progreso o mejora de los mismos.</p>	<p>Realización de exámenes de forma agresiva y permite que el personal en formación lo realice.</p>	<p>Uso de palabras violentas, humillantes y burlonas durante la realización de la práctica.</p>	<p>No proporciona privacidad durante la realización de la práctica.</p>
<p>Informa sobre signos de alarma y urgencias obstétricas</p>	<p>EL profesional no informa correctamente, de forma clara y con lenguaje que la mujer comprenda.</p>		<p>Uso de palabras médicas, incomprensibles y burlonas.</p>	<p>Retraso en la atención y detección oportuna de signos de alarma y urgencias obstétricas por el personal de salud.</p>

Prepara a la mujer para el parto	Proporciona o no información limitada sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto y el parto, manejo del dolor, signos de alarma, acompañamiento y no formula junto a la mujer su plan de parto.		Uso de palabras humillantes y burlona durante la preparación de la mujer para el parto.	No identifica junto a la mujer el establecimiento para la atención o alternativas para el mismo cuando la accesibilidad de la mujer se ve limitada.
Práctica	Criterio	Violencia Física	Violencia Verbal	Atención no digna
Episiotomía	No recomendado de forma rutinaria en la Guía de Práctica Clínica, se realiza sin consentimiento de la mujer, no se proporciona información sobre la necesidad de realizarla y realizada de forma inadecuada y sin justificación médica. Utilizar a la mujer como recurso didáctico sin su consentimiento y negación del profesional de la salud para manejar el dolor.	Se realiza reparo de episiotomía sin anestesia local, uso del dolor como castigo cuando la mujer no proporciona su consentimiento para la realización de la práctica. El profesional de la salud muestra indiferencia ante el dolor de la mujer.	Uso de palabras ofensivas y lenguaje sarcástico durante la realización de la práctica.	No se respeta la privacidad de la mujer, proporciona atención de salud inadecuada, infraestructura que limita la privacidad en la realización de la práctica.

Rasura del Vello del pubis	No recomendado en la Guía de Práctica Clínica, realizarla sin consentimiento de la mujer y sin proporcionar información de la necesidad de realizarla.	Uso inadecuado de la técnica provocando daños en la piel incrementado el riesgo de infecciones.	Uso de palabras ofensivas y lenguaje sarcástico durante la realización de la práctica.	Se realiza la práctica sin proporcionar privacidad y de forma inadecuada.
Tactos vaginales	Se realizan en periodos cortos (menos de cuatro horas según lo recomendado por la Guía de Práctica Clínica), sin ser necesario, sin consentimiento de la mujer, sin proporcionar información clara sobre la necesidad de realizar la práctica y realizada por varios miembros del equipo de salud a la vez (internos rotativos de medicina, obstetricia o enfermería).	Se realiza de forma invasiva y utilizadas de forma didáctica por personal en formación.	Uso de palabras ofensivas, realiza amenazas previas a la práctica si la mujer no proporciona su consentimiento.	No se garantiza la privacidad de la mujer, dignidad y comodidad de la mujer.
Uso de oxitócicos	Únicamente recomendado en alteraciones de la duración y progreso del trabajo de parto, administrarlo sin justificación médica, no se solicita consentimiento informado y se administra sin su consentimiento, no se informa de complicaciones limitando la toma de decisiones libre e informada de la mujer.	Dificultar la movilidad de la mujer por la administración de oxitócicos.	Uso de palabras amenazantes durante la administración.	Periodos largos de abandono por la falta de personal de salud , sobrecarga laboral y masificación de los procesos del parto. No examinar a la mujer de acuerdo a la GPC durante la administración de oxitócicos.

Posición de la mujer durante el parto y expulsivo	No fomentar la libre posición y promover únicamente la posición litotómica.	Colocar a la mujer de forma forzada en posición litotómica.	Usa palabras violentas para colocar a la mujer en la posición deseada por el profesional de salud.	Limitar la libre posición aun disponiendo de instalaciones que la favorecen, falta de conocimiento sobre posiciones aceptadas para el parto.
Revisión manual de la cavidad uterina	No recomendada de forma rutinaria si el manejo activo durante alumbramiento se realizó de forma adecuada y según guía de práctica clínica.	Realizar la revisión sin anestesia	Uso de palabras amenazantes durante la realización de la práctica, fomentando miedo para lograr el consentimiento	No administración de anestesia cuando se cuenta con el personal de salud necesario para realizar el procedimiento.
Amniorexis	Realizada de forma rutinaria en partos que progresen de forma normal, sin informar a la mujer sobre la necesidad de realizarlo, sin justificación médica y dejar realizarla por el personal en formación.	Introducción de objetos por vía vaginal para la realización de la práctica médica, causando dolor innecesario y abrir de forma abrupta las piernas de la mujer.	Uso de palabras violentas y humillantes para realizar la práctica.	No favorecer la privacidad durante la realización de la práctica, divulgación innecesaria de hallazgos encontrados y no uso de guantes estériles para la realización de la práctica.

Ingesta de líquidos y sólidos	No permitir la ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto.	No proporcionar a la mujer líquidos claros durante el trabajo de parto.	uso de palabras amenazantes para impedir la ingesta	No favorecer líquidos a las mujeres cuando el servicio cuenta con la capacidad y autorización para proveerlos.
Cesárea	Practicarla cuando haya condiciones para el parto vaginal, sin otra condición médica que la justifique y sin consentimiento de la mujer.	Uso inadecuado de técnicas quirúrgicas.	Uso de palabras violentas y humillantes para realizar la práctica.	Limitar la información sobre la evolución del estado de salud de la mujer y el feto.
Práctica	Criterio	violencia física	violencia verbal	atención no digna
Masaje uterino	Realizar el masaje uterino sin proporcionar información previa a la mujer y sin conseguir su consentimiento.	Realiza la práctica de forma forzada	Uso de palabras ofensivas, realiza amenazas previas a la práctica si la mujer no proporciona su consentimiento.	Sin mantener la privacidad y de forma expuesta continuamente.

Alojamiento conjunto	Obstaculizar el alojamiento cuando no existe prescripción médica del recién nacido o la madre para hacerlo.	Retira de forma forzada al recién nacido de su madre sin la existencia de condiciones médicas que impidan al alojamiento.	uso de palabras ofensivas, realiza amenazas previa a la práctica si la mujer no proporciona su consentimiento.	Dispone de espacio físico para favorecer el alojamiento.
Manejo del dolor	El profesional se niega al tratamiento del dolor posparto de la mujer.	Usa el dolor como castigo	Usa palabras burlonas para no manejar el dolor	Dispone de medicamentos e insumos para calmar el dolor sin embargo no lo administra.

Anexo E

Definiciones de palabras usadas para el análisis

Manipulación excesiva: realización prácticas de atención de forma reiterada, por varios miembros del equipo de salud y sin tomar en cuenta las normativa vigente.

Indiferencia al dolor: se consideran actos de indiferencia al dolor a aquellos donde se retrase la administración de analgésicos posterior al parto o la realización de prácticas médicas causando dolor excesivo y sin tomar en cuenta lo referido por la paciente (Terán, 2013).

Atención no digna: se consideran actos de atención no digna al uso de epítetos durante la atención, no llamar a la mujer por su nombre y en muchos casos la falta de prestación de servicios como la no realización del apego precoz, acompañamiento o alojamiento conjunto (Browser & Hill, 2010)

Demora en la atención: atención insuficiente e inoportuna en la que se destaca la falta de competencias del profesional de la salud sobre sus conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes.

Abandono en el cuidado: se consideran actos de abandono en el cuidado aquellos donde se dejan sola a la paciente por un tiempo prolongado durante en trabajo de parto o parto en relación a lo recomendado, así mismo como la insuficiencia de los proveedores para vigilar a las mujeres durante la ejecución de distintas prácticas e intervenir en situaciones que amenazan la vida.

Congestión o sobrecupo del servicio: volumen de pacientes en un servicio que sobrepasan la capacidad esperada o permitida, obligando a funcionar más allá de su capacidad y dando como resultado una desproporción entre la razón de profesionales/ pacientes, provocando demora en la revaloración de la paciente, administración de analgésicos o antibióticos (Linares, 2013).