

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



Informe final de monografía para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía

“Violencia obstétrica en mujeres atendidas en servicios de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de León y Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields. 2022”

Autor

Br. Valezka Tahirís Gómez Solano

VI año Medicina

Tutor

Dr. Erick Esquivel Muñoz

Uroginecología y Obstetricia

Depto. Ginecología y Obstetricia, UNAN-León

León, diciembre 2022

¡A la Libertad por la Universidad!

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



Informe final de monografía para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía

“Violencia obstétrica en mujeres atendidas en servicios de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de León y Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields. 2022”

Autor

Br. Valezka Tahirís Gómez Solano

VI año Medicina

Tutor

Dr. Erick Esquivel Muñoz

Uroginecología y Obstetricia

Depto. Ginecología y Obstetricia, UNAN-León

León, diciembre 2022

¡A la Libertad por la Universidad!

Resumen

Gómez-Solano Valezka Tahiris¹, Esquivel-Muñoz Erick Martín². *Violencia obstétrica en mujeres atendidas en servicios de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de León y Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields. 2022.*

La violencia obstétrica es un importante problema en el marco de los derechos de las mujeres y la lucha contra la violencia de género. No existe un consenso internacional que pueda medir el maltrato o falta de respeto durante la atención de la embarazada.

El **objetivo** de este estudio fue determinar la prevalencia de violencia obstétrica de las pacientes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA)-León y Hospital Ernesto Sequeira Blanco (HESB) de Bluefields.

Diseño metodológico. Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo, en las salas de maternidad de ambos hospitales. Se estimó una muestra de 384 pacientes durante el estudio, solicitando participar mediante consentimiento informado.

Resultados. La prevalencia de violencia obstétrica fue de 11.7%, (8.3% en partos y 3.4% en cesáreas). Las características socioepidemiológicas más frecuentes fueron: grupo etario 20 a 34 años (70.8%), la edad menor fue 15 y la mayor 42 años; estado civil unión libre 78.1%; procedencia urbana 66.4%; ocupación ama de casa 66.7%; escolaridad secundaria completa 40.1% y paridad de 2 o más hijos (58.6%). El personal de salud que más generó maltrato fueron: obstetras, residentes y enfermeras. Los factores relacionados a violencia obstétrica fueron: se les impidió estar acompañada con algún familiar durante el período del trabajo de parto (94.3%). Más del 90% sufrieron de múltiples tactos vaginales repetidos por el mismo médico; se sintieron infantilizadas por el equipo médico siendo incapaces de tomar decisiones (12.7%); fueron criticadas por expresar sus emociones (11.5%); la experiencia de atención en el parto la hizo sentir vulnerable (11.5%); y refirieron que no respetaron su privacidad (7%).

Conclusiones. La violencia obstétrica y las formas de maltrato durante los períodos del parto lo sufrieron las pacientes en ambos hospitales.

Palabras clave. Violencia obstétrica, maltrato, períodos del parto.

¹ Estudiante de VI año de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina.

² Especialista en Ginecología y Obstetricia – Urología Ginecológica. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina. Profesor del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Lista de siglas

Sigla	Significado
HEODRA	Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello
HESB	Hospital Ernesto Sequeira Blanco
MINSA	Ministerio de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PAHO	Pan American Health Organization
UMI	Unidad materno infantil
UNAN	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Índice

Contenido

Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	5
Planteamiento del Problema	7
Objetivos	8
Marco teórico	9
Diseño metodológico	21
Resultados	32
Discusión	41
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Referencias	48
ANEXOS	50
<i>Consentimiento informado</i>	51
<i>Encuesta</i>	52

Introducción

La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos, la cual está presente como una lamentable realidad en la mayoría de las sociedades.(1) La violencia obstétrica, como expresión de la violencia de género es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud en cuanto a las prácticas y conductas realizadas a las mujeres durante el embarazo, en labor de parto o puerperio, las cuales revelan desigualdad, porque el personal de salud, avalado por las instituciones públicas y privadas, es quien finalmente decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de los derechos humanos.(2)

Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos reproductivos, reproducen actitudes de sumisión en algunos casos, frente al personal de salud.(2) Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y posparto.(3)

Los problemas de violencia obstétrica, abuso y falta de respeto a las mujeres durante el parto han recibido mucho interés en muchos países a nivel mundial. A principios de este siglo, se llamó la atención sobre la violencia obstétrica como un problema emergente en los servicios de salud y como problema de derechos humanos. (4)

Nicaragua ha abordado muy poco la problemática, reduciendo sus investigaciones a metodologías cualitativas que constatan la existencia de violencia obstétrica, útiles para aprender sobre la experiencia de las mujeres que sufren este tipo de maltrato, sin embargo, tales métodos no revelan la magnitud del problema, ni permiten a los

investigadores hacer comparaciones. En consecuencia, hasta ahora ha sido extremadamente difícil determinar las dimensiones reales de esto.

A través de este trabajo, se pretende mediante una metodología cuantitativa, determinar la prevalencia de la violencia obstétrica en las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia, descubriendo la dimensión y significación de esta problemática y sirva de fortalecimiento para la creación de estrategias de programas en educación continua y prevención, así mismo realizar algunas recomendaciones para brindar un mejor trato humanizado a la mujer embarazada y así garantizar una mejor calidad de atención y servicio para su total confianza y satisfacción.

Antecedentes

La violencia obstétrica es un fenómeno globalizado que a lo largo de la historia de la humanidad se ha vuelto uno de los problemas de salud pública y social, debido al gran impacto negativo que ejerce sobre la salud sexual y reproductiva y sobre los derechos humanos que afecta a muchas mujeres.

En Latinoamérica la discusión del abuso y violencia ejercida en la atención del nacimiento se remonta a la década de 1980. Desde entonces, son varios los países latinoamericanos que cuentan con leyes y proyectos de ley que se refieren a la violencia obstétrica. Se trata de un problema grave y urgente que afecta a miles de mujeres cada día. (5)

En los estudios cualitativos para investigar las modalidades de violencia obstétrica, mediante entrevistas estructuradas y a profundidad, se ha registrado en la mayoría de relatos que la *violencia institucional* se presenta en la mayoría de las pacientes y que no satisfacen las expectativas en el proceso de parto e inconformidad con la atención en salud recibida durante el trabajo de parto; la *violencia psicológica*, las mujeres lo han percibido como falta de información y de autonomía en la toma de decisiones en el proceso de atención, malos tratos e impedimentos a las gestantes para expresar sus sentimientos y emociones. Además, se ha observado que los médicos no solicitan o no respetan el consentimiento de las pacientes ante ciertos procedimientos, las pacientes no reciben información completa sobre su estado de salud y atención, considerándose esto como parte del trato deshumanizado que han expresado las mujeres. En situaciones específicas la *violencia verbal* se ha relacionado con *violencia física*, actos negligentes entre otros. (6, 7)

La prevalencia y factores asociados con violencia obstétrica varía mucho según los estudios, encontrando reportes que oscilan desde 26.3 – 75.1%. (8-10) La mayoría de estudios publicados mundialmente coinciden en que los factores asociados más frecuentes en las usuarias que experimentaron violencia obstétrica son: ser mujeres adolescentes, solteras, bajo nivel socioeconómico y pertenencia a una minoría étnica.

Las formas reportadas de violencia obstétrica incluyen: *atención no consentida* (63.6%), *atención no digna* (55.3%), *abuso físico* (46.9%), *atención no confidencial* (32.3%), *cuidados negligentes* (12,7%) y *cuidados discriminados* (9,3%); sometidas a procedimientos innecesarios y/o dolorosos (44.4%), de los cuales el 83.4% no les solicitaron consentimiento informado, experimentaron abuso obstétrico y violencia (23.6%) y atención no consensuada 17.1%, incursiones extremas en su carácter personal y reproductivo, autonomía y sensación de seguridad. Se fueron con la experiencia del nacimiento sintiéndose traicionadas y asustadas; además del reto físico de dar a luz. Muchos de ellos experimentaron traumas que requirieron terapia o cambiaron el curso de sus vidas reproductivas. Incluso, luego del parto y antes del egreso hospitalario, se reportan otras formas de violencia obstétrica tales como: afeitado de genitales (42%), impedimento para estar acompañada durante el trabajo de parto (40.6%), tactos vaginales repetidos (35.7%), impedimento de tener contacto con el recién nacido. (4, 9-13)

Parte de la información que obtenida en los estudios de prevalencia realizados previamente, podemos decir que a nivel internacional siempre recalcan o han recopilado mucha información en relación al aspecto cualitativo así como cuantitativo; pero, no existe un consenso internacional que pueda medir científicamente el maltrato o falta de respeto, conllevando a desconocer la prevalencia e impacto en la salud. En Nicaragua, después de la revisión realizada, únicamente logramos encontrar estudios realizados previamente en los cuales se ha abordado la temática de tipo cualitativa, pero no en el aspecto cuantitativo, de tal manera que carecemos de una información de tipo descriptiva en relación a la prevalencia del problema en nuestro país, y esto es importante ya que estos lo tendríamos que relacionar con la norma de humanización del parto institucional del MINSA (14) y por otro lado por el derecho sexual y reproductivo que tienen las mujeres tanto a nivel internacional como nacional para poder obtener una buena atención de calidad durante el trabajo de parto siendo uno de los puntos más críticos y álgidos relacionados a la salud y principalmente la obstetricia.

Justificación

La violencia obstétrica es una manifestación dentro del amplio espectro de formas de violencia contra las mujeres y sus derechos humanos, la cual está presente como una lamentable realidad en la mayoría de las sociedades. (13)

Un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y en particular el parto y posparto, plantean un panorama alarmante, debido a trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto, vulneración de sus derechos fundamentales como son el derecho a la intimidad, el derecho al libre ejercicio de su sexualidad, el derecho a ser tratada dignamente, el derecho a decidir sobre su cuerpo, sobre su planificación familiar, conllevando a ser un factor importante de desmotivación para las mujeres embarazadas que buscan asistencia materna y sus servicios. (15, 16)

Esta problemática es citada en estudios cualitativos que expresan el significado de las experiencias vividas por ciertas usuarias y por relatos periodísticos que solo algunas se atreven a compartir. Sin embargo, no se cuentan con suficientes datos estadísticos que reflejen la magnitud de la violencia obstétrica en nuestro país.

Teniendo en cuenta las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), (17) este estudio sería beneficioso para la contribución de cumplimiento de algunas metas tales como garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos en la información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales; así como el aumento de la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención de personal sanitario en los países en desarrollo.

Desde esta perspectiva, se decidió la realización del presente estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de violencia obstétrica, en el que los resultados darán a conocer la magnitud de este problema y sirvan de fortalecimiento para la creación de estrategias y diseños de programa en educación continua y prevención de dicha problemática, asimismo permitirá realizar una propuesta conceptual y algunas recomendaciones para dispensar un mejor trato humanizado a la mujer en su embarazo, trabajo de parto y posparto, y para la ampliación del infinito campo profesional del trabajo social. Es de

interés social ya que delinearé, los conocimientos básicos que tiene que conocer el sistema en salud, para fortalecer los programas proyectados a la población materna. Sería beneficioso para el personal de salud conocer estas estadísticas para la concientización de este tema, para brindar un mejor servicio e incrementar la calidad del perfil ético-profesional y humano, y también para las mujeres embarazadas garantizando una mejor calidad en atención y servicio para su completa confianza y satisfacción.

Planteamiento del Problema

La violencia obstétrica, actualmente es una problemática de la salud pública con mucho interés a nivel mundial. Es un problema global, que afecta a países desarrollados y en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha venido incrementando el número de investigaciones relacionado a las experiencias de mujeres embarazadas y el trato durante el parto, planteando un panorama alarmante en cuanto al trato irrespetuoso, humillante y ofensivo en los centros de salud, siendo prácticas que no solo violan los derechos de las mujeres a una adecuada atención, sino amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Ciertos tipos de mujeres (adolescentes, mujeres solteras, mujeres de bajo nivel socioeconómico, mujeres pertenecientes a minorías étnicas y las que padecen de virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], entre otras) están en un mayor riesgo de experimentar falta de respeto y abuso. (15)

En Nicaragua, las mujeres no solo son afectadas por la violencia sexual intrafamiliar, sino invisiblemente por la violencia obstétrica presentándose tanto en las instituciones públicas como privadas. Para el año 2018, se reportó que el 28% aseguraron recibir malos tratos y comentarios humillantes de parte del personal de salud haciendo énfasis en el parto humanizado, también se reportó acerca del uso inadecuado del protocolo MINSA y de procedimientos que interfieren en el proceso del parto humanizado.(18)

La mayoría de las investigaciones publicadas emplean metodologías cualitativas, que son útiles para aprender sobre la experiencia de las mujeres que sufren este tipo de maltrato, (7) sin embargo, tales métodos no revelan la magnitud del problema, ni permiten a los investigadores hacer comparaciones. En consecuencia, hasta ahora ha sido extremadamente difícil determinar las dimensiones reales de esto. Por todo lo anterior, nos llevó a plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de violencia obstétrica en pacientes atendidas en los servicios de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA)-León y Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields. 2022?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de violencia obstétrica de las pacientes atendidas en el servicio de Obstetricia del HEODRA-León y del Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields, enero a julio de 2022.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socioepidemiológicas de las usuarias estudiadas.
2. Identificar los casos ocurridos de violencia obstétrica en las pacientes atendidas.
3. Describir la violencia obstétrica de acuerdo a los períodos de atención del parto.

Marco teórico

Declaración de la OMS: *“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.”*

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé. (15)

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto – lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables –, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud. (19)

Definición de Violencia Obstétrica

Delimitar el concepto de violencia no es una tarea fácil, se trata de un fenómeno cuya demarcación no es clara, que tiene múltiples caras y anclajes en las distintas realidades.

La violencia obstétrica es descrita como un fenómeno complejo y multifactorial en el que se entrelazan diversas problemáticas, entre ellas las relaciones de poder, discriminación, inequidad social y de género, además de condiciones estructurales como la deficiencia en infraestructura e insumos en las unidades médicas; las condiciones extenuantes y mal remuneradas en que trabaja el personal de salud y desconocimiento de los derechos de las mujeres. (19).

Concomitantemente, la violencia obstétrica es el resultado de una doble posición de subordinación de las mujeres gestantes y parturientas en los servicios de salud: 1) aquella que se deriva de la relación propia de su género en un sistema patriarcal, lo que la hace una violencia de género y estructural, y 2) la posición de subordinación que tienen las pacientes en un medio altamente jerarquizado, como lo es el sector de la salud; por esta razón, la violencia obstétrica es el resultado de la intersección entre violencia de género y violencia institucional en la atención en salud. Esta doble posición de subordinación se complejiza cuando se trata de mujeres racializadas, indígenas, negras o de niveles socioeconómicos bajos, en este sentido, análisis interseccionales sobre raza, clase y género, y las diferencias en cuanto a la atención en salud y la calidad del servicio que se presta a las mujeres en condiciones de marginalidad y vulnerabilidad. Al mismo tiempo, sus repercusiones ponen en peligro el desarrollo social de otros niños en la familia, de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y la sociedad en general. (19-21)

El sistema de Salud y sus profesionales son entendidos como quienes reparan el daño que ocasiona la violencia; pero nunca como posibles perpetradores de ésta. En este sentido es fundamental analizar diversas maneras en el que el ejercicio de poder en el ámbito sanitario desencadenan diversos tipos de maltratos; violencia física, psicológica, verbal o simbólica, entre otras. (22)

Durante la atención del embarazo y parto, se da una relación en la que se niegan determinados derechos fundamentales a la parturienta. No existen propuestas alternativas, la adecuada información o la toma de decisiones conjuntas en lo relacionado con las técnicas diagnósticas realizadas, los fármacos utilizados durante el proceso de parto o posibles efectos adversos derivados de las diversas actuaciones médicas. Estas actuaciones médicas, están consideradas propias de un tipo de violencia denominada violencia obstétrica, sin embargo ¿qué es violencia obstétrica? (22)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.(23)

La organización de las Naciones Unidas (ONU) en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y posparto”. (2)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015) define a violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. (23)

Aunque estudios afirman que la violencia obstétrica se ejerce frecuentemente, existen dificultades reales para que las mujeres denuncien; para empezar, entre las pacientes no hay conciencia de sus derechos, durante la atención del embarazo, parto o post-parto; tampoco esta problemática se difunde de manera sostenida; finalmente, la violencia obstétrica está tan naturalizada entre las mujeres que la viven que resulta difícil conceptualizar como tal. (6)

En 2007, por primera vez en Venezuela se introdujo el término de violencia obstétrica dentro de la legislación de un país latinoamericano. Esta fue definida como: actos de tratos deshumanizantes, abuso en los procedimientos y pérdida de la autonomía que afecta a la calidad de vida de la mujer. Sin embargo, a pesar del paso de los años, la violencia obstétrica ha acabado normalizándose y siendo aceptada por gran parte de la población, por lo que en muchos lugares del mundo, aún no se considera violencia contra la mujer. (23)

En la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres. (15)

Hasta la fecha, los países que sancionaron leyes que contemplan la violencia obstétrica radican todos en América Latina, como Venezuela, Argentina, México, Brasil y Uruguay.

Cada nueva visita o contacto con el donante es una ocasión para verificar y, si es necesario, actualizar la información en la base de datos de donantes.

Factores de riesgo asociados a Violencia Obstétrica:

Estudios previamente realizados demostraron que la violencia obstétrica había sido predicha por factores como el nivel educativo, la estadía prolongada en el hospital y residencia. Sin embargo; estos determinantes podrían variar según la configuración y la tendencia temporal (9). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, los inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo. (15)

Tipos de Violencia Obstétrica: (20)

Es fundamental analizar las diversas maneras en que el ejercicio del poder, en el ámbito sanitario, desencadena diversos tipos de maltrato: Se trata de violencias estructurales, encubiertas, invisibles o invisibilizadas, normalizadas y naturalizadas que, en su ejercicio, degradan tanto a quienes las ejercen, como a quienes la reciben.

Violencia simbólica:

Es el resultado de la interiorización y la naturalización de la relación de subordinación y dependencia de las mujeres dentro del sistema de atención en salud.

Por ello, existe una suerte de aceptación de las propias afectadas, que hace que las mujeres justifiquen, excusen e incluso agradezcan el ejercicio de la dominación y la violencia que recae sobre ellas. “Es así como las mujeres invisibilizan situaciones e interacciones donde han sido maltratadas en alguna forma, e incluso llegan a justificar esas prácticas por su propia actitud. Al introyectar la culpa, justifican los castigos que pueden recibir”.

Violencia institucional:

Se caracteriza por protocolizar la atención de las gestantes dentro de las instituciones hospitalarias. La realización de intervenciones médicas protocolarias sin justificación

médica violenta, tanto a la mujer que es intervenida sin necesitarlo ni autorizarlo, como al personal de la salud que se ve obligado a su cumplimiento, aun cuando su experiencia y criterio sean contrarios a esa normatividad. Existen elementos simbólicos que facilitan el ejercicio de esa violencia institucional, como la conversión simbólica de las gestantes en pacientes, siendo ataviadas con las mismas indumentarias y nominadas todas bajo el apelativo de “mamá”, “madre”, “mamita”, “gorda”, “gordita”. Esta homogeneización simbólica facilita la repetición de protocolos institucionales y universaliza el tipo de atención requerida, sin atender a la particularidad de cada caso.

Violencia Física:

Junto con la violencia institucional está la modalidad de violencia física de la violencia obstétrica. Una de ellas está asociada precisamente con la repetición de protocolos en una mujer que no requiere de intervenciones durante su parto. En este sentido, toda intervención realizada en una gestante, que no esté médicamente justificada y aprobada por la mujer, puede ser considerada como violencia obstétrica. De la misma manera, forzar a una mujer a consentir intervenciones como cesáreas, por medio del uso y abuso del poder médico obstétrico, por medio de la administración del miedo por el estado de vulnerabilidad, constituye una violación de sus derechos humanos. Así mismo, la violencia física también se expresa en intervenciones médicas dolorosas, realizadas sin utilización de alguna medida que mitigue el dolor, existiendo los medios y las condiciones para utilizar analgesia o anestesia; los tactos vaginales reiterados y realizados por más de una persona y la realización de maniobras e intervenciones de manera brusca y poco considerada con la mujer que las recibe.

Violencia psicológica

Es el resultado de un trato deshumanizado que viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención. Las mujeres en estos contextos son conceptualizadas como contaminantes para la atención cómoda del parto por parte del personal de la salud. En este sentido, la gestante, sus miedos, dudas, sensaciones y opiniones son invisibilizadas y suprimidas en tanto se percibe que

contaminan, obstruyen, incomodan la labor del personal de la salud en el cumplimiento de los protocolos de atención. Así, las mujeres manifiestan haber sido invitadas en múltiples ocasiones durante su trabajo de parto a guardar silencio, “a colaborar” y a obedecer. Sumado a esto, se encuentra la ausencia de respeto por aspectos relacionados con la intimidad de las mujeres ya que, en el ámbito hospitalario, el pudor y la vergüenza ante la exhibición de sus cuerpos y genitales desnudos no es tomada en consideración. Así mismo, las formas de violencia verbal hacen parte de la violencia psicológica, cuando, por ejemplo, el personal de la salud regaña, se burla o insulta a las pacientes o, se hace alusión a la sexualidad de las mujeres, o al evento placentero sexual que desencadena el embarazo y el parto. (20)

Manifestaciones de VO:

Las manifestaciones de violencia obstétrica puede abarcar desde: regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultar o informar a las mujeres sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo inadecuado del dolor durante el trabajo de parto así como castigo y la coacción para obtener su consentimiento, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos. Otra manifestación de este tipo de violencia es no respetar los tiempos ni las posibilidades de parto biológico. A nivel psicológico incluye el trato grosero, discriminación, humillación cuando se pide asesoramiento o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica, comprendiendo también la omisión de información sobre la evolución de su parto, del estado de salud de su hijo/a y que no se le permita a la mujer ser partícipe de las diversas actuaciones de los funcionarios de la salud. También se consideran prácticas no recomendables la realización de episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina. (22)

Entre las manifestaciones se puede encontrar: (24)

- ✓ No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- ✓ Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- ✓ Obstaculizar el apego precoz del recién nacido con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente al nacer.
- ✓ Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- ✓ Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- ✓ La vulneración del derecho a la intimidad. Hace referencia a la intromisión no consentida de la privacidad de la madre mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. Existen muchos casos en los que las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes o estudiantes, sin el debido respeto por su pudor y sin el consentimiento sobre si están de acuerdo en ser palpadas e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Además en muchas ocasiones se realizan comentarios burlescos entre los mismos practicantes.
- ✓ La violación del derecho a la información y a la toma de decisiones. A las madres se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre el procedimiento y características de las intervenciones que se le realizarán. Es por ello que se le niega a la madre toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud sexual y reproductiva.
- ✓ Los tratos crueles, degradantes y deshumanos. Este tipo de trato se produce como consecuencia a la insensibilidad frente al dolor, el silencio, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, mayormente en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con síntomas de abortos, o con síntomas que generen tal

sospecha, al personal de salud. La pérdida de intimidad, además de las posibilidades de sufrir este tipo de humillaciones en caso de que se revelen determinados actos, limita a las mujeres a denunciar que han sido víctimas de un trato deshumanizado por parte del personal de la salud.

- ✓ Ausencia de anestesia en los legrados. Es una de las acciones más frecuentes en violencia obstétrica y se constituye por la omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto auto provocado como una forma de castigo hacia actos que puedan atentar contra la vida del bebé.
- ✓ Prácticas innecesarias. Entre ellas se encuentra el rasurado, el enema o el ayuno total, la administración de oxitocina artificial sin esperar a la progresión natural del parto, obligar a la mujer a permanecer acostada boca arriba durante la dilatación y el parto, cuando se ha demostrado que si la madre puede caminar y cambiar de posición, soporta mucho mejor el dolor de las contracciones y el parto es mucho más rápido.
- ✓ Acompañamiento y apoyo de la embarazada durante el trabajo de parto. En muchos hospitales de salud pública se prohíbe el acompañamiento durante el parto debido a políticas hospitalarias de espacio, infecciones, tiempo y demanda.
- ✓ La Amniotomía Temprana. Es una maniobra utilizada como método de inducción al parto, ya que se cree que estimula la liberación de ciertas hormonas que aumentan las contracciones. Pero con nuevas investigaciones se sabe que no produce ninguna ventaja y que implica contras para el proceso.
- ✓ Episiotomía. Consiste en un corte en el periné para agilizar el parto, suele implicar variedad de posibles infecciones y problemas de incontinencia, cicatrices dolorosas que pueden afectar la sexualidad futura de la mujer y en muchas ocasiones son irreversibles. En ocasiones se ha practicado la episiotomía sin utilizar anestesia.
- ✓ Omisión de consideración de las pautas culturales. (24)

Violencia obstétrica y sus efectos:

La violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para los trabajadores de la salud porque:

- Produce un considerable sufrimiento y consecuencias negativas para la salud, en una proporción significativa de la población femenina (más de un 20% en la mayoría de los países).
- Tiene un impacto negativo directo sobre temas importantes de salud como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA.
- Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de la salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información.

Este tipo de abuso es generador de trauma y dificultades psicológicas serias. No es la acción en sí la que implica trauma, el desarrollo de éste depende de las características particulares de cada mujer, sin embargo, para que una mujer perciba como traumático su embarazo o parto, es porque ha sido ejercida sobre ella alguna forma de violencia, se le ha desempoderado, se le ha hecho sentir indefensa y vulnerada. (24)

Entre las consecuencias a nivel psicológico se pueden ubicar:

- ⇒ Problemas de salud mental. Incluyendo trastornos del ánimo, depresiones severas, trastornos por conversión, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de pánico, trastornos en la conducta alimentaria, episodios psicóticos, trastornos en el sueño, entre otros.
- ⇒ Síndrome de estrés postraumático (SEPT).
- ⇒ Miedo y ansiedad.
- ⇒ Sentimientos de vergüenza.
- ⇒ Conducta extremadamente dependiente.
- ⇒ Enuresis y encopresis.
- ⇒ Suicidio.
- ⇒ Culpabilidad.
- ⇒ Dificultad para tomar decisiones.
- ⇒ Confusión.
- ⇒ Reexperimentación del suceso.

- ⇒ Pérdida de autoestima.
- ⇒ Hipervigilancia e irritabilidad
- ⇒ Evitar contacto físico.
- ⇒ Bajo deseo sexual.
- ⇒ Anorgasmia.
- ⇒ Consumo de tóxicos.
- ⇒ Aberración por los hospitales. (24)

Parto humanizado:

Se le llama parto humanizado al derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria. El personal de salud debe brindar información técnica sobre situaciones inesperadas que pongan en riesgo la vida de la madre o del niño que puedan modificar las decisiones acordadas. (14)

Según el estudio de Maldonado Laguna, (18) destaca que muchas mujeres desconocen este término y el 84% de las puérperas encuestadas así lo afirmó.

La norma de humanización del parto dentro de sus disposiciones generales cita que: Durante el proceso de atención del parto se debe orientar y permitir a la madre escoger:

- a) La compañía de la pareja o familiar de preferencia.
- b) La posición de parto.
- c) La participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y posparto.
- d) Entrada de alimentos y bebidas tradicionales.
- e) La paciente tiene derecho a decidir quién atenderá el parto (médico, partera o familia), siempre y cuando el parto no curse con una complicación obstétrica.

En dicha revisión el 72% de ellas no recibió este tipo de información. (18)

La norma también señala que durante el proceso de atención del parto se debe eliminar la práctica rutinaria de episiotomía, rasurado de vello púbico, aplicación de enema y aspiración orofaríngea en el niño; más de la mitad de las encuestadas (52%) señala que si les aplicaron episiotomías. Cuando la misma norma indica que solo se realizarán episiotomías en los siguientes casos:

- a) Parto vaginal complicado
- b) Nulíparas con periné resistente
- c) Parto de nalgas
- d) Distocia de hombros
- e) Parto con fórceps
- f) Extracción por vacío o ventosa obstétrica
- g) Cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.
- h) Sufrimiento fetal. (18)

Prevención de la violencia obstétrica. (15)

Para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones:

1. **Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.** Se necesita evidencia sobre la eficacia y ejecución de las intervenciones, en distintos contextos, para suministrar la orientación técnica necesaria a los gobiernos y a los profesionales de la salud.
2. **Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.** Se requieren iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud a fin de garantizar la atención respetuosa, competente y comprensiva. Entre otras iniciativas: apoyo social a

través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, etc.

3. **Realizar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.** Concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Estrategias basadas en los derechos para organizar y administrar los sistemas de salud pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa, y de calidad en el parto.
4. **Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.** Elaborar y ejecutar políticas claras sobre derechos y normas éticas. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensión y dignidad.
5. **Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.** La erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, los investigadores de las sociedades civiles y los organismos internacionales.

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Corte transversal descriptivo.

Período de estudio

1 de enero al 28 febrero 2022 en Bluefields.

1 de junio al 31 julio 2022 en León.

Área de estudio

Sala de Unidad Materno Infantil (UMI) del Departamento de Ginecología y Obstetricia ubicada en el II piso del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) en la ciudad de León, y la sala de maternidad del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ernesto Sequeira Blanco en Bluefields.

Población de estudio

Mujeres que su parto y puerperio fue atendido en Servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) y en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields durante el período de estudio.

Muestra

La muestra se calculó utilizando EPI INFO CDC Stat Calc y consistió en la estimación de población utilizando la cantidad de población atendida en ese período que fue de 717 pacientes. Estimando una frecuencia esperada 50%, límites de confianza 5% y nivel de confianza mayor al 99%; para un tamaño de muestra de 384 pacientes. Se utilizó un tipo de muestreo a conveniencia por accidente.

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres que se encontraron en sala de UMI y que fueran atendidas en la sala de parto y puerperio.
- Contar con la afirmación de un consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Las pacientes que en algún momento aceptaron participar pero que en algún momento de la realización del cuestionario decidieron abandonar el mismo.
- Pacientes que no estuvieron en las condiciones de salud para responder el cuestionario.

Fuente de información

Fue primaria, mediante la aplicación de una encuesta a las pacientes que aceptaron ingresar al estudio.

Instrumento de recolección de datos

Se diseñó un cuestionario en el que se involucraron datos socioepidemiológicos, y experiencias relacionadas con violencia obstétrica en los diferentes períodos del parto.

Debido a que no hay un cuestionario estandarizado para la recolección de este tipo de información, se utilizaron como base los cuestionarios empleados en estudios previos, y la Norma de Humanización del Parto del Ministerio de Salud de Nicaragua. (4, 8, 10, 14, 19, 24, 25)

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó permiso a los directores del HEODRA y del Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields para la debida recopilación de la información en las pacientes en la sala de Unidad Materno Infantil (UMI) y sala de Maternidad, posterior se procedió a llegar diario a la sala de UMI para realizar la búsqueda de las pacientes en el período de estudio y que su parto fuera atendido en la sala de labor y partos del HEODRA-León y en la sala de maternidad del Hospital Ernesto Sequeira Blanco de Bluefields. Luego se le solicitó el consentimiento informado para realizar las preguntas para ser partícipe de la investigación y de igual forma, se les explicó que no tendría ninguna repercusión en su atención. Así mismo se le notificó que en cualquier momento durante el llenado de la entrevista, podía abandonar libremente.

Plan de análisis

La información fue introducida en una base de datos construida en SPSS con lo cual se calculó estadística descriptiva incluyendo frecuencia, mediana, límites mínimo y máximo, prevalencia. Se realizó un análisis univariado de frecuencias y porcentajes. Se muestran los resultados en tablas y gráficos.

Aspectos éticos

La información recolectada fue utilizada con fines académicos sin algún daño/perjuicio a los pacientes participantes, personal médico o institucional. Se garantizó la protección de identidad de la paciente al no utilizar datos que permitieran su identificación al momento del reporte. Cada paciente firmó un consentimiento informado donde se le explicó el propósito de la investigación y que su participación era voluntaria y no afectaría sus beneficios ni atención si se rehusó a participar. Se aseguró que los datos brindados fueron manejados con privacidad poniendo en práctica la declaración de Helsinki que promueve el respeto a los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales y la confidencialidad de la información brindada por las personas que participan en el estudio. La información recolectada podrá ser utilizada además para reforzar positivamente la buena calidad de atención obstétrica a este grupo de pacientes en el momento más crítico de su atención en embarazo y parto.

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala / valores	Tipo de variable
Características Socioepidemiológicas de las usuarias en estudio				
Violencia Obstétrica	Que recibió maltrato en algún momento de su atención.	¿Siente ud que sufrió maltrato / violencia durante la atención de su parto o cesárea?	1.Si 2.No	Nominal
Ciudad	Área territorial donde vive la persona	Según área de atención de la paciente	1.Bluefields 2.León	Nominal
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento al momento en que ocurrió el evento en estudio.	Cédula de identidad, partida de nacimiento o simplemente la referencia del paciente o tutor	15 – 19 20 – 35 36 y más	Discreta
Estado civil	Situación de convivencia actual. Soltera: incluye además divorciada o viuda.	Según respuesta de la paciente	1.Soltera 2.Unión estable 3.Casada	Nominal
Procedencia	Lugar de permanencia o residencia actual	Según respuesta de la paciente	1.Rural 2.Urbano	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzados en la actualidad	Según respuesta de la paciente	1.Analfabeta 2.Primaria incompleta 3.Primaria completa 4.Secundaria incompleta	Nominal

			5.Secundaria completa 6.Universidad	
Ocupación	Actividad/ trabajo principal Asalariada: depende de una entidad para devengar salario Trabajo independiente: no depende de alguna entidad para devengar salario	Según respuesta de la paciente	1.Estudiante 2.Ama de casa 3.Asalariada 4.Trabajo independiente	Nominal
Antecedentes obstétricos				
Partos	Cantidad de partos a la actualidad Primípara (primer parto) Multípara (segundo parto o más)	Según respuesta de la paciente	1.Primípara 2.Multípara	Nominal
Via del parto	Via del nacimiento del parto actual	Según respuesta de la paciente	1.Vaginal 2.Cesárea	Nominal
Personal de salud	Personal de Salud que atiende a la embarazada	Según respuesta de la paciente -Camillero -Estudiante -Enfermera -Médico interno -Médico residente -Médico obstetra -Médico anesthesiólogo	1.Si 2.NO	Nominal

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala	Tipo de variable
Momento de atención de la paciente en que se sufre la violencia obstétrica				
Violencia obstétrica en la fase de borramiento y dilatación (preparto)	Violencia que sufre la paciente en el momento del período de dilatación y borramiento Responde a la situación: Mientras estaba internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto (preparto)	¿Te asesoraron de manera que pudiera decidir cómo dar a luz, ya sea por parto normal o cesárea?	1.No 2.Si	Nominal
		¿Te permitieron bañarte o acceder a otro tipo de higiene antes del parto?	1.No 2Si	Nominal
		¿Te indicaron los beneficios del parto normal?	No Si	Nominal
		¿Te indicaron los riesgos de la cesárea?	No Si	Nominal
		¿Te ignoraron o se negaron a brindarle información durante la labor del parto?	Si No	Nominal
		¿Se dirigían hacia usted por su nombre?	Si No	Nominal
		¿El personal de salud hizo comentarios irónicos o en tono de chiste por tu comportamiento?	Si No	Nominal
		¿Te trataron con sobrenombres (gorda, hija) o diminutivos (p.e. mamita, gordita, hijita, etc.) o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los	Si No	Nominal

		cuales estabas atravesando? – Gritona		
		¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto?	Si No	Nominal
		¿Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones (llorar, gritar, dolor, alegría, etc.) durante trabajo de parto y/o el parto?	Si No	Nominal
		¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?	Si No	Nominal
		¿Se te impidió estar acompañada con algún familiar o alguien de tu confianza durante el proceso? - ¿Pidió usted a esta persona? - ¿Qué respuesta le dieron?	Si No	Nominal
	¿Te realizaron algún procedimiento médico sin pedirte consentimiento o sin explicarte por	¿Te negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin consultarte o sin darte una explicación?	Si No	Nominal
		¿Te realizaron rasurado de genitales sin consultarte?	Si No	Nominal

	qué eran necesarios?	¿Te realizaron lavado intestinal o enema sin consultarte?	Si No	Nominal
		¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	Si No	Nominal
		¿Te realizaron rotura de bolsas (membranas) sin consultarte?	Si No	Nominal
		¿Te administraron medicamentos para apurar el parto (cómo suero)? - ¿Te explicaron para que era?	Si No	Nominal
		Tactos vaginales repetidos y realizados por el mismo médico?	Si No	Nominal
		Tactos vaginales repetidos y realizados por diferentes personas?	Si No	Nominal
Violencia obstétrica en la fase de parto.	Si la paciente fue atendida por parto vaginal: Mientras estaba en el parto (expulsivo):	¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?	Si No NA	Nominal
		- ¿Te explicaron la posibilidad de tomar otras posiciones?	Si No NA	Nominal
		¿Te apretaron o comprimieron el	Si No	Nominal

		abdomen (barriga) en el momento de los pujos?	NA	
		¿Te realizaron corte vaginal o episiotomía sin su consentimiento?	Si No NA	Nominal
		- ¿Te colocaron anestesia para realizarte el corte vaginal o episiotomía?	Si No NA	Nominal
		- ¿Te explicaron para qué era el corte vaginal o episiotomía?	Si No NA	Nominal
		- ¿Durante la realización de las puntadas para la reparación del corte vaginal te negaron anestesia aun sintiendo dolor?	Si No NA	Nominal
		- ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza en el momento del parto?	Si No NA	Nominal
		- ¿Te permitieron el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido/a (para acariciarlo, tenerlo en tus brazos, darle de mamar, etc.) antes de que se lo llevara el/la pediatra para control?	Si No	Nominal

	Si a la paciente le realizaron cesárea:	¿Te realizaron cesárea?	Si No	Nominal
		- ¿Te realizaron la cesárea sin tu consentimiento?	Si No NA	Nominal
		- ¿Te explicaron por qué había que realizarte cesárea?	Si No NA	Nominal
		¿Te hicieron raspado del útero sin anestesia?	Si No NA	Nominal
		¿Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños)?	Si No	Nominal
Violencia obstétrica en el postparto	Posterior a la atención del parto o cesárea:	¿Te dejaron sola o sin asistencia en algún momento del parto?	Si No	Nominal
		¿Te hicieron sentir que no habías «colaborado»)?	Si No	Nominal
		¿Podría decir usted que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?	Si No	Nominal
		¿Se te obligó a utilizar algún método de control de natalidad (DIU, inyectable de tres meses, ligadura de trompas, etc.).	Si No	Nominal

		¿Te colocaron algún método anticonceptivo o te operaron para no tener más hijos sin tu consentimiento?	Si No	Nominal
		¿Te negaron la posibilidad de algún procedimiento de control de natalidad como la ligadura de trompas?	Si No	Nominal
		¿Te pasó algo que considera violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos durante la atención del trabajo de parto que no haya mencionado?	Si No	Nominal
		- ¿Cuál?	Según respuesta de la paciente	Nominal
		¿Sentiste que respetaron tu privacidad durante el postparto?	Si No	Nominal

Resultados

En el período de enero a febrero (Bluefields) y junio a julio (León) del corriente año se realizó visita en las salas de Obstetricia de dichos hospitales, encuestando a una cantidad total de 384 partos, de los cuales hubo partos en Bluefields y León de 157 y 227 respectivamente. En Bluefields los partos vaginales fueron 120 (76.4%) y en León 143 (63%). Así como cesáreas 37 (23.6%) y 84 (37%) en Bluefields y León respectivamente.

La frecuencia de pacientes que sufrieron violencia obstétrica en general fue de 11.7%; encontrando en Bluefields 20 pacientes (12.7%) de ellos fue 8.9% en partos vaginales y 3.8% en cesáreas. Mientras que en León sufrieron violencia 25 pacientes (11%) siendo de estos 7.9% en partos vaginales y 3.1% en cesáreas. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Violencia obstétrica en gestantes atendidas en el hospital de Bluefields y León. Enero a Julio 2022.

	Bluefields		León		Total	
	No.	%	No	%	No.	%
Partos totales	157	100.0	227	100.0	384	100.0
Partos vaginales	120	76.4	143	63.0	263	68.5
Cesáreas	37	23.6	84	37.0	121	31.5
Sin violencia	137	87.3	202	89.0	339	88.2
Violencia obstétrica	20	12.7	25	11.0	45	11.7
Violencia en partos	14	8.9	18	7.9	32	8.3
Violencia en cesáreas	6	3.8	7	3.1	13	3.4

Fuente: primaria.

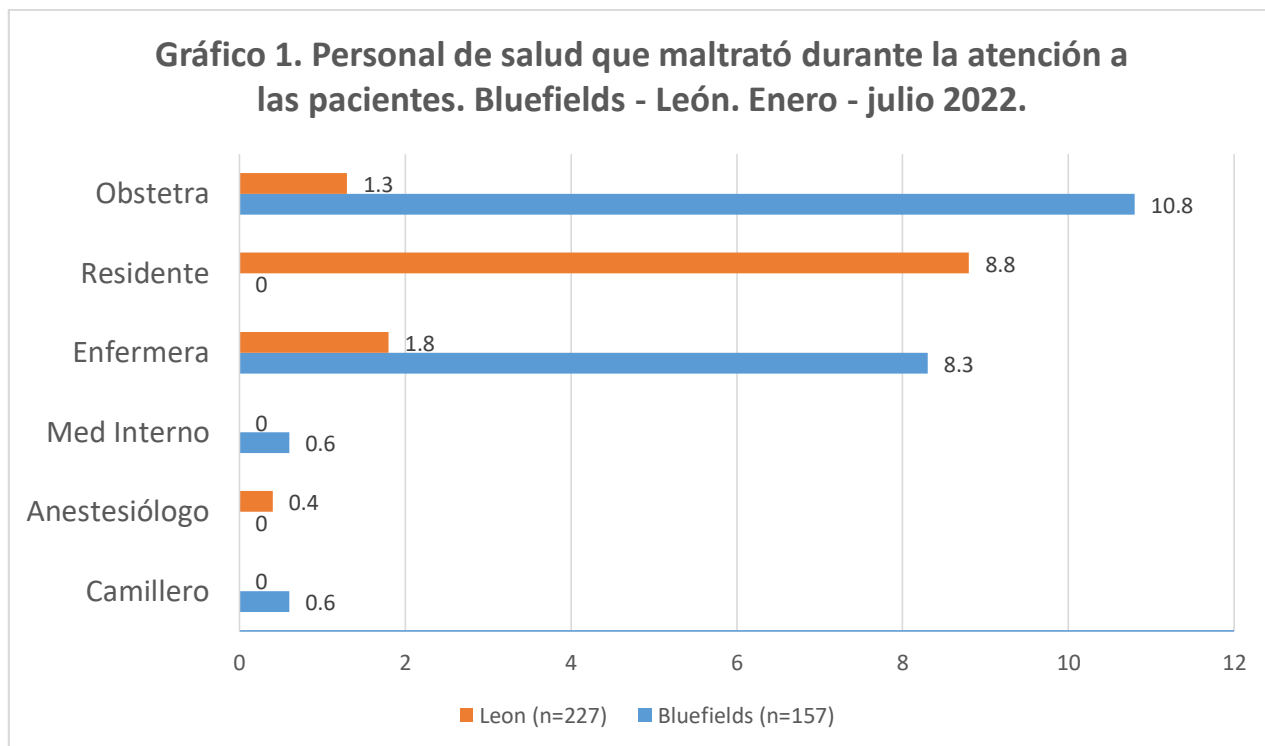
Las **características socioepidemiológicas** de las pacientes que predominaron fueron: el grupo etario 20 a 34 (70.8%), la edad menor fue 15 y la mayor 42 años, mediana 24 años; el estado civil unión libre en Bluefields 77.1% y en León 78.9%; la procedencia urbana en Bluefields 64.3% y en León 67.8%; la ocupación más frecuente fue en Bluefields ama de casa 63.7% y en León 68.7%; la escolaridad secundaria incompleta en Bluefields (45.6%) y secundaria completa en León (43.2%); y la paridad de 2 o más hijos en el mismo porcentaje en Bluefields y León (58.6%). (tabla 2)

Tabla 2. Características socioepidemiológicas de las pacientes de Bluefields y León, que sufrieron violencia obstétrica. Enero a Julio 2022.

Variable	Bluefields (n=157)		León (n=227)		Total (384)	
	n	%	n	%	n	%
Grupo etario						
15 – 19	36	22.9	43	18.9	79	20.6
20 – 34	104	66.2	168	74.0	272	70.8
35 – 45	17	10.8	16	7.0	33	8.6
Estado civil						
Soltera	18	11.5	25	11.0	43	11.2
Unión libre	121	77.1	179	78.9	300	78.1
Casada	18	11.5	23	10.1	41	10.7
Procedencia						
Rural	56	35.7	73	32.2	129	33.6
Urbana	101	64.3	154	67.8	255	66.4
Ocupación						
Estudiante	25	15.9	22	9.7	47	12.2
Ama de casa	100	63.7	156	68.7	256	66.7
Trabajo independiente	29	18.5	46	20.3	75	19.5
Asalariada	3	1.9	3	1.3	6	1.6
Escolaridad						
Ninguno	1	0.6	0	0.0	1	0.3
Primaria incompleta	8	5.1	2	0.9	10	2.6
Primaria completa	11	7.0	5	2.2	16	4.2

Secundaria incompleta	72	45.6	68	30.0	140	36.5
Secundaria completa	56	35.7	98	43.2	154	40.1
Universitaria	9	5.7	54	23.8	63	16.4
No. Hijos						
1	65	41.4	94	41.4	159	41.4
2 o más	92	58.6	133	58.6	225	58.6

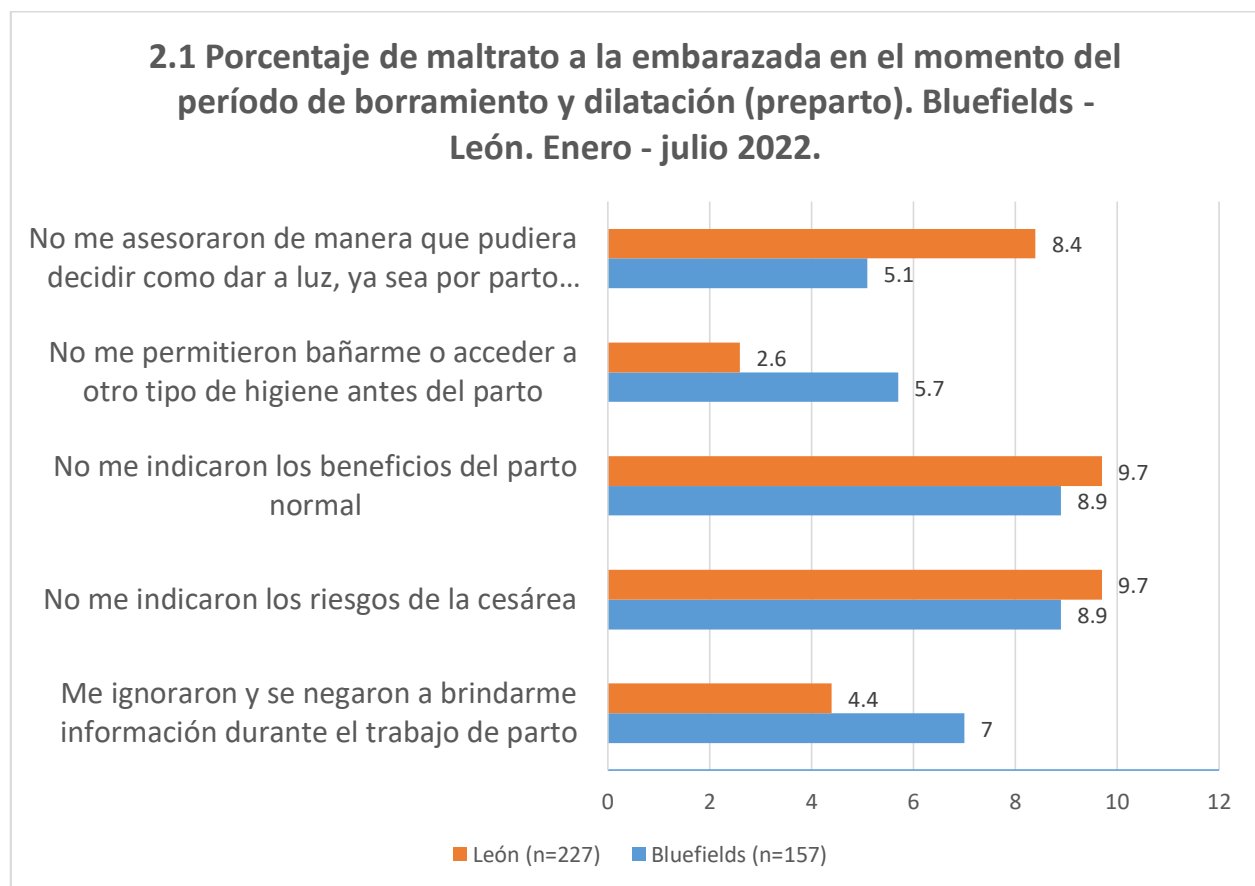
Las pacientes atendidas en ambos hospitales se quejaron de violencia durante su atención, en Bluefields 20 (12.7%) y en León 25 (11%); de acuerdo a quién del personal de salud que atendió a las pacientes fue quien ella más sintió que le dieran maltrato del personal de salud resaltan: En Bluefields 17 médicos Obstetras (10.8%) y 13 enfermeras (8.3%). En León brindaron una atención no adecuada para la paciente 20 médicos residentes (8.8%), 4 enfermeras (1.8%), 3 médicos obstetras (1.3%) y además 1 anestesiólogo (0.4%). (Ver gráfico 1)



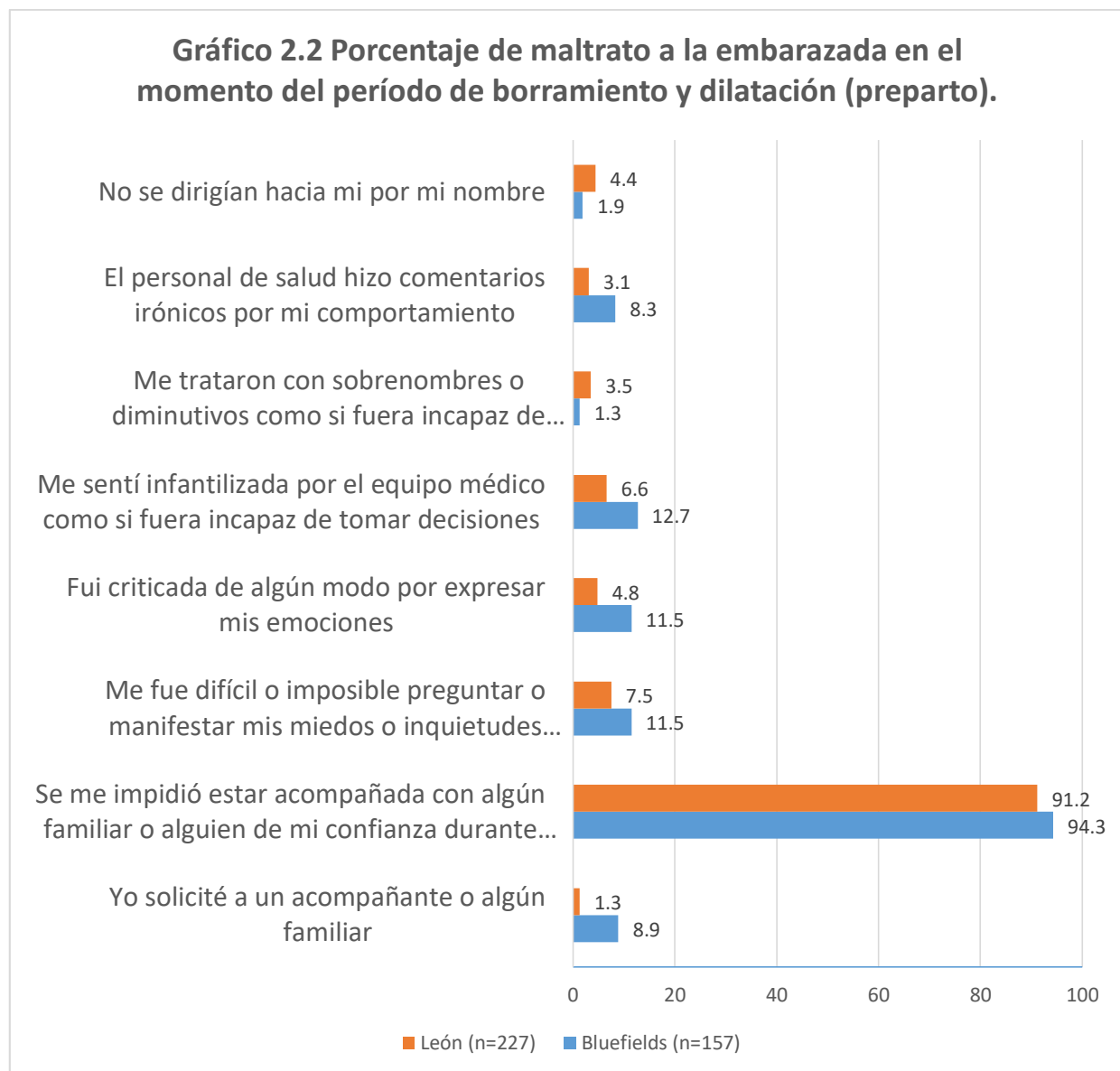
Mientras estaba internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto (preparto)

Durante el primer período del trabajo de parto, que consiste en el borramiento y dilatación, en León, 19 pacientes (8.4%) mencionan que no se les asesoró para decidir parir por parto o cesárea; 22 pacientes (9.7%) refirieron que no se les indicaron los beneficios del parto normal ni se les indicaron los riesgos de la cesárea.

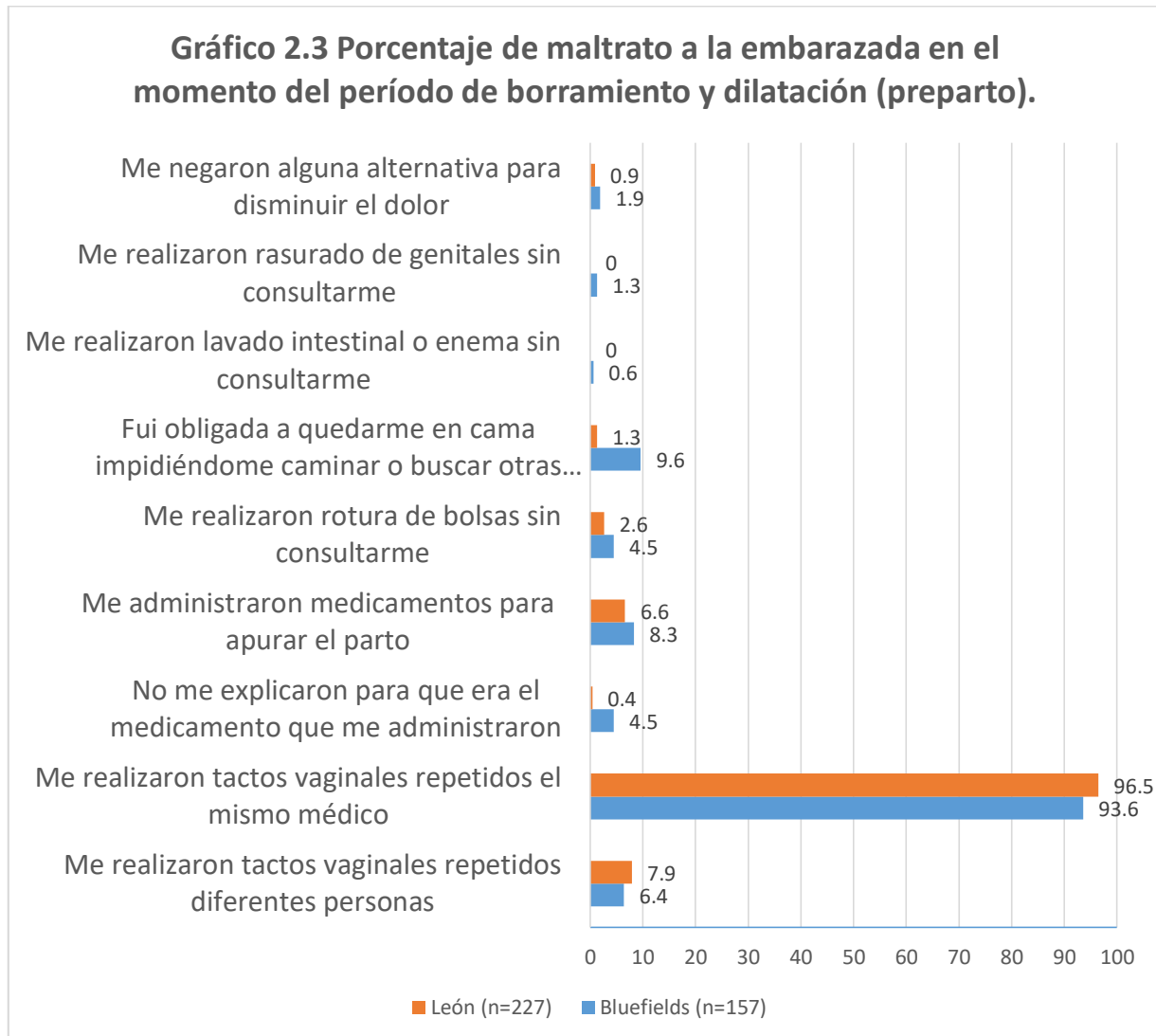
En Bluefields, 14 pacientes (8.9%) se quejaron también que no se les indicaron los beneficios del parto normal ni los riesgos de la cesárea. (Ver gráfico 2.1)



Otras formas de maltrato percibida por las embarazadas durante el período de dilatación y borramiento fue, que se les impidió estar acompañada con algún familiar o alguien de confianza durante el período del trabajo de parto en Bluefields 148 (94.3%) y en León 207 (91.2%). Además de esto refieren haberse sentido infantilizadas por el equipo médico siendo incapaces de tomar decisiones (12.7%), fueron criticadas por expresar sus emociones (11.5%) y se les hizo difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no se les respondía o lo hacían de mala manera. (ver gráfico 2.2)

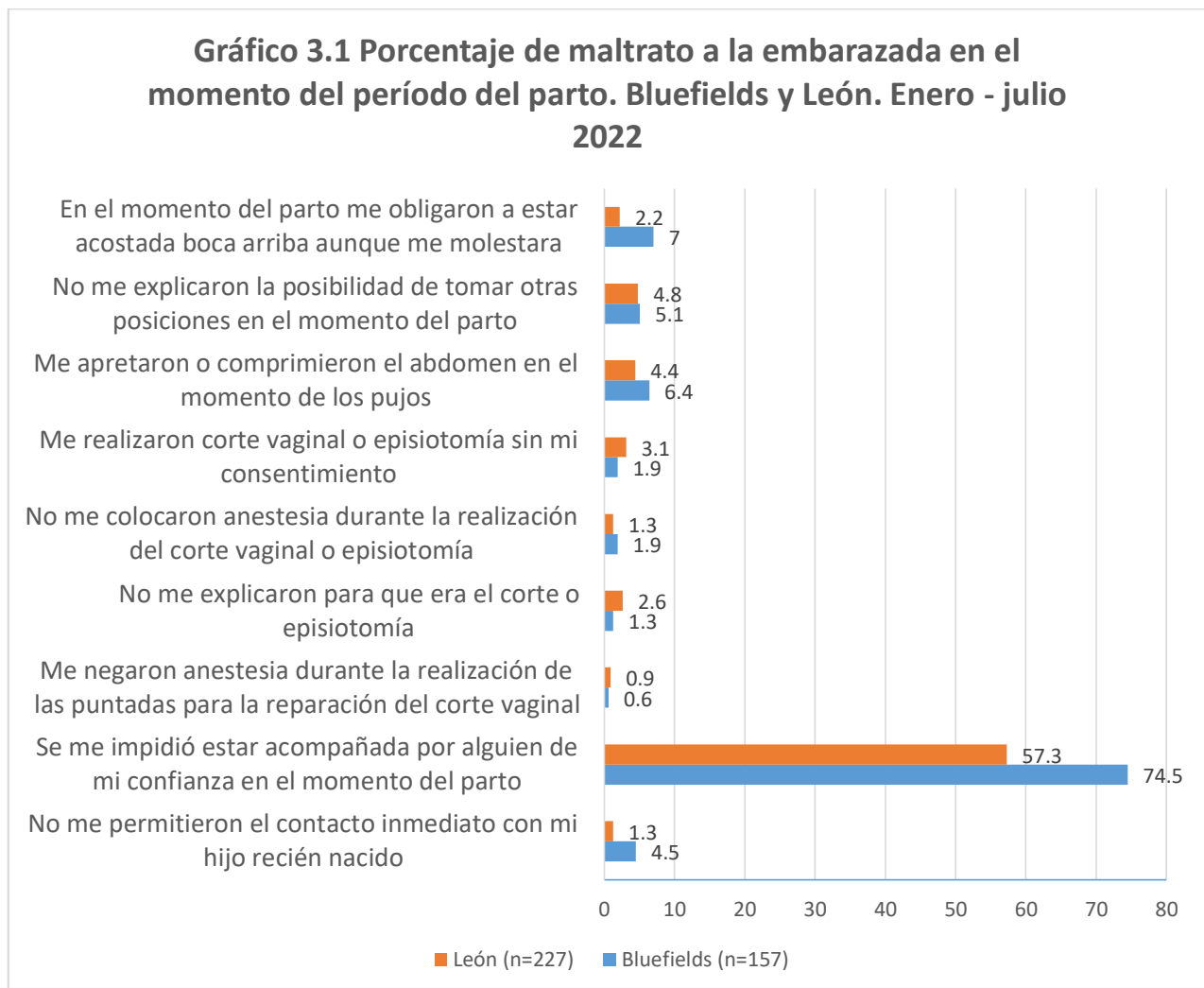


Además 147 embarazadas en Bluefields (93.6%) y 219 gestantes en León (96.5%) refieren haber sufrido de múltiples tactos vaginales repetidos por el mismo médico; 15 pacientes en Bluefields (9.6%) fueron obligadas a quedarse en cama impidiéndoles caminar o buscar otras posiciones; y 18 embarazadas en León (7.9%) se quejaron que se les realizó además tactos vaginales repetidos por diferentes personas. (ver gráfico 2.3)



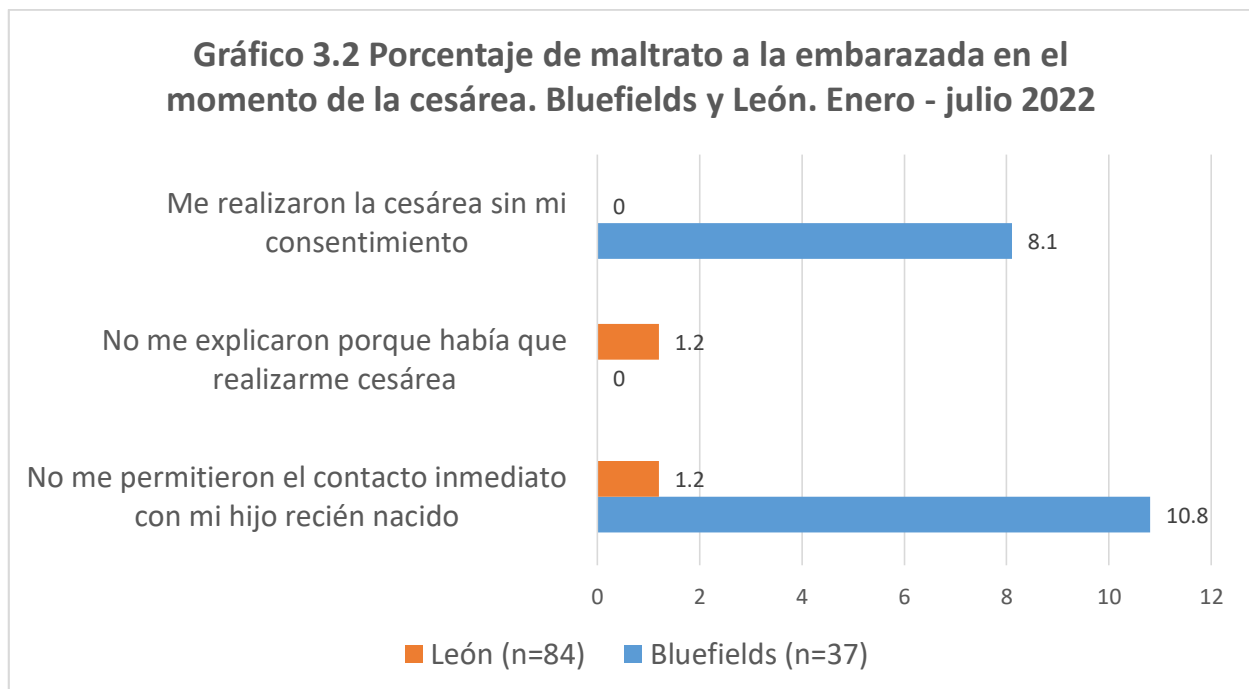
Durante el período de expulsivo o parto.

Durante el parto, a 117 embarazadas en Bluefields (97.5%) y 130 gestantes en León (90.9%) se les impidió estar acompañada por alguien de confianza en el momento del parto. En el momento del parto 11 pacientes en Bluefields (9.2%) las obligaron a estar boca arriba aunque les molestara y 10 pacientes (8.3%) aquejaron que les comprimieron el abdomen al momento de los pujos. Mientras que en León, 11 pacientes (7.7%) no se les explicó la posibilidad de tomar otras posiciones en el momento del parto; y 10 mujeres (7%) dijeron que les comprimieron el abdomen al momento de los pujos. (ver gráfico 3.1)



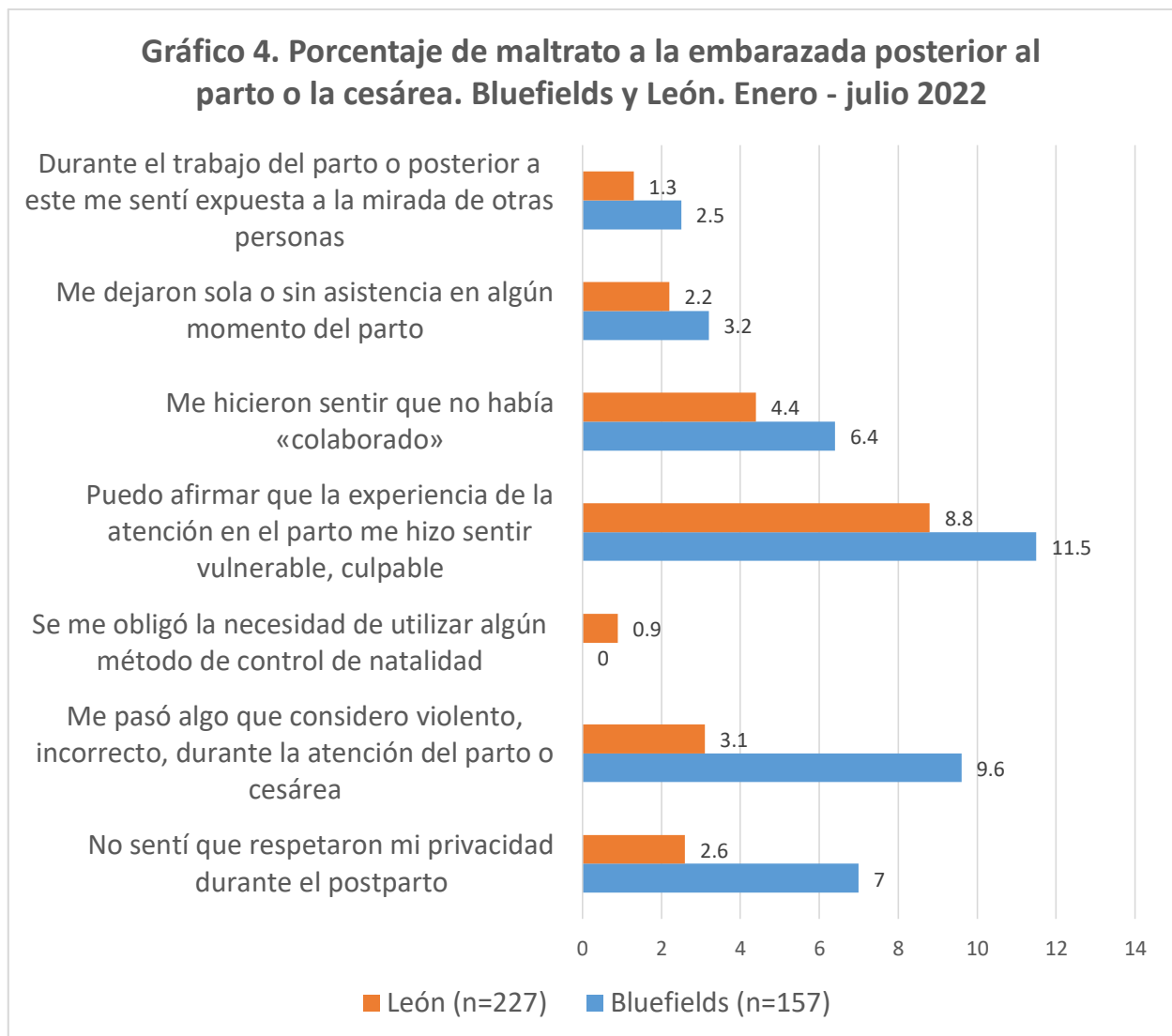
Mientras estaba en la cesárea

Durante la realización de la cesárea, 3 pacientes en Bluefields refieren que se les practicó el procedimiento sin su consentimiento (8.1%), mientras que en León 1 paciente (1.2%) se quejó que no se le explicó por qué había que realizarle cesárea; 4 gestantes en Bluefields (10.8%) dicen que no se les permitió el contacto inmediato con su hijo recién nacido, mientras que en León 1 paciente (1.2%) afirmó lo mismo. (ver gráfico 3.2)



Posterior al parto o la cesárea

Posterior al parto o cesárea, en Bluefields 18 pacientes (11.5%) afirmaron que la experiencia de atención en el parto la hizo sentir vulnerable; 15 embarazadas (9.6%) dijeron que les pasó algo violento; y 11 gestantes (7%) refirieron que no respetaron su privacidad. Mientras que en León, 20 pacientes (8.8%) se quejaron de que la atención del parto las hizo sentir vulnerables; 10 embarazadas (4.4%) contestaron que las hicieron sentir que no había colaborado; y 7 mujeres (3.1%) dijeron que les pasó algo violento. (Ver gráfico 4).



Discusión

La violencia obstétrica es un importante problema en el marco de los derechos de las mujeres y la lucha contra la violencia de género. Además no existe un consenso internacional que pueda medir científicamente el maltrato o falta de respeto durante la atención de la embarazada.

Los estudios de evaluación de violencia obstétrica comúnmente se realizan mediante estudios cualitativos, ya que es un poco más complicado la evaluación de estas variables mediante estudios cuantitativos. En la revisión previa de bibliografía, se encontraron pocos estudios que describen la prevalencia de violencia obstétrica. (8-10)

Se encuestaron a 384 pacientes encontrando una frecuencia de violencia obstétrica del 11.7% de las mismas oscilando en Bluefields 12.7% y en León 11%. Este valor está muy por debajo de los reportado por Pereira (8) en Venezuela de 26.3%, Guerrero-Sotelo (10) en México 26.4%, Mihret (9) en Etiopía (75.1%). Podríamos asumir que mediante la aplicación de la normativa del MINSA “Humanización del parto institucional”, ha sido una medida en la cual se mantiene disminuido el porcentaje de maltrato ya que debe ser reportado a las autoridades por parte de los pacientes en caso que esto suceda, sin embargo, siempre puede presentarse algún caso de mala atención por situaciones las cuales desconocemos en este estudio.

El grupo etario de 20 a 34 años fue el más afectado en ambos hospitales (70.8%) datos que no concuerdan con los estudios revisados, ya que se ha encontrado que el grupo de adolescentes es el más afectado frecuentemente, esto posible a inexperiencia de la gestante que la conlleva a tener temores y desesperación ante un evento nuevo en su vida.

Los grupos: ama de casa, unión libre en pareja, procedencia urbana y escolaridad secundaria completa, fueron las que más sufrieron maltrato, lo cual coincide con lo reportado por Berio Lina (5) que observó los mismos hallazgos. Posiblemente debido a que las pacientes de área urbana tienen mayor acceso a la atención hospitalaria y consideran que merecen atención por su lugar de procedencia. Las mujeres con nivel de

escolaridad secundaria completa fueron las más frecuentes encontradas en el estudio lo cual se asocia a que hayan sufrido mayor maltrato por ser el grupo mayor representado.

El trabajo de parto es una condición nueva para una paciente en cualquier momento de la etapa de su vida reproductiva, ya que nunca un embarazo y parto es igual a otro. Esta situación puede conllevar a que las pacientes perciban siempre en uno u otro parto situaciones incomprensibles o que les generen dudas y en este momento se requiere de una atención empática por parte del personal de salud para calmar las posibles dudas de la parturienta. En este aspecto, las mujeres se sintieron maltratadas porque no recibieron asesoría de parte del personal de salud para decidir si parir por parto vaginal o cesárea, no se les orientó sobre los beneficios del parto, ni los riesgos de una cesárea. Dicha información coincide con lo reportado por Guerrero-Sotelo (10) quien también demostró dicho comportamiento en México.

Además la embarazada refirió que no se les permitió estar acompañada de un familiar en este momento, sienten que fueron infantilizadas por ciertos comportamientos y fueron criticadas por expresar sus emociones, lo que las conllevó a sentir temor por preguntar y manifestar sus miedos e inquietudes porque no les respondían o lo hacían de mala manera. Guerrero-Sotelo (10) también encuentra dichas actitudes de maltrato en su estudio realizado en Oaxaca, México.

Por último las pacientes en el período de borramiento y dilatación deben estar siendo sometidas a revisiones mediante tacto ginecológico el cual orienta al médico a la valoración del estado del cérvix y el avance del trabajo de parto que demuestre que no hay alteraciones en el transcurso de la evolución del parto. Sin embargo, las pacientes percibieron que se les realizaron múltiples tactos vaginales repetidos por el mismo o diferentes médicos, además de ser obligadas a permanecer en cama impidiéndoles caminar o adoptar otras posiciones. Dicha información también la reporta Guerrero-Sotelo (10); esto puede ser muy incómodo para cualquier embarazada, ya que lo podrían percibir como un abuso de revisiones a su área genital y más cuando está realizándose por múltiples médicos.

Al igual que en el período del parto, el período de la atención propia del parto o expulsivo, le genera a la mujer embarazada mucho temor por el hecho de estar sola, en un ambiente hostil a ella, con mucha gente a la par que no conoce, exponiendo su zona genital, y ante los temores que enfrenta por los dolores del parto, la incertidumbre de que todo vaya bien para la expulsión de su hijo, y es un momento que quisiera estar acompañada de un familiar o alguien de confianza para sentirse que no está sola, y que es alguien que la comprendería en todo momento. Este momento fue donde mayormente se quejaron las pacientes del estudio, en las cuales más del 90% refirieron que no se les permitió estar acompañadas de algún familiar, dato alarmante y muy superior a lo reportado por Guerrero-Sotelo (10) quien encontró un 58% de dicha variable. En este período del parto, está reportado por las literaturas, que la parturienta debería buscar o adoptar la posición en la que se sienta mejor para la expulsión del feto; sin embargo, las mujeres reportaron que se les obligó a permanecer en una sola posición acostadas boca arriba, aunque les molestara la posición (9.2%) dato superado por el hallazgo de Guerrero-Sotelo (10) quien reporta 45%. Esta situación puede ser debido a que las camas de atención de parto de nuestras instituciones no permiten que la mujer adopte otras posiciones o por comodidad del médico para dicha atención, o porque es una normativa hospitalaria que sea atención en dicha posición. Estas son interrogantes que no podemos responderlas. Además, un 8% de las pacientes se quejan que en el momento del expulsivo se les realizó compresión del abdomen para poder apresurar la salida del feto. Este hallazgo lo podemos comparar con Guerrero-Sotelo (10) quien encontró un 30% de dicha práctica, lo que no tenemos claro es porqué a veces esto se convierte en un abuso por parte del personal de salud para la embarazada, ya que a veces se desea salir lo más rápido posible de la atención de dicha paciente, o porque la paciente ya no cuenta con las energías necesarias para la expulsión del feto o porque el mismo es muy grande y la mujer no logra por sí sola por su cuenta expulsar a su hijo.

La atención de una cesárea es otro momento también de mucho temor para la embarazada, ya que se enfrenta a la aplicación de anestesia (la cual le genera mucho miedo a la mayoría de personas) y con mucha más razón, cuando la gestante está

pensando primordialmente en su hijo próximo a nacer. Por tanto, en este momento, la empatía, la calidad humana y calidez de atención dando aliento, acompañamiento y tranquilidad a la embarazada en todo momento próximo a la realización de la misma por parte del personal de salud, hace que este temor desaparezca, y que la paciente siente que es apoyada aún por personal que no conoce. Aunque los porcentajes de cesárea están en los porcentajes promedio a nivel mundial, un 8% de las pacientes se quejaron que se les realizó el procedimiento sin su consentimiento; y un escaso 1% dijeron que no se les explicó por qué había que realizarles cesárea.

Posterior a la expulsión del feto, la paciente urgentemente piensa que debe tener contacto con su hijo recién nacido para conocerlo y brindarle cariño. Es en este momento, que posterior a toda la experiencia de dolor, temor, dudas y angustias por que su hijo salga bien, la mujer comienza a experimentar tranquilidad y el deseo de que todo termine lo más rápido posible para poder estar con su hijo. En esta etapa, un 10% de las pacientes se quejaron que no se les permitió el contacto inmediato con su hijo recién nacido (no sabemos por qué situación), pero Guerrero-Sotelo (10) también reporta que las pacientes de su estudio sufrieron la misma condición (33.6%) por lo que podemos también quedar ante la duda de cuáles son las razones para presentar esta situación, ya que no se describen en ninguno de los estudios. La experiencia de sentirse vulnerables o culpables experimentada por las pacientes (11%) hace que la mujer dude de una nueva atención en dicha institución, ya que no se siente tranquila por los momentos vividos durante su estancia hospitalaria. Guerrero-Sotelo (10) también lo reporta en un 26% en su estudio en Oaxaca, México. Un porcentaje pequeño de pacientes (7%) mencionaron que no respetaron su privacidad, que aunque es un bajo porcentaje, no puede dejarse por fuera de las malas experiencias que vive la paciente en todo su momento de atención.

Tal y como mencionamos al inicio, es muy difícil hacer una valoración porcentual mediante una encuesta o cuestionario sobre la violencia obstétrica. Sin embargo, los hallazgos reportados en este estudio, serán útiles para poder mejorar en la atención de las pacientes que acuden a la atención hospitalaria de su condición de embarazo, parto y postparto.

Fortalezas del estudio.

La fortaleza de este estudio es el haberse realizado por primera vez un estudio de reconocimiento de frecuencia de la violencia obstétrica en nuestros hospitales, ya que la mayoría de estudios realizados son de tipo cualitativo, y en la literatura consultada se encontraron muy pocos. Además que se logran definir los momentos en que la mujer es maltratada durante la atención de su trabajo de parto, lo cual servirá para demostrar a las autoridades hospitalarias donde están las debilidades encontradas y estas convertirlas en fortalezas, orientando al personal de salud donde están las fallas y mejorarlas para brindar una mejor calidad de atención a las embarazadas. Por otro lado, hay que notar que otra fortaleza es que abordar a la paciente en el período inmediato posterior a su atención, el conocimiento en su memoria está actual, evitando así tener el sesgo de memoria en caso de realizarse con mucho tiempo posterior a la atención de la misma. Se considera que otra fortaleza fue haber unido varias entrevistas, encuestas o cuestionarios encontrados en la búsqueda de información y hacer un abordaje más completo de las situaciones a las que se enfrenta la embarazada durante su atención por el personal de salud.

Limitaciones del estudio.

Las limitaciones del estudio, observamos que las mujeres en el momento inmediato, algunas se podían sentir adoloridas y con ganas de no contestar, o con el temor de volver a ser maltratadas o mal atendidas en caso que la información brindada se conociera por otra persona que no fuera el investigador. Otra limitación, es que, al no haber en este momento una encuesta o cuestionario validado por alguna institución de salud u organismo gubernamental o de salud, se hace difícil indagar las áreas más sensibles que puedan percibirse como violencia a las embarazadas durante su atención.

Conclusiones

Las **características socioepidemiológicas** de las pacientes que predominaron fueron: el grupo etario 20 a 34; estado civil unión libre; procedencia urbana; ocupación ama de casa; escolaridad secundaria completa; paridad de 2 o más hijos.

La **prevalencia** de pacientes que sufrieron violencia obstétrica en general fue de 11.7%.

El personal de salud que generó maltrato fueron: en Bluefields médicos Obstetras y enfermeras. En León médicos residentes y enfermeras.

En los períodos de preparto, parto y postparto, las pacientes se quejaron de:

- No se les asesoró para decidir parir por parto o cesárea.
- No se les indicó los beneficios del parto ni los riesgos de la cesárea
- Se les impidió estar acompañadas de algún familiar
- Se sintieron infantilizadas por el equipo médico siendo incapaces de tomar decisiones.
- Fueron criticadas por expresar sus emociones.
- Se les hizo difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque les respondían de mala manera.
- Sufrieron múltiples tactos vaginales repetidos por el mismo médico o diferentes personas.
- Fueron obligadas a quedarse en cama sin poder adoptar otras posiciones.
- Les comprimieron el abdomen al momento de pujar para expulsar a su hijo.
- Se les practicó cesárea sin su consentimiento.
- No se les permitió el contacto inmediato con su hijo recién nacido.

Recomendaciones

La mejor forma de controlar la violencia obstétrica es su prevención, mediante capacitación al personal de salud por medio de servicio humanista y empático, cumpliendo los principios de atención respetuosa y digna a la embarazada que se presenta a los centros de atención.

Al ministerio de salud debe capacitar a todos los niveles de atención al personal de salud para brindar atención de parto de calidad y con calidez, empatía y humanismo.

A las autoridades institucionales del HEODRA: Crear estrategias en conjunto con los Servicios de Obstetricia para el cumplimiento adecuado del parto humanizado contemplado en los protocolos de atención del parto.

Las universidades deberán brindar enseñanza a los estudiantes, internos y residentes mediante talleres y charlas informativas para identificar, prevenir y hacer conciencia acerca de la violencia obstétrica, sus consecuencias en la mujer y los beneficios de prevenirla. Así mismo, llevar a cabo supervisiones periódicas sobre la calidad de atención dentro de los servicios.

A futuros investigadores, incentivarlos a seguir indagando y concientizando la importancia de la violencia obstétrica y su impacto tanto para la mujer como para toda la población.

Referencias

1. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2013;73:171-80.
2. Soto-Toussaint LH. Violencia Obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2016;39(Abril-Junio):S55-S60.
3. Velasco IGM, López RJ. Violencia obstétrica: percepción de la mujer en la atención de parto en dos hospitales rurales de la zona nahua-mixteca Primer Congreso sobre Violencia de Género contra las Mujeres 2017.
4. Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*. 2020;26(6-7):555-72.
5. Quattrocchi P, Magnone N, Arguedas Ramírez G, Berrio Palomo LR, Castro R, Grilo Diniz CS, et al. Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina 2020. Available from: https://www.academia.edu/43238723/Violencias_m%C3%A1s_all%C3%A1_del_espacio_familiar_y_rutas_de_la_inconformidad_La_violencia_obst%C3%A9trica_e_institucional_en_la_vida_de_mujeres_urbanas_e_ind%C3%ADgenas_en_M%C3%A9xico.
6. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Campo AMP, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 2019;51:135-46.
7. Davila-Alonso O, Esquivel-Muñoz E, Torres-Godoy E. Significados y factores asociados a la violencia obstétrica sufrida por usuarias en los servicios de obstetricia del HEODRA, agosto a octubre 2020: un abordaje fenomenológico.: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León; 2020.
8. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2015;75:081-90.
9. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):600.
10. Guerrero-Sotelo RN. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. In: Orellana-Centeno JE, Lamas-Carlos J, Hernández Arzola LI, Gutiérrez-Bustamante A, editors. Perception of obstetric violence in Oaxaca. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc: Instituto Mexicano de Seguro Social*; 2020. p. 301-9.
11. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21).
12. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):56-64.
13. Fuentes-Rodríguez E. Violencia obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: Retos para la gerencia de la salud y la tutela de los derechos reproductivos.: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNFPA). 2021.

14. Ministerio de Salud N. Norma de humanización del parto institucional. Normativa 042. In: Dávila Murillo C, Barrantes M, editors. Managua, Nicaragua 2010.
15. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.
16. Sevilla-Gutierrez I. Violencia contra la mujer en el embarazo y complicaciones materno-fetales, pacientes ingresadas en el Hospital Alemán Nicaragüense. Septiembre a diciembre 2014.: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2014.
17. PAHO PAHO. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. 2017.
18. Maldonado-Laguna MI. Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en atención del embarazo, parto y puerperio. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2018.
19. Espinoza Reyes E. Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana, México. Tijuana, B.C., México: El Colegio de la Frontera Norte; 2019.
20. Vallana Sala MVV. "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia.: Revista Ciencias de la Salud [internet]; 2019. p. 128-44.
21. Quevedo P. Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género. Internet: Universidad Nacional de Cuyo; 2012.
22. Pineda Guerrero CdC, Valdez Ureña AJ. Violencia Obstétrica. Repositorio Institucional RI-UNPHU: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2020.
23. Martín-Forero Santacruz A. Prácticas de violencia obstétrica en Ecuador. Posibles acciones de la Cooperación Internacional. Repositorio documental Universidad de Valladolid - UVa: Universidad de Valladolid; 2020.
24. Lemus Diaz LF, Cabrera Ramírez KMM. Percepción de las mujeres acerca de la violencia obstétrica. Repositorio del Sistema Bibliotecario Universidad de San Carlos de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2017.
25. Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas.2021; 38(2):[209-23 pp.]. Available from: <http://www.ciiipme-conicet.gov.ar/ojs/index.phpjournal=interdisciplinaria&page=article&op=view&path%5B%5D=634&path%5B%5D=pdf>.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

Consentimiento informado

**“Prevalencia y factores asociados a violencia obstétrica en las mujeres atendidas
Obstetricia del HEODRA León y el Hospital Ernesto Sequeira Blanco de
Bluefields. Abril a junio 2022”.**

Estamos realizando un estudio en las mujeres que recibieron maltrato durante la atención de su parto en el servicio de Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) en la ciudad de León y en Obstetricia del Hospital Ernesto Sequeira Blanco de la ciudad de Bluefields, en el período de abril a junio del 2022.

Usted debe saber que esta información será confidencial y anónima, por lo que no se utilizará su nombre, y bajo ninguna circunstancia se dará a conocer sus datos. La información que se obtenga será meramente con fines científicos, su participación es voluntaria y no tendrá ninguna repercusión, daño ni perjuicio en su atención si usted se rehúsa a participar. Así mismo se le orienta que en cualquier momento durante el llenado de la entrevista, puede abandonar libremente.

Se le realizará un cuestionario en el que se incluyen preguntas sobre su atención del parto por el personal de salud (atención de enfermeras y médicos).

La información recolectada sin percibir algún incentivo por algunas de las partes y será utilizada además para reforzar positivamente la buena calidad de atención obstétrica a las pacientes en el momento más crítico de su atención en embarazo y parto.

Yo, _____ (iniciales), en pleno uso de mis facultades, aceptó participar en este estudio entendiendo que mi participación es voluntaria, que no se dará a conocer mi nombre y que esto no afectará mi atención si participó, o que me puedo retirar en cualquier momento.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

Encuesta

**“Prevalencia y factores asociados a violencia obstétrica en las mujeres atendidas
Obstetricia del HEODRA León y el Hospital Ernesto Sequeira Blanco de
Bluefields. Abril a junio 2022”.**

Buenos días. El cuestionario que aquí se le presenta, tiene como finalidad recolectar información en las mujeres que recibieron maltrato durante la atención de su parto en el servicio de Obstetricia del HEODRA en la ciudad de León, o en Obstetricia del Hospital Ernesto Sequeira Blanco de la ciudad de Bluefields.

Usted debe saber que esta información será confidencial y anónima, por lo que no se utilizará su nombre, y bajo ninguna circunstancia se dará a conocer sus datos. Se le solicita responder con toda tranquilidad, ya que será de mucha ayuda su colaboración. Gracias.

¿Siente ud que sufrió maltrato / violencia durante su atención? Si ____ No ____

Ciudad de procedencia de la paciente: Bluefields ____ León ____

Datos Generales.

1. Edad: ____ años
2. Estado civil: Soltera ____ Unión libre ____ Casada ____
3. Procedencia: Rural ____ Urbana ____
4. Ocupación: Estudia ____ Ama de casa ____ Trab Indep ____ Asalariada
5. Escolaridad: Ninguno ____ 1ria incomp ____ 1ria Comp ____
2ria incomp_ 2ria comp ____ Universit ____
6. Número de hijos: _____

Factores asociados a violencia obstétrica en mujeres postparto.

Por favor marque con una “X” según su mejor respuesta, todas las opciones deben ser marcadas:

Ítem	Si	No	NA
7. ¿Quién del personal de salud que la atendió fue quien más sintió usted que te dieran mal trato?			
8. Camillero			
9. Estudiante			
10. Enfermera			
11. Médico interno			
12. Médico residente de Obstetricia			
13. Médico especialista de Obstetricia			
14. Médico especialista Anestesiólogo			
Mientras estaba internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto (preparto):			
15. ¿Te asesoraron de manera que pudiera decidir cómo dar a luz, ya sea por parto normal o cesárea?			
16. ¿Te permitieron bañarte o acceder a otro tipo de higiene antes del parto?			
17. ¿Te indicaron los beneficios del parto normal?			
18. ¿Te indicaron los riesgos del parto por cesárea?			
19. ¿Te ignoraron o se negaron a brindarle información durante la labor del parto?			
20. ¿Se dirigían hacia usted por su nombre?			
21. ¿El personal de salud hizo comentarios irónicos o en tono de chiste por tu comportamiento?			
22. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda, hija) o diminutivos (p.e. mamita, gordita, hijita, etc.) o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estaban atravesando? – Gritona			
23. ¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto?			
24. ¿Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones (llorar, gritar, dolor, alegría, etc.) durante el trabajo de parto y/o el parto?			

25. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?			
26. ¿Se te impidió estar acompañada con algún familiar o alguien de tu confianza durante el proceso?			
27. ¿Pidió usted a esta persona?			
28. ¿Qué respuesta le dieron?			
29. ¿Te negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin consultarte o sin darte una explicación?			
¿Te realizaron algún procedimiento médico sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios?			
30. ¿Te realizaron rasurado de genitales sin consultarte?			
31. ¿Te realizaron lavado intestinal o enema sin consultarte?			
32. ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?			
33. ¿Te realizaron rotura de bolsas sin consultarte?			
34. ¿Te administraron medicamentos para apurar el parto (cómo suero)?			
35. ¿Te explicaron para qué era?			
36. Tactos vaginales repetidos y realizados por el mismo médico?			
37. Tactos vaginales repetidos y realizados por diferentes personas?			
38. Lo suyo fue: Parto _____ - continúe en la preg. 40			
39. Lo suyo fue: Cesárea _____ - continúe en la preg. 48			
Mientras estaba en el parto:			
40. ¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?			
41. ¿Te explicaron la posibilidad de tomar otras posiciones?			
42. ¿Te apretaron o comprimieron el abdomen (barriga) en el momento de los pujos?			
43. ¿Te realizaron corte vaginal o episiotomía sin su consentimiento?			
44. ¿Te colocaron anestesia para realizarte el corte vaginal o episiotomía?			

45. ¿Te explicaron para qué era el corte vaginal o episiotomía?			
46. ¿Durante la realización de las puntadas para la reparación del corte vaginal te negaron anestesia aun sintiendo dolor?			
47. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza en el momento del parto?			
48. ¿Te permitieron el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido/a (para acariciarlo, tenerlo en tus brazos, darle de mamar, etc.) antes de que se lo llevara el/la pediatra para control?			
49. ¿Te realizaron cesárea?			
50. ¿Te realizaron la cesárea sin tu consentimiento?			
51. ¿Te explicaron por qué había que realizarte cesárea?			
52. ¿Te hicieron raspado del útero sin anestesia?			
53. ¿Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños)?			
54. ¿Te dejaron sola o sin asistencia en algún momento del parto?			
Después del parto:			
55. ¿Te hicieron sentir que no habías «colaborado»)?			
56. ¿Podría decir usted que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?			
57. ¿Se te obligó la necesidad de utilizar algún método de control de natalidad (DIU, inyectable de tres meses, ligadura de trompas, etc.).			
58. ¿Te colocaron algún método anticonceptivo o te operaron para no tener más hijos sin tu consentimiento?			
59. ¿Te negaron la posibilidad de algún procedimiento de control de natalidad como la ligadura de trompas?			
60. ¿Te pasó algo que considera violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos durante la atención del trabajo de parto que no haya mencionado?			
61. ¿Cuál?			
62. ¿Sentiste que respetaron tu privacidad durante el postparto?			

Muchas gracias por su participación.



Hereby Certifies that

VALEZKA GOMEZ

has completed the e-learning course

**ESSENTIAL ELEMENTS OF
ETHICS**

with a score of

96%

on

07/04/2021

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions



**MULTI-REGIONAL
CLINICAL TRIALS**

THE MRCT CENTER OF
BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
and HARVARD

Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 822d1eb3-1add-4437-8e2c-f2261a4441b0 Version number 0