UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

A C T A

TG-2024-08-14

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ANTONIO RUSSO Prof. NEOBIS MORALES y Prof. YUSMELYS CARABALLO, Reunidos en: Sala de Tecnologia educativa del decanato UDO Bolivar,
a la hora: 11:30am
Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES PUÉRPERAS. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR.
MAYO – JULIO 2023.

Del Bachiller **ACOSTA LATAN ANDREINA CAROLINA** C.I.: 25511453, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO		**APROBADO**		**APROBADO MENCIÓN HONORIFICA**		**APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÒN**	✓

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 11 días del mes de JULIO de 2.024

Prof. ANTONIO RUSSO
Miembro Tutor

Prof. NEOBIS MORALES
Miembro Principal

Prof. YUSMELYS CARABALLO
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
Coordinador comisión Trabajos de Grado

UNIVERSIDAD DE ORIENTE NUCLEO BOLIVAR COMISION TESIS DE GRADO ESCUELA DE MEDICINA

ORIGINAL DACE

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

A C T A

TG-2024-08-14

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ANTONIO RUSSO Prof. NEOBIS MORALES y Prof. YUSMELYS CARABALLO, Reunidos en: Sala de Tecnología educativa del decanato UDO Bolívar,
a la hora: 11:30 am
Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES PUÉRPERAS. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR.
MAYO – JULIO 2023.

Del Bachiller **MATA CARDONA MERCEDES NATHALY** C.I.: 25811177, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO		**APROBADO**		**APROBADO MENCIÓN HONORIFICA**		**APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÒN**	✓

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 11 días del mes de Julio de 2.024

Prof. ANTONIO RUSSO
Miembro Tutor

Prof. NEOBIS MORALES
Miembro Principal

Prof. YUSMELYS CARABALLO
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
Coordinador comisión Trabajos de Grado

UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO BOLIVAR COMISION TESIS DE GRADO ESCUELA DE MEDICINA

ORIGINAL TESISTA

UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO BOLÍVAR

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Dr. Francisco Battistini Casalta"

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES PUÉRPERAS. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR ESTADO BOLÍVAR. MAYO – JULIO 2023.

Tutor:

Dr. Antonio Russo

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Acosta Latan, Andreina Carolina

C.I. 25.511.453

Br. Mata Cardona, Mercedes Nathaly

C.I. 25.811.177

Como requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

Ciudad Bolívar, mayo de 2024.

ÍNDICE

ÍNDICE ..... **iv**
DEDICATORIA ..... **v**
DEDICATORIA ..... **viii**
AGRADECIMIENTOS ..... **x**
AGRADECIMIENTOS ..... **xii**
RESUMEN ..... **xv**
INTRODUCCIÓN **1**
JUSTIFICACIÓN **10**
OBJETIVOS **11**
OBJETIVO GENERAL 11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 11
METODOLOGÍA **12**
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 12
UNIVERSO 12
MUESTRA 13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN 13
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 13
PROCEDIMIENTOS 13
ANÁLISIS ESTADÍSTICO 15
RESULTADOS **16**
TABLA 1 17
TABLA 2 18
TABLA 3 19
TABLA 4 20
TABLA 5 21
DISCUSIÓN **22**
CONCLUSIONES **26**
RECOMENDACIONES **27**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **29**
APÉNDICES **35**
APÉNDICE A 36
APÉNDICE B 37
APÉNDICE C 38
ANEXOS **40**
ANEXO A 41

DEDICATORIA

Dedico uno y cada uno de mis logros a Dios, quien es mi padre protector, mi roca y mi sustento, quien me dio las fuerzas cuando sentía desmayar, me sostuvo siempre con su profundo amor, haciendo de mi vida y de mi carrera un milagro constante, dándome templanza para que ninguna circunstancia me sobrepasara.

Dedico este logro a mi madre, Carolina Latan, quien por medio del ejemplo me enseñó lo importante de perseverar, de ser resiliente, disciplinada, trabajadora, quien ha dado todo y más para que yo pueda alcanzar mis metas, cubriéndome siempre con sus oraciones, inspirándome cada día a superarme y a no dejar de confiar en mis capacidades. La vida no me alcanzara para retribuirte tanto, te amo con todo mi corazón.

A mí hermano Luis Acosta, quien cuido de mi como un padre, aconsejándome y direccionándome por buenos caminos, quien aún en la distancia también celebra mis logros como suyos, gracias por ser el mejor hermano mayor que alguien pueda desear y ser un gran ejemplo de lucha para mí.

A mí esposo Eber Moreno, quien apostó desde el primer día por mí, viendo en mi un potencial que en ocasiones yo no veía, quien ha sido mi cable a tierra, un soporte, un refugio. Su amor sin saber me ha rescatado tantas veces de días difíciles, sus palabras de ánimo cuando todo se ponía cuesta arriba fueron combustible para continuar. Su compañía y sus consejos han sido clave en cada uno de mis éxitos. Doy gracias por su paciencia, comprensión, por haber permanecido y ser el mejor equipo que alguien pueda desear. A Dios gracias por concederme la dicha de ser su esposa.

A mí familia Latan, quien siempre me ha inculcado que el trabajo honrado trae recompensas, que debemos esforzarnos para ser grandes en la vida, gracias por haberme apoyado e impulsado a ser una mujer profesional.

A la familia Moreno Vargas, Mi suegra, cuñados, en especial a mi suegro que, aunque físicamente ya no está, siempre me hizo saber cuan orgulloso estaba de mí, amándome como a una hija más, sé que estaría muy feliz y eso me reconforta.

A mis compañeros durante la carrera, que pronto se convirtieron en amigos, con quiénes compartí risas, lágrimas, horas largas de desvelo mientras estudiábamos, viajes, comidas. Todo fue más fácil de sobrellevar gracias a ustedes, Fiama Chirgüita, Milagros Freites, Floranny Figueroa, Marcos Martínez, Leonard Hurtado. Gracias por abrirme las puertas de su casa, de su familia, simplemente gracias por estar.

A mis amigas Arianna Acuña, Yerismar Jiménez, más que amigas, unos ángeles que Dios puso en mi camino, haberlas conocido fue de las satisfacciones más grandes que me dejó la UDO, en mi corazón está tatuado todo lo que vivimos, días buenos, no tan buenos, pero siempre juntas y apoyándonos en todo. Es una dicha tener amigas tan inteligentes que solo te inspiren a ser mejor, dónde no existe la mala intención, ni la competencia, solo admiración la una por la otra, gracias por ser tan especiales, su amistad es un regalo del cielo.

A mí amiga, compañera de residencia y ahora comadre Francelys Jiménez, con quién compartí y aún comparto tantas anécdotas, pronto te ganaste un espacio en mi corazón y en mi vida, tu amistad es muy valiosa para mí, tu compañía hizo muchos días más llevaderos. Pido a Dios nos de la dicha de compartir muchos más momentos y vernos crecer en todos los ámbitos de nuestras vidas.

A mí amiga y compañera de tesis Mercedes Mata, solo bastó un día para saber que tendríamos una amistad genuina, Dios nos unió con un propósito especial, en poco tiempo vivimos días maravillosos que siempre tendré atesorados en mi corazón, siempre la una para la otra ante cualquier situación, reímos juntas, pero también lloramos juntas. Admiro la mujer que eres, eres una belleza integral, gracias por depositar en mi tu confianza, gracias por mostrarme que la amistad no se mide por los años, sino por la calidad de momentos.

A los Pastores, Luis Sarmiento y Arsira de Sarmiento, quienes oraron tantas veces por mi cuando sentía que las fuerzas se agotaban, siempre tenían una palabra para reconfortarme, siempre estaré agradecida.

Andreina Acosta

DEDICATORIA

Este trabajo, primeramente, se lo dedico a Dios, el creador y materializador de sueños por excelencia, el que día y noche me sostuvo y dio compañía. Aquel que colocó en mi corazón el sueño de ser médico y que además de ello me otorgó el coraje y la resiliencia de luchar por él hasta alcanzarlo.

A mis padres, Francisco Mata y Cruz Cardona, por darme la vida, formarme como un ser humano noble con principios y valores, por inculcar en mí el amor al prójimo, por su bondad y amor para conmigo todos los días de mi vida, por ser mi pilar, apoyo, consuelo y fortaleza. Por creer en mí y en todo mi potencial, por apostar a mis sueños tanto como yo. A ustedes les debo lo que he sido, lo que soy y lo que seré. Gracias, por tanto, los amo.

A mis hermanas, Nelimar y Mary por ser pieza clave en mi vida, por sus cuidados, apoyo, por creer en mí y darme ánimos las veces que lo he necesitado.

A mi novio, Jesús Acosta, quien ha estado conmigo desde el inicio de la carrera, por su paciencia y amor a lo largo de todo este tiempo, por apoyarme, impulsarme a cumplir mis sueños y alentarme a nunca darme por vencida. Por convertirse su amor en parte del motor que me impulsó a cumplir mis sueños, por ser la compañía idónea y mi familia de dos a lo largo de todo este recorrido.

A las amigas que me regaló la carrera y que con el pasar del tiempo se convirtieron en hermanas: Yanurbis Hernández, Luisaurys Ramírez, Mailuz León, Carelys Ron, Estefanía Calzadilla. Sin ustedes el camino no hubiese sido igual, gracias por su apoyo y compañía.

A mi amiga y compañera de tesis Andreina Acosta, quien en poco tiempo se convirtió en una hermana de vida, la que con su ángel logró ganarse mi cariño y admiración. Una mujer excepcional en todo el sentido de la palabra, gracias siempre por tu amistad y por haber llegado a mi vida, Dios no se equivocó al juntarnos.

Mercedes Mata

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Todopoderoso por el milagro de la vida, doy gracias por la salud y la provisión que ha enviado para que yo avanzara hasta cumplir mis metas, reconozco que sin su presencia en mi vida no hubiese podido, entendiendo que no es en mis capacidades, sino con las fuerzas que él me ha dado. Todo lo que soy y lo que seré es por él y para él.

Agradezco a mi familia, madre, esposo, hermano, tíos, primos, suegros, cuñados, quienes han demostrado siempre cuan orgullosos están de mí y contribuyeron de alguna manera durante este largo y maravilloso camino.

A mis amigos quienes son la familia que la UDO me regaló, compañeros de lucha motivados por un mismo propósito, a quienes les deseo siempre el mayor de los éxitos en sus proyectos.

A las madres de mis amigas, que muchas veces tenían un abrazo, un consejo, una oración y un plato de comida caliente para mí.

A mí grupo durante el internado rotatorio, pese a tener temperamentos muy diferentes, hicimos un excelente equipo, Milagros Acuña, Grecia Alcantará, Maghluis Arévalo, Nordelia Barrios, solo nosotras sabemos lo que costo avanzar frente a cada reto, pero con ayuda de Dios los superamos. No cambiaría absolutamente nada, les deseo el mayor de los éxitos. Los días duros nos dejaron muchas enseñanzas.

A Mí gran Universidad de Oriente, de la cual me enorgullezco, que ha dejado huellas imborrables y un legado en cada uno de los que hemos tenido la dicha de

pertenecer. A los grandes maestros que hacen vida en ella y siguen apostando a la educación y la academia.

Al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, que fue mi casa de formación durante tantos años.

Al Dr. Antonio Russo, mi tutor de las asignaturas Ginecología I y II, excelente maestro y ser humano. Quien además es mi tutor de trabajo de grado, lo cual me hace sentir sumamente orgullosa.

A mis compañeros durante la carrera, con quiénes conviví tantas horas de mi día a día. El primer grupo de la lista, nuestros apellidos nos llevaron a compartir muchas cosas, que a veces nos veíamos más tiempo de lo que compartíamos incluso con nuestra familia, haciendo siempre un espacio para hacer catarsis, deseo mucho éxito para todos.

Y a todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron durante este recorrido, me tendieron la mano, me dieron una palabra de aliento, oraron por mí.

Simplemente; GRACIAS

Andreina Acosta

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por mi vida y salud, por los ángeles que colocó en mi camino para que este fuese más llevadero. Por las bendiciones que permitió y permite en mi vida, por otorgarme sabiduría para afrontar las vicisitudes, coraje para no desfallecer ante los obstáculos y el ímpetu de levantarme ante una caída. Por haberme brindado la oportunidad de cumplir una de mis más anheladas metas, formarme como médico cirujano.

Agradezco a mi madre Cruz Cardona, porque sus oraciones jamás me faltaron, por ser clave en ésta y todas las etapas de mi vida. Por nunca rendirse y jamás dejarme sola. Por comprender cada lágrima, por su apoyo constante e incondicional y por ser mi compañera fiel. Por las comidas calientes y preparadas con amor, por mi bata blanca y planchada para que siempre luzca impecable, por los trasnochos, y por ser mi fan número 1. Sin tus porras, jamás hubiese podido mami.

A mi padre Francisco Mata, por su calma y serenidad. Por heredarme su forma de ser, por creer en mí y dejarme volar. Por no permitirme rendirme jamás, por respetar sin cuestionar mis decisiones. Por su salud y presencia en mi vida.

A mis hermanas porque este logro también es para ustedes. Por ser apoyo y fortaleza a lo largo de todo este camino, por respetar mis tiempos, y valorar mis esfuerzos. Por incluirme en sus oraciones, por estar y creer en mí.

A mis sobrinos: Sabina, Flavia, Jonathan, Isabela, Emmanuel y Alma, por amarme y comprender la ausencia constante de tía por sus estudios.

A la familia Acosta Stuch por quererme como a otra hija, por orientarme, aconsejarme, y estar para mí a lo largo de toda mi carrera.

A mi cuñado Alberto, por ser partícipe y colaborador en mi formación.

A la Sra. Belkys, por ser de gran apoyo para mí. Por cuidarme como una segunda madre, por brindarme su cariño y compañía.

A quienes fueron mis compañeras de estudio y luego amigas: Zunielis Manaure, Eylen Marcano, María Mora y Luisa La Rosa. Sin ustedes el capítulo final de este recorrido jamás hubiese sido igual.

A mis compañeros de internado quienes se ganaron mi cariño y respeto: Carline, Valentina, Sebastián y Angélica.

A mis amigas y vecinas: Ismaria e Ysairelis por acompañarme en parte del trayecto, por brindarme su cariño y compañía.

A dos de mis grandes amigos María Fernanda y José Gregorio porque a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes, por su amor y apoyo incondicional.

A mi tutor y ejemplo a seguir Dr. Antonio Russo, por la paciencia, las enseñanzas, y por inculcarme el amor a la ginecología. Por recordarme el lado humanitario de la carrera, la ética, el compromiso y amor por los pacientes.

A mi casa de estudio la Universidad De Oriente, por permitirme formarme en ella y ser orgullosamente udista.

Al Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” donde crecí y me formé, y en quienes laboran grandes profesionales, dignos de admiración y respeto quienes contribuyeron en mi formación dejando en mí su legado para toda la vida.

A todas y cada una de las personas que de manera directa o indirecta pusieron su granito de arena para que este sueño fuese posible, porque detrás de un gran médico siempre hay un equipo de apoyo, que lo impulsó a hacer sus sueños realidad. A todos ustedes muchas gracias.

Mercedes Mata

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES PUÉRPERAS. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. MAYO – JULIO 2023.

Tutor: Dr. Russo, A. Autores: Br. Acosta, A. y Mata, M.

2024

RESUMEN

La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y puerperio. **Objetivo**: Determinar la percepción de violencia obstétrica en pacientes puérperas ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de mayo a julio de 2023. **Metodología**: Estudio descriptivo, transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados**: Se encontró que; 65,0% (n=65) no refirió poseer conocimientos sobre la violencia obstétrica y 66,0% (n=66) refirió conocer la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Dentro de las características sociodemográficas; 52,0% (n=52) tenía entre 20-29 años de edad, con una media de 22,42 años; 41,0% (n=41) completó estudios de secundaria; el estado civil predominante fue concubinato con 65,0% (n=65); 63,0% (n=63) se ubicaban en el estrato III según la escala de Graffar y la vía de culminación del parto fue vaginal en 52,0% (n=52). Se encontró que 47,0% (n=47) de la muestra refirió haber sufrido violencia obstétrica y de estas en el 74,5% (n=35) se estima un nivel de violencia bajo. Por último, el personal de salud asociado principalmente a prácticas de violencia obstétrica fue el médico en 44,7% (n=21) de los casos. **Conclusiones**: Menos de la mitad de las pacientes puérperas percibieron trato que se considere violencia obstétrica en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Palabras clave: Violencia obstétrica, puérperas, paciente obstétrica.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno complejo, multicausal y en el que intervienen factores individuales, socioeconómicos, culturales y ambientales, como es el caso de los desastres naturales, tecnológicos y sanitarios, que provocan una repercusión negativa en el ser humano por las grandes secuelas que deja, tanto para el desarrollo de su personalidad como para la sociedad en general. Sus diversas formas y manifestaciones son de interés para la educación, la ciencia, la cultura y la comunicación (Rodríguez *et al.*, 2020). Existe además lo que se conoce como el triángulo de la violencia, y que establece la relación entre los tres tipos de violencia que se puede encontrar en la sociedad, como son la violencia cultural, la violencia estructural y la violencia directa (García, 2018).

La violencia cultural es de tipo simbólico, y se halla en las obras de arte, la ciencia, la religión, entre otras, es decir, en todas aquellas manifestaciones culturales dentro de una sociedad, creando un marco legitimador de estas actitudes, y reprimiendo o inhibiendo la respuesta de quienes las sufren. Ofrece incluso justificaciones para que los seres humanos se destruyan mutuamente en nombre de la religión, de la patria o de la supremacía (por motivos de raza, sexo, cultura) y hasta sean recompensados por hacerlo. No hay más que ver cómo las respuestas violentas en todos los niveles y en todos los ámbitos están normalizadas en los medios de comunicación, donde los ejércitos aparecen como la incuestionable vía principal de solución de los conflictos internacionales (García, 2018).

La segunda es la violencia estructural, se considera la más peligrosa, y se da por no ver satisfechas las necesidades que se tienen (supervivencia, libertad, bienestar, identidad), por permitir desigualdades e injusticias. Se origina en estructuras sociales, y es la violencia que más mata y afecta a más personas. La responsabilidad de la

violencia estructural muchas veces está tan diluida que dificulta muchísimo su identificación y el poder actuar sobre ella (García, 2018).

Por último, está la violencia directa que es aquella que se realiza sobre las personas, ya sea física o verbalmente. Es el tipo de violencia más evidente, puesto que es la que se ve, y esa visibilidad la hace más fácil de identificar y por tanto de combatir. Pero la violencia directa es en realidad como la punta de un iceberg, ya que ésta se asienta sobre las otras dos. Se trata de la manifestación de algo, no su origen, y es en los orígenes (es decir, en los dos otros tipos de violencia) donde deben buscarse las causas para actuar de raíz (García, 2018).

La violencia directa se asienta, por lo tanto, en la violencia estructural y se justifica por la violencia cultural. Si se observa cualquier abuso de poder sobre un grupo oprimido, o cualquier situación de injusticia social se verá cómo existirán siempre discursos que justifiquen dichas situaciones (Arguedas, 2014).

Sus efectos limitan la vida de las personas y el disfrute libre y selectivo de las actividades cotidianas y del establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas sobre la base del respeto a los derechos humanos, la paz y la solución de conflictos de manera pacífica. De manera especial, la violencia que afecta a las personas de menor edad, donde repercute en el establecimiento de las relaciones interpersonales con las personas adultas con las cuales interactúan y con sus coetáneos, agudizan los estados socioemocionales adversos en las personas y en particular en las niñas, niños y adolescentes, embarazadas y personas de tercera edad, lo que puede provocar el aumento de situaciones de violencia en la escuela, la familia y en la comunidad, siendo la mujer el género más susceptible ante todo ello (Terán *et al*., 2013). La violencia de género está asentada igualmente en su vertiente estructural/cultural, siendo sólo la directa la que normalmente se ve:

La violencia contra las mujeres es estructural, no se trata de una obra de personas enfermas, sino que se debe a cómo se plantean en nuestra sociedad las relaciones entre hombres y mujeres, esto es, los maltratadores son una consecuencia más del patriarcado. Las estructuras sociales arropan ese tipo de violencia porque fomentan la desigualdad entre géneros, asignando diferentes roles a hombres y mujeres y defendiendo directa o indirectamente la superioridad de los unos sobre las otras (García, 2018).

La violencia contra las mujeres es cultural. Estas desigualdades están tan interiorizadas que forman parte del sistema de creencias de buena parte de la población, en mayor o menor medida, identificándolas con «diferencias naturales», con lo que se aceptan como algo inevitable en vez de pensar que resultan de índole social y, por ello, susceptibles de ser cambiadas (Arguedas, 2014).

Si las mujeres, en casi todas las culturas, son tratadas como inferiores, y acaban asumiéndolo como una realidad, aunque sea a nivel inconsciente, verán como algo «natural» el que se las trate como a seres inferiores. Desde su más tierna infancia se ven abocadas a un sentimiento de culpa, y con ello, a una victimización. Por ello, las mujeres se ven fragmentadas, y pasan de «estar» enfermas a «ser» enfermas (García, 2018).

La violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que es la trasgresión más frecuente de los derechos humanos, y se constituye en un problema de salud pública que genera altos costos tanto económicos como sociales. Este tipo de violencia es un hecho frecuente dentro de las familias, en el lugar de trabajo, en la escuela, en la sociedad en general. La falta de información, el silencio, el miedo y la vergüenza la perpetúan. También la mantienen la ausencia de leyes adecuadas para erradicarla, las imágenes agresivas en los medios de comunicación, la explotación sexual de mujeres y niñas, el uso de la violencia contra ellas como arma de guerra, son uno de los ejemplos básicos de violencia, sin embargo, existe la violencia

obstétrica que deriva de la violencia contra la mujer durante el proceso de gestación y/o parto (Rodríguez *et al.*, 2020).

La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto como psicológica infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones (Arguedas, 2014).

Otra cuestión expuesta por los autores que buscan comprender el fenómeno de la Violencia Obstétrica (VO) es el concepto estereotipado de género socialmente difundido, en que la mujer, vista como sexo frágil, necesita ser mantenida sobre una autoridad patriarcal (en ese escenario, el médico), que va a decidir lo que es mejor para ella, transformando el nacer en un acto centrado en el profesional y pasible de las prácticas violentas (Barbosa y Modena, 2018). La asistencia al parto y al nacimiento a lo largo de décadas, fue marcada por cambios significativos ocasionados por el proceso de institucionalización, que trajo una intensa medicalización del cuerpo femenino, promoviendo su desfragmentación, despersonificación y patologización, además de generar la utilización abusiva de intervenciones desnecesarias en la mujer y en el bebé (Sena y Tesser, 2017).

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 y las mujeres embarazadas, 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 sus derechos humanos (Soto, 2016).

La violencia sobre la salud reproductiva tiene relación, por un lado, con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos y, por otro, es inseparable de la violencia de género. Se encuentra naturalizada en la sociedad patriarcal, entendiendo al patriarcado como un orden sociocultural que genera y legitima relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, e inclusive mujeres sobre las mujeres que se expresan en múltiples formas de desigualdad, discriminación y violencia a nivel obstétrico. A través del dominio se construyen y legitiman privilegios para los varones en muchos casos, obtenidos del trabajo gratuito y explotación de las mujeres, negando y menoscabando el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos por parte de ellas (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010).

En ese contexto asistencial, la mujer se torna elemento secundario en el escenario del nacimiento, sujeta al ambiente controlado, cercado por órdenes y protocolos institucionales que la segregan de su contexto social y cultural, así como la hacen desacreditar en su capacidad fisiológica de parir (Barbosa y Modena, 2018). En muchos casos, los profesionales de salud, vestidos de su autoridad técnico-científica y respaldados en las relaciones de poder y desigualdad entre las usuarias/mujeres, usan la autoridad para mantener la obediencia a las reglas, rompiendo con las interacciones humanas, lo que genera la fragilidad de los vínculos entre sus pacientes y la crisis de confianza en el cuidado que es prestado y lleva a la pérdida de la autonomía de la mujer y del libre derecho de decidir sobre su cuerpo (Bellón, 2015).

Esas relaciones son establecidas por la imposición de una autoridad unilateral, creando un terreno fértil para la consolidación de las diferentes formas de violencia

ejercidas durante la asistencia al trabajo de parto. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), en el mundo entero mujeres son asistidas de manera violenta, viviendo situaciones de malos tratos, falta de respeto, abusos, negligencias, violación de los derechos humanos por profesionales de salud, siendo más frecuente durante la asistencia al parto y al nacimiento (WHO, 2014). Regularmente, en las salas obstétricas, se encuentran mujeres semidesnudas en la presencia de extraños, solas en un escenario desconocido, en posición de sumisión total, piernas abiertas y levantadas, genitales expuestos, rutineramente separadas de sus hijos después del nacimiento (Fernández, 2015).

En los seres humanos cualquier situación que produzca adrenalina, va a inhibir la oxitocina y por ende el trabajo de parto. Esto sucede en las mujeres con el frío, la luz, el pudor al sentirse observadas, los tactos vaginales, los regaños y cualquier situación que produzca temor e inseguridad. La utilización de oxitócicos sintéticos y la anestesia epidural, también inhiben la producción de oxitocina natural. La adrenalina es contagiosa, se produce si al lado hay alguna persona que secrete adrenalina (otra parturienta, médico/a o enfermero/a nerviosos) (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010).

Hoy en día son frecuentes los relatos de violencia como la negación a la presencia do acompañante de su elección, falta de informaciones a las mujeres sobre los diferentes procedimientos ejecutados durante la asistencia, realización de cesáreas innecesarias; privación del derecho a la alimentación y la deambulación, exámenes vaginales rutineros y repetitivos sin justificativa, uso frecuente de oxitocina para acelerar el trabajo de parto, realización de episiotomía sin consentimiento de la mujer, maniobra de Kristeller, finalmente, todos esos eventos pueden llevar a daños permanentes de orden física, mental y emocional (Gómez *et al*., 2015). Ese escenario afecta especialmente mujeres de bajo nivel socioeconómico, de minorías étnicas expuestas al poder institucional y profesional, con características opresoras y

dominadoras que excluyen la subjetividad femenina como trazo esencial para la construcción de la asistencia centrada en la mujer y del ejercicio de su plena ciudadanía (Aguilar *et al.*, 2013).

La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género. Y la violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada lo que atenta gravemente contra los derechos de las mujeres (Reza, 2013). Las víctimas de violencia obstétrica suelen relatar cómo notaron una sensación creciente de pérdida de poder (haciéndolas sentir inferiores, como que no tenían voz), cómo se las ignoraba y cómo existía una falta total de empatía en distintos grados, desde insensibilidad hasta desdén y humillación directa de las pacientes (Arguedas, 2014).

En un estudio realizado por Terán *et al*. (2013) 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, 49,4 % fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante, solo 20,5 % percibió trato no violento. Entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz (23,8%). El trato deshumanizante fue percibido con más frecuencia por las gestantes tardías y las adolescentes. Los principales perpetradores señalados son las enfermeras y los médicos. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2 %) y la administración de oxitócicos (31,3 %). Este tipo de violencia fue percibido con más frecuencia por las adolescentes.

A más alto nivel de educación se observó menor percepción de violencia. Una de cada 4 usuarias conoce el término violencia obstétrica, y 1 de cada 5 sabe dónde denunciarla. Solo 12 % recibió información sobre el consentimiento informado y 17 % firmó un formulario. Conclusiones: Existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin

consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud. No se aplica de manera sistemática la obtención del consentimiento informado (Terán *et al*., 2013).

Son muchos los esfuerzos que el Estado venezolano ha realizado para garantizar que la mujer goce de los mismos derechos que tienen los hombres sin sentir que su dignidad e integridad sean perjudicadas y mucho menos maltratadas por sus parejas vulnerando sus derechos, evadiendo las leyes que se han creado al respecto. Sin embargo, se puede apreciar que constantemente se presentan denuncias sobre violencia contra la mujer, siendo Venezuela uno de los países donde existe un alto índice de este problema entre la población femenina (Marcano y Palacios, 2017).

En el año 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en definir legalmente la violencia obstétrica y en tipificarla como delito. El artículo 51 de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia determina que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 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 niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla 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 y practicar el parto por cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia).

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa, debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente

firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia).

En la "Maternidad Concepción Palacios" de Caracas, entre mayo y diciembre de 2011, Terán y Cols, realizaron un estudio clínico descriptivo, prospectivo y transversal, con el objetivo de evaluar la atención que recibieron las usuarias en relación a prácticas consideradas como violencia obstétrica, incluyendo a 425 puérperas a quienes se les aplicó una encuesta, cuyos resultados mostraron que el 66,8% manifestó haberle sido practicados procedimientos médicos sin el previo consentimiento informado, mientras 49,4 % recibieron algún tipo de trato deshumanizante, sobre todo por parte de las enfermeras y los médicos (Terán *et al*., 2013).

El embarazo y el parto son momentos de gran vulnerabilidad y, como en otros ámbitos en los que estamos en una posición de inferioridad y hay impunidad, surge la violencia hacia las mujeres. La judicatura, la fiscalía y los operadores jurídicos en general tienden a excluir a las mujeres embarazadas, consciente o inconscientemente, de las leyes que protegen los derechos humanos frente a las aplicaciones de la medicina. El argumento implícito y falso, es que sometiendo a las gestantes a la autoridad médica se protege a sus hijos. Este artículo sostiene que la violencia obstétrica es una categoría más de violencia hacia la mujer (Fernández, 2017).

En Venezuela, a pesar de la existencia de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se tiene poca información sobre la problemática que día a día viven muchas de las pacientes embarazadas en hospitales públicos y privados del país. En vista a todo ello se plantea la siguiente interrogante: ¿Existe violencia obstétrica hacia las pacientes puérperas que se encuentren recluidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez?

JUSTIFICACIÓN

La violencia de género constituye un problema de salud pública, ya que diversos estudios han demostrado cómo las víctimas tienen en general peor salud, tanto mental como física de prolongarse esta acción en función del tiempo, siendo muy susceptible el sexo femenino ante todo ello, generando graves consecuencias en cada una de estas personas (García, 2018).

Las mujeres consideradas como víctimas de violencia obstétrica presentan diversos cuadros médicos en su salud, tanto físicos (secuelas sexuales, dolor, incontinencia, problemas con la lactancia) como emocionales (síndrome de estrés postraumático, depresión postparto, rechazo a ser tocada). Dado que este hecho o acción se considera como un trato deshumanizado, cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante que es ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no (Galimberti, 2015).

En base a todo lo anterior descrito se plantea la siguiente interrogante ¿La realización de este trabajo determinará la percepción de violencia obstétrica que pudiera estar presente en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la percepción de violencia obstétrica en pacientes puérperas ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de mayo a julio de 2023.

Objetivos específicos

1. Agrupar a las pacientes según el nivel de conocimiento de la violencia obstétrica y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

2. Clasificar las pacientes según sus características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, estado civil y estrato socioeconómico).

3. Establecer la vía de culminación de la gestación (parto vaginal o parto por cesárea).

4. Determinar el nivel de violencia obstétrica percibido por las pacientes entrevistadas.

5. Identificar el personal asociado a violencia obstétrica.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación el nivel fue de tipo descriptivo ya que comprende a la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza y composición o procesos de los fenómenos bajo estudio (Tamayo y Tamayo, 2002), también fue de cohorte transversal, ya que exhibe el conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación de espacio y de tiempo determinado, se describe el fenómeno sin introducir modificaciones (Arias, 2012). Por otro lado, el diseño fue de campo, ya que los datos se obtuvieron directamente de las pacientes post parto que se encontraron hospitalizadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez sin manipular o controlar variable alguna (Bernal, 2000).

Universo

Palella y Martins (2012), definen la población como el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones, esta puede ser definida como un conjunto finito o infinito de elementos y que generalmente suele ser inaccesible. La población estuvo representada por 952 pacientes que se encontraron ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de mayo a julio de 2023.

Muestra

Fue una muestra no probabilística, constituida por 100 pacientes que se encontraron ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de mayo a julio de 2023.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes en puerperio.
- Pacientes hospitalizados en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, estado Bolívar**.**
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida al jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruíz y Páez", a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a entregar a las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, un consentimiento informado en el cual firmaron aceptando su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B).

Luego, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que fueron obtenidos de la historia clínica con el fin de recoger datos como: nombre y apellido, nivel de conocimiento de la violencia obstétrica y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, estado civil y estrato socioeconómico), vía de culminación de la gestación (parto vaginal o parto por cesárea), nivel de violencia obstétrica percibido y personal asociado a violencia obstétrica. Los datos fueron vaciados en una ficha de control diseñada para tal fin (Apéndice E).

Para la determinación del nivel socioeconómico de las pacientes se utilizó la escala de Graffar modificado a través de la cual se evaluará el estatus socioeconómico, tomando en cuenta la suma de cuatro variables de carácter social: ocupación del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingresos y condiciones de la vivienda. Cada variable se puntúa del 1 al 5, y cada variable evaluada con su puntaje corresponde a una condición o característica que tipifica a un grupo o estrato socioeconómico. La suma de todo el puntaje permitió agrupar y determinar el estrato al que pertenece esa persona o el grupo familiar (Rodríguez, 2011).

- Estrato I: 4, 5 y 6 puntos; ubica a las personas dentro de la clase alta.
- Estrato II: 7, 8 y 9 puntos; clase media alta.
- Estrato III: 10, 11 y 12 puntos; clase media baja.
- Estrato IV: 13, 14, 15 y 16 puntos; situación de pobreza
- Estrato V: 17, 18, 19 y 20 puntos; situación de pobreza crítica con un alto nivel de privación.

Para medir el nivel de conocimiento y grado de violencia obstétrica de las pacientes, se hizo uso de un instrumento el cual se elaboró a partir de una revisión

teórica, y tomando algunos referentes al tema. Este instrumento fue estructurado en 22 ítems redactados en forma de preguntas dicotómicas, divida en dos partes. Una primera parte, para determinar el nivel de conocimiento de la violencia obstétrica y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en las pacientes y, una segunda parte para determinar el grado de violencia obstétrica sufrido.

Para medir este nivel en base a las respuestas de cada pregunta que exprese el conocimiento se calificará con dos puntos (02) si la respuesta es correcta y en caso contrario con cero (0), de modo que la unidad de análisis obtendrá un puntaje total de 0 – 38 puntos. Para la medición del nivel de violencia se considerarán los siguientes puntajes: bajo (0-12 puntos), medio (13-24 puntos) y alto (25-38 puntos).

Análisis estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Para comprar variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) según el caso, con margen de confianza de 95%. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

De la muestra conformada por 100 pacientes; 65,0% (n=65) no refirió poseer conocimientos sobre la violencia obstétrica. Sin embargo, el 66,0% (n=66) refirió conocer la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (**Tabla 1**).

Dentro de las características sociodemográficas; 52,0% (n=52) tuvo entre 20-29 años, seguidas de aquellas que tuvieron menos de 20 años, donde se encontró al 23,0% (n=23) de la muestra. La edad media fue 22,42 años. En cuanto al grado de instrucción; 41,0% (n=41) tenían estudios de secundaria, seguido de 36,0% (n=36) que poseían estudios de secundaria. Tomando en cuenta el estado civil; 65,0% (n=65) viven en concubinato; 21,0% (n=21) son solteras y 14,0% (n=14) son casadas. Por otro lado; 63,0% (n=63) se ubicaban en el estrato III según la escala de Graffar, seguido de 21,0% (n=21) que se encontraba en el estrato II (**Tabla 2**).

La vía de culminación del parto fue vaginal en 52,0% (n=52), seguido de parto por cesárea en 48,0% (n=48) de la muestra restante (**Tabla 3**). Se encontró la presencia de violencia obstétrica en 47,0% (n=47) frente al 53,0% (n=53) que no la manifestó. De las pacientes que presentaron violencia obstétrica, en 74,5% (n=35) el nivel de violencia fue bajo, seguido de 25,5% (n=12) donde fue medio (**Tabla 4**). Por último, se documentó que el personal de salud asociado a la violencia obstétrica fue el médico en 44,7% (n=21), seguido del Médico + Enfermera en 25,5% (n=12) (**Tabla 5**).

Tabla 1

Pacientes según conocimiento de la violencia obstétrica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Mayo - Julio 2023.

Categoría	Pacientes (n=100; 100,0%)
	n (%)
Conocimiento de violencia obstétrica	
Si	35 (35,0)
No	65 (65,0)
Conocimiento sobre la LODMVLV	
Si	66 (66,0)
No	34 (34,0)

Fuente: Cuestionario aplicado

LODMVLV: Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Tabla 2

Pacientes según características sociodemográficas. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estados Bolívar. Mayo - Julio 2023.

Características Sociodemográficas	Pacientes (n=100)
	n (%)
Edad (media aritmética)	24,42
<20	23 (23,0)
20-29	52 (52,0)
30-39	18 (18,0)
≥40	7 (7,0)
Grado de instrucción	
Primaria	36 (36,0)
Secundaria	41 (41,0)
Bachiller	5 (5,0)
Universitaria	18 (18,0)
Estado civil	
Soltera	21 (21,0)
Concubinato	65 (65,0)
Casada	14 (14,0)
Viuda	0 (0,0)
Nivel socioeconómico	
I	0 (0,0)
II	21 (21,0)
III	63 (63,0)
IV	16 (16,0)
V	0 (0,0)

Fuente: Cuestionario aplicado

Tabla 3

Pacientes según vía de culminación del parto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Mayo - Julio 2023.

Vía de culminación del parto	Pacientes (n=100)
	n (%)
Parto vaginal	52 (52,0)
Parto por Cesárea	48 (48,0)

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla 4

Pacientes según la presencia y nivel de violencia obstétrica percibida. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Mayo - Julio 2023.

Violencia obstétrica	Pacientes (n=100)
	n (%)
Presencia de violencia obstétrica	
Si	47 (47,0)
No	53 (53,0)
Nivel de violencia obstétrica	
Bajo	35 (74,5)
Medio	12 (25,5)
Alto	0 (0,0)
Ítems	
Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	83 (83,0)
Obligada a quedarse en cama impidiéndote caminar	72 (72,0)
Recibir información adecuada en relación con los procedimientos	69 (69,0)
Negativa de comer o ingerir líquidos	67 (67,0)
Mala respuesta a preguntas de paciente	65 (65,0)
Palabras ofensivas o despectivas	42 (42,0)
Mal trato a familiares y/o acompañantes	36 (36,0)
Críticas por gritar de dolor, emoción o alegría, durante el parto	31 (31,0)
Atención respetuosa	30 (30,0)
Agresión verbal por parte del personal de salud	28 (28,0)
Impedimento al elegir la posición para parir	22 (22,0)
Realización de tactos vaginales reiterados y por distintas personas	17 (17,0)
Compresión del abdomen en el momento de los pujos	14 (14,0)
Limpieza manual del útero sin anestesia	8 (8,0)
Comentarios negativos o críticas	4 (4,0)
Aceleración o demora del parto por conveniencia del personal médico	3 (3,0)
Comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste	2 (2,0)
Agresión física por parte del personal de salud	1 (1,0)
Solicitud de consentimiento informado	0 (0,0)

Fuente: Cuestionario aplicado.

Tabla 5

Pacientes según el personal asociado a violencia obstétrica. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Mayo - julio 2023.

Personal asociado a violencia obstétrica	Pacientes (n=47)
	n (%)
Médico	21 (44,7)
Médico + Enfermera	12 (25,5)
Enfermera	5 (10,6)
Portero	5 (10,6)
Enfermera + Camillero	2 (4,3)
Médico + Portero	2 (4,3)

Fuente: Cuestionario aplicado.

DISCUSIÓN

La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos y su prevalencia varía entre 16% y 52%, aunque este porcentaje no puede ser establecido con certeza debido a la multiplicidad de factores como el temor de las victimas a denunciar, falta de registros de casos, necesidad de políticas públicas de orden legal, entre otros, incluyendo los elementos culturales, tales como la ignorancia y el desconocimiento de los derechos de la mujer. Dentro del grave problema de la violencia contra la mujer, se encuentra la violencia obstétrica, la cual puede ocurrir durante su hospitalización para ser atendida por parto, por cesárea o por aborto espontáneo, teniendo múltiples implicaciones legales (Pereira *et al*., 2015).

En el presente estudio, la mayoría de las pacientes no refirió poseer conocimientos sobre la violencia obstétrica, pero si manifestaron conocer la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, siendo estos resultados bastante contraproducentes. En México, Márquez (2020), 93% de las pacientes desconocía de alguna ley contra la violencia obstétrica, mientras que solo 7% conocía alguna ley para su protección y, en Venezuela, Pereira *et al*. (2015), en un estudio de violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente, en relación al conocimiento de los mecanismos de denuncia en el caso de haber sido atendida con alguna preocupación o sospecha de que hubiera ocurrido violencia obstétrica, 80,1% de las pacientes manifestó desconocerlos contra 19,9% que indicó si conocerlos. Respecto al grado de conocimiento sobre el derecho a ser atendidas sin sufrir violencia obstétrica; 70,9% refirió conocerlos poco, mientras que 29,1% refirió no conocerlos.

Con respecto a la edad, la mayoría de las puérperas tuvo entre 20-29 años, con una media de edad de 22,42 años. Resultados concordantes con la mayoría de los

autores consultados quienes sostienen que el rango de edad más frecuente oscila entre los 18-40 años.

En México, Guerrero *et al*. (2020), en un estudio de percepción de violencia obstétrica en usuarias de los servicios de salud públicos y privados; 74,4% tuvo edades de 18 a 35 años. Márquez (2020), en un estudio de violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público, la edad media fue de 25,10 años. En Chile, Cárdenas y Salinero (2022), en un estudio de percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud sobre violencia obstétrica, 88,1% tenía entre 18 y 29 años y, en Colombia, Espinosa y Álvarez (2022), en un estudio de caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, las edades de las participantes oscilaron entre los 18 y 40 años, con una media de 26 años.

En Venezuela, Terán (2012), en un estudio de percepción de violencia obstétrica, el promedio de edad de las usuarias fue de 23,82 años y, para Pereira *et al*. (2015), las edades fluctuaron entre 12 y 44 años, con una media de 22,5 años. La mayoría estuvo en el grupo de 19 a 34 años (65,6%), seguido por las de 12 a 18 años (24,2%) y luego las de 35 o más años (10,1%).

Siguiendo otras variables sociodemográficas se encontró que las pacientes tenían estudios de secundaria, vivían en concubinato y se ubicaban en el estrato III según la escala de Graffar. Relativo al grado de instrucción Márquez (2020) y Espinosa y Álvarez (2022), señalaron que las pacientes tenían estudios de secundaria en 65,70% y 63,1%; respectivamente. En cambio, Terán (2012), evidenció que 68,5% era bachiller. Según el estado civil, Márquez (2020) y Espinosa y Álvarez (2022) también documentaron que sus pacientes vivían en concubinato en 75,2% y 78,1%; respectivamente. Por el contrario, Guerrero *et al*. (2020), determinaron que 53,8% estaba casada, y solo 22,4% vivían en unión libre.

En referencia al nivel socioeconómico, Guerrero *et al*. (2020) encontraron que 42,7% estaba desempleada y, en México, Nuñez (2020), en un estudio de violencia obstétrica y su relación con el nivel socioeconómico; 63,9% presentó nivel bajo de pobreza, y 32,9% de las pacientes no presentaron evidencia de pobreza. En dicho estudio la asociación entre violencia y nivel socioeconómico fue estadísticamente significativa (p=0,0001).

El parto vaginal fue la vía de culminación más frecuente. Siendo estos resultados concordantes con otros autores como Pereira *et al*. (2015), Terán (2012), Espinosa y Álvarez (2022) y Márquez (2020), reportaron que el parto vaginal fue prevalente en 51,8%; 58,6%; 61,5% y 67,7%; respectivamente.

Por otra parte, se encontró la presencia de violencia obstétrica en menos de la mitad de las encuestadas, siendo en su mayoría un nivel bajo de la misma. En concordancia con los investigadores mencionados quienes establecieron que la violencia obstétrica es un fenómeno frecuente en las salas de parto. Pereira *et al*. (2015) y Guerrero *et al*. (2020), cuantificaron que 26,3% y 26,4% manifestaron haber sufrido violencia obstétrica. Según Márquez (2020) la frecuencia de violencia fue de 48,70%; para Cárdenas y Salinero (2022) en 79,28% y, según Espinosa y Álvarez (2022), la violencia estuvo presente en todos los casos.

Muchas de las pacientes manifestaron la realización de procedimientos sin obtener antes su consentimiento e informarles de los riesgos, así como un trato deshumanizado. Las principales conductas que refirieron las pacientes en la mayoría de estos estudios es el ser criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto y la dificultad o imposibilidad para disipar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes para no ser reprendidas ni atendidas de mala manera. Por último, la crítica del personal de salud sobre su comportamiento

con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de burla (Terán, 2012; Guerrero *et al*., 2020; Cárdenas y Salinero, 2022).

En Colombia, Espinosa y Álvarez (2022), encontraron que 98,5% de las participantes refirió falta de comunicación y mala relación entre el personal sanitario y la paciente; 75,3% refirió incumplimiento de normas institucionales; 6,8% de las participantes manifestaron haber recibido comentarios negativos y/o amenazas de malos resultados perinatales generados por su "mal comportamiento y 0,8% de las participantes manifestó haber sido golpeada o sujetada de manos durante la atención de su parto.

En este estudio, los médicos fueron el principal personal de salud asociado a la violencia obstétrica. Si bien Guerrero *et al*. (2020), no especifican que gremio fue el responsable de los actos de violencia, si establecen que en 100% de las pacientes, la violencia fue percibida por parte del personal de salud. En cambio, Terán (2012), precisó que, para todos los casos, la enfermera fue percibida como la causante con mayor frecuencia, siendo el médico el que ocupó el segundo lugar.

Pereira *et al*. (2015), publicaron unos resultados más detallados en los que se estipula que los tratos irrespetuosos por parte del personal de salud, así como el uso de palabras ofensivas o despectivas, actitud de desprecio o maltrato y comentarios negativos o críticas por su comportamiento, fueron emitidos por parte del obstetra, el anestesiólogo o la enfermera. Además; 3 pacientes afirmaron haber sido agredidas físicamente por el personal que las atendió, señalando al obstetra y al anestesiólogo como los agresores en 66,7% y 33,3% de los casos, respectivamente.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes refirió no poseer conocimientos sobre la violencia obstétrica, pero si refirieron conocer la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

2. Dentro de las características sociodemográficas, la mayoría de las puérperas tuvo entre 20-29 años, con una media de edad de 22,42 años, tenían estudios de secundaria, vivían en concubinato y se ubicaban en el estrato III según la escala de Graffar.

3. La vía de culminación del parto más frecuente fue el parto vaginal.

4. Se encontró la presencia de violencia obstétrica en menos de la mitad de las encuestadas, siendo en su mayoría un nivel bajo.

5. El personal de salud asociado a la violencia obstétrica fue el médico en la mayoría de los casos.

RECOMENDACIONES

1. Promover el conocimiento de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia tanto en la población general como en los integrantes del equipo de salud.

2. Fomentar en el personal de salud la importancia de solicitar el consentimiento ante todas las intervenciones obstétricas.

3. Instar a la creación de un comité, con miembros del personal de salud, que evalúe los casos calificados como maltrato, con la finalidad de revisarlos, discutirlos y, si fuera el caso, tomar las medidas correctivas a que hubiere lugar, de modo que se garantice el respeto de los derechos de las pacientes.

4. Implementar partos humanizados, que promuevan los derechos de la mujer y fomenten el apego precoz.

5. Crear comités que proporcionen apoyo psicológico y emocional a mujeres donde se ha demostrado la presencia de violencia obstétrica y de género.

6. Realizar charlas en los controles prenatales y consultas de planificación familiar sobre la violencia obstétrica, y ley orgánica de la mujer para una vida libre de violencia.

7. Realizar futuras investigaciones relacionadas con la violencia obstétrica y lograr intervenciones que refuercen la autonomía de las usuarias.

8. Fomentar en los estudiantes de medicina educación sobre violencia obstétrica a fin de conocer y prevenir aquellas prácticas que vulneren los derechos de la mujer antes, durante y después del parto.

9. Inspeccionar la labor ejercida por parte de los residentes y especialistas del servicio de Ginecología y Obstetricia a fin de evitar la práctica de violencia obstétrica.

10. Crear normativas dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia cuyo fin sea detectar, evaluar y sancionar a todo personal que practique la violencia obstétrica en cualquiera de sus formas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias, F. 2012. El proyecto de investigación. Episteme, C.A. Caracas, Venezuela.

Arguedas, G. 2014. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuader Interc Centroam Caribe. [Serie en línea] 11 (1). Disponible: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238. [Abril, 2023].

Aguiar, J., Oliveira, A., Schraiber, L. 2013. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. Cad Saude Publica [Serie en línea] 29 (11): 2287-2296. Disponible: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24233043/. [Abril, 2023].

Barbosa, D., Modena, C. 2018. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Serie en línea] 26. Disponible: https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/abstract/?lang=es. [Abril, 2023].

Bernal, C. 2000. Metodología de la Investigación. Prentice Hall. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 262 pp.

Bellón, S. 2015. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. Dialnet. [Serie en línea] 18:93-111. Disponible:

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936. [Abril, 2023].

Cárdenas, M., Salinero, S. 2022. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Rev Panam Salud Publica. [Serie en línea] 46(24). Disponible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55886/v46e242022.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Octubre, 2023].

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2010. Género y salud en cifras. CNEGSR [Serie en línea] 8 (3). Disponible: https://www.gob.mx/salud/documentos/genero-y-salud-en-cifras-vol-8-no-3-septiembre-diciembre-2010-cnegsr. [Abril, 2023].

Espinosa, L., Álvarez, D. 2022. Caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, en una población de Bucaramanga. Tesis de Grado. Fac. Med. Bucaramanga, Colombia. U.A.B. pp 181. [En línea]. Disponible: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/16707/2022_Tesis_Luis_Alfredo_Espinosa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Octubre, 2023].

Fernández, F. 2015. What is obstetric violence? Some social, ethical and legal aspects. Dialnet. [Serie en línea] 18: 113-128 Disponible: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106937. [Abril, 2023].

Galimberti, D. 2015. Violencia obstétrica [En línea] Disponible: http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf. [Abril, 2023].

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 2017. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. [en línea] Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf. [Abril, 2023].

García, E. 2018. La violencia obstétrica como violencia de género. Tesis Doctoral. Fac Ciencias Humanas. Madrid, España. U.A.M. pp 496. [En línea] Disponible: https://repositorio.uam.es/handle/10486/684184. [Abril, 2023].

Gómez, B., Oliveira, E., Lago, M. 2015. Perceptions of postpartum during labor and delivery: integrative review. Rev Enfermagem Contemp [Serie en línea] 4 (1): 66-77. Disponible en: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472. [Abril, 2023].

Guerrero, R., Orellana, J., Lamas, J., Hernández, L., Gutiérrez, A. 2020. Percepción de violencia obstétrica en Oaxaca. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Serie en línea] 28(4): 301-309. Disponible: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1344053/2020_28_301-309.pdf. [Octubre, 2023].

Marcano, A. y Palacios, Y. 2017. Violencia de género en Venezuela. Categorización, causas y consecuencias. Comun Salud. [Serie en línea] 15 (1):

73-78. Disponible: http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv15n1/art08.pdf. [Abril, 2023].

Márquez, Y. 2020. Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León. Tesis de Grado. Esc. Med. Cs. Salud. Monterrey, México. I.T.M. pp 93. [En línea]. Disponible: https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/648366/Tesis%20final%20Violencia%20obst%C3%A9trica.pdf?sequence=5&isAllowed=y. [Octubre, 2023].

Nuñez, E, 2020. Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico. Tesis de Grado. Puebla, México. B.U.A.P. pp 56. [En línea]. Disponible: https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/ee81c954-8392-4e21-897f-3004f880b94d/content. [Octubre, 2023].

Palella, S.; Martins, F. 2012. Metodología de la investigación cuantitativa. FEDUPEL. Caracas, Venezuela. 253 p.

Pereira, C., Domínguez, A., Toro, Y. 2015. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev Obstet Ginecol Venez. [Serie en línea] 75(2). Disponible: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002. [Octubre, 2023].

Reza, G. 2013. Contra la violencia obstétrica [En línea] Disponible: http://www.proceso.com.mx/?p=342983. [Abril, 2023].

Rodríguez, A. 2011. Evaluación del método de estratificación social Graffar – Méndez – Castellano. Trabajo de Grado. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela. 181 pp. [En línea] Disponible: https://www.researchgate.net/publication/273634940_EVALUACION_DEL_METODO_DE_ESTRATIFICACION_SOCIAL_GRAFFAR-MENDEZ_CASTELLANO. [Abril, 2023].

Rodríguez, Y., Bulgado, D., Estévez, Y., Llivina, M., Disla, P. 2020. La violencia como fenómeno social. [En línea] Disponible: https://es.unesco.org/sites/default/files/folleto_1_la_violencia_como_fenomeno_social_-_web.pdf. [Abril, 2023].

Sena, L., Tesser, C. 2017. Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences. Interface (Botucatu) [Serie en línea] 21 (60): 209-220. Disponible: https://interface.org.br/en/obstetric-violence-in-brazil-and-cyberactivism-of-mothers-report-of-two-experiences/. [Abril, 2023].

Soto, L. 2016. Violencia obstétrica. Rev Mex Anestesiol. [Serie en línea] 39 (1): 55-60. Disponible: https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf. [Abril, 2023].

Terán, P., Castellanos, C., González, M. y Ramos, D. 2013. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. [Serie en línea]73 (3). Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004. [Abril, 2023].

World Health Organization (WHO). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facilitynbased chidlbirth. [En línea]

Disponible: https://humanjourney.us/health-and-education-in-the-modern-world-section/maternal-and-child-health/. [Abril, 2023].

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO BOLÍVAR

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Dr. Francisco Battistini Casalta"

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Dr. Antonio Russo

Jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez", de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES PUÉRPERAS. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. MAYO – JULIO 2023**. Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Br. Andreina Acosta	**Br. Mercedes Mata**
Tesista	**Tesista**

Apéndice B

UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO BOLÍVAR

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Dr. Francisco Battistini Casalta"

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad número _____, declaro que he sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES PUÉRPERAS. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. MAYO – JULIO 2023**, desarrollada por las Bachilleres Andreina Acosta y Mercedes Mata, bajo la asesoría del Dr. Antonio Russo. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los ____ días del mes de _____ de 2023.

_____

Firma

Apéndice C

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES PUÉRPERAS. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUÍZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. MAYO – JULIO 2023.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: _____

Estado civil: Casada: _____ Concubina: _____ Soltera: _____ Viuda: _____

Grado de instrucción: Primaria completa ____ Secundaria: ____ Estudios universitarios: ____

Ninguno: ____

Persona implicada en el acto y/o violencia obstétrica: Personal de enfermería: _____

Médico: _____ Camarera: ____ Camillero: ____ Otro: _____

Percepción de violencia obstétrica:

¿Qué tipo de atención obstétrica recibió?
Atención del Parto
Parto por Cesárea

CUESTIONARIO

Parte I. Nivel de conocimiento

1. ¿Tiene conocimiento sobre lo que consiste la violencia obstétrica? Si __ No __
2. ¿Tiene conocimiento sobre la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia? Si __ No __

Parte II. Grado de violencia obstétrica

Ítems	Respuesta			
¿Fuiste atendida por el personal de salud con respeto y de forma adecuada?	Si		No	
¿Te trataron con palabras ofensivas o despectivas?	Si		No	
¿Cuándo solicitó ayuda o hizo preguntas le respondieron de mala manera?	Si		No	
¿Le hicieron comentarios negativos o críticas?	Si		No	
¿Te aceleraron o demoraron el parto por conveniencia personal del equipo médico?	Si		No	
¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos e inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?	Si		No	
¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?	Si		No	
¿Fuiste criticada por, o te impidieron gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto?	Si		No	
¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades durante el parto?	Si		No	
En el momento del parto, ¿se te impidió o dificultó elegir la posición para parir?	Si		No	
¿Recibió información suficiente y adecuada en relación con los procedimientos que le practicarían los médicos o las enfermeras?	Si		No	
¿Se le pidió su autorización por escrito (consentimiento informado) antes de serle practicado algún procedimiento médico o quirúrgico?	Si		No	
¿Recibió algún tipo de agresión verbal por parte del personal de salud?	Si		No	
¿Recibió algún tipo de agresión física por parte del personal de salud?	Si		No	
¿Se le realizaron tactos vaginales reiterados y realizados por distintas personas?	Si		No	
¿Te negaron comer o ingerir líquidos?	Si		No	
¿Te realizaron compresión del abdomen en el momento de los pujos?	Si		No	
¿Te realizaron limpieza manual del útero sin anestesia?	Si		No	
¿Te dieron indicación de permanecer acostada todo el tiempo?	Si		No	
¿Trataron mal a tus familiares y/o acompañantes?	Si		No	

ANEXOS

Anexo A

ESCALA DE GRAFFAR

Variables	Puntaje	Ítems	
1. Profesión del jefe de familia.	**1**	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)	
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	
2. Nivel de instrucción de la madre.	**1**	Enseñanza Universitaria o su equivalente	
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)	
	5	Analfabeta	
3. Fuente de ingreso (o Modalidad de ingreso).	**1**	Fortuna heredada o adquirida	
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	
	3	Sueldo mensual	
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo	
	5	Donaciones de origen público o privado	
4. Condiciones de alojamiento.	**1**	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias	
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas	

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	**INTERVENCION EDUCATIVA DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION DE LA PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS, U.E.E.B. DIVINA MISERICORDIA. JUNIO - DICIEMBRE 2023, MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO. CIUDAD BOLÍVAR**

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	**CÓDIGO CVLAC / E MAIL**
Acosta Latan, Andreina Carolina	CVLAC: 25.511.453 E MAIL: andreinaacostalatan@gmail.com
Mata Cardona, Mercedes Nathaly	CVLAC: 25.811.177 E MAIL: mercedesnmc@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES: Violencia obstétrica, puérperas, paciente obstétrica

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Departamento de ginecología y obstetricia	

RESUMEN (ABSTRACT):

La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y puerperio. Objetivo: Determinar la percepción de violencia obstétrica en pacientes puérperas ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de mayo a julio de 2023. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: Se encontró que; 65,0% (n=65) no refirió poseer conocimientos sobre la violencia obstétrica y 66,0% (n=66) refirió conocer la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Dentro de las características sociodemográficas; 52,0% (n=52) tenía entre 20-29 años de edad, con una media de 22,42 años; 41,0% (n=41) completó estudios de secundaria; el estado civil predominante fue concubinato con 65,0% (n=65); 63,0% (n=63) se ubicaban en el estrato III según la escala de Graffar y la vía de culminación del parto fue vaginal en 52,0% (n=52). Se encontró que 47,0% (n=47) de la muestra refirió haber sufrido violencia obstétrica y de estas en el 74,5% (n=35) se estima un nivel de violencia bajo. Por último, el personal de salud asociado principalmente a prácticas de violencia obstétrica fue el médico en 44,7% (n=21) de los casos. Conclusiones: Menos de la mitad de las pacientes puérperas percibieron trato que se considere violencia obstétrica en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	**ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL**				
Antonio Russo	**ROL**	**CA**	**AS**	**TU X**	**JU**
	CVLAC:	14145290			
	E_MAIL	ajrussob@hotmail.com			
	E_MAIL				
Neobis Morales	**ROL**	**CA**	**AS**	**TU**	**JUx**
	CVLAC:	889683			
	E_MAIL	Neoneos2001@hotmail.com			
	E_MAIL				
Yusmelys Caraballo	**ROL**	**CA**	**AS**	**TU**	**JUx**
	CVLAC:	8318028			
	E_MAIL	yusmelyscaraballo@gmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024	**07**	**11**
AÑO	**MES**	**DÍA**

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis percepción de violencia obstétrica en pacientes puérperas. Departamento de ginecología y obstetricia. Complejo hospitalario universitario "ruíz y páez". Ciudad bolívar estado bolívar. Mayo julio 2023.	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Complejo hospitalario universitario "ruíz y páez". Ciudad bolívar estado bolívar.

TEMPORAL:

10 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Ginecología y Obstetricia

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU Nº 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC Nº 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR Magaly
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CURIEL
Secretario

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA UNIVERSIDAD DE ORIENTE SECRETARÍA CONSEJO UNIVERSITARIO

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/ YGC/ maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "

AUTOR(ES)

Mercedes Mata

Br.MATA CARDONA MERCEDES NATHALY
CI.25811177
AUTOR

Br.ACOSTA LATAN ANDREINA CAROLINA
C.I.25511453
AUTOR

JURADOS

TUTOR. Prof. ANTONIO RUSSO
C.I.N. 14.145.290
EMAIL: ajrusso5@hotmail.com

JURADO Prof. NEOBIS MORALES
C.I.N. 8896483
EMAIL: neoneos2001@gmail.com

JURADO Prof. YUSMELYS CARABALLO
C.I.N. 13718028
EMAIL: yusmelys.caraballo@gmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO BOLIVAR COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD