



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en
mujeres de una Comunidad de San Eduardo.**

AUTORAS:

**Plaza Paguay, Melissa Nicole;
Quimíz Pérez, Leslie Kenya**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Silva Lima, Norma Esperanza. Mgs

Guayaquil, Ecuador

1 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Plaza Paguay Melissa Nicole y Quimíz Pérez Leslie Kenya**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Enfermería**.

TUTORA

Lic. Norma Silva Lima

f. _____
Lcda. Silva Lima, Norma Esperanza. Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda. Mgs.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del año 2023.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Plaza Paguay, Melissa Nicole**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2023.

AUTORA:

f.

Plaza Paguay, Melissa Nicole



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Quimíz Pérez, Leslie Kenya**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2023.

AUTORA:

f. _____
Quimíz Pérez, Leslie Kenya



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Plaza Paguay, Melissa Nicole**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2023.

AUTORA:

f.

Plaza Paguay, Melissa Nicole



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Quimíz Pérez, Leslie Kenya**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2023.

AUTORA:

f. _____

Quimíz Pérez, Leslie Kenya

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo.

3%
Similitudes



3% Texto entre comillas
< 1% similitudes entre comillas
< 1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Tesis Plaza Paguay Melissa y Quimiz Perez Leslie.docx
ID del documento: a4ab714dd5cd6859acfc95fd42df7e06d412da
Tamaño del documento original: 165,64 kB
Autor: Melissa Plaza Paguay

Depositante: Melissa Plaza Paguay
Fecha de depósito: 1/9/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 1/9/2023

Número de palabras: 13.093
Número de caracteres: 87.097

Lic. Norma Silva Lima

AGRADECIMIENTO

En este día muy importante para mí, mi corazón está repleto de mucha gratitud por realizar uno de los sueños que me propuse. Quiero darle gracias a Dios por la vida, la salud, por estar conmigo durante mi carrera, para ser una luz en mi camino y por darme la sabiduría y la fuerza para alcanzar mis metas.

Siempre estoy agradecido con Dios por mi madre, hermanas y familia que han sido el apoyo y cimiento fundamental en mi vida, sé que buscan mi felicidad y es claro que sin ellos mis estudios no hubieran sido posibles.

Agradezco a cada amigo que ha vivido conmigo y compartido el proceso de aprendizaje desde el primer ciclo, sus altibajos, no necesito decir sus nombres, porque ellos y yo sabemos, desde el fondo de mi corazón Gracias por reconocer mi presencia y brindarme todo el apoyo, aliento y lo más importante amor y amistad. Finalmente, me agradezco y reconozco mis luchas diarias, mi constancia y persistencia en este camino llamado enfermería.

Melissa Plaza

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por escuchar los anhelos de mi corazón, por ser mi guía y darme tanta fuerza y calma cuando más lo necesitaba, y por darme la sabiduría que necesitaba, para alcanzar sus metas y sabiduría, cuidar mi salud y estar despierto todos los días para seguir luchando.

Estoy agradecida con mis padres, ellos son los pilares de todo lo que hago y todo lo que hago, me enseñaron a no rendirme y seguir mis sueños y siempre me brindaron un apoyo incondicional.

Le doy gracias a mi abuela que a pesar de que ya no se encuentra conmigo, velo por mí y me brindo muchos consejos que me han dado y me han permitido crecer como persona.

Agradezco a mi tío que me brindó conocimientos y ayuda cuando más lo necesitaba, y a mi familia y amigos por ser parte de mi vida y compartir este momento conmigo.

Leslie Quimíz

DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a Dios para que me demuestre su amor en cada paso que doy porque gracias a él pude cumplir el sueño que me propuse y en ese sueño me dio la fuerza y la esperanza para terminar la carrera.

Madre mía, María Paguay, esta victoria es tuya y tuya, porque no lo hubiera podido lograr sin tu apoyo o ayuda, siempre has estado ahí, me has dado consejos que me han hecho mejor hija, hermana y ahora mejor profesional y me has enseñado humildad, principios y valores.

También dedico este logro a mi hermana Karla, quien me ayudó con palabras de aliento y me inspiró a cumplir todos mis sueños, especialmente a ti, ahora que tengo una educación, no voy a avergonzar a la familia de mi cuñado.

Melissa Plaza

Principalmente dedico este trabajo a Dios, por haberme dado la sabiduría y la fuerza en mi formación profesional, a mis padres por brindarme siempre su cariño y confianza a lo largo de este trayecto.

A mis tíos por siempre estar ahí para escucharme y ofrecerme su ayuda de forma absoluta. Y a quien ya no está conmigo, pero siempre me brindo todo lo que tenía, a mi abuela quien siempre me animo a seguir construyendo mi vida de la mejor forma posible a través de sus consejos y apoyo incondicional.

Leslie Quimíz



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMÉNEZ
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

LCDA. MIRIAM JACQUELINE MUÑOZ AUCAPIÑA
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XI
CALIFICACIÓN.....	XII
INDICE GENERAL.....	XIII
INDICE DE FIGURAS.....	XV
RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3. OBJETIVOS.....	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos Específicos.....	8
CAPITULO II	9
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9

2.2.	Marco Conceptual.....	14
2.3.	Marco legal	22
CAPITULO III.....		27
3.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1.	Tipo de estudio	27
3.2.	Población y muestra	27
3.3.	Criterios de Inclusión	27
3.4.	Criterios de exclusión.....	27
3.5.	Procedimientos para la recolección de la información:.....	28
3.6.	Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:.....	28
3.7.	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	28
3.8.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
4.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	32
5.	DISCUSIÓN.....	40
6.	CONCLUSIONES	45
7.	RECOMENDACIONES.....	46
8.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	47
9.	ANEXOS.....	53

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Violencia Gineco obstétrica	33
Figura 2. Violencia obstétrica.....	34
Figura 3. Violencia obstétrica psicológica	36
Figura 4. Violencia obstétrica física	38

RESUMEN

La violencia ginecoobstétrica, es una forma concreta de violencia perpetrada por profesionales de la salud, que incluye actos inapropiados o no consentidos hacia las mujeres en edad reproductiva. **Objetivo:** Identificar situaciones de violencia en la atención ginecoobstétrica en mujeres de la comunidad San Eduardo. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo y diseño transversal retrospectivo. **Técnica:** Encuesta. **Instrumento:** Cuestionario INEC. Sección 8. **Población y muestra:** 50 mujeres mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** Las características gineco obstétricas tuvieron menarquía a los 13 años 26%. El inicio de la relación sexual fue entre los 16 a 20 años 58%. El número de embarazos 48% entre 3 a 4 embarazos. La violencia gineco obstétrica fue del 62% refirieron que no le asesoraron sobre decidir si lo ideal es un parto normal o cesárea, el 58% no se les informaron la necesidad de realizar una cesárea. La violencia obstétrica fue del 50% de las mujeres, tuvieron que esperar largas horas para ser atendidas, el 28% le realizaron Papanicolau, tacto u otros procedimientos sin explicarle en qué consiste y para qué sirve. En relación con los tipos de violencia la psicológica se evidenció en un 30% les impidieron estar acompañadas por alguien de su confianza. La violencia física al 50% se les realizó tacto vaginal en múltiples ocasiones por diferentes personas sin su consentimiento. Alrededor de un 36% fueron sometidas episiotomía sin explicación ni consentimiento. **Conclusión:** La violencia gineco obstétrica se presentó aproximadamente en un tercio de las mujeres de la comunidad del Cerro San Eduardo.

Palabras clave: atención ginecoobstétrica; mujeres; violencia, maltrato

ABSTRACT

Gyneco-obstetric violence is a specific form of violence perpetrated by health professionals, which includes inappropriate or non-consensual acts towards women of reproductive age. **Objective:** To identify situations of violence in gynecologic and obstetric care in women from the San Eduardo community. **Methodology:** Descriptive, quantitative study and retrospective cross-sectional design. **Technique:** Survey. **Instrument:** INEC Questionnaire. Section 8. Population and sample: 50 women using non-probability sampling for convenience. **Results:** The gynecological and obstetric characteristics had menarche at 13 years 26%. The beginning of the sexual relation was between 16 to 20 years 58%. The number of pregnancies 48% between 3 to 4 pregnancies. Gynecological and obstetric violence was 62%, they reported that they were not advised on deciding whether the ideal is a normal delivery or a cesarean section, 58% were not informed of the need to perform a cesarean section. Obstetric violence was 50% of the women, they had to wait long hours to be attended, 28% performed a Pap smear, touch or other procedures without explaining what it consists of and what it is for. In relation to the types of psychological violence, it is evident that 30% prevented them from being accompanied by someone they trusted. Physical violence at 50% was performed vaginal examination on multiple occasions by different people without their consent. Around 36% were episiotomies without explanation or consent. **Conclusion:** Gynecological and obstetric violence occurred in approximately one third of the women of the Cerro San Eduardo community.

Keywords: gynecologic and obstetric care; women; violence, mistreatment

INTRODUCCIÓN

Se consideran casos de violencia obstétrica el acto u omisión intencional de un profesional de la salud para dañar, herir o difamar a una mujer durante el embarazo o el parto, de igual modo la negligencia médica. En general, el término se refiere al abuso físico y emocional que sufre una mujer durante el parto. Así como las participaciones no ambientadas o realizadas sin ningún tipo de consentimiento, esta violencia también está incluida en el ámbito psicológico(1,2).

La violencia gineco-obstetra, conforma una exclusión en los derechos humanos desde una perspectiva conjunta con los derechos reproductivos y de salud en las mujeres. Estas prácticas que se realizan de forma insensible construyen un verdadero problema en el sector de la salud pública, la violación en el área gineco-obstétrica provoca el incremento de las tasas en el costo económico y social de forma negativa, menciona el artículo “La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España”, 2021. En general se manifiesta un hecho más importante que la elevación económica y es la percepción ética y moral, que maneja la sociedad para lograr criterios más justos y con equidad para disminuir la violencia gineco-obstétrica(3).

La comunicación que se establece a través del tiempo en que se brindan los cuidados a las gestantes durante su labor de parto es una cuestión que se encuentra bajo persistentes temas de investigación y deliberación entorno al personal de salud. El proceso de labor de parto es un trayecto que invierte circunstancias en riesgos biológicos y sensitivos, es así que las pacientes en estado de gestación precisan una atención en enfermería que las inste a desarrollar sentimientos de seguridad y brindar como personal de cuidado apoyo emocional para que ellas puedan confrontar la labor de parto de forma adecuada. Una atención equilibrada y con seguimiento adecuado durante el periodo del parto es esencial para el rastreo oportuno de posibles afecciones, por demás instruye a generar sentimientos de plenitud durante la experiencia dentro del centro hospitalario en conjunto con el personal (4).

La violencia gineco-obstétrica en los centros de salud durante el proceso de labor de parto se establece como una agresión hacia los derechos, como en este caso lo es la salud, manifestado a través del maltrato psico-verbal. Este tipo de violencia no está únicamente vinculado con las gestantes, puesto que el abuso psico-obstétrico se manifiesta en una línea bilateral con la pareja y el entorno familiar. De manera que de esta forma también se solidifica el razonamiento de este tipo de violencia, que se genera como un producto homogéneo, de ese modo se crean las transgresiones de los derechos de la mujer en el transcurso de la atención en salud en cualquier ámbito sea este sexual o reproductivo(5).

El presente trabajo investigativo tiene como propósito describir el tipo de vivencias que han experimentado las mujeres de la comunidad San Eduardo durante su proceso de gestación, y a su vez los que están unidos al proceso de nacimiento.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia gineco-obstétrica se define como toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos(6). A nivel mundial según establece la Organización Mundial de la Salud en el 2020 hubo una muerte materna cada dos minutos, que es alrededor de 800 mujeres embarazadas que morían por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto(7).

Aunque existen evidencias de violencia obstétrica en los establecimientos de salud, en Estados Unidos se mostraron avances considerables en este tema, a través de un estudio “Ampliando la agenda para abordar el maltrato en la atención materna: una revisión de mapeo y análisis de género” realizado por Myra Betron en el año del 2018, en el que se describe una investigación sobre la ampliación de la información para abordar el maltrato en la atención de salud, mostrando cierta disminución del maltrato en los establecimientos de salud, a partir de una estrategia denominada "cuidado materno respetuoso", en la que se promueven los conceptos y derechos de la violencia obstétrica (8).

En países como España, en un estudio “Violencia obstétrica en España (Parte II): intervencionismo y medicalización durante el parto” del 2020, obtuvo que, la maniobra de Kristeller procedimiento que no es recomendable y que ni se practica, tuvo un 34.2% junto con la episiotomía que fue del 39,3%, mientras que en otro estudio “La magnitud del problema de la violencia obstétrica y sus factores asociados: un estudio transversal” del 2020, en la cual la violencia obstétrica general en las mujeres españolas fue del 67.4%, donde la violencia física resulto ser el más alto con 54,5%. En un esfuerzo por promover un nacimiento más humano y digno, los movimientos sociales y las organizaciones de derechos humanos en Europa están debatiendo esta cuestión(9,10).

En América Latina en un estudio “Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis” de la Organización Panamericana de la salud y la Organización Mundial de la Salud en el año del 2019, determino que estudios realizados en cinco naciones latinoamericanas revelan que el 39% de las mujeres embarazadas sufrieron faltas de respeto y violencia durante el parto y el aborto, y que el 43% fue durante una atención ginecológica y obstétrica en los centros de salud (incluidos partos vaginales y por cesárea) de América Latina(11).

En Ecuador existe un problema legal en torno a la violencia gineco-obstétrica, debido a que no es considerada un crimen y permanece en nuestro sistema médico como una cuestión social. Según la INEC, en una Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres, señala que, como resultado, 32 de cada 100 mujeres en Ecuador experimentaron al menos una forma de violencia durante el parto en los últimos 12 meses del año 2019, siendo predominante la zona rural(6).

En la comunidad San Eduardo de la parroquia Tarqui donde se realiza el estudio, se obtuvo información para la línea de base del proyecto de vinculación de la Facultad de Ciencias Médicas, correspondiente a 729 familias, donde el 50% de la población son mujeres y la media de edad está en 28 años, lo que nos revela que se encuentran en edad fértil y que pueden ser vulnerables a experimentar algún tipo de violencia durante la atención gineco obstétrica.

1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Existen situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en las mujeres de la comunidad de San Eduardo?

¿Cuáles son las características gineco obstétricas de las mujeres que habitan en la Comunidad San Eduardo?

¿Cuál es el tipo de violencia Gineco Obstétrica que existe en la atención gineco obstétricas en mujeres que habitan en la Comunidad San Eduardo?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Las razones para realizar este trabajo es enfocarse en el estudio de las situaciones de violencia en la atención gineco-obstétrica que reciben las gestantes y puérperas de la Comunidad San Eduardo en la Ciudad de Guayaquil debido a las diversas situaciones de vulnerabilidad que reciben durante la atención médica. Según las recomendaciones de la OMS en el año del 2018, resalta que, es esencial que la atención brindada a las mujeres sea la más óptima, así como una atención correcta resguardando la integridad, la privacidad y la discreción, para que así esta pueda tener su trabajo de parto bajo los derechos humanos y sin la presencia de maltrato durante su atención(12).

La violencia obstétrica ha sido caracterizada y establecida como una modalidad de violencia de género que vulnera los derechos humanos sexuales y reproductivos de las mujeres. El personal de salud aclara que tiene conocimiento sobre la violencia obstétrica, pero anulan que forman parte de esta temática (13). Dadas las circunstancias, es importante abordar este tema para reconocer la existencia del problema y que, como aconseja la OMS, se debe fomentar la investigación multidisciplinar y difundir ampliamente sus resultados para así ofrecer las herramientas que necesitan para reconocer los distintos abusos hacia

la mujer durante la atención médica y hospitalaria y pueda recibir una atención de salud digna y respetuosa en el embarazo y parto(14). Las recomendaciones de la OMS para el manejo del trabajo de parto, incluida la más reciente del 15 de febrero de 2019: La atención individualizada y de apoyo es clave para una experiencia positiva del parto, dice la OMS, se han actualizado desde 1996 en las Guías para la atención del parto normal (15,16).

La importancia del presente trabajo de investigación radica en que, para resolver el problema, es necesario resaltar algunas de las experiencias que tienen las mujeres que han experimentado violencia obstétrica con respecto a la atención brindada durante el parto, el embarazo o una atención médica rutinaria. Se realizó una encuesta a las mujeres de la comunidad de San Eduardo para investigar si las usuarias de este sector han sufrido una violencia gineco-obstétrica y se ha violado el respeto a sus elecciones, autonomía, privacidad e intimidad. Los resultados de esta investigación permitirán que las investigaciones futuras que aborden estos problemas de salud pública se guiarán por los hallazgos de este estudio, y llegar a poner fin este problema de salud y garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la atención centrada en la mujer que desean y necesitan, además de sentar una base sólida para dicha atención.

Las beneficiarias serán las mujeres y sus familias porque recibirán atención médica respetuosa que fomenta la salud integral de la madre y el recién nacido. Las instituciones de salud y la sociedad en su conjunto también se benefician al fomentar una cultura de igualdad de género y respeto a los derechos humanos, de manera que promueva un entorno más justo, equitativo y saludable para todos. En el campo profesional, es esencial para abogar por la formación continua en ética médica, derechos de los pacientes y sensibilización sobre género y diversidad para erradicar la violencia en la atención gineco obstétrica.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Identificar situaciones de violencia en la atención gineco-obstétrica en las mujeres de la comunidad San Eduardo.

1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar las características gineco obstétricas de las mujeres en la Comunidad San Eduardo.

Identificar los tipos de violencia gineco obstétrica que recibieron las mujeres de la comunidad de San Eduardo.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

En Ecuador, año 2022, en el estudio sobre “*violencia gineco-obstétrica en mujeres comerciantes de los mercados de Azogues*” (17) de los autores Calle Carangui, J., Calle Cayamcela, E., Estrella M., & Abad I. en un estudio descriptivo, cuantitativo de diseño transversal se tomó de referencia a 270 mujeres, dentro de las características sociodemográficas las mujeres tenían entre 25 a 35 años 67%, que procedían de zonas urbanas 89%, las cuales se consideraban de etnia mestiza 98%, el estado civil era solteras 55%. Dentro de las características gineco obstétricas, tienen edades entre 25 a 35 años 67%, con características gineco obstétricas, con edad de la menarquia a los 13 años 68%, el inicio de la relación sexual se dio a los 15 años 52%. Actualmente son multíparas 67% entre 3 a 4 partos 69%, sin antecedentes de aborto 98%, ni complicaciones maternas 92%. Al analizar sobre la violencia ginecoobstétrica el 63% relataron haberla padecido durante el parto; siendo la violencia de tipo psicológica la más frecuente, siendo estas en un 65,9% gritos e insultos, además menciona que al 87% le exigieron el afeitado de la zona vaginal y al 67,8% no les permitieron tener acompañante y el 52% no recibieron información sobre el parto.

En el tema de investigación “*violencia obstétrica en el cotidiano de la atención y sus características*” (18) realizado en Brasil, año 2018, se aplicó un estudio de diseño descriptivo, cuantitativo y transversal, aplicando una encuesta a 145 mujeres con antecedentes de embarazo, en los resultados se encontró que el 78% tienen edades entre 25 a 35 años 78%, residentes de las zonas urbanas 56%, el estado civil refleja que son solteras 39% y casadas 32%. Los antecedentes reflejan que tuvieron una menarca antes de los 18 años 65%, actualmente como método anticonceptivo emplean de tipo inyectables 45%. En lo que respecta a la violencia ginecoobstétrica durante el parto al 36% se les

administró medicación para acelerar el parto, 54% se les practicó una episiotomía y al 36% se les sometió a procedimientos de inducción durante el parto. También consideran que se les realizaron cesáreas injustificadas 52%, se les prohibió la alimentación antes y después del parto 75%, al 90% se les realizó tacto vaginal sin consentimiento y delante de otros médicos. También se incluye la negación de fármacos analgésicos para evitar el dolor 10%. Otras formas de violencia fue la psicológica donde el 10% de las mujeres recibió gritos, humillada; y comentarios despectivos e hirientes, finalmente el 7% no recibió información sobre cuidados posparto.

En México, año 2018 acerca de tema “*Sí estamos aquí es porque no tenemos dinero... Discriminación y violencia en las maternidades*” (19). Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo transversal, en el que considero a una población de 512 mujeres adultas jóvenes entre los 13 a 44 años. Predominando la edad de 35 años (45%) al analizar las características sociodemográficas se dedican al cuidado de hogar 75%, con un nivel de escolaridad medio 55%, de religión católicas 61%. Dentro de las condiciones médicas, el 22% tiene antecedentes de hipertensión arterial y 15% antecedentes de diabetes gestacional, el 47% no emplea anticonceptivos y tiene entre 3 a 5 partos 46%. Al analizar las situaciones de violencia las mujeres refirieron en un 58% no haber recibido información acerca del parto, el 45% no informaron la necesidad de la cesárea, mientras que al 89% le realizaron tactos vaginales en presencias de otras personas, e incluso le negaron la compañía de su pareja en el momento de parto 95%. La violencia de tipo psicológica la principal fue que el 87% de ellas expresaron recibir estigmatizaciones, humillaciones y comentarios relacionados al dolor de parto y de su economía. También consideraron como violencia física aquellas como realización de la episiotomía 88% y la aplicación de fórceps 34%.

En California año 2019, para los autores Galle, A., Manaharlal, H., Cumbane, E., Picardo J., Griffin S., Osman N., Roelens K., y Degomme O., sobre la “*Falta de respeto y abuso durante el parto en establecimientos de salud en el sur de*

Mozambique” (20) en este estudio se aplicó una metodología de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal. En una muestra de 572 pacientes que ingresaron a un hospital público. Dentro de las características sociodemográficas el 72% son multíparas y el 38% nulíparas, el 59% tienen educación primaria y el 83% son casadas, al analizar los antecedentes ginecológicos el 98% no tenía antecedentes de abortos, con una cantidad de hijos 45% entre 2 a 3 hijos, 20% más de 3 hijos y el restante eran primerizas. En base a las situaciones de violencia las mujeres evidenciaron violencia gineco obstétrica en el 52% la realización de cesárea sin información sobre los beneficios y riesgos que tiene la intervención, no brindaron tratamiento para el dolor 78%, le recomendaron métodos anticonceptivos sin su autorización 45% y durante el parto le prohibieron el ingreso a un acompañante 76%. La violencia ginecoobstétrica fue de tipo psicológica considerada en un 24% falta de respeto y malos tratos y 79,82% expresó palabras de desprecio y burla.

En Estados Unidos, año 2019 para los autores Bohren M, Vogel J, Hunter E, Lutsiv O, Makh S, Souza J, et al. acerca del “*maltrato de las mujeres durante el parto en los establecimientos de salud a nivel mundial*” (21). Se analizó una muestra de 400 mujeres atendidas en una unidad hospitalaria de la región, se demostró que el 19,5% de las mujeres declararon haber sufrido algún tipo de maltrato durante el parto. Las características sociodemográficas las mujeres tenían entre 20 a 40 años 57%, las cuales se consideraban de etnia mestiza 42% y blanca 33%. El estado civil son casadas 58%. Con antecedente gineco obstétricas, de edad de la menarquia a los 14 años 84%, el inicio de la relación sexual se dio a los 18 años 66%. En lo que respecta a violencia obstétrica al 80% de las mujeres largas esperas en la sala de parto para ser atendidas, al 78% le realizaron tacto u otros procedimientos sin su consentimiento, al 34% la presionaron para que emplee métodos anticonceptivos sin sugerirlo y al 56% le insistieron que no tenga más hijos.

En el año 2019, se llevó a cabo un estudio en México para investigar la “*prevalencia de violencia obstétrica hacia pacientes durante el trabajo de parto y el período inmediato posterior al parto en un hospital público*” (22). Los autores del estudio fueron Madrid C., De León M., Delgado M., Cancino L., Rangel P., Soto B., y Rodríguez R., La metodología utilizada fue descriptiva, cuantitativa y de tipo transversal. La muestra consistió en un total de 140 mujeres, con una edad promedio de 23 años. Los resultados revelaron que existió una prevalencia general de violencia obstétrica del 58%. Con respecto a los indicadores de violencia en su grupo poblacional a las mujeres se le realizó tacto vagina en reiteradas veces por diferentes personas sin avisarle y sin consentimiento, al 10% algunas veces se realizaron papanicolaou sin sugerirlo, al 20% le hicieron comentarios acerca del número de parejas que ha tenido, y le insistieron la aplicación de métodos anticonceptivos 34%. En relación con la violencia obstétrica física, se descubrió que el 79% se les aplicaron procedimientos ginecoobstétricos durante el trabajo de parto como episiotomía, uso de fórceps, aplicación de tocolíticos y tactos vaginales frecuentes y realizados por diferentes personas.

En el estudio realizado en Venezuela en el año 2019, titulado “*Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente*” (23) y llevado a cabo por las autoras Pereira C., Domínguez A., y Toro J., participaron un total de 326 pacientes con antecedentes de parto, cesárea o aborto espontáneo. La edad de los pacientes oscilaba entre los 12 a 44 años, con una media de 22,5 años. El 66% pertenecía al grupo de edad de 19 a 34 años, seguido de los grupos de 12 a 18 años 24% y de 35 años y más 10%, respectivamente). Al analizar la violencia psicológica existió de tipo verbal en el 100% de las mujeres, las culés fueron que al 1,8% declararon haber oído críticas o comentarios negativos sobre su comportamiento, el 76% experimentaron situaciones regaño, maltrato, insulto y humillaciones.

Se llevó a cabo un estudio en la provincia de Tungurahua, Ecuador, en el año 2021, titulado "*Violencia ginecoobstétrica*"(24) realizado por González R., Ramos M, Ocaña A., y Maliza B., es estudio se empleó una metodología descriptiva observacional dirigido a 180 mujeres, provenientes de áreas urbanas y rurales. Los aspectos sociodemográficos fueron que tenían edades entre 20 a 24 años (67%), seguidas de 30 a 34 años (23%), y finalmente de 15 a 19 años (13%); en el rango de 15 y 64 años. El 70% eran zonas urbanas y el 30% zonas rurales, auto identificadas el 100% como etnia mestiza, de estado civil solteras 67% con educación secundaria 51%. Al considerar el tipo de violencia mostraron que tipo psicológica fue del 76% irrespetando su pudor durante el proceso, el 45% no tomaron en cuenta sus signos y síntomas, el 86% manifestaron haber recibido comentarios machistas, hirientes o inapropiados, 20% no recibieron información de temas de planificación familiar y el 15% fueron discriminadas por su economía y apariencia.

En el estudio titulado "*Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud*"(25) realizado por Cárdenas M. y Salinero S. en el año 2022, se empleó un enfoque descriptivo y transversal. La población objetivo fueron 2.105 mujeres mayores de 18 años. Los resultados revelaron diversas prácticas relacionadas con la violencia obstétrica. El 69% informaron que se les prohibió consumir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto; el 57% recibió la indicación de permanecer acostadas durante todo el proceso del parto, 51% mencionó que se les administraron medicamentos acelerar el parto, se registraron prácticas como el rasurado de los genitales externos 50%, tactos vaginales por diferentes personas 48,8%; cesáreas injustificadas 48,1% y episiotomías 43,3%. Además, en relación con el uso de consentimientos informados sobre los procedimientos realizados durante el parto, el 55% afirmaron haberles mencionado, mientras que el 24% tuvo que firmarlo durante el trabajo de parto y el restante no fueron consideradas, asimismo, el 53,2% consideraron que la información fue entregada de manera clara y precisa.

El estudio realizado por las autoras Espinoza y Álvarez en el año 2022 se enfocó en la “*caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres que recientemente habían dado a luz en Bucaramanga*”(26), Colombia. La muestra fue de 248 mujeres en edades de 18 a 40 años, siendo la media de 26 años. El estado civil mostró que el 78% estaban en unión libre o casadas, con ocupación amas de casa 70% y desempleadas 20%, en relación con el nivel educativo, el 63,1% había completado la educación secundaria. Las condiciones ginecológicas y obstétricas mostraron que el 90,2% había tenido entre 1 a 3 embarazos, de las cuales el 73,0% mencionó haber tenido 6 o más controles prenatales. Con vía de parto vaginal 62%. Al analizar indicadores de violencia durante la atención ginecológica el 95% no tuvo permitido el acompañamiento durante el trabajo de parto, el 35% percibió un retraso en el inicio de la atención por más de una hora, asimismo, el 32% la realización de tactos vaginales reiteradas veces, poco monitoreo fetal y la realización de la episiotomía sin anestesia. Con respecto a la violencia física al 32% la realización de tactos vaginales reiteradas veces, le realizaron episiotomía 78%, le exigieron realizar el afeitado de la región púbica y enema 89%. En la labor de parto al 45% se vio forzado estar en una posición no cómodas.

2.2. Marco Conceptual

Generalidades

La violencia hacia las mujeres es un problema del estado y social, no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial, debido a que vulnera los derechos humanos de la mujer en toda su expresión por los daños psicológicos y físicos que este produce(27). Una de las formas de violencia común a nivel de salud es la de tipo ginecoobstétrica y física, donde se ejerce sobre sus derechos la orientación de su vida sexual y reproductiva de manera despectiva, ya sea en base a sus costumbres, cultura o creencias, violando así los derechos de la mujer en estado de gravidez. La salud sexual de las mujeres es el resultado de tomar decisiones informadas, libres y responsables, estos incluyen a decidir a tener o

no hijos o a realizarse procedimientos médicos en base a sus decisiones, y el derecho al pleno acceso a métodos de regulación de la fecundidad(28).

Violencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(29), la violencia se define como el uso intencionado de la fuerza para hacerse daño a uno mismo o a los que le rodean, con el resultado probable de lesiones físicas o daños psicológicos que pueden provocar retrasos en el desarrollo o, en casos graves, la muerte.

Violencia de la mujer

La Organización de la Naciones Unidas (ONU)(30) define a la violencia contra las mujeres a todo acto de daño físico, psicológico, verbal para la mujer, esto también incluye a las cómo amenazas, actos de sumisión o supresión que van en contra de los derechos humanos. Estos efectos pueden ser perjudiciales en el estado de bienestar de la salud de la mujer, más aún si está en estado de gestación, algunos estudios han demostrado que existe una relación directa del maltrato femenino con la violencia ginecológica, dado que afecta al binomio madre e hijo(31).

La violencia muchas veces suele originarse en la pareja, ya sea por agresiones sexuales, que son víctimas de muchos comportamientos de alto riesgo que se observan con frecuencia en las instituciones donde se aplican los controles. Sin embargo, en el sistema sanitario es grave que se apliquen algún tipo de violencia, dado que su función principal es ayudar a medir y comprender la necesidad de poner fin a la violencia contra las mujeres, a pesar de ello, con frecuencia estos suelen aplicarla en mujeres embarazadas(31).

La edad de las mujeres y su relación con la violencia ginecoobstétrica

La violencia obstétrica puede afectar a mujeres de todas las edades y se relaciona más con las prácticas y actitudes del sistema de salud que con la edad

de la mujer. Para las mujeres jóvenes, la violencia obstétrica puede tener un impacto significativo en su experiencia de embarazo y parto, así como en su bienestar físico y emocional. Puede generar sentimientos de miedo, ansiedad, falta de confianza en el sistema de salud y traumas que perduran a largo plazo(32). Es importante destacar que todas las mujeres tienen derecho a recibir una atención obstétrica respetuosa y libre de violencia, independientemente de su edad. Sin embargo, es posible que las mujeres jóvenes, especialmente aquellas que son primerizas y tienen menos experiencia en el sistema de salud, puedan enfrentar desafíos adicionales al acceder a una atención de calidad y respetuosa(33).

Las mujeres jóvenes pueden ser más vulnerables a la violencia obstétrica debido a su falta de conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos, su falta de experiencia en el sistema de salud y su posición de poder desigual en la relación con los proveedores de atención médica. Es fundamental promover la educación sexual integral y el empoderamiento de las mujeres jóvenes, para que estén informadas sobre sus derechos y opciones en relación con la atención obstétrica. Es importante destacar que todas las mujeres, independientemente de su edad, tienen derecho a recibir una atención obstétrica respetuosa y libre de violencia(33).

Menarquia de la mujer en edad fértil

La menarquia es el término utilizado para describir la primera menstruación en la vida de una mujer, lo que indica el inicio de su capacidad reproductiva. Es un hito importante en el desarrollo físico y emocional de una mujer y marca el comienzo de su transición de la infancia a la adolescencia. La menarquia y la salud sexual están relacionadas, ya que la menarquia marca el inicio de la capacidad reproductiva y plantea nuevas consideraciones para la salud sexual y reproductiva de una mujer. Después de la menarquia, es importante que las mujeres reciban una educación sexual integral que les proporcione información precisa sobre su salud sexual y reproductiva, incluyendo la menstruación, el ciclo

menstrual, la anticoncepción, las infecciones de transmisión sexual y el consentimiento. Esto les ayudará a tomar decisiones informadas y saludables en relación con su vida sexual y reproductiva(34).

Relación sexual y la salud reproductiva

La salud sexual es un componente esencial de la salud reproductiva. La relación sexual permite a las parejas buscar la concepción y la reproducción. Sin embargo, la salud reproductiva también incluye tener acceso a información y servicios de planificación familiar, anticoncepción, atención prenatal y postnatal, así como el tratamiento adecuado de las enfermedades de transmisión sexual. Mantener una relación sexual sana implica una serie de factores, como el consentimiento mutuo, la comunicación abierta y honesta con la pareja, el uso adecuado de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y la protección frente a las infecciones de transmisión sexual(35). La atención de la salud reproductiva también implica visitas rutinarias al médico para exámenes ginecológicos, pruebas para la detección precoz de enfermedades, asesoramiento sobre planificación familiar y atención prenatal si se desea quedar embarazada. Esto incluye la capacidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias y seguras, así como el derecho a decidir si tener hijos, cuándo tenerlos y con qué frecuencia. También incluye el acceso a servicios de salud reproductiva adecuados(35).

Número de parejas sexuales y salud reproductiva

El número de parejas sexuales es una decisión que cada persona toma por sí misma y que puede variar enormemente. No hay un número determinado de parejas sexuales que tenga un impacto inmediato en la capacidad de una persona para tener hijos. Mantener relaciones sexuales sanas y seguras, utilizar métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y protegerse de las infecciones de transmisión sexual es esencial para la salud reproductiva. Es crucial tener en cuenta que la salud reproductiva incluye tener acceso a servicios de planificación familiar, atención prenatal y postnatal, pruebas para la detección

de enfermedades, así como recibir información y educación sobre salud sexual y reproductiva(36).

Métodos anticonceptivos y salud reproductiva

Los métodos anticonceptivos son una variedad de fármacos empleados para regular la fertilidad y evitar la concepción a fin de prevenir embarazos no deseados. Estos desempeñan un papel importante en la salud reproductiva porque proporcionan a las mujeres la capacidad de tomar decisiones sobre su planificación familiar y su reproducción. Es por eso que las mujeres deben tener acceso a estos, a través de una atención obstétrica respetuosa, independientemente de sus costumbres o culturas. Esto implica promover los derechos sexuales y reproductivos, sobre los diversos métodos anticonceptivos disponibles, y animar a las mujeres a participar activamente en las decisiones que afectan a su salud reproductiva(37).

Número de embarazos, partos y salud reproductiva

La violencia obstétrica puede afectar a cualquier mujer durante su embarazo y parto, independientemente del número de embarazos previos que haya tenido. No está relacionada con la cantidad de veces que una mujer ha estado embarazada, sino con el tipo de atención que recibe durante el proceso de embarazo, parto y posparto. Es importante destacar que todas las mujeres tienen derecho a recibir una atención obstétrica respetuosa y libre de violencia, independientemente de su historial reproductivo. Promover los derechos sexuales y reproductivos, garantizar el consentimiento informado, fomentar la participación activa de las mujeres en las decisiones relacionadas con su salud reproductiva y fortalecer la capacitación del personal de salud son aspectos fundamentales para abordar y prevenir la violencia obstétrica(37).

Aborto y la violencia ginecoobstétrica

El aborto y la violencia ginecológica están relacionados en cierto modo porque la violencia ginecológica puede producirse mientras se presta asistencia para un

aborto. Algunos profesionales sanitarios pueden realizar intervenciones innecesarias o intrusivas durante un aborto, lo que podría constituir violencia ginecoobstétrica. Esto incluye llevar a cabo procedimientos sin el permiso adecuado, realizar intervenciones dolorosas o traumáticas sin una justificación médica, o utilizar coacción o presión inapropiadas para provocar el aborto(37).

Riesgo obstétrico o complicaciones en la salud reproductiva

La violencia hacia la mujer durante el embarazo tiene un riesgo alto de probabilidad producir complicaciones que pueden afectar de manera negativamente la salud reproductiva, lo que genera un ambiente de estrés, miedo y ansiedad afectando el bienestar y el estado de salud general durante el embarazo y el parto(38). Entre las complicaciones más frecuentes de tipo obstétricas vinculadas con la violencia se incluyen:

- **Parto prematuro:** El estrés crónico y la ansiedad asociados a la violencia obstétrica aumentan el riesgo de parto prematuro, lo que puede tener consecuencias para la salud del recién nacido(39).
- **Falta de controles prenatales:** Las mujeres que han sufrido violencia evitan el contacto menos posible con el servicios de salud, dado que evitan encontrar comentarios o insultos durante la atención lo cual esto puede retrasar el inicio de la atención prenatal y afectar a la salud del embarazo(39).
- **Aumento y poca detección de complicaciones:** La violencia durante el parto puede dar lugar a intervenciones médicas innecesarias o intrusivas, como la realización de cesáreas injustificadas o uso de medicamentos no necesarios para inducir el parto(39).

- **Alteración del estado sentimental o emocional:** La violencia obstétrica ocasiona un estado negativo emocional, afectando la salud mental y bienestar en las mujeres a corto o largo plazo(39).

Violencia Ginecológica

La violencia ginecológica afecta no solo afecta a las mujeres embarazadas, sino también aquellas que no están en estado de gravidez que acuden a un control médico de rutina, este tipo de violencia es muy frecuente durante la atención médica, en donde el personal médico que la asiste hace u obliga a la paciente a someterse a cualquier tipo de prácticas injustificadas sobre su capacidad de reproducción sexual o procreación, donde se ve involucrada el derecho a decidir libremente sobre su cuerpo, su capacidad de autonomía, su decisión concebir o no en el futuro. Dentro de este tipo de violencia se puede incluir todo tipo de exámenes o procedimientos asistidos como ligaduras, cesáreas, u otras sin el consentimiento de la mujer(40).

Muchas veces esta experiencia puede afectar gravemente el estado de bienestar mental de la mujer ya que para muchas esto puede ser traumática por la simple razón de recibir comentarios negativos en su salud, en un ambiente o un entorno donde debe existir una relación médico-paciente de confianza y seguridad, cuya responsabilidad es brindar cuidado y apoyo sobre la decisión que se tome, cuando lo que se logra que estos lazos de confianza se rompan o causen daño a la integridad psicológica y mental. Cuando esto sucede se vuelve desbastador sobre quien lo recibe, haciendo dudar sobre la percepción de sí misma en relación a su entorno, haciendo que muchas se alejen de los sistemas de salud y formando un criterio de desconfianza sobre los sistemas de salud por la poca empatía entre el médico y el paciente negándose a la atención medica ginecológica(40).

Violencia Obstétrica

Este tipo de violencia se refiere a aquellas acciones, comportamientos u omisión de información sobre la capacidad de la mujer para reproducirse. Este tipo de violencia incluye todas aquellas actividades que vulneran el cuidado de la mujer y el seguimiento del embarazo y desarrollo fetal, la falta de empatía durante la atención prenatal y de la asistencia al parto y el postparto, los cuales son considerados como una falta a los derechos de la igualdad de género(41). En España, este tipo de violencia es una preocupación en los sistemas de salud dado que muchas veces el personal encargado del bienestar de la mujer emplea prácticas deshumanizadoras que tienen un impacto en el bienestar psicológico las cuales pueden traer repercusiones económicas y sociales como consecuencias de la falta de ética y moral de los trabajadores de la salud, debido a las prácticas injustificadas durante la reproducción sexual de la mujer(42).

Violencia obstétrica física

Se refiere a cualquier procedimiento o acción innecesaria durante la atención médica, la cual no está medicamente justificada, o se realiza sin el consentimiento previo de la mujer embarazada, entre las prácticas de violencia obstétrica física se incluyen a todos los procedimientos invasivos, por ejemplo, la realización de una cesárea injustificada, el uso de la maniobra de Kristeller, el uso de enemas, la episiotomía, la ligadura, los tactos vaginales, el ayuno, el uso de fórceps sin necesidad médica o consentimiento, el uso de la Kristeller Maniobra, la extracción manual de la placenta(42).

Violencia obstétrica psicológica

La violencia psicológica es una forma de acoso o de maltrato verbal, que puede tener comportamientos o actitudes de apariencia sutil y muchas veces puede estar vinculada a palabras hirientes y despectivas como una forma de hacer sentir en vergüenza a la gestante que dañan emocionalmente. Estas acciones pueden incluir, humillaciones, amenazas, intimidación, manipulación, chantaje emocional

y otras conductas que buscan bajar la autoestima, la confianza y la salud mental de la víctima dejando cicatrices emocionales duraderas(43).

Violencia obstétrica verbal

Al igual que el psicológico está también puede manifestarse a través de las palabras como burlas, lenguaje inapropiado, críticas, burlas e insultos como consecuencia que la embarazada no puede expresar el dolor de parto. Estas acciones generan un ambiente tenso, hostil, devastador e inapropiado que lo único que se logra es menospreciar y desvalorar a la gestante(42).

Violencia obstétrica simbólica

La violencia obstétrica simbólica se produce a través de prácticas y actitudes que pueden ser sutiles, pero perjudiciales para la mujer gestante, esta se evidencia y mediante conductas que denigran, desvalorizan o infravaloran a la mujer, atentando contra su dignidad y autonomía sobre su vida reproductiva. Estas pueden involucrar la limitación de la libertad de movimiento de la mujer durante el proceso de parto, la separación del recién nacido de su madre o la prohibición del apego precoz y por ende la demora del inicio de la lactancia materna sin una razón médica adecuada(42).

2.3. Marco legal

Constitución de la República del Ecuador

Art. 30.- las personas tienen derecho a un hábitat seguro y saludable, y a una vivienda adecuada y digna, con independencia de su situación social y económica(44).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir(44).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva(44). La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional(44).

Art. 21.- Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas(44).

Ley Orgánica de la Salud

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad(45).

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia(45).

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres(45).

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello(45).

Art. 33.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio Fiscal y otros organismos competentes implementará acciones para armonizar las normas de atención e instrumentos de registro de los distintos tipos de violencia y delitos sexuales, unificándolos en un manual de procedimientos de aplicación obligatoria en los distintos niveles de salud y en el Sistema Nacional de Salud(45).

Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres

Art. 1.- Objeto. El objeto de la presente Ley es prevenir y erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres: niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda su diversidad, en los ámbitos público y privado; en especial, cuando se encuentran en múltiples situaciones de vulnerabilidad o de riesgo, mediante políticas y acciones integrales de prevención, atención, protección y reparación de las víctimas; así como a través de la reeducación de la persona agresora y el trabajo en masculinidades(46).

Art. 10.- Tipos de violencia. Para efectos de aplicación de la presente Ley y sin perjuicio de lo establecido en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en el Código Orgánico Integral Penal y la Ley, se consideran los siguientes tipos de violencia(46):

a) Violencia física. - Todo acto u omisión que produzca o pudiese producir daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como cualquier otra forma de maltrato o agresión, castigos corporales, que afecte la integridad física, provocando o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas, esto como resultado del uso de la fuerza o de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño y de sus consecuencias, sin consideración del tiempo que se requiera para su recuperación(46).

b) Violencia psicológica.- Cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional(46).

c) Violencia sexual.- Toda acción que implique la vulneración o restricción del derecho a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso o acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas análogas(46).

f) Violencia ginecoobstétrica. - Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico(46).

CAPITULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo

Métodos: Cuantitativa.

Según el tiempo: Retrospectivo

Diseño: Según la naturaleza de los datos Transversal

3.2. Población y muestra

Se tomó como muestra a 50 mujeres de la comunidad San Eduardo, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.3. Criterios de Inclusión

- Mujeres mayores de 18 años que hayan recibido atención gineco obstétrica en los últimos 12 meses.
- Mujeres que den su consentimiento en participar en el estudio.
- Mujeres que cumplimenten correctamente todo el instrumento.
- Mujeres que vivan en la comunidad San Eduardo.

3.4. Criterios de exclusión

- Mujeres mayores de 18 años que no hayan recibido atención gineco obstétrica en los últimos 12 meses.
- Mujeres que no den su consentimiento en participar en el estudio.
- Mujeres que no cumplimenten correctamente todo el instrumento.
- Mujeres que no vivan en la comunidad San Eduardo.

3.5. Procedimientos para la recolección de la información:

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario de preguntas del formulario de INEC. Sección 8.

3.6. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos:

Los datos serán registrados en el programa Microsoft Excel, para posteriormente mostrar datos expresados en forma porcentual o numérica mostrados ya sea en gráficos de barras o pasteles.

3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

El estudio aplica el consentimiento informado dirigido a las mujeres a fin de comprometer a reservar el derecho a la privación y conservación de los datos para fines académicos más no para fines lucrativos y/o económicos.

3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE GENERAL: Características de la atención gineco-obstétrica

Dimensión	Indicador	Escala
Características Sociodemográficas	Edad	18 a 25 años 26 a 33 años 34 a 41 años 42 a 49 años 50 años o más
	Estado civil	Casada Separada Divorciada Viuda Unión de hecho Unión libre Soltera
	Etnia	Indígena Afroecuatoriana Afrodescendiente Negra Mulata Montubia Mestiza Blanca Otro
	Nivel de escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria Superior Cuarto nivel
	Ocupación	Estudiante

		Ama de casa Empleada publica Empleada privada Asistente doméstica Otro
Características gineco obstétricas	Edad de la menarquía de la mujer en edad fértil	11 años 12 años 13 años 14 años 15 años
	Edad de la primera relación sexual	10 a 15 años 16 a 20 años 21 a 24 años 25 años o más
	Número de las parejas sexuales	1 a 2 3 o más
	Uso de métodos anticonceptivos en la mujer en edad fértil	Si No
	Número de embarazos de la mujer en edad fértil	Número
	Número de partos de la mujer en edad fértil	Número
	Antecedentes de abortos	Si No
	Antecedentes personales de riesgo obstétrico o complicaciones	Si No

Situaciones de violencia	Violencia Gineco obstétrica	Si No No aplica
	Violencia Obstétrica	Si No No aplica
	Psicológica	Si No No aplica
	Física	Si No No aplica

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

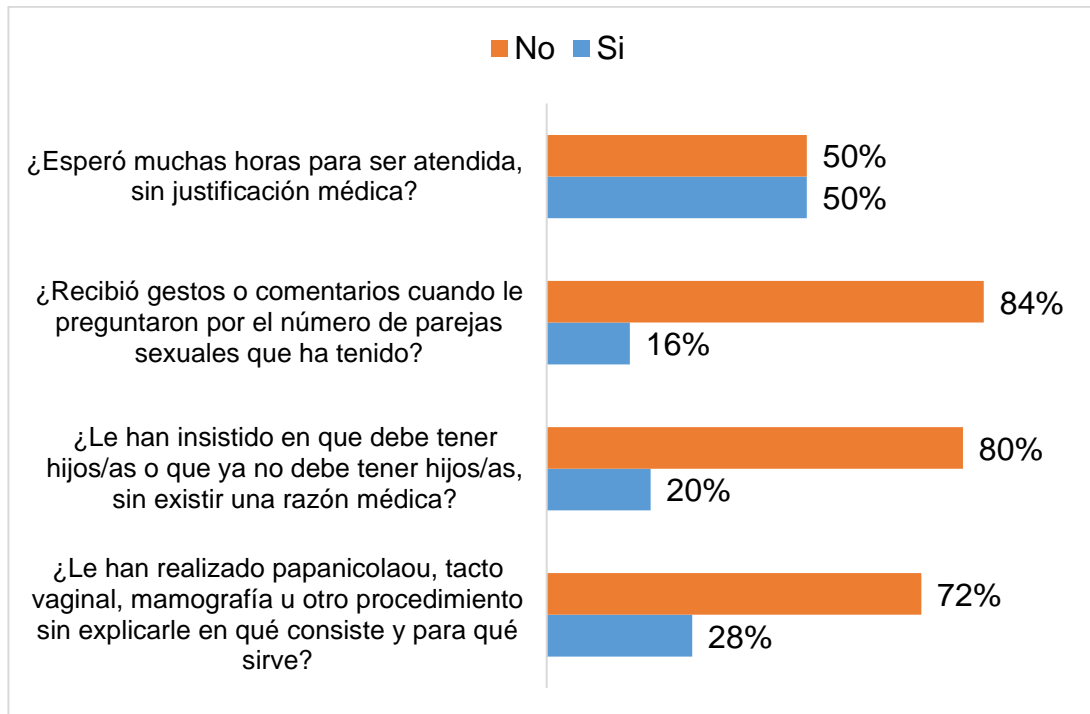
CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÉTRICAS

Se analizó a una población de 50 mujeres, que habitan en la Comunidad del cerro San Eduardo, ubicada al noroeste de la ciudad de Guayaquil, que recibieron atención en gineco obstétrica en los últimos 12 meses, la edad que se tomó de referencia fueron las mujeres mayores de 18 años, las características sociodemográficas corresponde a una edad entre 26 a 41 años 48%, el estado civil el 40% son viudas y el 30% casadas, con un nivel educativo del 46% secundaria, de las cuales el 66% son amas de casa, identificadas en un 100% mestizas. Las características gineco obstétricas con una menarquía a los 13 años 26%. El inicio de la relación sexual fue entre los 16 a 20 años 58%. Manteniendo relaciones sexuales en un 44% dentro de los 12 últimos meses con una sola persona, el 50% no emplearon métodos anticonceptivos. En lo que refiere al número de embarazos el 48% han tenido entre 3 a 4 embarazos, al igual que un 36% en partos, no refleja antecedentes de abortos 72% ni riesgos obstétricos 62%.

Estos datos muestran datos relevantes acerca de la salud reproductiva y sexual de mujeres que han buscado atención gineco obstétrica, con alto porcentajes de mujeres mayores a 26 años, con un inicio de la menstruación en una edad adecuada, en base a su estado de vida sexual, se destacan que existe la necesidad de enfoques integrales en la salud reproductiva de las mujeres, desde una educación sexual hasta la atención prenatal y obstétrica, con un énfasis en el acceso a métodos anticonceptivos seguros y controles prenatales.

SITUACIONES DE VIOLENCIA

Figura 1. Violencia Gineco obstétrica



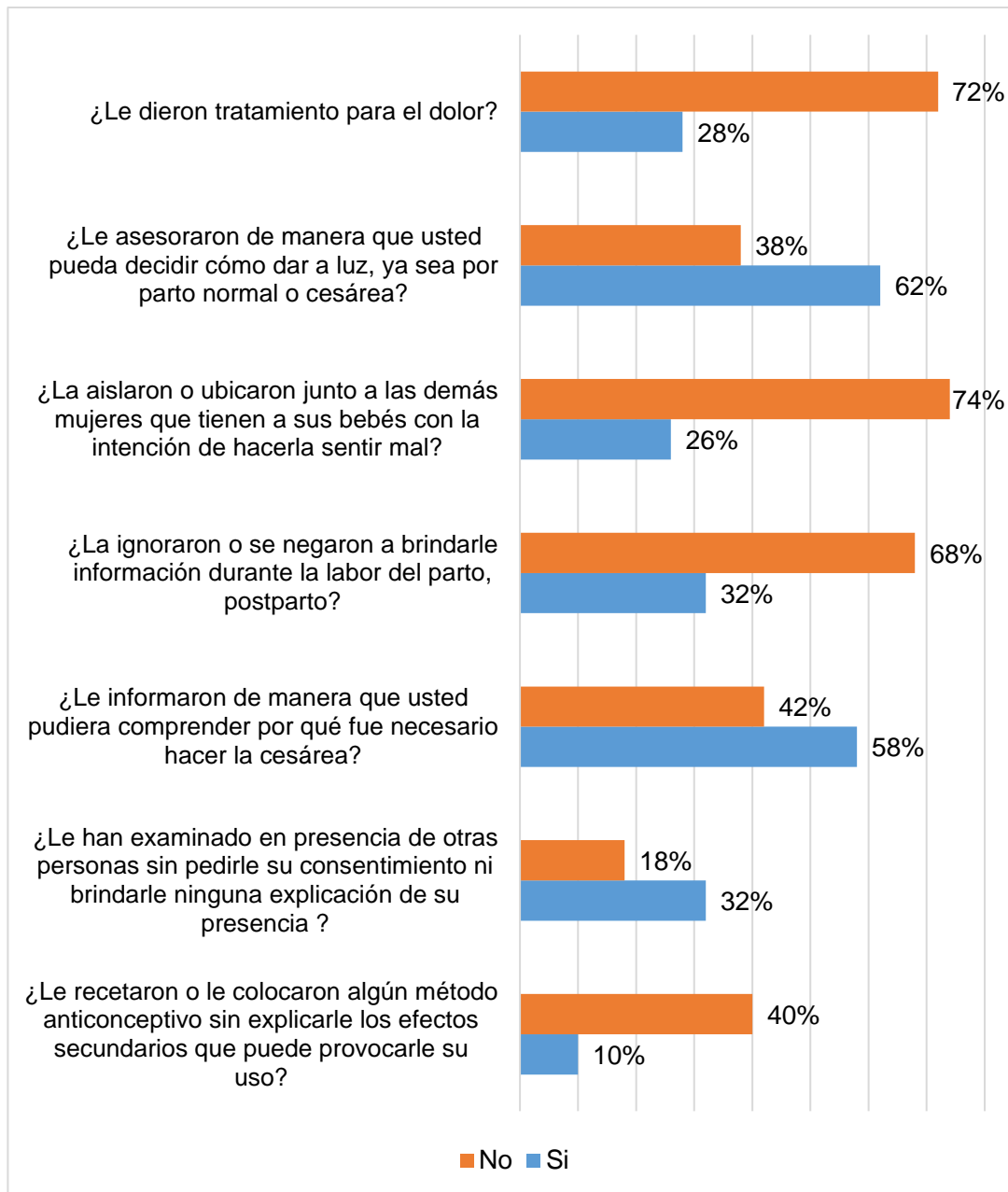
Fuente: Encuesta a mujeres de la Comunidad San Eduardo.

Elaborado por: Plaza Paguay, Melissa Nicole y Quimíz Pérez, Leslie Kenya

ANÁLISIS:

La figura muestra que una proporción significativa de mujeres tuvieron que esperar largas horas para ser atendidas, experimentaron comportamientos inadecuados por parte de los profesionales de la salud, incluyendo la falta de explicación de procedimientos, presión sobre la maternidad y comentarios invasivos sobre su vida sexual. Estos resultados resaltan la importancia de la falta de comunicación respetuosa, empática y profesional por parte de los profesionales médicos, así como la falta de respeto a la autonomía y privacidad de las pacientes. El porcentaje general del 29% de violencia gineco obstétrica evidenciada, lo que indica que aproximadamente la tercera parte de las mujeres recibieron algún tipo de trato o comportamiento que puede considerarse como violencia gineco obstétrica, lo que representa un problema grave que afecta la calidad de la atención médica.

Figura 2. Violencia obstétrica



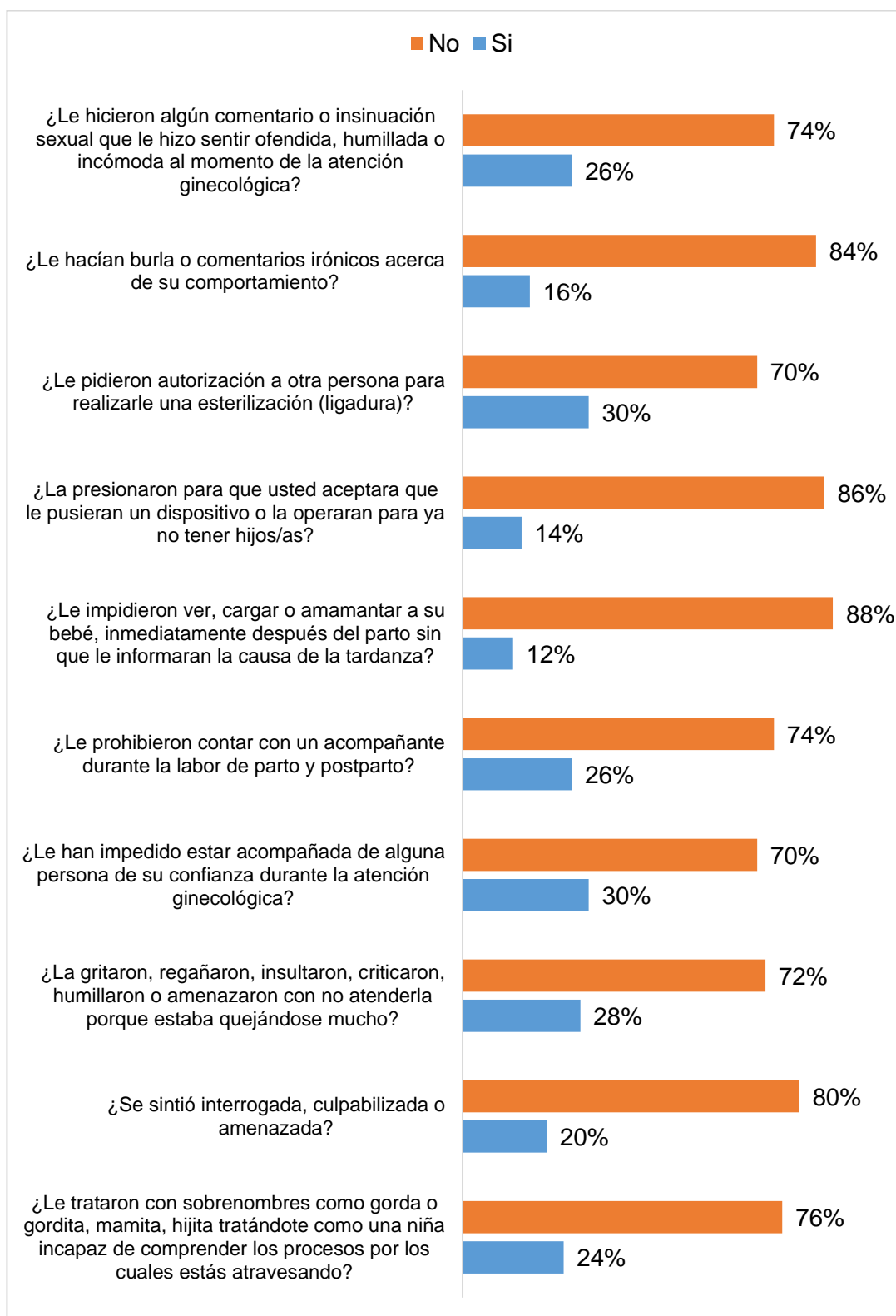
Fuente: Encuesta a mujeres de la Comunidad San Eduardo.
Elaborado por: Plaza Paguay, Melissa Nicole y Quimíz Pérez, Leslie Kenya

ANÁLISIS:

Los resultados revelan que un número significativo de mujeres no recibió asesoramiento sobre la elección entre parto natural y cesárea, y dentro de este

grupo, muchas no fueron informadas acerca de la necesidad de una cesárea. Además, algunas mujeres experimentaron falta de privacidad y consentimiento durante los exámenes médicos, así como negación de la compañía de alguien de confianza. La falta de tratamiento para el dolor durante el proceso también fue reportada. Preocupantemente, algunas mujeres se sintieron aisladas de sus bebés, lo que sugiere maltrato emocional, mientras que un porcentaje significativo recibió métodos anticonceptivos sin información adecuada sobre los efectos secundarios. El porcentaje de violencia fue del 35%, esto muestra que la tercera parte de las mujeres durante la atención han recibido tratos o comportamiento que puede ser considerado como violencia obstétrica.

Figura 3. Violencia psicológica

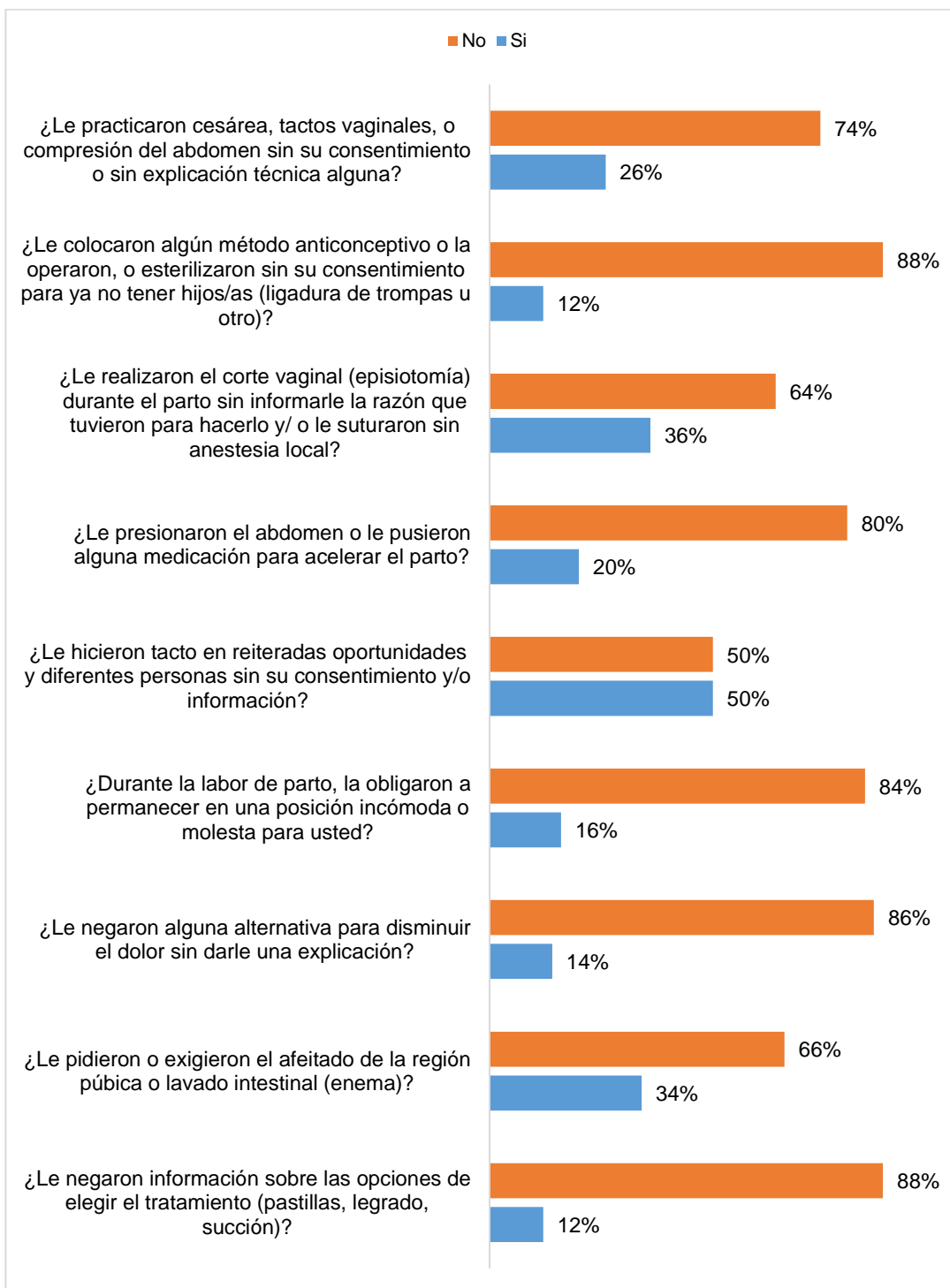


Fuente: Encuesta a mujeres de la Comunidad San Eduardo.
Elaborado por: Plaza Paguay, Melissa Nicole y Quimíz Pérez, Leslie Kenya

ANÁLISIS:

Los datos revelan que un porcentaje significativo de las mujeres enfrentó situaciones negativas durante la atención ginecológica y obstétrica. Aproximadamente un tercio de las mujeres experimentaron la prohibición de tener acompañantes de confianza durante la atención, y un número igual reportó que se buscó autorización de terceros para procedimientos médicos. Además, casi un tercio sufrió comportamientos despectivos o amenazantes mientras expresaban molestias, y un cuarto de las ellas fue privada de la compañía de un acompañante durante el proceso de parto y postparto, añadiendo a esto comentarios y actitudes sexuales inapropiadas en una cuarta parte de los casos estudiados. El porcentaje evidenciado de violencia obstétrica psicológica fue de 23%, señalando que una parte considerable de las mujeres que recibieron atención obstétrica también sufrieron maltrato emocional. Esto indica que hay problemas con la calidad de la atención, donde un número significativo de mujeres pueden haber sido sometidas a comportamientos o acciones que impactaron negativamente en su bienestar emocional y mental mientras recibían atención obstétrica.

Figura 4. Violencia obstétrica física



Fuente: Encuesta a mujeres de la Comunidad San Eduardo.

Elaborado por: Plaza Paguay, Melissa Nicole y Quimíz Pérez, Leslie Kenya

ANÁLISIS:

Los resultados destacan situaciones adversas, debido que se señala que aproximadamente la mitad de las mujeres vivió la experiencia de tactos vaginales repetidos por diferentes personas sin consentimiento ni información adecuada, un tercio reportó haber sido sometido a episiotomías sin recibir explicación y, en algunos casos, sin anestesia local durante la sutura, e incluso mencionó haber enfrentado solicitudes o exigencias de afeitado público o lavado intestinal (enema). Asimismo, un porcentaje significativo sufrió procedimientos como cesáreas, tactos vaginales sin consentimiento o explicación técnica, además fueron sometido a presiones abdominales o administración de medicamentos para acelerar el parto sin su consentimiento. Durante la labor de parto, fueron forzadas a mantener posiciones incómodas y no tuvieron acceso a alternativas para aliviar el dolor. También se destaca que fueron privadas de información sobre las opciones de tratamiento. En menor medida recibieron métodos anticonceptivos o esterilización sin su consentimiento. El porcentaje de violencia fue del 24% lo que muestra que las mujeres han experimentado situaciones de daño físico en el momento de la atención obstétrica. Lo que puede generar dolor, trauma psicológico, desconfianza y percepción negativa a la experiencia de su labor de parto.

5. DISCUSIÓN

De acuerdo con estudios de situaciones de violencia gineco obstétricas que se pueda relacionar con el tema de investigación actual, se muestra antecedentes de otros autores que enfatizan la problemática.

En lo que respecta a las características gineco obstetricia, en Ecuador, año 2022, en el estudio sobre “violencia gineco-obstétrica en mujeres comerciantes de los mercados de Azogues” de los autores Calle et al.,(17) tomó de referencia a 270 mujeres, en edades entre 25 a 35 años 67%, con características gineco obstétricas, con edad de la menarquia a las 13 años 68%, el inicio de la relación sexual se dio a los 15 años 52%. Actualmente son multíparas 67% entre 3 a 4 partos 69%, sin antecedentes de aborto 98%, ni complicaciones maternas 92%.

En el tema de investigación “violencia obstétrica en el cotidiano de la atención y sus características” realizado en Brasil, año 2018, aplicando una encuesta a 145 mujeres se encontró que el 78% tienen edades entre 25 a 35 años 78%. Los antecedentes reflejan que tuvieron una menarca antes de los 18 años 65%, tienen entre 2 a 3 partos 66% y embarazos más de 3 (68%). Actualmente como método anticonceptivo emplean el de tipo inyectables 45%. El 5% registra antecedentes de aborto.

En este estudio, se analizó a una población de 50 mujeres, que recibieron atención en los últimos 12 meses, se demostró que la edad fueron mujeres entre 26 a 41 años 48%, con una menarquia a los 13 años 26%. El inicio de la relación sexual fue entre los 16 a 20 años 58%. Manteniendo relaciones sexuales en un 44% con una sola persona, el 50% no emplearon métodos anticonceptivos. En lo que refiere al número de embarazos el 48% han tenido entre 3 a 4 embarazos, al igual que un 36% en partos, no refleja antecedentes de abortos 72% ni riesgos obstétricos 62%.

Al analizar estos estudios, se observa que las características particulares de cada grupo tienen semejanzas, ya que estamos frente a personas adultas que han sido

víctimas de violencia gineco obstétricas durante la atención muy independiente de sus condiciones sociodemográficas o gineco obstétricas.

Con respecto a violencia gineco obstétrica en México, año 2018 acerca de tema “Sí estamos aquí es porque no tenemos dinero... Discriminación y violencia en las maternidades” (19). Al analizar las situaciones de violencia las mujeres refirieron en un 58% no haber recibido información acerca del parto, el 45% no informaron la necesidad de la cesárea, mientras que al 89% le realizar tactos vaginales en presencias de otras personas, e incluso le negaron la compañía de su pareja en el momento de parto 95%.

En California año 2019, para los autores Galle et al.,(20) sobre la “Falta de respeto y abuso durante el parto en establecimientos de salud en el sur de Mozambique” mostraron en su estudio que las mujeres evidenciaron violencia gineco obstétrica en el 52% la realización de cesárea sin información sobre los beneficios y riesgos que tiene la intervención, no le brindaron tratamiento para el dolor 78%, le recomendaron métodos anticonceptivo sin su autorización 45% y durante el parto le prohibieron el ingreso a un acompañante 76%.

En este estudio la violencia gineco obstétrica fue del 62% que no le asesoraron sobre decidir si lo ideal es un parto normal o cesárea, de estas al 58% no se les informaron la necesidad de realizar una cesárea, añadiendo a esto que al 32% le examinaron en presencia de otras personas sin pedirles su consentimiento, al 32% le negaron estar acompañada de alguien de confianza, y no brindaron tratamiento para el dolor 28%, e incluso la aislaron de su bebe con la intención de hacerla sentir mal 26% y le colocaron un método anticonceptivo sin explicarle los efectos secundarios 10%.

Estos estudios muestran que existen datos en que la violencia gineco obstétrica, dado que se evidencia en muchos contextos, este incluye desde la falta de información o del consentimiento informado para la realización de cualquier tipo de intervenciones quirúrgicas o procedimiento que puede contribuir a una experiencia negativa durante el parto o la atención médica.

En base a la violencia obstétrica en Estados Unidos, año 2019 para los autores Bohren M, et al. acerca del “maltrato de las mujeres durante el parto en los establecimientos de salud a nivel mundial” (21). En lo que respecta a violencia obstétrica al 80% de las mujeres largas esperas en la sala de parto para ser atendidas, al 78% le realizaron tacto u otros procedimientos sin su consentimiento, al 34% la presionaron para que emplee métodos anticonceptivos sin sugerirlo y al 56% le insistieron que no tenga más hijos.

En el año 2019, se llevó a cabo un estudio en México para investigar la “prevalencia de violencia obstétrica hacia pacientes durante el trabajo de parto y el período inmediato posterior al parto en un hospital público” (22), de los autores Madrid C, et al. demostró que en su grupo poblacional las mujeres se le realizó tacto vagina en reiteradas veces por diferentes personas sin avisarle y sin consentimiento, al 10% algunas vez se realizaron papanicolaou sin sugerirlo, al 20% le hicieron comentarios acerca del número de parejas que ha tenido, y le insistieron la aplicación de métodos anticonceptivos 34%.

En este estudio, la violencia obstétrica fue del 50% de las mujeres tuvieron esperar largas horas para ser atendidas, el 28% le realizaron Papanicolau, tacto u otros procedimientos sin explicarle en qué consiste y para qué sirve, seguido de un 20% que le insistieron que no debe tener hijos o ya debe tener sin existir alguna ración médica y el 16% recibieron comentarios acerca del número de parejas que han tenido.

Estos estudios muestran la falta de asesoría sobre atención obstétrica, dado que la mayoría de las mujeres refieren no recibir la información apropiada sobre las ventajas y desventajas que tiene cada procedimiento e incluso les incentivan hacer usos de procedimiento o consejería que no han sido sugeridos por parte de las mujeres.

En relación con la violencia psicológica en el estudio realizado en Venezuela en el año 2019, titulado "*Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente*" (23) y llevado a cabo por las autoras Pereira C., Domínguez A., y Toro J., existió

violencia verbal en el 100% de las mujeres, las culés fueron que al 1,8% declararon haber oído críticas o comentarios negativos sobre su comportamiento, el 76% experimentaron situaciones regaño, maltrato, insulto y humillaciones.

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio en la provincia de Tungurahua, Ecuador, en el año 2021, titulado "*Violencia ginecoobstétrica*"(24) realizado por González R, et al., mostraron que la violencia psicológica fue del 76% irrespetando su pudor durante el proceso, el 45% no tomaron en cuenta sus signos y síntomas, el 86% manifestaron haber recibido comentarios machistas, hirientes o inapropiados, 20% no recibieron información de temas de planificación familiar y el 15% fueron discriminadas por su economía y apariencia.

En este estudio la violencia psicológica se evidenció en un 30% les impidieron estar acompañadas por alguien de su confianza, además el 30% reporta que se solicitó autorización a terceros para llevar a cabo procedimientos de esterilización, un 28% ha experimentado situaciones de maltrato verbal. La falta de apoyo durante el parto y postparto fue del 26%. También se usaron sobrenombres en un 24%, mientras que el 20% se sintió interrogada, culpabilizada o amenazada. Además, un 16% experimentó burlas o comentarios sarcásticos sobre su comportamiento.

Los estudios muestran que la violencia obstétrica psicológica sigue siendo un problema no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial, lo que refleja que no solo se vulneran a los derechos de reproducción de las mujeres, si no que afectan la parte emocional o psicológica de las mujeres poniéndolas en un ámbito de vulnerabilidad o inferioridad contribuyendo a un parto traumático con efectos a largo plazo en su bienestar emocional y mental.

En cuanto al tipo de violencia física en el estudio titulado "*Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud*"(25) realizado por Cárdenas M. y Salinero S. el 69% informaron que se les prohibió consumir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto; el 57% recibió la indicación de permanecer acostadas durante todo el proceso del parto, 51%

mencionó que se les administraron medicamentos para acelerar el parto, se registraron prácticas como el rasurado de los genitales externos 50%, tactos vaginales por diferentes personas 48,8%; cesáreas injustificadas 48,1% y episiotomías 43,3%.

El estudio realizado por las autoras Espinoza y Álvarez en el año 2022 se enfocó en la “*caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres que recientemente habían dado a luz en Bucaramanga*”(26), Colombia, con respecto a la violencia física al 32% la realización de tactos vaginales reiteradas veces, poco monitoreo fetal, le realizaron la episiotomía sin anestesia 78%, le exigieron realizar el afeitado de la región púbica y enema 89%. En la labor de parto al 45% se vio forzado estar en una posición no cómodas.

En este estudio la violencia física al 50% se les realizó tacto vaginal en múltiples ocasiones por diferentes personas sin su consentimiento. Alrededor de un 36% fueron sometidas a episiotomía sin explicación ni consentimiento. También, un 34% informó que se les exigió el rasurado de la región púbica. Además, el 20% recibió presiones en el abdomen o medicación para acelerar el parto. Durante el trabajo de parto, un 16% se vio forzado a permanecer en posiciones incómodas y el 14% no recibió opciones para aliviar el dolor.

La violencia física, además, de violar los derechos reproductivos de las mujeres, puede tener un impacto negativo en su bienestar físico, produciendo en las embarazadas experimentar un mayor estrés y ansiedad pudiendo tener dificultades en el momento del parto.

6. CONCLUSIONES

En relación con las características sociodemográficas se identificó que el rango de edades mayoritario estuvo comprendido entre los 26 y 41 años, en cuanto a las características gineco obstétricas se obtuvo una menarquía temprana que tuvo lugar a los 13 años, respecto al inicio de la actividad sexual, ocurrió entre los 16 y 20 años. Acerca del número de embarazos hubo una cifra mayor de mujeres que tuvieron 3 embarazos y 6 embarazos el de menor cifra, es importante señalar que el uso de métodos anticonceptivos y los riesgos obstétricos no fueron tan prevalentes en este grupo.

En relación con situaciones de violencia gineco obstétrica, se ha observado que en el ámbito de la gineco-obstetricia, las mujeres han enfrentado diversas problemáticas. En algunos casos, no se les proporcionó el asesoramiento adecuado para tomar decisiones relacionadas con el parto, incluyendo la posibilidad de someterse a una cesárea. Además, se reporta que en ocasiones fueron sometidas a exámenes médicos en presencia de terceros sin su previo consentimiento, y se les negó la posibilidad de contar con la compañía de una persona de confianza durante dichos procedimientos. En cuanto a violencia obstétrica, es alarmante observar que algunas mujeres tuvieron que tolerar largas esperas para recibir atención médica, la realizaron procedimientos como el tacto vaginal sin la debida explicación y le insistieron que no debe tener hijos sin existir alguna razón médica.

La violencia obstétrica psicológica mostró que un porcentaje de mujeres han sido privadas de la presencia de personas de confianza durante la consulta, enfrentando maltrato verbal, amenazas y humillaciones. En cuanto a la violencia obstétrica física algunas de ellas experimentaron tactos vaginales, otras fueron sometidas a episiotomías sin explicación ni consentimiento y sin anestesia local.

7. RECOMENDACIONES

A través del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones médicas se deben implementar programas de capacitación y sensibilización para el personal de salud sobre la importancia del respeto y la comunicación efectiva en la atención a mujeres embarazadas y en situaciones ginecológicas.

El personal de salud encargado de la atención gineco obstétrica debe crear un vínculo médico paciente, con bases de respeto, cumpliendo con códigos de éticas, de manera que no vulneren los derechos de las pacientes ni su estado físico y psicológico.

Se deben organizar charlas y talleres en la comunidad para educar a las mujeres sobre sus derechos y la importancia de respetar la dignidad y autonomía de ellas, para que puedan crear una red de apoyo comunitaria donde las mujeres se sientan seguras para compartir sus experiencias y recibir consejos y apoyo emocional en caso de enfrentar violencia gineco obstétricas en la atención médica.

Las mujeres que enfrentan situaciones de violencia deben considerar la posibilidad de denunciar los hechos con evidencia ante las autoridades correspondientes, que demuestren que sus derechos fueron vulnerados durante la atención médica, de manera que el responsable pueda asumir las consecuencias ante los sucesos evidenciados.

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Alcocer I, Saltos M, Barba P, Martínez J. VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE TAISHA, AÑO 2020.: Obstetric violence at the San José de Taisha Hospital, year 2020. Más Vita Rev Cienc Salud [Internet]. 2021 [citado 28 de agosto de 2023];3(1):66-84. Disponible en: <https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/168>
2. Euroinnova Business School. Euroinnova Business School. 2018 [citado 28 de agosto de 2023]. Violencia obstétrica - cursos online | Euroinnova. Disponible en: <https://www.euroinnova.ec/blog/violencia-obstetrica>
3. Rodríguez J, Martínez A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit [Internet]. 2021 [citado 25 de agosto de 2023];35(3):211-2. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-violencia-obstetrica-una-practica-articulo-S0213911120301898>
4. Lopez CPH, Galeano SPO, Blandón DAS. Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo de parto. Revista Ciencia y Cuidado. 1 de enero de 2020;17(1):71-84.
5. Carangui JDC, Cayamcela ÉEC, González M de los ÁE, Martínez NIA. Violencia gineco-obstétrica en mujeres comerciantes de los mercados de Azogues. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. 30 de junio de 2022;6(43):199-212.
6. INEC. ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES (ENVIGMU) [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2021 [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
8. Betron ML, McClair TL, Currie S, Banerjee J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. Reproductive Health. 28 de agosto de 2018;15(1):143.
9. Mena D, Iglesias S, González V, Cervera Á, Andreu L, Valero M. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. Int J Environ Res Public Health. 2022;18(1):199.

10. Martínez JM, Martínez S, Rodríguez J, Hernández A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2021;34(5):e526-36.
11. Tobasía C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 10 de febrero de 2023];43:e36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6474288/>
12. Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto – OMS [Internet]. 2019 [citado 25 de marzo de 2023]. Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto – OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
13. Macas JAT, Chavaría STS, Araujo GMA, Utreras KMP, Ortega IMA, Darío SDS. Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la amazonia ecuatoriana, año 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 10 de noviembre de 2022;6(5):4387-410.
14. WHO_RHR_14.23_spa.pdf [Internet]. [citado 19 de agosto de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1
15. WHO-RHR-18.12-spa.pdf [Internet]. [citado 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
16. Individualized, supportive care key to positive childbirth experience, says WHO [Internet]. [citado 19 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>
17. Calle J, Calle É, Estrella M, Abad N. Violencia gineco-obstétrica en mujeres comerciantes de los mercados de Azogues. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación* [Internet]. 2022 [citado 22 de mayo de 2023];6(43):199-212. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/538>
18. Barbosa D, Modena C. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 22 de mayo de 2023];26:e3069. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?lang=en>

19. Valdez R, Arenas L, Rojas A, Sánchez M. "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2018 [citado 22 de mayo de 2023];18(1):244. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
20. Galle A, Manaharlal H, Cumbane E, Picardo J, Griffin S, Osman N, et al. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019 [citado 22 de mayo de 2023];19(1):369. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2532-z>
21. Bohren M, Vogel J, Hunter E, Lutsiv O, Makh SK, Souza J, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine* [Internet]. 2019 [citado 22 de mayo de 2023];12(6):e1001847. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>
22. Madrid C, De León M, Delgado M, Cancino L, Rangel P, Soto B, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica* [Internet]. 2019 [citado 23 de mayo de 2023];14(42):27-36. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2245>
23. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2019 [citado 23 de mayo de 2023];75(2):081-90. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. González R, Ramos M, Ocaña A, Maliza B. Violencia gineco-obstétrica. Caso: Provincia de Tungurahua -Ecuador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria De Ciencias De La Salud Salud Y Vida* [Internet]. 2021 [citado 24 de mayo de 2023];5(1):48-57. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/1586>
25. Cárdenas M, Salinero S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 [citado 24 de mayo de 2023];46:e24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9004691/>
26. Espinosa L, Álvarez D. Caracterización de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres con experiencia reciente de parto, en una población de Bucaramanga [Internet] [Maestría]. [Colombia]: Universidad

Autónoma de Bucaramanga; 2022 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/16707>

27. Molla W, Wudneh A, Tilahun R. Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 14 de julio de 2022 [citado 26 de mayo de 2023];22(1):565. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04895-6>
28. Kaveri M, Sandall J, Matthews Z, Padmadas S. Breaking the silence about obstetric violence: Body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2022 [citado 26 de mayo de 2023];22(1):318. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04503-7>
29. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. 2022. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
30. Organización de las Naciones Unidas. OHCHR. 2019 [citado 26 de mayo de 2023]. España responsable por violencia obstétrica, según el Comité de derechos de las mujeres de la ONU. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds>
31. Al Adib M, Ibáñez M, Casado M, Santos P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica* [Internet]. 2017 [citado 26 de mayo de 2023];34(1):104-11. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&nrm=iso&tlng=es
32. Pastor G, Ruiz I, Ricci I. Historia de Violencia y Violencia de Compañero íntimo en mujeres embarazadas. *Resultados en salud. Index de Enfermería* [Internet]. 2018 [citado 26 de mayo de 2023];27(4):191-5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Mejia C, Delgado M, Mostto F, Torres R, Verastegui A, Cárdenas MM, et al. Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. febrero de 2018 [citado 26 de mayo de 2023];83(1):15-21. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262018000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. Príncipe M. Características de la violencia doméstica en mujeres durante el embarazo Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Boletín Médico de Postgrado [Internet]. 2022 [citado 26 de mayo de 2023];38(1):8-14. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/3845>
35. López S, Pilamunga A, Tualombo S. Análisis cualitativo de violencia de género en mujeres adolescentes embarazadas. Polo del Conocimiento [Internet]. 2022 [citado 26 de mayo de 2023];7(8):2093-107. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4504>
36. Lafaurie M, Cuadros L, García P, Hernández I, Pulido J, Reynales L, et al. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2015 [citado 26 de mayo de 2023];12(2):100-16. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/512>
37. Mendoza GPB, Medranda EA. Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, período 2019 – 2020. RSocialium [Internet]. 5 de julio de 2020 [citado 26 de mayo de 2023];4(2):445-58. Disponible en: <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/607>
38. FAMME. Medicus Mundi. 2018 [citado 26 de mayo de 2023]. Violencia de género durante el embarazo, una violencia invisible. Disponible en: <https://www.medicusmundi.es/es/actualidad/noticias/1153/Violencia%20genero%20embarazo%20invisible>
39. da-Silva I, Santana R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Enfermería Global [Internet]. 2017 [citado 26 de mayo de 2023];16(47):71-97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000300071&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Cárdenas M, Salinero S. Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. RSOGV [Internet]. 2023 [citado 25 de mayo de 2023];83(01):54-66. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/02/9-AO-831-Impacto-y-consecuencias-de-la-violencia-ginecologica-en-la-vida-de-las-mujeres-2.pdf>
41. Borja C. Violencia obstétrica percepciones de las prácticas de atención de salud [Internet] [bachelorThesis]. Quito: USFQ, 2017; 2017 [citado 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6592>

42. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Campo AMP, Suarez-Bravo JP, et al. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud [Internet]. junio de 2019 [citado 26 de mayo de 2023];51(2):135-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072019000200135&lng=en&nrm=iso&tlng=es
43. Laínez N, Martínez G, Portillo D, Alvarenga A, Véliz A. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud [Internet]. 2023 [citado 25 de mayo de 2023];6(1):70-7. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/alerta/article/view/15231>
44. Ministerio de Defensa de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
45. Constitución de la República del Ecuador. Ley Orgánica de la Salud [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
46. Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres [Internet]. Registro Oficial Suplemento 175; 2018. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf

9. ANEXOS

Aprobación del tema



Guayaquil, 29 de agosto del 2023



Srta. Plaza Paguay Melissa Nicole
Srta. Quimiz Pérez Leslie Kenya
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez se les comunica, que su tema de trabajo de titulación: **"Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la comunidad de San Eduardo"** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Norma Silva Lima.

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to Lcda. Ángela Mendoza Vincés.

Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-
4671
Guayaquil-Ecuador

Cc: Archivo

Autorización para realizar el proyecto



Guayaquil, 15 de mayo del 2023

Lcda. Norma Silva Lima
Delegada de vinculación
Carrera de enfermería

De mis consideraciones:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por medio de la presente le comunico que se **ha autorizado** que las estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Cohorte septiembre del 2022, realicen el semillero de investigación del tema **"Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la Comunidad de San Eduardo"** con las respectivas tutoras delegadas: Lcda. Miriam Muñoz A. y Lcda. Norma Silva Lima.

Se adjunta nombres de estudiantes pertenecientes al semillero.

Tutora Lcda. Norma Silva Lima

Tutora Lcda. Miriam Muñoz A.

Srta. Plaza Paguay Melissa Srta. Quimis Pérez Leslie	Srta. Iñiguez Mejia Tatiana Srta. Espinoza Navarrete Abigail
Srta. Alberca Arteaga Andrea Sr. Ordoñez Pozo Adit	Srta. Portugal Navarro Mariana Carolina. Srta. Murillo Hernández Milagros Manuela
Sr. Cruz Morales Jhonny Srta. Moran Méndez Zoila	Srta. Maridueña Jauregui Ana Ibelia Srta. Sani Alcivar Eunice Narcisa
Srta. Alvarado De La Rebeca Virginia Sr. Herrera Jara Sergio Josué	Srta. Castro Aguilar Lilibeth Stephanie Sr. López Cando Luis Mario
	Srta. Bustamante Lalangui Britney Melissa Srta. Bustamante Lalangui Tanya Maritza

Atentamente



Firmado electrónicamente por:

**LIA DOLORES
PEREZ SCHWASS**

Dra. Lía Pérez Schwass
Directora del Proyecto
Familia y Comunidades Saludables
Facultad de Ciencias Médicas

Matriz para recolección de información



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Tema: Situaciones de violencia en la atención gineco-obstétrica en mujeres de una comunidad de San Eduardo.

Objetivo: Recabar información sobre la atención gineco-obstétrica que reciben las mujeres de la comunidad San Eduardo.

Instrucciones:

- La encuesta es anónima no requiere incluir sus datos personales, sea lo más sincero/a posible para la veracidad de los datos que se requiere.
- Escriba una "X" en los casilleros en blanco de las preguntas que a continuación se detallan
- Gracias por la colaboración

1. ¿Qué edad tiene usted?

18 a 25 años	<input type="checkbox"/>
26 a 33 años	<input type="checkbox"/>
34 a 41 años	<input type="checkbox"/>
42 a 49 años	<input type="checkbox"/>
50 años o más	<input type="checkbox"/>

Mulata	<input type="checkbox"/>
Montubia	<input type="checkbox"/>
Mestiza	<input type="checkbox"/>
Blanca	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es su estado civil?

Casada	<input type="checkbox"/>
Separada	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>
Unión de hecho	<input type="checkbox"/>
Unión Libre	<input type="checkbox"/>
Soltera	<input type="checkbox"/>

4. ¿Qué nivel de escolaridad tiene?

Analfabeta	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>
Cuarto nivel	<input type="checkbox"/>

3. ¿Cómo se autoidentifica?

Indígena	<input type="checkbox"/>
Afroecuatoriana	<input type="checkbox"/>
Afrodescendiente	<input type="checkbox"/>
Negra	<input type="checkbox"/>

5. ¿Cuál es su ocupación?

Estudiante	<input type="checkbox"/>
Ama de casa	<input type="checkbox"/>
Empleada pública	<input type="checkbox"/>
Empleada privada	<input type="checkbox"/>
Asistente doméstica	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

III. CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS DE LA MUJER:

- 3.1. Edad de la menarquia de la mujer en edad fértil: _____ años.
3.2. Edad de la primera relación sexual: _____ años
3.3. Número de parejas sexuales: _____
3.4. Uso de métodos anticonceptivos en la mujer en edad fértil. SI__ NO__

IV. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LA MUJER:

- 4.1. Número de embarazos de la mujer en edad fértil: _____
4.2. Número de partos de la mujer en edad fértil: _____
4.3. Antecedentes personales de riesgo obstétrico o complicaciones. SI__ NO__

Atención Gineco obstétrica

6. Violencia Gineco obstétrica.	Si	No	No aplica
a) ¿Esperó muchas horas para ser atendida, sin justificación médica?			
b) ¿Recibió gestos o comentarios cuando le preguntaron por el número de parejas sexuales que ha tenido?			
c) ¿Le han insistido en que debe tener hijos/as o que ya no debe tener hijos/as, sin existir una razón médica?			
d) ¿Le han realizado a usted, papanicolaou, tacto vaginal, mamografía u otro procedimiento sin explicarle en qué consiste y para qué sirve?			

7. Violencia Obstétrica	Si	No	No aplica
a) ¿Le dieron tratamiento para el dolor?			
b) ¿Le asesoraron de manera que usted pueda decidir cómo dar a luz, ya sea por parto normal o cesárea?			
c) ¿La aislaron o ubicaron junto a las demás mujeres que tienen a sus bebés con la intención de hacerla sentir mal?			
d) ¿La ignoraron o se negaron a brindarle información durante la labor del parto, postparto?			
e) ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué fue necesario hacer la cesárea?			

f) ¿Le han examinado en presencia de otras personas sin pedirle su consentimiento ni brindarle ninguna explicación de su presencia?			
g) ¿Le recetaron o le colocaron algún método anticonceptivo sin explicarle los efectos secundarios que puede provocarle su uso?			

8. Psicológica	Si	No	No aplica
a) ¿Le hicieron algún comentario o insinuación sexual que le hizo sentir ofendida, humillada o incomoda al momento de la atención ginecológica?			
b) ¿Le hacían burla o comentarios irónicos acerca de su comportamiento?			
c) ¿Le pidieron autorización a otra persona para realizarle una esterilización (ligadura)?			
d) ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos/as?			
e) ¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, inmediatamente después del parto sin que le informaran la causa de la tardanza?			
f) ¿Le prohibieron contar con un acompañante durante la labor de parto y postparto?			
g) ¿Le han impedido estar acompañada de alguna persona de su confianza durante la atención ginecológica?			
h) ¿La gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron con no atenderla porque estaba quejándose mucho?			
i) ¿Se sintió interrogada, culpabilizada o amenazada?			
j) ¿Le trataron con sobrenombres como gorda o gordita, mamita, hijita tratándote como una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estas atravesando?			

9. Física	Si	No	No aplica
a) ¿Le practicaron cesárea, tactos vaginales, o compresión del abdomen sin su consentimiento o sin explicación técnica alguna?			
b) ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron, o esterilizaron sin su consentimiento para ya no tener hijos/as (ligadura de trompas u otro)?			

c) ¿Le realizaron el corte vaginal (episiotomía) durante el parto sin informarle la razón que tuvieron para hacerlo y/ o le suturaron sin anestesia local?			
d) ¿Le presionaron el abdomen o le pusieron alguna medicación para acelerar el parto?			
e) ¿Le hicieron tacto en reiteradas oportunidades y diferentes personas sin su consentimiento y/o información?			
f) ¿Durante la labor de parto, la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?			
g) ¿Le negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin darle una explicación?			
h) ¿Le pidieron o exigieron el afeitado de la región púbica o lavado intestinal (enema)?			
i) ¿Le negaron información sobre las opciones de elegir el tratamiento (pastillas, legrado, succion)?			

Consentimiento Informado

El presente consentimiento es parte de nuestra investigación de titulación de enfermería que busca recopilar información sobre situaciones de violencia en la atención gineco-obstétrica que reciben las gestantes y puérperas de la Comunidad San Eduardo. Nosotras **Melissa Nicole Plaza Paguay** y **Leslie Kenya Quimíz Pérez** estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Católica, solicitamos a usted, colaborar con una encuesta con el objetivo de recabar información sobre nuestro tema de titulación denominado **“Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la comunidad de San Eduardo”**, nos comprometemos a mantener discreción y ética en los datos obtenidos. Agradecemos de antemano su colaboración.

Yo _____ *acepto*
participar en el cuestionario solicitado, previa explicación del uso de información
obtenida.

Firma o rubrica

C.I.: _____

C.I.: _____

Fotografía de la recolección de datos



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Plaza Paguay, Melissa Nicole**, con C.C: # **0940690159** autora del trabajo de titulación: **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de **septiembre** de **2023**

f. _____

Nombre: **Plaza Paguay, Melissa Nicole**

C.C: **0940690159**

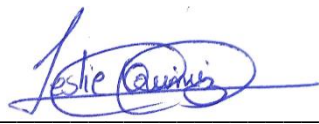
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Quimíz Pérez, Leslie Kenya**, con C.C: # **0930572995** autora del trabajo de titulación: **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo** previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **1 de septiembre de 2023**

f.  _____

Nombre: **Quimíz Pérez, Leslie Kenya**

C.C: **0930572995**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de una Comunidad de San Eduardo		
AUTOR(ES)	Melissa Nicole, Plaza Paguay; Leslie Kenya, Quimíz Pérez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Norma Esperanza, Silva Lima		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciadas en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	60
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	atención ginecoobstétrica; mujeres; violencia, maltrato		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La violencia ginecoobstétrica, es una forma concreta de violencia perpetrada por profesionales de la salud, que incluye actos inapropiados o no consentidos hacia las mujeres en edad reproductiva. Objetivo: Identificar situaciones de violencia en la atención ginecoobstétrica en mujeres de la comunidad San Eduardo. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo y diseño transversal retrospectivo. Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario INEC. Sección 8. Población y muestra: 50 mujeres mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Resultados: Las características gineco obstétricas tuvieron menarquía a los 13 años 26%. El inicio de la relación sexual fue entre los 16 a 20 años 58%. El número de embarazos 48% entre 3 a 4 embarazos. La violencia gineco obstétrica fue del 62% refirieron que no le asesoraron sobre decidir si lo ideal es un parto normal o cesárea, el 58% no se les informaron la necesidad de realizar una cesárea. La violencia obstétrica fue del 50% de las mujeres, tuvieron que esperar largas horas para ser atendidas, el 28% le realizaron Papanicolau, tacto u otros procedimientos sin explicarle en qué consiste y para qué sirve. En relación con los tipos de violencia la psicológica se evidenció en un 30% les impidieron estar acompañadas por alguien de su confianza. La violencia física al 50% se les realizó tacto vaginal en múltiples ocasiones por diferentes personas sin su consentimiento. Alrededor de un 36% fueron sometidas episiotomía sin explicación ni consentimiento. Conclusión: La violencia gineco obstétrica se presentó aproximadamente en un tercio de las mujeres de la comunidad del Cerro San Eduardo.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593940690159 +593985692603	E-mail: melis.sa35@hotmail.com leslie.quimiz@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lic. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs		
	Teléfono: +593- 993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			