



FACULTAD DE MEDICINA

PERCEPCIÓN SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE LOS
ESTUDIANTES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE
LAS AMÉRICAS

AUTOR

LIDAYNE ADANELYS CEVALLOS PONCE
PAMELA ALEJANDRA CIFUENTES REINOSO

AÑO

2023



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE MEDICINA

Percepción sobre la violencia obstétrica de los estudiantes de medicina y
enfermería en la Universidad de Las Américas

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Médico Cirujano.

PROFESOR GUÍA:

Dra. Sofía Cañadas Herrera

AUTOR:

Lidayne Adanelys Cevallos Ponce

Pamela Alejandra Cifuentes Reinoso

QUITO, ECUADOR

2023

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el (los) estudiante(s), orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.



Firmado electrónicamente por:
**SOFIA KAROLINA
CANADAS HERRERA**

Dra. Sofia Cañadas Herrera

1718117722

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'C' followed by several horizontal and vertical strokes, all resting on a solid black horizontal line.

Dr. Christian Molina Hinojosa

1712631579

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.



Lidayne Adanelys Cevallos Ponce

1718789009



Pamela Alejandra Cifuentes Reinoso

1718818824

AGRADECIMIENTOS

“Gracias a quienes confiaron en nosotras en cada paso que dimos hasta llegar aquí, gracias a nuestro pilar fundamental, nuestras familias, a quienes nos acompañan, y a quienes ya no están pero que nunca se irán.”

DEDICATORIA

“Para las mujeres que han sufrido violencia obstétrica, que cada vez sean menos las que lo vivan. Queremos ser profesionales de la salud más conscientes, empáticas y éticas, hasta erradicar las malas prácticas médicas.”

ABREVIACIONES

VO: Violencia obstétrica.

UDLA: Universidad de Las Américas

PercOV-S: Perception of Obstetric Violence in Students

ITS: Infecciones de transmisión sexual

OMS: Organización Mundial de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

BVS: Biblioteca Virtual en Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

COIP: Código orgánico integral penal

INEC: Instituto nacional de estadística y censo

LATAM: Latinoamérica

ENVIGMU: Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres

DSM-5: Manual diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

AEMPPI: Asociación de Estudiantes de Medicina

COVID-19: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

DS: Desviación estándar

EPREVO: Encuesta de Prevención de Violencia Obstétrica

RESUMEN

Percepción sobre la violencia obstétrica de los estudiantes de medicina y enfermería en la Universidad de las Américas

Facultad de Ciencias Médicas, UDLA

Introducción:

En Ecuador, 47.5% de mujeres han experimentado violencia obstétrica (VO), un tipo de violencia de género. Conocer la percepción de estudiantes de medicina y enfermería nos permite identificar fortalezas y debilidades en cuanto al conocimiento de VO, y buscar estrategias para prevenir y reducir las prácticas violentas, mejorando la calidad de atención y el bienestar físico, psicológico y emocional de las pacientes.

Objetivo:

Conocer la percepción de los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas (UDLA) sobre VO, determinar este conocimiento, identificar la percepción que existe según género y nivel educativo y comparar la percepción entre ambas carreras, aplicando el cuestionario "Perception of Obstetric Violence in Students" (PercOV-S) , en estudiantes de 1ro a 10mo semestre en la carrera de medicina y de 1ro a 7mo semestre en la carrera de enfermería.

Materiales y métodos:

Es un proyecto analítico transversal. Los estudiantes inscritos voluntariamente recibieron un formulario virtual que consta del consentimiento informado y el cuestionario PercOV-S compuesto de 33 ítems que miden la percepción de VO en una escala tipo Likert de 5 niveles. Se extrajo una muestra al azar. El análisis

descriptivo de las variables cualitativas y categóricas se realizó mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (%), y para el análisis de variables cuantitativas se obtuvo la media de la escala de Likert en cada pregunta. Test T de student se aplicó para variables con distribución normal y el test de U Mann-Withney para variables que no. Se utilizaron los programas JASP y Excel.

Resultados:

Participaron 353 estudiantes, 251 respuestas de medicina y 102 de enfermería en donde 7 de cada 10 estudiantes habían escuchado el término de VO. La percepción de VO general fue moderada, prácticas como: sujetar a la mujer, imponer la posición, episiotomía sin anestesia y maniobra de Kristeller son algunas de las prácticas que presentaron un nivel de tolerancia.

Conclusiones:

La percepción de VO es moderada, sin importar el semestre ni las materias cursadas, evidenciando una necesidad de aprendizaje sobre VO, ya que las practicas presentadas en el cuestionario son totalmente violentas.

Palabras clave:

Violencia obstétrica, personal de salud, educación universitaria, percepción, estudiantes.

ABSTRACT

Perception of obstetric violence among medical and nursing students at the University of the Americas

Faculty of Medicine, UDLA

Introduction:

In Ecuador, 47.5% of women have experienced obstetric violence (OV), a type of gender violence. Know the perception of medical and nursing students allows us to identify strengths and weaknesses in terms of knowledge of OV, and look for strategies to prevent and reduce violent practices, in turn improving the quality of care and the physical, psychological and emotional well-being of patients.

Objective:

Know the perception of medical and nursing students of the University of the Americas (UDLA) about OV, determine the students' knowledge, identify the perception according to gender and educational level, and compare the perception between both careers, applying the questionnaire "Perception of Obstetric Violence in Students (PercOV-S)", in students from 1st to 10th semester in the medicine career and from 1st to 7th semester in the nursing career.

Materials and methods:

Is a cross-sectional analitic project. The students voluntarily enrolled received a virtual form consisting of informed consent and the PercOV-S questionnaire composed of 33 items that measure perception of OV on a scale type Likert of 5 levels. A random sample was drawn. The descriptive analysis of the qualitative and categorical variables was performed using absolute (n) and relative (%) frequencies,

the analysis of quantitative variables, the average of the Likert scale was obtained in each question. Student's T test was applied for those variables that presented a normal distribution and the Mann-Whitney U test for those variables that not. JASP and Excel program were used.

Results:

353 students participated, 251 responses from medicine and 102 from nursing where 7 out of 10 students had heard the term OV. The perception of general VO was moderate, practices such as: holding the woman, imposing the position, episiotomy without anesthesia and Kristeller maneuver are some of the practices that they presented a level of tolerance.

Conclusions:

The perception of OV in both groups of students is moderate, regardless of the semester or the subjects studied, which shows a need for learning about OV, the practices presented in the questionnaire are totally violent.

Key words:

Obstetric violence, health personnel, university education, perception, students.

Índice

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA	
DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR.....	
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE.....	
AGRADECIMIENTOS	
DEDICATORIA	
ABREVIACIONES	
RESUMEN.....	
ABSTRACT	
Capítulo I.....	
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco conceptual de la investigación	1
1.1.1. Definiciones	1
1.1.2. Situación global	5

1.1.3. Contexto	7
1.2. Estrategia de búsqueda de bibliografía.....	8
1.3. Pregunta de investigación.....	10
1.4. Objetivos del Estudio.....	11
1.5. Justificación del Estudio	11
Capítulo II	
MARCO TEÓRICO	14
2.1. Definiciones	14
2.2. Antecedentes/historia	15
2.3. Consecuencias	19
2.4. Marco legal.....	23
2.5. Formación educativa.....	26
2.6. Derechos y bioética.....	28
Capítulo III	
METODOLOGÍA	34

3.1. Diseño General de Estudio	34
3.2. Contexto o escenario	34
3.3. Hipótesis	35
3.4. Sujetos y población.....	35
3.4.1. Criterios de inclusión.....	35
3.4.2. Criterios de exclusión.....	35
3.5. Recolección de datos.....	36
3.6. Fuentes de datos	36
3.7. Sesgo	37
3.8. Tamaño de la muestra.....	38
3.9. Variables	39
3.10. Análisis descriptivo de los datos	41
3.11. Análisis estadístico de los datos	42
3.12. Consideraciones éticas.....	42
Capítulo IV.....

4.1. Resultados generales	44
4.2. Resultados específicos.....	46
<i>Capítulo V.....</i>	
<i>Discusión</i>	<i>54</i>
5.1. Hallazgos principales.....	54
5.2. Interpretación	55
5.3. Generabilidad	59
<i>Capítulo VI.....</i>	
<i>Conclusiones.....</i>	<i>64</i>
6.1. Conclusiones.....	64
6.2. Limitaciones	65
6.3. Implicaciones de salud pública	66
<i>Referencias.....</i>	<i>69</i>

ANEXOS75

Anexo 1: Cronograma de actividades.....

**Anexo 2: Cuestionario: Percepción de violencia obstétrica en
estudiantes**

**Anexo 3 : Aprobación del Comité de Ética de Investigación en
Seres Humanos del Hospital General San Francisco.....**

Anexo 4: Consentimiento Informado Para Participantes

Lista de Figuras

Figura 1 Tasa de violencia de género en Ecuador 5

Figura 2 Línea de tiempo reconocimiento VO 17

Figura 3 Distribución zonal de VO..... 18

Figura 4 Recomendaciones para una experiencia de parto positiva..... 31

**Figura 5 Número de estudiantes que completaron el cuestionario PERCOV-S
..... 45**

Figura 6 Conocimiento sobre el término VO..... 48

Lista de tablas

Tabla 1 Operacionalización de variables	39
Tabla 2 PercOV-S según dimensiones de violencia entre facultad de medicina y escuela de enfermería de la UDLA	49
Tabla 3 PercOV-S según dimensiones de violencia y género.....	51
Tabla 4 PercOV-S según dimensiones de violencia y semestres de medicina	52
Tabla 5 PercOV-S según dimensiones de violencia y semestres de enfermería.....	53

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual de la investigación

1.1.1. Definiciones

El embarazo es un proceso fisiológico en mujeres de edad fértil que inicia con la fecundación, seguida de una serie de procesos embriológicos, y cambios anatómicos en el cuerpo de la mujer, con el fin de conservar el producto durante 38 a 42 semanas, y terminando con el parto, cuyo único propósito es culminar de la forma menos invasiva el proceso de embarazo, preservando la salud madre-hijo. Es por este motivo, que hoy en día se ha adaptado el término de parto humanizado, siendo una práctica que pretende brindar una atención integral tanto a la mujer como a la familia en donde se perciba a la mujer como objeto de cuidado, con participación activa y libertad de decisión permitiendo que el parto sea un proceso natural y fisiológico, una práctica a la que todas las mujeres deberían tener derecho. (Borges Damas et al., 2019)

En muchas ocasiones el parto humanizado es una práctica que no ocurre en centros hospitalarios, debido a esto, ciertas acciones llevadas a cabo por profesionales de salud se adentran en el círculo de la violencia, específicamente, de la VO.

Antes de hablar de VO, debemos conocer que esta es un tipo de violencia de género, es decir, “cualquier acción o conducta basada en el género que cause o no muerte, daño y/o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial, gineco-obstétrico a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).

Existen diferentes tipos de manifestaciones de violencia como podemos observar en la *Figura 1*, que destaca las tasas de violencia hacia la mujer en el país según el INEC 2019. Llama la atención que la violencia psicológica presenta la mayor tasa de violencia en el país seguida de la violencia gineco-obstétrica lo que evidencia su alta prevalencia, muchas veces es invisible.

Las definiciones de los tipos de violencia constan en la Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, y estas son:

- **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. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018)

- Violencia psicológica/emocional:

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. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018)

- Violencia económica y patrimonial:

Es toda acción u omisión que se dirija a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos y patrimoniales de las mujeres, incluidos aquellos de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes de las uniones de hecho, a través de:

1. La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes muebles o inmuebles;
2. La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
3. La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o la privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias;
4. La limitación o control de sus ingresos; y,

5. Percibir un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018)

- 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. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018)

- Violencia obstétrica:

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.
(Asamblea Nacional del Ecuador, 2018)

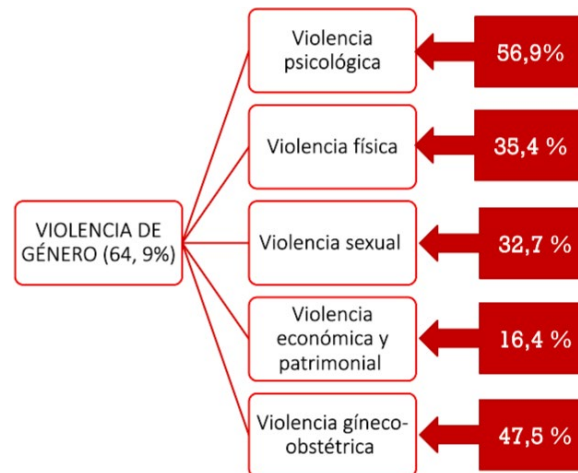


Figura 1 Tasa de violencia de género en Ecuador. Se detalla porcentaje total, por tipos de violencia.

Adaptado de INEC, 2019.

1.1.2. Situación global

La VO se da en diferentes partes del mundo, según datos de la OMS, esta se presenta en 1 de cada 3.5 atenciones obstétricas. (Ramírez Saucedo et al., 2021) En España, en un estudio transversal realizado en hospitales públicos, privados y domiciliarios durante el 2019, la VO fue reportada un 67,4% (n=605) de las mujeres, donde el 25,1% fue violencia verbal, 54,5% físico y 36,7% psicoafectivo. (Teresa Escudero, 2021)

En México, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en un censo realizado de 2016 a 2021 en el país, se pudo constatar que el 31.4% (n=2.455.000) de mujeres de 15 a 49 años en su último parto sufrieron de VO. (Díaz García & Fernández M., 2018)

En Brasil, la prevalencia de VO varía entre 18.3% a 44.3%. En la investigación Mujeres brasileras y género en espacios públicos y privados realizada por Venturi & Godinho se encuentra que 1 de cada 4 mujeres sufren algún tipo de violencia durante el parto. (Carla et al., 2023)

Cuando hablamos de Ecuador, encontramos que según el INEC en 2019, el 42% de mujeres mayores de 15 años, han sufrido de VO, y siendo el porcentaje de Pichincha del 52%.

En el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la declaración para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” en donde expone la necesidad de investigar y definir situaciones de irrespeto y maltrato en centros hospitalarios públicos y privados a nivel mundial para conocer el impacto que generan en la salud de las mujeres. (Lafaurie et al., 2018)

Además, la OMS tipifica formas de VO y destaca cinco categorías que operacionalizan las definiciones legales: Intervenciones y medicalización rutinarias e innecesarias (sobre la madre o el lactante); abuso verbal, humillación o agresión

física; falta de material e instalaciones inadecuadas; prácticas realizadas por residentes y profesionales sin el permiso de la mujer después de proporcionarle información completa, veraz y suficiente; discriminación por motivos culturales, económicos, religiosos y étnicos. (Jardim & Modena, 2018)

1.1.3. Contexto

Se ha reconocido que la VO muchas veces es consecuencia del paradigma médico jerarquizado en donde se evidencian relaciones de poder considerando a las pacientes como subalternas, lo que no les deja opción a decidir, opinar u objetar sobre el trato que reciben en todo el proceso de parto, y esto se resume en la invalidación a la mujer respecto a su propio cuerpo, con las consecuencias que esto conlleva (Lafaurie et al., 2018) al igual que está inmersa en la violencia sistémica con la apropiación por parte del sistema médico desplazando a la mujer de su propio proceso y la coloca como objeto sin derecho debido a la relación vertical que existe entre médico-paciente, lo que visibiliza una desigualdad real y simbólica que imposibilita un ejercicio efectivo de los derechos básicos de las mujeres. (Chávez Courtois & Sánchez Maya, 2018)

En varias ocasiones las acciones que se llevan a cabo no son reconocidas como violencia ni por las usuarias ni por los profesionales de salud que las ejercen, debido a la normalización de estas prácticas en los centros hospitalarios sin que sean señaladas o cuestionadas. Varios estudios realizados a nivel mundial y citados durante este proyecto reconocen una falencia en el conocimiento del término de VO, países como España, Brasil, Reino Unido e India presentan evidencia de que los estudiantes de ciencias de la salud requieren mayor formación respecto a esta problemática.

La educación es el pilar fundamental para enfrentar estos casos de violencia, lo que según la OMS “es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive”. (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Durante el proceso de atención de parto los estudiantes adquieren prácticas que forman parte de un conjunto de aprendizajes invisibles, tácitos, de los que no se habla fácilmente, pero que pueden ser sistematizados, reconocidos y diferenciados de aquellos que, son planificados como parte de la enseñanza, es decir, el currículo oculto. (Centeno & Grebe, 2021)

Este currículo deriva de influencias externas e internas; las influencias externas están relacionadas con la forma de aprendizaje del estudiante, si es autónoma o dependiente del docente, mientras que las influencias internas se refieren a las actitudes y acciones que son tomadas en un determinado servicio y se normalizan, pasándolas de generación en generación, estas son las que tienen relación directa con prácticas de VO. (Flores & Félix, 2019)

1.2. Estrategia de búsqueda de bibliografía

Se utilizó la plataforma de PubMed, para la búsqueda de artículos relacionados con VO, de los cuales se encontraron 2.323 artículos, por lo que decidimos filtrar la búsqueda utilizando palabras “Medical Subject Headings” (MeSH), en donde añadimos, medical practice, obstetric, violence, medical students, nursing students y form perception sin obtener resultados, por lo cual se decidió filtrar usando los buscadores PubMed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

Al utilizar PubMed, buscando “obstetric violence and students”, se encontraron 62 resultados. Con la búsqueda de “obstetric violence and perception”, se encontraron 2 resultados. Con la búsqueda de “obstetric violence and medical student practice”, se encontraron 17 artículos. Con la búsqueda de “obstetric violence and nursing students practice” se encontraron 8 resultados. Con la búsqueda de “obstetric violence and humanized childbirth” se encontraron 7 resultados. Con la búsqueda de “obstetric violence and health workers practice”, se encontraron 42 resultados. Todos estos resultados fueron a su vez filtrados con las opciones de no más de 5 años de publicación e idiomas en español, inglés y portugués.

En BVS, buscamos en en primera estancia con “violencia obstétrica”, obteniendo como resultados 250 artículos, tras lo que se filtró con las opciones de “relación profesion-paciente” y “actitud del personal de salud”, obteniendo 26 resultados, todos publicados dentro de los últimos 5 años.

De todos estos artículos se realizó una revisión más detallada, por parte del equipo del proyecto, seleccionando aquellas bibliografías que más se adaptaron al estudio, es decir, aquellas con mayor relevancia en base al tópico principal que es la percepción de estudiantes frente a VO, y a su vez enfocado geográficamente en

diversos escenarios, como fue en países de mayor desarrollo, y países en vías de desarrollo, como el nuestro.

A su vez se utilizaron guías de práctica clínica y documentos oficiales, como son la Guía de Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato del Ministerio de Salud Pública (MSP), del 2015; Documentos estadísticos del INEC del 2019; Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, del 2018; Código Orgánico Integral Penal (COIP), del 2021, Derechos Universales de la Mujer en Edad Reproductiva del 2011, que se obtuvieron a partir de la búsqueda en Google Scholar.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de percepción de violencia obstétrica en los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas de junio a septiembre del año 2022?

P: Estudiantes de medicina de 1ro a 10mo semestre y estudiantes de enfermería de 1ro a 7mo semestre de la Universidad de Las Américas.

I: Evaluar la percepción de violencia obstétrica mediante un cuestionario virtual.

C: Conocer la percepción.

O: Nivel de percepción de violencia obstétrica, directamente proporcional con una mejor educación y posterior atención al paciente.

1.4. Objetivos del Estudio

General:

Conocer la percepción de los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas sobre violencia obstétrica.

Específicos:

- Determinar el conocimiento de los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas sobre violencia obstétrica.
- Identificar la percepción de violencia obstétrica según género y nivel educativo.
- Comparar la percepción de violencia obstétrica entre estudiantes de medicina y enfermería.

1.5. Justificación del Estudio

La VO es una mala práctica que se lleva a cabo alrededor del mundo, con una variación de las tasas entre países. Ecuador es uno de los países en donde se presenta una alta tasa de VO como se ha destacado anteriormente en el presente documento. Hay que mencionar que reconocer a ciertas prácticas hospitalarias como VO, y esta a su vez como un tipo de violencia de género es un gran logro a nivel legal, social, y ético, debido a que ha sido, y sigue siendo un problema normalizado tanto por el personal de salud como por las pacientes.

Es necesario conocer la percepción de los estudiantes respecto a prácticas durante la atención del parto que han sido medicalizadas, sistematizadas y jerarquizadas,

debido a que mediante los resultados obtenidos se evidencia lo que los estudiantes perciben como una atención adecuada o inadecuada. Detectar una baja percepción, permite la prevención de prácticas dañinas en las pacientes, ya que son los estudiantes los que en un futuro van a brindar atención, dependiendo de ellos el bienestar de las mujeres o, a su vez, las consecuencias tanto físicas y psicológicas tras sufrir VO.

Si las prácticas violentas siguen normalizándose estas se transmitirán de generación en generación. Además, es importante socializar protocolos y guías que indiquen cuales son las prácticas adecuadas e inadecuadas en la atención de parto pues esto permitirá que las mismas se apliquen.

La formación de estudiantes del área de la salud implica aprovechar el período académico y los conocimientos científicos para poner en práctica una atención del período gestacional asistida adecuadamente, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada mujer, con herramientas que permitan un cuidado ético, respetuoso y lo menos medicalizado posible. Esto solo se logrará si se empieza a reconocer a la violencia desde la teoría para erradicarla en la práctica.

Diversos estudios expuestos en el marco teórico del presente documento demuestran la deficiencia en el conocimiento de los estudiantes acerca de prácticas que son consideradas VO. Un ejemplo es el de la Universitat de Jaume I en España, que se realizó en estudiantes de medicina (65), enfermería (212), psicología (149) y obstetricia (114) en donde se utilizó un instrumento para evaluar la percepción de VO en los estudiantes, el cuestionario PercOV-S, el mismo que ha sido utilizado para el presente estudio. Los resultados del estudio realizado en España

encontraron que existe una percepción de VO moderada, con mayor percepción en estudiantes que no habían cursado la materia de gineco-obstetricia y además que la carrera de medicina fue la que presentaba menor percepción en cuanto a VO, y son aquellos que tienen un mayor contacto con la mujer durante la atención del parto. (Mena et al., 2021).

Según los resultados obtenidos se evalúa si existe o no un déficit en la enseñanza actual y se identifican necesidades de aprendizaje en cuanto al tema de VO, en el caso de que los resultados no sean favorables se generarán necesidades en los centros universitarios para mejorar la formación educativa, buscando y/o generando estrategias que planteen a la VO como un tema de relevancia en la malla curricular, caso contrario si los resultados son favorables incentivará a la UDLA a seguir con las prácticas dictadas hasta la actualidad, buscando su continua mejora para de esta forma ser ejemplo para diversas universidades del país.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1. Definiciones

Según la OMS, la VO es aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos. (Peinado Sorrosal, 2021)

En Ecuador la definición que se le ha dado a la VO, para añadirla en el marco legal es:

“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.” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018)

Existen guías y protocolos estandarizados, creados a partir de la guía de la OMS “Cuidados en el parto normal: una guía práctica” de 1996, como es la guía de atención de trabajo de parto, parto y posparto, publicada en Ecuador en el año 2015, que relatan los derechos que las mujeres tienen, como son el acompañamiento continuo tanto por el personal de salud a cargo como por una persona de su elección, un trato empático y respetuoso, información acerca de procedimientos, opciones y toma de decisiones, la priorización de un parto vaginal, la libre posición, pujo espontáneo, contacto piel a piel, así como prácticas que no deben realizarse tales como la restricción de alimentos e hidratación, rasurado, enema, maniobra de Kristeller, tactos vaginales continuos que no respeten el periodo de 4 horas entre cada tacto (condiciones normales), episiotomía de rutina y no justificada de forma médica. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Cabe resaltar que las guías se han ido actualizando periódicamente en base a nueva información científica, la misma OMS en su guía más actualizada “Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto” 2021, promueve la atención durante el trabajo de parto y el parto, con atención respetuosa de la maternidad, comunicación efectiva, acompañamiento durante el trabajo de parto y continuidad de la atención, así como los protocolos establecidos para generar el menor impacto e intromisión en el proceso fisiológico llevado a cabo.

2.2. Antecedentes/historia

La lucha en contra de la VO en Latinoamérica (LATAM) comenzó en la década de 1990 con la divulgación de prácticas médicas basadas en evidencia que cuidaban el bienestar materno infantil, por parte de las activistas. Este activismo se respaldó en un documento de la OMS en 1996 (*Cuidados en el parto normal: una guía*

práctica), que advierte del peligro de convertir un suceso fisiológico normal en un procedimiento médico, por medio de “la adopción, sin crítica previa, de toda una serie de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, además, con frecuencia, pobremente evaluadas”. Unos años después de la publicación del documento, Uruguay (2001), Argentina (2004), Brasil (2005) y Puerto Rico (2006) aprobaron leyes que garantizaban el derecho de la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Brasil y Argentina también desarrollaron una legislación más amplia para fomentar el llamado parto humanizado o respetado. En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en tener una ley específica para atender la VO. Dos años después, Argentina promulgó una ley similar; le siguieron Panamá, varios estados en México, Bolivia (con una ley que aborda la “violencia en contra de los derechos reproductivos” y la “violencia en servicios de salud”) y El Salvador (cuya ley hace un llamado a un trato digno en los servicios de salud maternos y de salud reproductiva).(The New York Times, 2019)

De manera global, hay que mencionar que, a penas en el 2014, el programa de trabajo del Human Reproduction Programme de la OMS abrió las puertas al debate para reconocer a la VO, considerándola una modalidad de violencia de género, invisible, pero importante en la sociedad actual. (Blal, 2020)

En Ecuador, la violencia de género fue considerada como un problema de salud pública en el año 2008, en este mismo año en cuanto al ámbito obstétrico mediante la Constitución de la República se reconoce en el artículo 43 una serie de derechos específicamente para las mujeres embarazadas como a no ser discriminadas, a un servicio gratuito de salud, a ser protegidas durante el embarazo, parto y post parto y a su recuperación, sin embargo, no fue hasta el 2018 en donde se reconoció a la VO como un tipo de violencia de género, en la Ley Orgánica Integral para la

Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres, donde se definió todas las formas, manifestaciones y/o tipos de violencia.

Los eventos mencionados, se resumen en una línea de tiempo plasmados en la *Figura 2*.

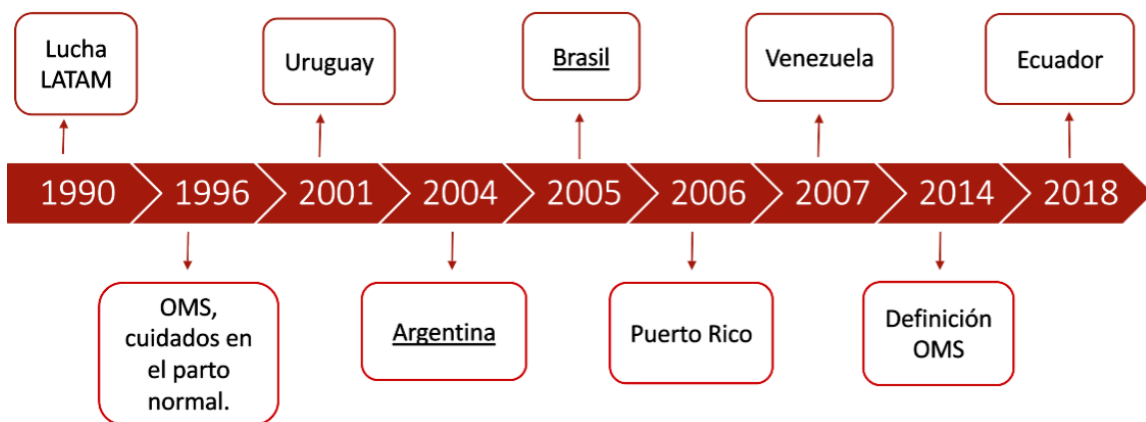


Figura 2 Línea de tiempo reconocimiento VO. Gráfico representa los años en los cuales se ha ido reconociendo a la violencia obstétrica en el marco legal. Lidayne Cevallos, 2022.

Sin embargo, estos esfuerzos a día de hoy no han sido suficientes, pues la OMS, reconoce que, en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación, y si bien la VO se realiza en todo el mundo, demográficamente Latinoamérica tiene una elevada prevalencia en este aspecto. En un estudio realizado en Popayán, Colombia se encontró que el 69% de las entrevistadas sufrieron algún tipo de VO y que estas se debían a

políticas institucionales que no eran favorables al momento del parto para las pacientes. (Jojoa-Tobar et al., 2019)

En Ecuador, según los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres – ENVIGMU”, 42 de cada 100 mujeres mayores a 15 años en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de VO a lo largo de su vida. La encuesta también “alerta” sobre una alta prevalencia de este tipo de violencia en las mujeres indígenas en un 60%, en aquellas que no tienen ningún nivel educativo o que han cursado un centro de alfabetización, con un 58%, al igual que a mayor edad, existe un mayor porcentaje de VO. También señala con “preocupación” que en el área rural 46 de cada 100 mujeres han experimentado VO. (INEC, 2019) En la Figura 3, se ilustra aquellas provincias con mayor porcentaje de VO, y aquellas con menor porcentaje, más es importante resaltar que no existen provincias en las que esta mala práctica esté ausente.

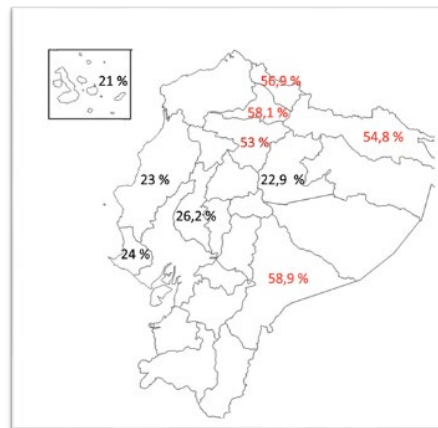


Figura 3 Distribución zonal de VO. El gráfico muestra las provincias de Morona Santiago (58,9 %), Imbabura (58,1 %) y Carchi (56,9 %), Sucumbíos (54,8 %) y Pichincha (53 %) que encabezan la lista con

mayor prevalencia de VO, y a las provincias de Los Ríos (26,2 %), Santa Elena (24 %), Manabí (26 %), Napo (22,9 %) y Galápagos (21 %) con menor prevalencia de VO. Adaptado de INEC, 2019

2.3. Consecuencias

En países en vías de desarrollo la mortalidad materna es ocasionada en su mayor parte por complicaciones originadas en el embarazo y el parto, existe una mortalidad diaria de 830 mujeres por causas relacionadas con estos procesos que pueden ser prevenibles. El artículo “Evolución actual de la mortalidad materna”, realizado en el 2019 concluye en su análisis que la causa más frecuente de mortalidad materna está relacionada con la calidad de atención obstétrica que reciben las mujeres embarazadas, por la saturación de los servicios obstétricos en centros hospitalarios, y no con la deficiencia de recursos existentes. (Cabrera Carlos, Testa Máryory, Gomez Jeiv, Galiffa Daniella, 2019)

La mortalidad materna conlleva a una pérdida vital de una mujer con facultades sociales, reproductivas y biológicas.

La morbilidad materna es la principal consecuencia de la VO, que radica en todas las acciones que colocan a la mujer en situaciones de vulnerabilidad, y en este escenario se define como “resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores”. (Chávez Courtois & Sánchez Maya, 2018)

En este sentido, la morbilidad materna no contempla únicamente la condición de enfermedad en términos médicos, si no que contempla todas aquellas situaciones o acciones de los otros (personal de salud, personas cercanas a la mujer embarazada, contexto sociocultural y económico) que colocan a la mujer en condición de inferioridad.

Podemos dividir a la VO en violencia física y violencia psicológica.

La violencia física en la atención del proceso de parto y postparto se representa con acciones tales como:

- Tactos vaginales a repetición, sin respetar el lapso de 4 horas entre cada tacto (en situaciones normales que no involucren por ejemplo una distocia de dilatación), lo que provoca mayor riesgo de infección tanto para la madre como para el feto. Se conoce también que los escenarios para la realización del tacto vaginal no suelen ser apropiados, en varios centros de salud se evidencia que se realizan con la mujer expuesta a las personas que transitan por las salas de parto, sin preservar su pudor e intimidad o incluso son sometidas a tactos repetitivos de diferentes practicantes del área de la salud.
- Maniobra de Kristeller, maniobra que consisten en aplicar el peso y fuerza del personal de salud sobre el abdomen de la mujer con el fin de forzar la salida del feto, práctica que hoy en día está contraindicada debido a las posibles secuelas en la madre y el bebé como contusiones, dolor muscular, fractura de costillas y lesión uterina, así como inversión uterina con

hemorragias graves, con la consecuente histerectomía. (Lori R Berkowitz, 2022)

- Las episiotomías de rutina, que consiste en el corte de la región perineal, con el fin de aumentar la apertura del canal de parto para facilitar la salida del bebé, muchas veces sin la administración de una adecuada infiltración anestésica, y con el riesgo que de por sí este procedimiento conlleva como laceración perianal, perforación del esfínter anal, infección en el lugar de la incisión, dolor en el momento del procedimiento y durante la cicatrización, incomfort estético, edema, hematomas, riesgo de hemorragia. (Lori R Berkowitz, 2022)
- Rasurado genital sistemático a las mujeres que van a dar a luz, siendo este procedimiento innecesario, pues lacera la piel y genera una puerta a la entrada de microorganismos ajenos, generando mayor riesgo de infección.
- Realización de cesáreas sin justificación médica, lo que genera un mayor riesgo de hemorragia, complicaciones postoperatorias, mayor tiempo de recuperación, aumentando la morbimortalidad de la mujer sometida a este proceso.
- Medicalización del proceso de parto, con inductores, conductores, enemas, antibioticoterapia, no justificadas, trayendo como consecuencia la alteración de la homeostasis en las pacientes.

- Prohibición de alimentos o líquidos durante el parto, lo que en ocasiones somete a la mujer largas horas de espera hasta poder comer o beber líquido, limitando el bienestar de la misma sin razón justificada (en casos de parto via vaginal).
- Posición de litotomía que ha sido adoptada sistemáticamente en el trabajo de parto, generando una condición no anatómica y no favorable para el descenso del bebé por el canal de parto, siendo una posición adoptada únicamente para la comodidad del personal de salud, la misma que genera la necesidad de mayor esfuerzo físico por parte de la mujer para obtener la salida del neonato, con mayor probabilidad de daño del tejido.

En cuanto a las consecuencias psicológicas, existen diversos escenarios, sin embargo, el de mayor frecuencia es la depresión postparto, una enfermedad mental grave que involucra al sistema nervioso central y afecta tanto la salud física como conductual de la paciente (OASH, 2019) y en consecuencia afecta el bienestar del bebé, pues este proceso debilita la relación madre-hijo, generando rechazo, incapacidad para amamantar, disconformidad, entre otras. (Viguera Adele, 2021) Su incidencia mundial es del 15%, y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Se asocia a suicidio y filicidio, siendo el primero una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal. (Caparros-Gonzalez et al., 2018)

Durante el proceso de parto muchas de las veces no se aplica la relación médico-paciente y el personal de salud ejerce comportamientos como burlas, humillaciones, malos tratos, falta de respeto y empatía hacia la mujer embarazada, haciendo de este proceso un momento aún más doloroso.

Es también parte del maltrato psicológico el negar información a los familiares de las pacientes, ya que esto vulnera sus derechos y la aleja de su red de apoyo (Chávez Courtois & Sánchez Maya, 2018), así como prohibir el acompañamiento en el proceso de parto, dejando sin apoyo físico y emocional en este proceso fisiológico, proporcionando una situación desfavorable para la paciente, dado que se ha demostrado que el apoyo emocional disminuye la necesidad de intervenciones médicas y aumenta el control de dolor experimentado por la mujer. (Alves Costa et al., 2022)

El desapego precoz de madre-hijo tras el parto también se considera un acto de violencia psicológica pues limita y restringe el vínculo madre-hijo, generando ansiedad, preocupación, inconfort, y sentimiento de despojo a la madre.

2.4. Marco legal

La VO forma parte de la Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia de Género contra las Mujeres a partir del 2018, al igual que en el mandato constitucional, en el artículo 363, se obliga al Estado a asegurar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto, a pesar de ello, los actos o conductas que

configuran violencia gineco-obstétrica no se encuentran adecuados al cuerpo penal como un delito autónomo dentro del COIP, lo que significa que no existe un artículo específico que penalice la VO, sin embargo, existen artículos que están inmersos en la definición de VO, como son:

- Art. 156 condena la violencia física contra la mujer “ La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause lesiones, será sancionada con las mismas penas previstas para el delito de lesiones aumentadas en un tercio. “ (Art, 156, COIP, 17 de febrero 2020)
- Art.157 condena la violencia psicológica contra la mujer a quien “comete delito de violencia psicológica la persona que realice contra la mujer o miembros del núcleo familiar amenazas, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, hostigamiento, persecución, control de las creencias, decisiones o acciones, insultos o cualquier otra conducta que cause afectación psicológica y será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año. Si con ocasión de la violencia psicológica se produce en la víctima, enfermedad o trastorno mental, la sanción será pena privativa de libertad de uno a tres años. Si la infracción recae en persona de uno de los grupos de atención prioritaria, en situación de doble vulnerabilidad o con enfermedades catastróficas o de alta complejidad, la sanción será la máxima pena, aumentada en un tercio.” (Art. 157, COIP, 17 de febrero 2020)
- Art. 158 condena la violencia sexual contra la mujer. “La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o un miembro del núcleo familiar,

se imponga a otra y la obligue a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas, será sancionada con el máximo de las penas previstas en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva, cuando se trate de niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad.” (Art. 158, COIP, 17 de febrero 2020)

- Art. 177, que condena los actos de odio “ La persona que cometa actos de violencia física o psicológica de odio, contra una o más personas en razón de su nacionalidad, etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, condición socioeconómica, condición migratoria, discapacidad, estado de salud o portar VIH, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Si los actos de violencia provocan heridas a la persona, se sancionará con las penas privativas de libertad previstas para el delito de lesiones agravadas en un tercio. Si los actos de violencia producen la muerte de una persona, será sancionada con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años. ” (Art. 177, COIP, 17 de febrero 2020)
- Art.179 condena la revelación de secreto “ La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año” (Art. 179, COIP, 17 de febrero 2020)

Es importante enfatizar en que al existir una definición de VO incluida en la "Ley para prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres", se puede utilizar los diversos artículos constitucionales como los mencionados con anterioridad, para su condena, tal como fue el caso de la primera sentencia, Nro. 904-12-JP/19 emitida por la Corte Constitucional a favor de la Acción de protección interpuesta por una paciente, sentenciándola como VO, tras sufrir vulneraciones en sus derechos constitucionales, al "no tratar a la mujer embarazada con dignidad y respeto; actuar de manera negligente, abandonar o demorar la atención; obligarle a dar a luz en condiciones inseguras e insalubres, sin el acompañamiento médico adecuado o los instrumentos necesarios; obstaculizar el apego voluntario entre la madre y el recién nacido sin una causa médica justificada, impidiéndole la posibilidad de cargar y amamantar." (*Caso 904-12-JP (negativa de atención en embarazo y violencia obstétrica)*, n.d.)

2.5. Formación educativa

La formación de estudiantes del área de la salud implica aprovechar el período académico y los conocimientos científicos para evolucionar a una atención del período gestacional bien asistida, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada mujer, con herramientas que permitan un cuidado ético y respetuoso y lo menos medicalizado posible. Diversos estudios demuestran la deficiencia en el conocimiento de los estudiantes a cerca de prácticas que son consideradas VO.

Un estudio realizado en la Universidad de Antioquía, Colombia, en estudiantes de medicina y enfermería revela que pese a que existe conocimiento sobre VO en los estudiantes, solo un porcentaje de 63,2% identifican la definición de VO, el 45,3%

no identifica sus consecuencias en la salud de la materna y el 47,3% tampoco identifica las consecuencias de esta en la salud del neonato, pese a la capacitación de parto humanizado recibida, el 75,8% indicaron haber sido testigos de VO durante su formación y el 99% considera que durante la atención al parto algunos médicos tomaron una postura autoritaria, también se encuentra que el 61% considera que la VO se normaliza desde su formación. Este estudio además reconoce que la falta de legislación y capacitación influye en el conocimiento que tienen los estudiantes respecto a esta problemática. (Patiño Ibañez et al., 2021)

Un estudio realizado a estudiantes de enfermería, fisioterapia, medicina, psicología y nutrición en Unión de los Colegios de los Grandes Lagos-UNILAGO de la ciudad de São José do Rio Preto, Brasil encuentra que 11 de los 143 estudiantes que fueron evaluados con el cuestionario desconocen el significado de VO y 62 estudiantes no reconocen a la tricotomía como una práctica de VO. Este estudio en particular reconoce que la mayoría de los estudiantes evaluados tiene algún conocimiento sobre VO y que negar la atención a la mujer o imponer dificultades durante el periodo prenatal son prácticas de VO. (Queiroz et al., 2022)

Los resultados anteriores no se repiten en un estudio realizado en el Centro Universitario de Brasilia, en el cual se analizan 145 estudiantes, 25 estudiantes de Psicología, 47 estudiantes de Enfermería y 73 estudiantes de Fisioterapia. Los resultados de este estudio arrojan que en general, la mayoría de la muestra desconoce el tema de VO y las carreras de Enfermería, Fisioterapia y Psicología tienen un mayor número de estudiantes que no reconocen a la tricotomía o al enema como prácticas de VO. (De Oliveira & Pereira Da Rocha, 2017)

En España, se realizó un estudio con estudiantes de ciencias de la salud (medicina, psicología, enfermería) de la Universitat Jaume I en donde se utilizó el instrumento PercoV-S para evaluar cómo eran percibidas diferentes prácticas antes del parto, durante el parto, después del parto y en cesáreas, se obtuvo una puntuación media global que indicó que la percepción de VO era moderada, además de una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación global entre las diferentes carreras evaluadas. El estudio además encuentra que los estudiantes de enfermería presentan una mayor percepción de VO que los de medicina y psicología. (Mena-Tudela et al., 2022)

Una revisión integrativa realizada por Rodríguez et al. (2018) encontró que suelen realizarse intervenciones médicas innecesarias solo con el fin del aprendizaje de estudiantes, estas suelen ser tactos vaginales y episiotomías, lo que repercute incluso en el aprendizaje de futuros profesionales si estas prácticas siguen repitiéndose. (Patiño Ibañez et al., 2021)

Muchos estudiantes reconocen la deficiencia en el conocimiento acerca de la VO y ven importante la integración de esta temática durante su formación, para poder reflexionar acerca de estas prácticas durante su ejercicio profesional y brindar una mejor atención a las pacientes. (Patiño Ibañez et al., 2021)

2.6. Derechos y bioética

Con el pasar de los años se ha visto como varios procesos fisiológicos como son el embarazo, parto y lactancia se han medicalizado al ser trasladados al ámbito hospitalario. Si bien la tasa de mortalidad materno-infantil ha reducido, también se

han implementado prácticas irrelevantes e innecesarias antes, durante y después del parto. (Al Adib Mendiri et al., 2017)

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en el artículo 6 afirma que toda mujer embarazada posee el derecho a la información, así como la libertad para que la toma de decisiones sea libre e informada, en relación a su salud, sin embargo, esto no es respetado ya que muchas veces las mujeres son sometidas a procedimientos sin ningún tipo de información sobre los mismos, impidiendo así la toma de decisiones por parte de las mujeres. (Al Adib Mendiri et al., 2017)

El médico como profesional de salud tiene que seguir una serie de valores como la honestidad, confidencialidad, humanidad, paciencia, entre otros, respetando los principios bioéticos. En el juramento hipocrático los médicos se comprometen a una serie de prácticas a realizar durante su ejercicio profesional que incluyen los valores antes mencionados y el respeto a los principios bioéticos.

La atención durante el trabajo de parto y el parto implican la aplicación de los principios bioéticos a las pacientes de: respeto por su autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia relacionados con el cumplimiento de los derechos humanos a la dignidad, la vida, la seguridad; la salud y la igualdad en la atención, y a no ser sometidas a tratos inhumanos. (Caceres-Manrique & Nieves-Cuervo, 2017)

Para las personas que estudiaron directamente la carrera de obstetricia en Ecuador no existe un Código de Ética individualizado, sin embargo, la Federación Nacional de Obstetricia en el Ecuador, consta en su página web de varios documentos y guías de práctica clínica en los cuales se dispone que se establezca confianza con

la paciente, demostrar empatía y una escucha activa, además de una atención que brinde confianza y privacidad durante el embarazo y post parto, así mismo consta del Estatuto de la Federación de las Obstetrices y Obstetras del Ecuador (2007), en donde menciona que por una mala práctica médica comprobada se retirará la licencia profesional previa confirmación del comité de ética. En el mismo sentido, en el país existe el Código de Ética Médica (1992) en donde menciona que todos los médicos en sus diferentes especializaciones tienen la obligación de respetar todos los derechos humanos; por lo tanto, se entiende que las obstetrices y obstetras deben sujetarse a este mismo código.

La autonomía es un principio ético a través del cual las personas toman decisiones por sí mismas, pero en el caso de la mujer este principio e incluso derecho se ha ignorado e irrespetado a lo largo de la historia, el cuerpo de la mujer ha sido considerado propiedad de personas, instituciones o de políticas del Estado, es por esto que se cree que existe una “disputa” entre la autonomía del personal de salud al tratar de seguir normativas de las instituciones y la autonomía de las mujeres durante el proceso del parto, quienes se ven subordinadas por el conocimiento de los profesionales. (Isac et al., 2018)

Toda mujer tiene la capacidad de ejercicio de la autonomía, a pesar de encontrarse en el proceso de parto, por lo que puede tomar decisiones propias en cuanto a sus preferencias durante este proceso, las mujeres pueden autorizar o no prácticas a través del consentimiento informado, que es un documento que brinda información sobre el accionar médico y manifiesta la conformidad libre, voluntaria, consciente e informada de una persona capaz en relación con una intervención o actuación que afecta a su salud. (Borges Damas et al., 2019)

La OMS genera recomendaciones para una experiencia de parto positiva, estas recomendaciones se enfocan en preservar el bien estar de la mujer durante la atención de parto resaltando la importancia del respeto y el apoyo emocional durante la atención, permitiendo prácticas que puedan aliviar el dolor de las pacientes y la ingesta de alimentos y líquido por vía oral, se exponen en la *Figura 4*. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Existen recomendaciones que son de difícil cumplimiento según el sistema de salud de cada país, en el Ecuador por ejemplo, la continuidad de la atención por un mismo profesional es compleja ya que los usuarios de MSP o los usuarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que son parte de la Red Pública Integral de Salud realizan el agendamiento de citas según la disponibilidad de los centros de atención que pertenecen a estas entidades, y mucha de las veces no están disponibles los mismos profesionales, ni los mismos centros de atención.



Figura 4 Recomendaciones para una experiencia de parto positiva. Adaptado de Organización Mundial de la Salud, 2018.

Es importante destacar que las mujeres también están respaldadas por los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva, publicados en el 2011 y que manifiestan:

- Toda mujer tiene derecho a estar libre de violencia y maltratos.
- Toda mujer tiene derecho a obtener información, al consentimiento o rechazo informado, y al respeto a sus decisiones y preferencias, incluida su decisión de acompañamiento durante el período de cuidado materno.
- Toda mujer tiene el derecho a la privacidad y la confidencialidad.
- Toda mujer tiene el derecho a ser tratada con dignidad y respeto.
- Toda mujer tiene el derecho a la igualdad, a la no discriminación y a cuidados equitativos.
- Toda mujer tiene derecho a recibir cuidados médicos oportunos y en el nivel de salud más alto posible.
- Toda mujer tiene derecho a la libertad, autonomía, a decidir por sí misma y estar libre de toda coacción.

(Artículos I-VII, Derechos Universales de Las Mujeres En Edad Reproductiva, 2018)

La negligencia médica se hace presente cuando ocurren actos deshumanizados, que irrespetan los derechos de las mujeres, abusando de la medicalización e interfiriendo en procesos naturales, se evidencia en prácticas como la realización de cesáreas innecesarias, impedimento del apego precoz madre e hijo y aplicación de métodos anticonceptivos o esterilización sin consentimiento. (Al Adib Mendiri et al., 2017)

Es importante resaltar que en Ecuador existen centros que han incorporado la atención de parto con parteras y como acompañantes y auxiliares al personal médico, si así lo deciden las usuaria. Es tanta la importancia justa que se le ha dado a las parteras, que hasta el 2020 el Ministerio de Salud Pública ha combinado la medicina y conocimientos ancestrales para certificar a 1351 parteras, lo que representa un gran paso en cuanto al respeto cultural e individual de cada mujer, haciéndola partícipe activamente en cuanto a la toma de decisiones en su proceso de parto. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Capítulo III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño General de Estudio

El presente estudio es de tipo analítico transversal.

3.2. Contexto o escenario

Estudio realizado en el año 2022, mediante un cuestionario virtual difundido el 14 de julio de 2022 al 20 de septiembre de 2022 mediante correo institucional Outlook en dos ocasiones, a estudiantes de las carreras de medicina de primero a decimo semestre y enfermería de primero a septimo semestre, de la Universidad de Las Américas tras la aprobación del proyecto por el comité de bioética del Hospital General San Francisco y las autoridades respectivas de las carreras mencionadas.

El cronograma con las actividades realizadas durante el proyecto se detallan en el *Anexo 1*.

3.3. Hipótesis

Los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas presentan un nivel de percepción bajo respecto a violencia obstétrica.

3.4. Sujetos y población

Se envió el cuestionario a los estudiantes de medicina de primero a décimo semestre y enfermería de primero a séptimo semestre que se inscribieron de forma voluntaria mediante correo institucional Outlook.

3.4.1. Criterios de inclusión

1. Ser estudiante de la carrera de medicina de primero a décimo semestre.
2. Ser estudiante de la carrera de enfermería de primero a séptimo semestre.
3. Dar por escrito su consentimiento de participación.

3.4.2. Criterios de exclusión

1. Cuestionarios duplicados.
2. Estudiantes que no completen el cuestionario en su totalidad.

3. Estudiantes que no corresponden a primero a décimo de medicina o primero a séptimo de enfermería.

3.5. Recolección de datos

Para la recolección de datos los estudiantes se inscribieron al estudio de manera voluntaria, tras la sociabilización del proyecto y cuestionario durante en periodo de 14 de julio a 20 de septiembre de 2022, mediante redes sociales de AEMMPI (Instagram y Facebook) , correo institucional Outlook enviado en dos ocasiones y docentes que incentivaron la participación en el proyecto durante sus horarios de clase. Entre los docentes que socializaron el cuestionario se incluyeron aquellos que imparten materias como antropología médica, introducción a la medicina, semiología, promoción de la salud, salud de la mujer, ginecología, entre otras.

3.6. Fuentes de datos

Las variables sociodemográficas presentes en el estudio son datos como carrera que estudia, edad, el género, el semestre que cursa, experiencia en un servicio de ginecología y obstetricia (si o no) y experiencia materna propia.

La variable de percepción de violencia obstétrica se evalúa mediante el instrumento "Perception of Obstetric Violence in Students (PercOV-S) ", este es un instrumento que fue creado y validado en la Universidad Jaume I en España durante los años 2018 y 2019, está compuesto de 33 ítems (Anexo 2) que miden la percepción de violencia obstétrica de los estudiantes en una escala tipo Likert de 5 niveles de 1 (ninguna violencia obstétrica) a 5 (muchacha violencia obstétrica). La puntuación

máxima por ítem y dimensión, y la puntuación global, son 5 puntos. Las puntuaciones más altas indican que la violencia obstétrica es más percibida. (Mena, 2022)

El cuestionario analiza la violencia obstétrica protocolizada-visible en los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 15, 16 y 28 y la violencia obstétrica no protocolizada-invisible en los ítems 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33. La puntuación global se calcula obteniendo la media del total de ítems y dividiendo el resultado por el número de ítems, para calcular el resultado de cada dimensión se obtiene la media de cada una.

Este cuestionario presenta una validación lingüística, y se encuentra en proceso de validación cultural, además se basa en protocolos internacionales de atención de parto.

3.7. Sesgo

Los potenciales sesgos del estudio consistieron en:

- Falta de respuesta por parte de los estudiantes.
- Límite de tiempo para realizar el proyecto.
- Falta de obtención de una muestra significativa necesaria para el análisis estadístico.
- Limitación al acceso a internet o dispositivos electrónicos para realizar cuestionario virtual.
- La presencia previa de talleres sobre VO.
- Docentes a cargo del proyecto macro de VO que inciten a sus estudiantes a realizar el cuestionario.

La inscripción voluntaria de estudiantes de medicina y enfermería se logró mediante la difusión del proyecto en redes sociales de AEMPPI, correo institucional y la socialización directa de los profesores de diferentes semestres de las facultades. De esta forma se obtuvo una muestra adecuada con la que se pudieron recolectar los datos necesarios para la medición de la percepción de VO. Previa a la difusión del cuestionario se realizó una prueba piloto con estudiantes de diferentes carreras y universidades para comprobar la comprensión del cuestionario y realizar ajustes en el mismo.

El acceso a internet o dispositivos electrónicos no implicó mayor problemática debido a que a raíz de la pandemia COVID-19 se ha utilizado la educación híbrida con lo cual todos los estudiantes de la universidad disponen de dispositivos electrónicos con acceso a internet, lo que facilitó la respuesta virtual al cuestionario.

En la Universidad de Las Américas se han realizado talleres respecto a VO para generar concientización de estudiantes de ciencias de la salud respecto a esta problemática, sin embargo, estos no fueron suficientes para acoger a la totalidad de la población del estudio.

Es importante destacar que al obtener respuestas de varios semestres de ambas carreras se logra visualizar una percepción amplia independientemente del nivel de conocimientos en ciencias básicas o clínicas.

3.8. Tamaño de la muestra

Se extrajo una muestra al azar de 353 estudiantes de la población de todos los estudiantes de Enfermería (n =816) y Medicina (n = 2600) matriculados en la Universidad de Las Américas, de ellos 251 de Medicina y 102 de Enfermería. Se calculó para estimar una proporción con la fórmula para estudios de prevalencia con población finita, 95% de confianza y una precisión del 5%. No se realizará un seguimiento a los estudiantes.

3.9. Variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Sociodemográfica	Información general del grupo de personas.	Género	Características físicas sexuales biológicas.	Masculino	Cualitativa nominal
				Femenino	
		Año	Nivel de la carrera que estén cursando.	Primero	Cualitativa ordinal
				Segundo	
				Tercero	
Cuarto					
Quinto					
Experiencia en servicios de maternidad	Haber realizado trabajo o prácticas en el servicio de ginecología y obstetricia.	Sí	Cualitativa binaria		

			No			
		Años de experiencia	Tiempo realizando trabajo o prácticas en el servicio de ginecología y obstetricia.	<td><1 año</td> <td rowspan="3">Cualitativa ordinal</td>	<1 año	Cualitativa ordinal
				1-4 años		
				>4 años		
		Presente durante el parto de la mujer	Haber presenciado un parto.	<td>Sí</td> <td rowspan="2">Cualitativa binaria</td>	Sí	Cualitativa binaria
				No		
		Tiempo desde presenciar un parto	Tiempo transcurrido desde que estuvo presente durante un parto.	<td><1 año</td> <td rowspan="3">Cualitativa ordinal</td>	<1 año	Cualitativa ordinal
				1-4 años		
				>4 años		
		Etnia	Autoidentificación sociocultural	<td>Mestizo</td> <td rowspan="5">Cualitativa nominal</td>	Mestizo	Cualitativa nominal
				Blanco		
				Afroecuatoriano		
				Indígena		
				Otra		
		Estatus socioeconómico	Autoidentificación socioeconómica	<td>Alto</td> <td rowspan="3">Cualitativa ordinal</td>	Alto	Cualitativa ordinal
				Medio		
				Bajo		
		Inmigrante	Proveniente de un país o región diferente.	Sí	Cualitativa binaria	

				No	
		Experiencia materna propia	Haber estado embarazada	Sí	Cualitativa binaria
				No	
		Tiempo desde el propio embarazo	Tiempo transcurrido desde haber estado embarazada	<1 año	Cualitativa ordinal
				1-4 años	
				>4 años	
		Concepto de violencia obstétrica	Tener un concepto de violencia obstétrica	Sí	Cualitativa binaria
				No	
Percepción	Apreciación de prácticas gineco obstétricas.	Cuestionario PercOV-S	Puntuación obtenida en el cuestionario.	1	Cuantitativa continua
				2	
				3	
				4	
				5	

(Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

3.10. Análisis descriptivo de los datos

El análisis descriptivo de las variables cualitativas y categóricas se realizó mediante frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Mientras que las variables demográficas numéricas continuas se describieron mediante media y desviación estándar (DS).

3.11. Análisis estadístico de los datos

Para el análisis de las variables cuantitativas se comprobó si presentaron una distribución normal mediante el test de Shapiro Wilk. Para la comparación de las variables que siguen una distribución normal se utilizó, el test t de Student. En el caso de que las variables que no presentaron una distribución normal se utilizó el test no paramétrico U-Mann Whitney.

La base de datos inicial se obtuvo en Excel por medio de Google Forms, tras lo que fue codificada y procesada en el programa gratuito JASP para realizar tanto el análisis descriptivo como el análisis estadístico. De igual manera Excel fue utilizado para realizar cálculos adicionales que JASP no permitía, como agrupación de datos para obtener medias específicas en cada grupo.

3.12. Consideraciones éticas

El presente trabajo requirió aprobación por el comité de bioética del Hospital General San Francisco, que fue solicitado el 19 de abril del 2022, obteniendo la aprobación final el 7 de junio del mismo año, después de un periodo de tres meses, el mismo que se incluye en el *Anexo 3*.

Los estudiantes tuvieron acceso al consentimiento informado en el mismo formulario en el cual llenaron el cuestionario *Anexo 4*, en este se reafirma la participación voluntaria de los estudiantes en la investigación y se aclara que el decidir o no participar en la misma no implica consecuencias en su situación actual como estudiantes, además de que no recibirán ninguna remuneración o pago por su participación y que la información es confidencial siendo las investigadoras principales las únicas que pueden tener acceso y hacer uso de los datos que se proporcionan, los mismos serán destruidos una vez culminado el proyecto.

En este consentimiento se especificaban números de contacto y correos en caso de dudas respecto a las preguntas y un enlace a un documento con información detallada respecto al estudio.

Capítulo IV

RESULTADOS

4.1. Resultados generales

Se realizó el cuestionario en estudiantes de primero a décimo semestre de la carrera de medicina y de primero a séptimo semestre de la carrera de enfermería de la Universidad de Las Américas en el periodo 2022-2, se excluyeron estudiantes de medicina que respondieron al cuestionario y pertenecían a 11vo y 12vo semestre de la carrera de medicina, con esto se obtuvo un total de 353 respuestas, detalladas por carreras y semestres en la *Figura 5*. Entre los estudiantes que respondieron la encuesta destaca la edad de 21 años en los participantes, la desviación estándar que se obtuvo fue de 3.669.

Se obtuvieron 76% (n= 268) de respuestas por parte de mujeres frente a 24% (n=85) de hombres. La carrera de medicina registró un total de 251 (71%) respuestas, frente a la carrera de enfermería que registró 102 (29%).

El semestre con mayor participación de la carrera de medicina fue primer semestre, mientras que el semestre con mayor participación de la carrera de enfermería fue cuarto semestre.

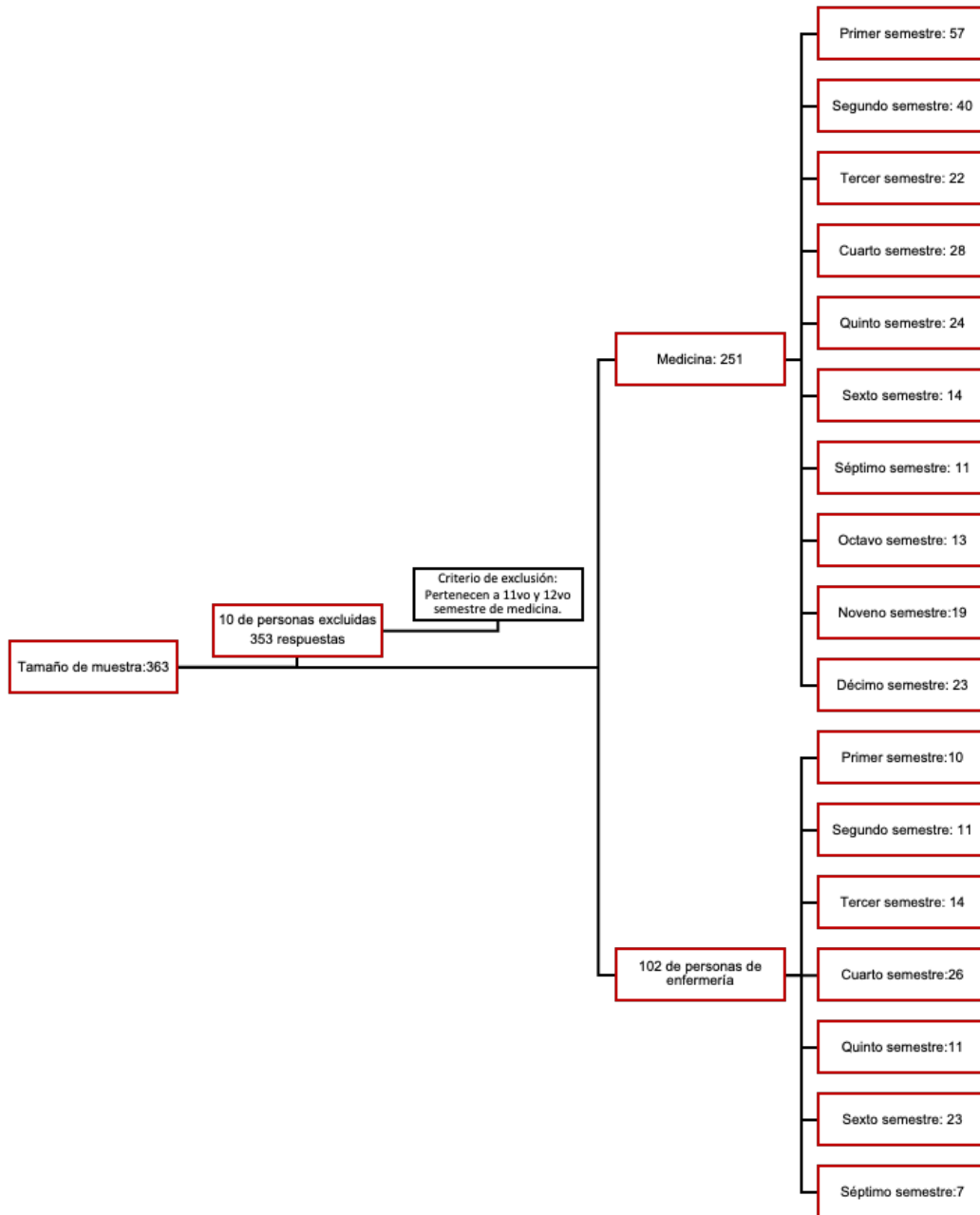


Figura 5 Número de estudiantes que completaron el cuestionario PERCOV-S (Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

Los encuestados que poseen otros estudios además de medicina o enfermería representan un porcentaje de 18%, mientras que el 82% solo está cursando con la carrera actual. Del grupo de estudiantes que poseen otros estudios el 16% estudia o estudió una carrera relacionada con salud entre las que destacan auxiliar de enfermería (9%).

Los estudiantes que han trabajado o realizado prácticas en servicio de ginecología y obstetricia representan un 33% (n=116) de los encuestados, de ellos el 24% lo realizó en un periodo menor a 1 año.

En cuanto a la experiencia de haber o no tenido un parto el 63% (n=222) de las estudiantes no han tenido un parto y el 10% que si han vivido la experiencia lo hicieron hace menos de 1 año, lo que les permite tener una perspectiva actualizada y real de cuáles son las necesidades de atención antes, durante y después del parto y en cesáreas, así como identificar fortalezas y debilidades en el ámbito sanitario.

4.2. Resultados específicos

De los encuestados, encontramos que el 39.04% (n=98) de los estudiantes de medicina si han presenciado un parto, mientras que el 60.96% (n=153) mencionan no haber presenciado uno, en cuanto a los estudiantes de enfermería el 50.98% (n=52) de los encuestados ha presenciado un parto, mientras que el 49.02% (n=50) refiere no haber presenciado. Llama la atención que los estudiantes de enfermería tienen un mayor acercamiento a las pacientes mediante las prácticas hospitalarias.

Del 39.04% de los estudiantes de medicina que si han presenciado un parto, el 21.51% (n=54) ha percibido un trato diferente según la etnia de las pacientes, un 20.71% (n=52) ha percibido un trato diferente según el estatus económico, y el 20.31% (n=51) ha percibido un trato diferente según el estado de inmigración.

Del 50,98% de los estudiantes de enfermería que ha presenciado un parto, 20.58% (n=21) señalan haber percibido un trato diferente en las pacientes según su etnia, un 16.66% (n=17) señalan haber percibido un trato diferente según el estatus económico, y un 14.71% (n=15) menciona haber percibido un trato diferente según el estado de inmigración.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de estudiantes de medicina y enfermería que manifiesta haber visto un trato diferente según la etnia se acerca al porcentaje total de estudiantes que han presenciado un parto, se reafirman datos estadísticos presentados en el marco teórico.

En el estudio participaron 353 estudiantes, de la carrera de medicina y enfermería, de los cuales el 77% (n=272) ha oído hablar alguna vez del concepto de VO, mientras que un 23% (n=81) no ha oído hablar de este concepto. Al evaluar esta pregunta por carreras, el resultado es similar, como podemos observar en las *Figura 6*.

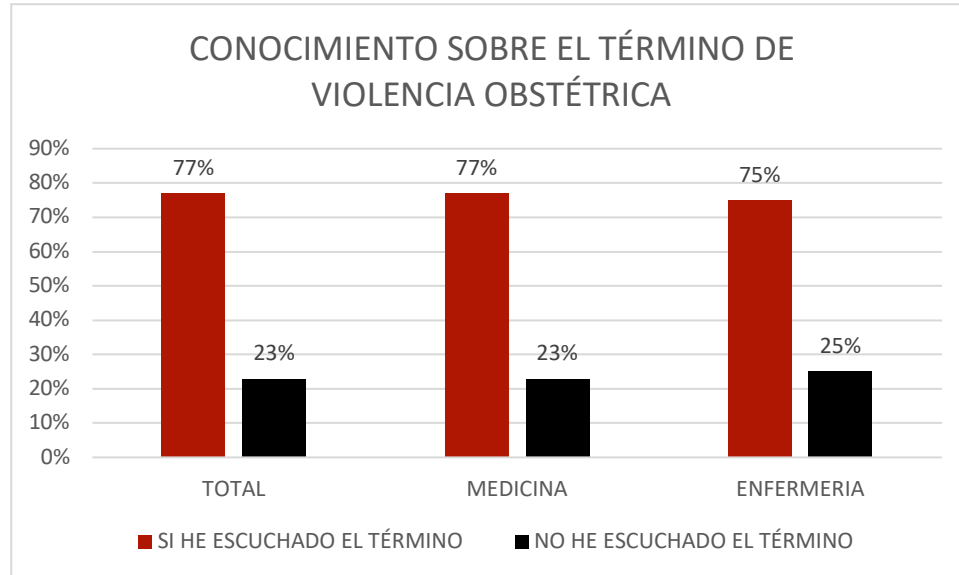


Figura 6 Conocimiento sobre el término VO (Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

Los resultados del cuestionario PercOV-S reflejan que existe una percepción moderada sobre VO con una media entre ambas carreras de 3.65, siendo la media de medicina 3.74 y de enfermería 3.37. Además, la violencia protocolizada/visible es menos percibida que la violencia no protocolizada/invisible, con una media de 3.17 frente a una media de 3.78, en ambos casos se refleja una percepción de VO moderada.

En la *tabla 2* se compararon las carreras de medicina con enfermería. La VO protocolizada/visible obtuvo una media de 3.17, es decir, una percepción moderada en la carrera de medicina frente a una percepción baja en enfermería con una media de 2.97; la violencia no protocolizada/invisible obtuvo una percepción moderada con media de 3.92 en medicina, al igual que en la carrera de enfermería con una media de 3.50.

En cuanto al valor de p, llama la atención que prácticas como el colocar un acceso intravenoso, una aceleración artificial del nacimiento, acompañamiento durante el proceso del parto, maniobra de Kristeller, realizar una cesárea de emergencia sin consentimiento, no permitir que las mujeres griten y llevar al bebé a una unidad pediátrica no presenta una diferencia significativa en cuanto a ambas carreras ($p > 0.05$), estas prácticas tienen una percepción de violencia entre bajo a moderado.

Tabla 2 PercOV-S según dimensiones de violencia entre facultad de medicina y escuela de enfermería de la UDLA.

PercOV-S	Medicina		Enfermería		p
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	
Violencia obstétrica protocolizada o visible					
1. Acceso intravenoso	2.30	1.14	2.62	1.38	0.07
2. Manejo de posición	2.23	1.41	2.62	1.50	0.02
3. Aceleración artificial del nacimiento	2.97	1.33	2.72	1.42	0.11
4. Administración de enema	3.43	1.26	2.70	1.35	<0.001
6. Rasurado genital de rutina	3.28	1.44	2.97	1.45	0.07
15. Posición de litotomía	4.13	1.32	3.73	1.43	0.01
16. Acompañamiento durante el proceso de parto	2.80	1.49	2.87	1.51	0.68
28. Corte temprano de cordón umbilical	4.18	1.21	3.55	1.59	<0.001
Violencia obstétrica no protocolizada o invisible	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	p
5. Aminorexis de rutina	3.76	1.34	2.96	1.41	<0.001
7. Inmovilizar a la madre	4.08	1.23	3.28	1.51	<0.001
8. Tacto vaginal sin consentimiento	4.45	1.21	3.82	1.56	<0.001
9. No ofrecer medidas para el dolor	4.28	1.18	3.68	1.47	<0.001
10. Fomentar el uso de epidural	3.26	1.23	2.95	1.35	0.04

11. No preservar la intimidad	4.45	1.17	3.82	1.54	<0.001
12. Convencer a las mujeres de tener una cesárea para terminar rápidamente el parto sin dolor	3.91	1.23	3.24	1.48	<0.001
13. Decisión de la mujer no considerada	4.36	1.19	3.70	1.53	<0.001
14. Tomar imágenes sin permiso	3.95	1.30	3.44	1.42	0.001
17. Episiotomía de rutina	4.44	1.23	4.05	1.46	0.003
18. Que te digan "No sabes pujar"	4.25	1.24	3.68	1.45	<0.001
19. Maniobra de Kristeller	3.62	1.31	3.40	1.38	0.17
20. Episiotomía sin anestesia	2.30	1.35	2.68	1.31	0.02
21. No permitir que las mujeres coman/beban	3.93	1.34	3.51	1.45	0.01
22. No se proporciona calor de cobertura durante el parto	4.45	1.23	3.66	1.66	<0.001
23. Que te digan "Deja de quejarte, que tampoco es para tanto"	4.39	1.25	4.02	1.46	0.02
24. No permitir que las mujeres griten	2.85	1.39	3.05	1.45	0.24
25. Realizar una cesárea justificándola con la lentitud de la dilatación	3.95	1.25	3.67	1.42	0.12
26. Cesárea de emergencia sin consentimiento	3.76	1.30	3.58	1.36	0.24
27. No permitir acompañamiento durante la cesárea/parto instrumentado	3.81	1.31	3.60	1.40	0.18
29. Sutura de desgarros sin anestesia	4.35	1.24	3.72	1.54	<0.001
30. Separar al recién nacido de la madre	3.37	1.43	2.97	1.42	0.02
31. Contacto piel con piel después de controles pediátricos	4.24	1.18	3.74	1.51	0.004
32. Llevar al bebé a la unidad pediátrica	3.50	1.29	3.48	1.33	0.89

33. Alimentar al bebé con leche artificial sin el consentimiento de la madre	4.24	1.25	3.79	1.53	0.01
--	------	------	------	------	------

(Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

Números en negritas representan valores obtenidos con el test de T de Student, los demás fueron obtenidos con test de U Mann-Whitney

Al realizar una comparación de la percepción de VO entre géneros, encontramos menor percepción de VO en la violencia protocolizada en el género masculino (media 2.96) frente al género femenino (media 3.16), y al contrario, respecto a VO no protocolizada se encontró una menor percepción en el género femenino (media 3.54) que en el masculino (media 3.88), como se puede observar en la *tabla 3*.

Además, el valor de p demuestra que en ambas dimensiones no existe diferencia significativa entre género pues presentan valores mayores a 0.05 y, por lo tanto, hombres y mujeres presentan una percepción moderada de violencia.

Tabla 3 PercOV-S según dimensiones de violencia y género

PercOV-S	Género Masculino		Género Femenino		p
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	
Violencia obstétrica protocolizada o visible	2.96	1.39	3.16	1.37	0.53
Violencia obstétrica no protocolizada o invisible	3.88	1.32	3.54	1.39	0.39

(Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

En estudiantes de medicina se observó que existe una percepción moderada en cuanto a VO protocolizada/visible con una media de 3.10 en semestres con ciencias básicas y preclínicas de la carrera quienes no reciben asignaturas referentes a ginecoobstetricia, mientras que se obtuvo una media de 3.36 en los semestres con ciencias clínicas.

En relación a la percepción de VO no protocolizada/invisible, se encontró una percepción moderada en los semestres con ciencias básicas y preclínicas con una media de 3.85 mientras que una percepción alta con una media de 4.11 en semestres con ciencias clínicas. Esto se evidencia en la *tabla 4*. Los valores de p nos indican que no existe diferencia significativa entre semestres que cursan ciencias básicas y preclínicas frente a los que no, si bien el valor entre dimensiones es variable.

Tabla 4 PercOV-S según dimensiones de violencia y semestres de medicina

PercOV-S	Semestres con ciencias básicas y preclínicas de la carrera de medicina		Semestres con ciencias clínicas de la carrera de medicina		p
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	
Violencia obstétrica protocolizada o visible	3.10	1.30	3.36	1.34	0.52
Violencia obstétrica no protocolizada o invisible	3.85	1.29	4.11	1.19	0.11

(Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

En estudiantes de enfermería, se observó que existe una percepción baja en cuanto a violencia obstétrica protocolizada/visible con una media de 2.90 en semestres que no reciben asignaturas relacionadas con ginecoobstetricia mientras que una

percepción moderada con una media de 3.10 en los semestres con asignaturas relacionadas con ginecoobstetricia. La percepción de VO no protocolizada/invisible es moderada, con una media de 3.45 en los semestres que no reciben asignaturas relacionadas con ginecoobstetricia, y una media de 3.62 en los semestres con asignaturas relacionadas con ginecoobstetricia. Los valores de p no encuentran diferencia significativa entre semestres que tienen asignaturas de ginecoobstetricia frente a los que sí, entre los dominios del cuestionario. Resultados que se reflejan en la *tabla 5*.

Tabla 5 PercOV-S según dimensiones de violencia y semestres de enfermería

PercOV-S	Semestres que no reciben asignaturas relacionadas con ginecoobstetricia de enfermería		Semestres con asignaturas relacionadas con ginecoobstetricia (5to y 6to) de enfermería		p
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar	
Violencia obstétrica protocolizada o visible	2.90	1.45	3.10	1.45	0.38
Violencia obstétrica no protocolizada o invisible	3.45	1.47	3.62	1.44	0.11

(Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

Capítulo V

Discusión

5.1. Hallazgos principales

El presente trabajo ha logrado conocer cuál es la percepción de estudiantes de medicina y enfermería de la UDLA frente a VO, según los resultados obtenidos podemos evidenciar que existe una percepción moderada y el conocimiento sobre el concepto de VO es del 77%.

De acuerdo a los resultados, se refleja que el género femenino y masculino tiene una percepción de VO moderada, con una diferencia mínima entre las medias, con una media más alta del género femenino.

Existe una mayor percepción de estudiantes de medicina frente a estudiantes de enfermería. Además, llama la atención que solo el 33% de estudiantes han trabajado o realizado prácticas en servicio de ginecología y obstetricia, esto se refleja en los resultados, en donde existe una percepción más alta de aquellos estudiantes que reciben materias relacionadas con ginecoobstetricia tanto en medicina como en enfermería. La percepción, sin embargo, sigue siendo moderada en ambos casos.

De los estudiantes que participaron para la realización del trabajo de investigación menos de la mitad de estudiantes de medicina han presenciado un parto, mientras que en enfermería alrededor del 60% si ha presenciado un parto, esto dificulta la formación de una adecuada relación médico paciente en el ámbito gineco-obstétrico y, por ende, el accionar médico y la percepción de VO.

5.2. Interpretación

En base a los resultados encontrados, llama la atención que los estudiantes de semestres inferiores, que no han cursado la materia de gineco-obstetricia tengan la misma percepción de VO que los semestres superiores, una percepción moderada, y por lo tanto deficiente, ya que indica tolerancia a la VO, esto supone que no se incluye este conocimiento en las aulas, y para ser más concretas, la influencia que tiene la normalización de prácticas violentas de manera sistematizada, la falta de actualización, información y sobre todo el impacto que la parte práctica tiene en las carreras de ciencias de la salud.

Los resultados arrojados, reflejan que la violencia protocolizada o visible es menos percibida que la violencia no protocolizada, llevando a preguntarnos por qué si pese a que hay prácticas que se han establecido como violentas en guías y protocolos oficiales, aún no son percibidas como tal, al igual que nos recuerda la importancia de una mayor socialización de protocolos que establecen qué prácticas forman parte de la VO.

Cabe mencionar que existen prácticas que en nuestro país no se realizan en el ámbito de salud pública, como es la colocación de anestesia epidural durante el parto y por lo tanto es comprensible que esta práctica sea desconocida para los estudiantes, lo que influye en el nivel de percepción de violencia en el cuestionario.

En este punto es importante destacar que el escaso resultado que se obtuvo (33%) ante sí haber trabajado o realizado prácticas en el área de ginecoobstetricia es directamente influyente en cuanto a la percepción de VO por el contacto directo que los estudiantes tienen con las pacientes y el ámbito hospitalario, pues es el medio donde los conocimientos se forjan, se amplían, y/o modifican, como se expuso previamente.

A pesar de que la carrera de enfermería tiene mayor porcentaje en haber presenciado un parto, esto no influye en el nivel de percepción, recordando que medicina presentó una percepción de VO más alta evidenciado en la media obtenida.

Además, hay que destacar que desde el 2020-2022 las prácticas hospitalarias se suspendieron en su totalidad por la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19, dejando secuelas en cuanto a la formación de los estudiantes, influyendo en nuestro resultado de percepción moderada sobre VO que se obtuvo en ambas carreras, puesto que a penas 116 participantes había tenido este contacto fundamental con las pacientes.

Al analizar las respuestas respecto a el factor social, económico, el estado de inmigración y la etnia, se registró una diferencia importante en cuanto a la las respuestas de los estudiantes de la carrera de medicina, frente a las de los estudiantes de la carrera de enfermería, donde la percepción de medicina fue superior en los tres aspectos mencionados ante el haber presenciado un trato diferente en las pacientes según los aspectos sociales.

De estos factores la etnia es la que tiene mayor diferencia en el trato según la percepción de los estudiantes de ambas carreras, lo que refleja una necesidad de aprendizaje, integración y socialización de la constitución en donde se recalca que el Ecuador es un país multiétnico y pluricultural.

Analizando la malla curricular de cada carrera en busca de asignaturas que proporcionen aptitudes en cuanto al trato de pacientes, encontramos que la antigua malla de medicina contaba con la asignatura de relación médico paciente, introducción a la medicina y bioética (esta materia permanece en la malla actual), mientras que enfermería cuenta con ética, bioética y deontología.

Actualmente, existen iniciativas que permiten la inclusión de prácticas culturales en donde pone a la paciente como protagonista del proceso del parto, haciéndolo más digno e igualitario, como son las escuelas de partería tradicional, las cuales forman a parteras basándose en la medicina ancestral, estas deben ser socializadas a los estudiantes, para poder poner a consideración a las mujeres que así lo requieran o lo soliciten, sin generar estigmas respecto al tema.

Sin duda, tener apartados tales como relación-médico paciente atribuye a los estudiantes una ventaja y un beneficio para reconocer cualquier tipo de discriminación por estos aspectos y a su vez no ejercer una mala/diferente atención basado en las características de las pacientes, pues la base fundamental de mantener una buena relación con las pacientes se trata en generar un vínculo con las mismas, obtener mayor información para toma de decisiones clínicas y a su vez que exista una mayor adherencia a tratamientos y controles periódicos.

Esto nos invita a reflexionar acerca de la enseñanza que se brinda y que se debería brindar por igual en todas las carreras universitarias relacionadas con la salud en cuanto a la igualdad y el respeto de todos los pacientes, recordando la importancia de recalcar los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia aplicados directamente en el contacto con cada paciente.

La relación de poder existente entre el personal de salud y las pacientes es una de las bases del problema, puesto que son los profesionales quienes ejercen maltrato, y la discriminación. Estos esquemas, no nacen de la nada, son enseñados, aprendidos y ejecutados a lo largo de la formación académica de manera directa e indirecta, resultado de interacciones sociales (Alcocer, 2021), que han sido adoptadas y perpetuadas culturalmente, sin que haya habido una corrección y mejora en el trato que se brinda a las pacientes, pues al no catalogar un acto como inadecuado, no hay un cuestionamiento, y por lo tanto no existe un cambio.

Otro resultado importante se obtuvo al comparar la participación por mujeres en el estudio, frente a hombres, y a su vez la percepción de mujeres vs a la de hombres. La mayoría de respuestas del género femenino (76 %) nos permite reconocer una

mayor cantidad de mujeres que cursan carreras del ámbito de la salud, como se ha ido registrando en diversos artículos, donde se menciona que 7 de cada 10 estudiantes en medicina son mujeres y 8 de cada 10 estudiantes en enfermería son mujeres (Ana Macpherson, 2020), sin embargo, esto no cambia el hecho de que al analizar la percepción tanto de hombres como mujeres, si bien ambos se mantienen en un promedio de percepción moderada, existe una mayor percepción por parte de las mujeres al comparar la media.

La moderada percepción de VO refleja la realidad de nuestro país en cuanto a la alta tasa de violencia de género que tenemos, en donde solamente en el 2021, hubo 103 feminicidios, es decir, 1 cada 44 horas, (ALDEA, 2021). La VO es un tipo de violencia de género evidenciada en una mala praxis médica, que hoy en día en nuestro país, sigue invisibilizada, y es una pequeña parte del problema macro, por lo tanto, su erradicación no se va a lograr mientras no se busquen estrategias más allá de las aulas, es decir en la percepción, la crítica, la deconstrucción, construcción y reconstrucción de creencias, patrones, tradiciones, juicios, mente, conductas, entre otras, que se rigen bajo un modelo machista y patriarcal.

5.3. Generabilidad

Actualmente la UDLA brinda formación acerca de la atención a la mujer tanto en la carrera de medicina como de enfermería. El catálogo de formación de la carrera de medicina de la universidad sustenta que en la malla curricular rigente los estudiantes están inscritos en dos materias que pretenden su formación en cuanto a la atención de la mujer, en séptimo semestre reciben la materia de Embarazo Normal que pretende impartir conocimientos para la identificación de las diferentes etapas del

trabajo de parto previo a la atención de un parto normal. En octavo semestre reciben la materia denominada Complicaciones en el Embarazo en donde se resaltan las complicaciones comunes que pueden ocurrir durante este periodo y cómo manejarlas, sin embargo, el documento como tal no menciona el tema de parto humanizado o VO. (Universidad de Las Américas, n.d.)

La carrera de enfermería en su catálogo expone que los estudiantes durante su quinto y sexto semestres de formación reciben las materias de Enfermería de la Mujer I y II, estas pretenden que los estudiantes conozcan la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio según el contexto del país y además condiciones patológicas que pueden presentarse durante estos periodos, de igual manera no se menciona que reciban formación enfocada al tema de VO. (Catálogo Académico, n.d.)

La carrera de medicina ha modificado ya hace algunos años su malla curricular, sin embargo, en la antigua malla impartía materias como relación médico paciente que pretendía que los estudiantes apliquen una atención respetuosa y empática con sus pacientes, además el sílabo de la materia de Ginecoobstetricia I del año 2021 en su Unidad 5 expone la temática de parto humanizado, lo que evidencia que los estudiantes fueron educados respecto a este tópico. (Universidad de Las Américas, 2021)

Como estudiantes de medicina de la UDLA, desde primer semestre, podemos afirmar que se ha hecho énfasis en la relación médico-paciente, cumpliendo con la malla curricular mencionada anteriormente, sin embargo, en la parte netamente gineco-obstétrica, si bien se han mencionado los riesgos de aquellas acciones

proscritas que ponen en peligro a la paciente y su bienestar integral, los protocolos actuales de atención en el embarazo, parto y postparto, que ya toman en cuenta el rol principal de la mujer, y tratan todo este proceso como un proceso fisiológico y no como un proceso patológico, no se menciona la palabra violencia obstétrica.

Se debe hacer énfasis en esta última parte, ya que la educación dada en la vida universitaria es solamente una parte de nuestra formación, pues la parte práctica, lo que se aprende en los hospitales, lo que vemos día a día, lo que nos indican hacer cuando somos aprendices, forman parte del modelo de enseñanza-aprendizaje conductista, en donde el tratante actúa en su rol de profesional y el alumno imita los comportamientos y formas de ejecución que se imponen durante la práctica, generando una gran influencia en nuestro futuro actuar profesional, por lo tanto una enseñanza clara en cuanto a la realidad que nos rodea en los hospitales, basándonos en hechos reales, estadísticas e impacto, que integran la mala práctica de VO, nos ayudará a identificarla, frenarla, no reproducirla y erradicarla.

Dado a que no existen estudios similares que evalúen la percepción de estudiantes de ciencias de la salud frente a VO, no es posible comparar nuestros resultados de manera nacional, sin embargo, si se puede comparar estos resultados con investigaciones internacionales, que muestran también un déficit frente a el conocimiento sobre VO.

El estudio de la Universidad de Antioquia en Colombia, donde el 36,8% de los estudiantes no reconocen la definición de VO. La investigación en la Universitat

Jaume I en España, donde se encuentra una percepción de VO moderada / mal percibida.

Un estudio realizado en la Universidad de Vassouras en Brasil evaluó la percepción de VO en estudiantes del internado médico y practicantes de enfermería, en esta investigación el 98% de los estudiantes conocían el significado de VO, 85% de los estudiantes sí consideraron la imposición de la posición para el parto como una práctica violenta y el 91% reconocen que negar la presencia de un acompañante es violencia. El estudio concluye que los participantes tienen conocimiento de VO, sin embargo, reconoce que aún hay déficits en la formación profesional, principalmente en la humanización de la atención del parto. (Alves Costa et al., 2022)

Lo que demuestra que al igual que nuestro estudio, pese a que se reconoce lo que es VO, existen falencias en cuanto a la identificación de prácticas violentas por los estudiantes y algo está fallando en el sistema de aprendizaje para que la prevalencia de las acciones que forman parte de este ciclo de violencia siga siendo ejecutadas a nivel hospitalario.

En India y Reino Unido se realizó un estudio con el objetivo de evaluar conocimientos y actitudes de estudiantes de medicina frente a violencia obstétrica, este encontró que los estudiantes indios tenían mayor conocimiento del término frente a los estudiantes del Reino Unido, este estudio además resalta que estudiantes muchas de las veces no tienen conocimiento sobre el término de VO, sin embargo, logran identificar prácticas de maltrato y abuso durante la atención médica. El estudio también arroja que la mayoría de los estudiantes al ver un video acerca de violencia obstétrica se replantean su comportamiento profesional. Es

destacable que las prácticas obstétricas violentas dependen mucho de factores educativos y socioeconómicos. (Gray et al., 2021) Esto se puede evidenciar también en el presente proyecto de investigación ya que el nivel de percepción de VO de los estudiantes es moderado, dejando en duda si pueden cuestionar el comportamiento de los profesionales de la salud e identificar la violencia.

En cuanto a estrategias de afrontamiento ante situaciones de violencia evidenciada por estudiantes en prácticas hospitalarias, es pertinente discutir posibles protocolos a establecerse, como por ejemplo, que exista una entidad con respaldo a estudiantes para denunciar cualquier acto evidenciado/ presenciado por nosotros en el ámbito educacional hospitalario, puesto que los estudiantes podemos vernos amedrentados al momento de opinar, objetar, denunciar, señalar o juzgar actos por parte del personal de salud hacia las usuarias, por todo el sistema jerarquizado que existe en el oficio de la medicina y por lo tanto en su enseñanza. Tener un protocolo y una entidad en donde poder denunciar de manera segura, es necesaria para estudiantes del ámbito de la salud.

Podemos afirmar que la violencia es visible, pero cuando esta práctica forma parte de lo cotidiano, deja de percibirse de forma clara, impidiendo el propio cuestionamiento que como futuros profesionales debemos tener día a día en cuanto a nuestra construcción ética.

Capítulo VI

Conclusiones

6.1. Conclusiones

Los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería de la UDLA presentan una percepción moderada sobre VO, es decir que ante las prácticas de violencia obstétrica existe tolerancia por parte de los estudiantes.

En términos generales, pese a que el 77% de los estudiantes han oído el término violencia obstétrica, el que la violencia protocolizada/visible tenga una menor percepción que la violencia no protocolizada/invisible deja al descubierto un escaso conocimiento frente a guías y protocolos clínicos internacionales y nacionales de atención del embarazo, parto y postparto, impartido en las aulas.

Los estudiantes perciben un trato diferente durante la atención del parto, siendo la etnia de las pacientes el factor más influyente, lo que invita a la reflexión del racismo institucionalizado y los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y justicia.

Las mujeres y hombres presentaron un nivel de percepción de VO moderada, sin embargo, las mujeres presentan un nivel de percepción superior al comparar ambas medias, lo que indica que la socialización de la temática debe incluir formas de

enseñanza que permitan a ambos sexos reconocer prácticas violentas de igual manera.

En cuanto al nivel educativo no se encontró diferencia frente al nivel de percepción de VO ya que tanto semestres que reciben asignaturas relacionadas con ginecoobstetricia como aquellos que no reciben estas asignaturas, presentan un nivel de percepción moderada, esto implica que el conocimiento sobre prácticas violentas no aumenta a medida que se avanza en la carrera. Se requiere generar criterios de tolerancia cero ante la VO desde el inicio de la carrera, y que esta sea reforzada en los semestres superiores, cuando existe un contacto directo y más frecuente con las pacientes y el ámbito hospitalario.

La percepción de estudiantes de enfermería comparada con la de los estudiantes de medicina, pese a que es moderada, la carrera de enfermería presenta un nivel de percepción menor al comparar las medias. Se deben compartir criterios y prácticas que permitan unificar conocimientos en ambas carreras respecto a esta temática.

6.2. Limitaciones

Las limitaciones en el estudio consistieron en la falta de respuesta por parte de los estudiantes, puesto que al ser inscripción voluntaria siempre hubo un menor alcance.

De igual manera al ser un cuestionario aplicado de forma virtual, no existió el control respecto a si las respuestas proporcionadas están siendo contestadas de forma individual, o si es que a lo largo del cuestionario se consultaron en otras fuentes el contenido del mismo.

El sesgo que estas complicaciones generan es mínimo, puesto que obtener una muestra que no represente la totalidad de los estudiantes, como sería lo ideal, no disminuye la importancia de los resultados obtenidos en el presente estudio, pues que un grupo de estudiantes, por mínima que sea.

Además, existen otros factores circunstanciales que influyeron directamente en cuanto a la percepción obtenida en nuestra población, ya que tan solo 3 de cada 10 estudiantes tuvieron prácticas hospitalarias, lo que en el periodo de inicios de 2020-2022 se limitó por la emergencia sanitaria del COVID-19, afectando a la formación de su criterio frente a VO, ya que el vivenciar la mala atención de usuarias durante el parto es algo que impacta en aquellos que se encuentran en este entorno, generando una percepción incierta en cuanto a prácticas violentas que se basan en la teoría que los estudiantes tienen hasta el momento, mas no en un acercamiento a pacientes.

6.3. Implicaciones de salud pública

Según la OMS, la salud pública es “la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad.” Por lo tanto, en base a este concepto, todo

aquel acto que atente contra estas condiciones está vulnerando el derecho a la salud pública establecido en la constitución del país, de modo que la VO se encuentra dentro de estos actos.

El presente proyecto genera una visión acerca de cómo se está abordando estos temas en la educación universitaria que reciben los estudiantes del ámbito de la salud, que serán el futuro personal de salud que atiende a las pacientes obstétricas, por lo tanto la base del gran problema que nos abarca hoy en día en cuanto a la incidencia de las malas prácticas médicas contra la mujer se encuentra en la educación, concientización y actualización por quienes estamos en formación, es por esto que conocer si existe un déficit en cuanto a la percepción de VO, nos permite conocer que hay un déficit, abriendo la puerta a investigar específicamente se puede investigar cuáles son los déficits y por lo tanto en un futuro generar las estrategias adecuadas para abordar, enfrentar y erradicar este tipo de violencia que a día de hoy seguimos viendo, enfrentando, y sufriendo en los hospitales.

En cuanto al beneficio individual en la salud de las pacientes, recordemos que la OMS define a la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", por lo tanto, como se mencionó a lo largo del proyecto, la prevención de las prácticas de VO, va a prevenir problemas físicos, los problemas psicológicos, el discomfort, la desadaptación social de las pacientes, entre otras.

Como personal de la salud, tener en cuenta el impacto que las prácticas violentas generan en las pacientes nos permite mejorar nuestra atención a las pacientes, informarnos del impacto que prácticas consideradas de rutina pueden generar a

corto o largo plazo en las usuarias, detectar una mala práctica con el fin de frenarla, reportarla o corregirla, y todo esto en conjunto con el beneficio de las pacientes, conservando plenamente su salud, sin que esta se vea afectada a corto o largo plazo, acarreando no solamente inconvenientes en las pacientes si no que aumentando la carga asistencial en el sistema de salud público del país, siendo esto 100% prevenible.

Referencias

- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104–111.
- ALDEA. (2021, November 27). *2021 ya es el año más violento contra las mujeres y las niñas desde que se tipificó el feminicidio*.
- Alves Costa, J., de Almeida Silveira, J., Da Cunha Gonçalves, S. J., & Almeida de Souza, M. C. (2022). Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. *Revista de Saúde*, 13(1), 28–33. <https://doi.org/10.21727/rs.v13i1.2993>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). *LEY PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES*. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
- Blel, N. (2020). *Proyecto de Ley “Por medio de la cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno.”* 8.
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Peñalver Sinclayin, A. G., Parra Linares, E., González Portales, A., & González Martínez, M. (2019). Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba TT - Symphonological Bioethics Applied to Humanized Women Care during Childbirth in Cuba. *Rev. Cuba. Enferm*, 35(4), e2856–e2856. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000400013%0Ahttp://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2856

- Cabrera Carlos, Testa Máryory, Gomez Jeiv, Galiffa Daniella, S. G. (2019). Evolución actual de la mortalidad materna. *Revista Latinoamericana de Perinatología*, 22(3), 175–179.
http://www.revperinatologia.com/images/5_RLP_Vol_22_3_2019.pdf
- Caceres-Manrique, F. de M., & Nieves-Cuervo, G. M. (2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 128–134.
<https://doi.org/10.18597/rcog.3022>
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Carla, J., Silva, O., Maria, L., Brito, C., Alves, E. S., Jose, L., & Pimentel, R. (2023). *Impactos da violência obstétrica no Brasil : uma revisão de literatura* *Impacts of obstetric violence in Brazil : a literature review* *Impactos de la violencia obstétrica en Brasil : una revisión de la literatura*. 2023, 1–12.
- Centeno, A. M., & Grebe, M. de la P. (2021). El currículo oculto y su influencia en la enseñanza en las Ciencias de la Salud. *Investigación En Educación Médica*, 10(38), 89–95. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.21350>
- Chávez Courtois, M. L., & Sánchez Maya, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista de El Colegio de San Luis*, 16, 103–119. <https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769>
- De Oliveira, M., & Pereira Da Rocha, W. (2017). *Conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre violência obstétrica*. 6–18.
- Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva, 1 (2018).
- Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia

obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso)*, ahead, 0–0. <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

Flores, S., & Félix, A. (2019). *PROFESIONAL DE MEDICINA The Hidden Curriculum during Pre-Professional Medicine Practice*. 6(2), 47–58.

Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., Pandey, U., & Farrell, T. (2021). Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 261(2021), 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.013>

INEC. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres-ENVIGMU*. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales resultados ENVIGMU 2019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales_resultados_ENVIGMU_2019.pdf)

Isac, R., Tamer, C., Pereyra, H., Camaño, C., Salvatierra, G., Badillo, P., Acevedo, L., Palazzi, V., Chazarreta, I., Bravo, E., & Canevari, C. (2018). Los laberintos de la violencia patriarcal. In *Barco Edita*.

Iván Mauricio Alcocer Ortega. (2021). *Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha* [FLACSO]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17387/2/TFLACSO-20211MAO.pdf>

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Suarez-Bravo, J. P., Suarez-Bravo, J. P., Jojoa-Tobar, E.,

- Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Campo, A. M. P., & Suarez-Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 136–147. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Lafaurie, M., Rubio, D., Perdomo, A., & Cañón, A. (2018). *La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina*.
- Lori R Berkowitz, M. Mbac. E. F.-W. M. M. (2022, February 23). *Abordaje de la episiotomía*. https://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy?search=episiotomía&source=search_result&selectedTitle=1~66&usage_type=default&display_rank=1#H2701261150
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., Alemany-Anchel, M. J., Valero-Chillerón, M. J., Peris-Ferrando, E., Mahiques-Llopis, J., & González-Chordá, V. M. (2022). Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 110(June 2021). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato (1)*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
- OASH. (2019). *Depresión posparto*. <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto. *Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de La Salud*, 8, 1–8. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care->

guidelines/es/

Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2017). Educación para la salud con un enfoque integral. *Artículo*, 3. <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/35/42>

Patiño Ibañez, L. C., Duque Loaiza, P. A., & Morales Osorio, L. F. (2021). *Violencia obstétrica: Conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes del pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín (2021)*.

Peinado Sorrosal, S. (2021). *Análisis estadístico del impacto del COVID en la violencia contra las mujeres*. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/194052>

Queiroz, C., Rodrigues, P., & Sanches, B. (2022). *Percepção dos estudantes da área da saúde sobre violência obstétrica*.

Ramírez Saucedo, M. D., Hernández Mier, C., & Ceballos García, G. Y. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26(3), 149–155. <https://doi.org/10.35366/101680>

Teresa Escudero. (2021). *Violencia Obstétrica: dos de cada tres mujeres la sufren en España*. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2021/10/06/violencia-obstetrica-dos-de-cada-tres-mujeres-la-sufren-en-espana#:~:text=sufren en España-,Violencia Obstétrica%3A dos de cada tres mujeres la sufren en,estudio transversal realizado en España>.

The New York Times. (2019, March 13). *¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres, reina la violencia obstétrica?* <https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/espanol/america-latina/violencia-obstetrica-america-latina.html>

Universidad de Las Américas. (n.d.). *Catálogo académico*. 1–16.

Catálogo académico, 1.

Universidad de Las Américas. (2021). *CCM 2340 (GINECO OBSTETRICIA I)*
Período 2021-20. 1–20.

Viguera Adele. (2021, December 14). *Depresión mayor unipolar posparto: epidemiología, características clínicas, evaluación y diagnóstico*.
<https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de actividades

Actividades	Responsable	Fecha
Modificación del protocolo	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	5 de abril del 2022
Formulario outlook	Pamela Cifuentes	15 de marzo del 2022
Carta oficial medicina y enfermería	Lidayne Cevallos	5 de abril del 2022
Resumen del proyecto	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	5 de abril del 2022
Solicitud carta de intención	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	7 de abril del 2022
Entrega carta de intención Escuela de Enfermería	Lic. Margarita Arroyo (directora de la carrera de Enfermería)	13 de abril del 2022
Entrega carta de intención Facultad de Medicina	Dr. José Barberán (decano de la facultad de Medicina)	18 de abril del 2022
Elaboración de documentación para comité de bioética y revisión	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	Pendiente aprobación Envío: 19 de abril del 2022
Respuesta de comité	Comité de Ética e Investigación del Hospital General San Francisco	20 de abril de 2022 *Correcciones: Adjuntar anexo 1b, firmar anexo 2 y

		corregir tiempo del proyecto
Corrección	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	21 de abril de 2022 Se envía la documentación con las correcciones previamente mencionadas (previa resolución de inquietudes mencionadas por nuestra parte, respondidas el 21 de abril de 2022)
Respuesta del comité	Comité de Ética e Investigación del Hospital General San Francisco	26 de abril de 2022 Se envían nuevas correcciones: Todos los documentos deben estar firmados, no cumplen con este requisito: la carta de solicitud Anexo 1b y la carta de interés institucional de la Carrera de Enfermería
Respuesta a las correcciones	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	27 de abril de 2022.

		Se pregunta sobre la corrección de la carta de enfermería pues ya constaba con la firma
Respuesta del comité	Comité de Ética e Investigación del Hospital General San Francisco	28 de abril de 2022. Se resuelve la inquietud y se corrige el error por parte del comité respecto a la carta de enfermería
Envío final con correcciones	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	28 de abril de 2022 Se envía nuevamente la documentación solicitada
Respuesta comité	Comité de Ética e Investigación del Hospital General San Francisco	29 de abril de 2022 Acusamos recibo de la documentación. El tiempo de evaluación del protocolo de investigación es de 30 días.
Estructurar marco teórico	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	12 de abril del 2022
Elaboración del archivo con Mendeley Y bibliografías anexadas	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	19 de abril del 2022
Revisión formato marco teórico	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	19 de abril de 2022

Socialización de formulario	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	Pendiente aprobación
Validación interna del formulario	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	20 personas 26 de abril de 2022
Aplicar formulario para validación interna	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	3 de mayo de 2022
Formato correos -Coordinación -AEMPPI -Alumnos (Introducción, justificación)	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	3 de mayo de 2022
Corrección discusión	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	10 de mayo de 2022
Entrega de formato TITA previo a resultados	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	10 de mayo de 2022
Corrección formulario en base a complicaciones de validación interna	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	10 de mayo de 2022
Análisis de datos de validación interna con JASP	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	17 de mayo 2022
Carta dirigida a Carla Coronel para comunicar	Dra. Sofia Cañadas (tutora de tesis)	18 de mayo de 2022

retraso de aprobación por parte del comité de bioética del HSFQ	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	
Realización de tablas para resultados del estudio	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	24 de mayo de 2022
Respuesta del comité de bioética del HSFQ con aprobación condicionada del proyecto	Comité de Ética e Investigación del Hospital General San Francisco	1 de junio de 2022
Carta a autoridades (Decano José Barberán, Directora Margarita Arroyo, Jesús Romero, Sofía Cañadas, Graciela Morales) de la UDLA con la respuesta de aprobación condicionada por parte del comité de bioética.	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	2 de junio de 2022
Corrección de errores tipográficos del protocolo y documentación enviada al comité de bioética del HSFQ para su	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	2 de junio de 2022

aprobación sin condiciones		
Aprobación final del proyecto por parte del comité de bioética del HSFQ	Comité de Ética e Investigación del Hospital General San Francisco	7 de junio de 2022
Carta a autoridades de la UDLA con la carta de aprobación adjuntada, para solicitar permiso de aplicación de cuestionarios	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	7 de junio de 2022
Respuesta favorable por parte de Directora Margarita Arroyo con la aprobación para aplicación de cuestionario en estudiantes de enfermería	Lic. Margarita Arroyo (directora de la carrera de Enfermería)	7 de junio de 2022
Respuesta de Carla Coronel ante petición de permiso para aplicación de cuestionarios en población de estudiantes de medicina	Carla Coronel (coordinadora académica)	8 de junio de 2022

Envío de lo solicitado (cuestionario formato Word) + cronograma de trabajo del proyecto	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	8 de junio de 2022
Respuesta de autoridades frente al cuestionario	Carla Coronel (coordinadora académica)	10 de junio del 2022
Envío de modelo de correo institucional a Carla Coronel	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	13 de junio del 2022
Difusión de cuestionario mediante correo institucional	Graciela Morales (medicina) Yaan Manuel Quintana (enfermería)	14 de junio del 2022
Prórroga aprobada para presentación del proyecto de titulación	Comité de titulación UDLA	5 de julio de 2022
Cierre de cuestionario	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	20 de septiembre de 2022
Procesamiento de resultados	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	27 de septiembre – 27 de noviembre de 2022
Análisis de resultados	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	27 de noviembre – 7 de diciembre de 2022
Presentación de proyecto sobre tema de	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes Dra. Sofia Cañadas	22 de noviembre de 2022

tesis en congreso de Enfoque de Género IV	(tutora de tesis)	
Primera revisión final proyecto de tesis	Dra. Sofía Cañadas (tutora de tesis)	10 de diciembre de 2022
Correcciones finales	Lidayne Cevallos Pamela Cifuentes	14 de diciembre de 2022

(Cevallos, L., Cifuentes, P., 2022)

Anexo 2: Cuestionario: Percepción de violencia obstétrica en estudiantes

En el siguiente cuestionario queremos conocer la percepción que tienen los estudiantes de ciencias de la salud sobre el concepto de Violencia Obstétrica.

Consentimiento Informado

Información del proyecto:

https://udlaec-my.sharepoint.com/:w:/g/personal/pamela_cifuentes_udla_edu_ec/ER6BXpVX1XlPgVOApSy9C1oBY3TQory5mDA?e=jrtRMz

Se me ha solicitado dar mi consentimiento para participar en el estudio de investigación “Percepción en es medicina y enfermería de la Universidad de las Américas frente a violencia obstétrica”. El estudio de investigación involucrará una encuesta sobre datos generales (nombres y apellidos, edad, sexo, semestre en el que se encuentra, carrera e información sobre su experiencia en relación al tema) y completar un cuestionario sobre la percepción de violencia obstétrica.

He leído la información anterior previamente. Igualmente, he entiendo que tengo la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta puede ser respondida para mi satisfacción. Además, he tenido el tiempo suficiente para leer y comprender las implicaciones de mi participación.

1. Yo consiento voluntariamente mi participación en este estudio de investigación.

Aceptar

2. Edad (en años)

3. Sexo

Masculino

Femenino

4. Carrera o Facultad a la que perteneces

Medicina

Enfermería

5. En caso de estar realizando estudios de tercer nivel, ¿en qué curso te encuentras actualmente? (En caso de cursar materias de diferentes semestres seleccionar el semestre en el cual tenga inscrita la mayoría de materias)

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

11°

12°

6. ¿Además de la titulación que estás cursando, posees otros estudios?

Sí

No

7. En caso afirmativo, ¿están relacionados con servicios de salud?

Sí

No

8. Si la respuesta anterior es afirmativa, indica cuál/cuáles:

9. ¿Has trabajado o realizado prácticas clínicas en algún servicio de ginecología y obstetricia?

Sí

No

10. ¿Hace cuánto tiempo?

Menos de 1 año

Entre 1 y 4 años

Más de 4 años

No he trabajado o realizado prácticas clínicas en servicios de ginecología y obstetricia

11. ¿Has presenciado algún parto?

Sí

No

12. Si tu respuesta anterior es afirmativa, ¿hace cuánto tiempo?

Menos de 1 año

Entre 1 y 4 años

Más de 4 años

No he presenciado un parto

13. Si la respuesta 11 es afirmativa, ¿has visto tratar diferente a mujeres de diferentes etnias durante su parto?

Sí

No

No he presenciado un parto

14. Si la respuesta 11 es afirmativa, ¿te parece que se han tratado de forma diferente a mujeres que parecían de diferente estatus económico durante su parto?

Sí

No

No he presenciado un parto

15. Si la respuesta 11 es afirmativa, ¿crees que a las mujeres inmigrantes se les trata peor durante su proceso de parto?

Sí

No

No he presenciado un parto

16. ¿Has estado embarazada?

Sí

No

No aplica (sexo masculino)

17. Si tu respuesta anterior es afirmativa ¿hace cuánto tiempo?

Menos de 1 año

Entre 1 y 4 años

Más de 4 años

No aplica

18. ¿Has tenido algún parto?

Sí

No

No aplica (sexo masculino)

19. Si tu respuesta anterior es afirmativa ¿hace cuánto tiempo?

Menos de 1 año

Entre 1 y 4 años

Más de 4 años

No aplica

20. ¿Has oído hablar alguna vez del concepto de Violencia Obstétrica?

Sí

No

Percepción

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho), seleccionando el círculo donde corresponda, según el grado en que TÚ consideres que las siguientes actuaciones son violencia obstétrica (o no)

Antes del parto

21. Canalizar vía intravenosa al ingreso de todas las gestantes.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

22. Para aliviar el dolor, hay que decirle a la mujer la mejor posición para colocarse.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

23. Administrar medicación para acelerar el proceso del parto.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

24. Administración de un enema. (medicamento que se coloca en el intestino a través del ano con fines laxantes, terapéuticos o analgésicos)

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

25. Romper artificialmente la bolsa para acelerar el proceso de parto.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

26. Realizar el rasurado genital.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

27. Si la mujer está muy inquieta, puede ser sujeta.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

28. Realizar tacto vaginal sin consentimiento de la mujer.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

29. No ofrecer medidas para tratar el dolor.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

30. Intentar convencer a la mujer del uso de la epidural (para proporcionar alivio temporal o prolongado del dolor o la inflamación)

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

31. No preservar la intimidad de la mujer.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

32. Intentar convencer a la mujer de la realización de una cesárea para terminar el parto sin dolor y/o más rápidamente.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

33. Convencer a la mujer de las decisiones clínicas tomadas sin considerar su opinión.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

Durante el parto

34. Tomar imágenes sin permiso durante el parto.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

35. En la fase de expulsivo, el profesional debe asegurarse que la mujer esté colocada en posición de litotomía.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

36. Durante el expulsivo y postparto inmediato, la mujer puede estar acompañada si no se instrumenta el parto o si éste no es una cesárea.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

37. Realizar una episiotomía, en caso de ser necesario, sin pedir permiso previamente.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

38. Verbalizar o expresar: “Es que no sabes pujar”.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

39. Realizar la maniobra de Kristeller (apretar el útero de la mujer en el momento de la contracción coincidiendo con el empuje).

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

40. Realizar una episiotomía sin anestesia.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

41. Prohibición de beber y/o comer durante el parto.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

42. No proporcionar abrigo/calefacción durante el parto.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

43. Verbalizar o expresar: “Deja de quejarte, que tampoco es para tanto”

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

44. Intentar que la mujer no grite explicándole que puede asustar al resto de mujeres.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

Cesárea

45. Realizar una cesárea justificándola con la lentitud de la dilatación.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

46. Ante la necesidad de la realización de una cesárea de urgencia, el/la ginecólogo/a explica el contenido del consentimiento informado; pero no hace falta asegurarse de que la gestante es consciente de lo que se le está explicando ni tampoco firmar ningún consentimiento.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

47. No permitir el acompañamiento durante la cesárea/parto instrumentado.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

Después del parto

48. Cortar el cordón umbilical inmediatamente después del nacimiento.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

49. Ante un desgarro, suturar sin anestesia.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

50. Separar a la madre del bebé, sin razón médica avalada por la evidencia científica.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

51. No realizar el contacto piel con piel después del nacimiento.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

52. Facilitar el descanso materno, aunque no se haya establecido la lactancia materna, llevando el bebé a la cuna.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

53. Dar al recién nacido hospitalizado otra alimentación que no sea leche materna, sin la autorización de la madre.

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho) sobre violencia

Anexo 3 : Aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General San Francisco



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO

ANEXO 6b. FORMATO DE RESPUESTA A LA EVALUACIÓN DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Quito, 3 de junio de 2022

Señorita
Lidayne Adanelys Cevallos Ponce
Estudiante de la Universidad de Las Américas

Título del Protocolo: Percepción de los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas frente a violencia obstétrica.

Código asignado: CEISH-HGSF-2022-012

Versión: 2

Fecha de revisión: 2 de junio de 2022

Por medio de la presente se certifica que el estudio de investigación: "**Percepción de los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas frente a violencia obstétrica**" fue revisado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General San Francisco (CEISH-HGSF), con la siguiente resolución:

El protocolo ha sido **Aprobado**.

Se solicita el envío del informe final al correo electrónico del CEISH-HGSF: ceish.hgsf@iess.gob.ec.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:
RONNAL PATRICIO
VARGAS CORDOVA

Dr. Ronnal Vargas
Presidente del CEISH-HGSF

Anexo 4: Consentimiento Informado Para Participantes

Formulario de Consentimiento Informado Para Participantes

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de Las Américas, a quienes estamos solicitando participar en el estudio de la investigación titulada:

“Percepción en estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Las Américas frente a violencia obstétrica”

Versión y fecha	001, 7 de abril de 2022
Organización:	Estudiantes
Auspiciante:	Universidad de las Américas
Investigadores	Principales: Est. Lidayne Cevallos (UDLA) Est. Pamela Cifuentes (UDLA)
Número telefónico y correo electrónico del investigador principal:	
	Lidayne Cevallos 0983098198 lidayne.cevallos@udla.edu.ec Pamela Cifuentes 0984058872 pamela.cifuentes@udla.edu.ec

Este documento tiene dos partes:

- La hoja de información sobre el estudio.
- Formulario virtual donde consta el consentimiento.

Parte I: Hoja de Información

Introducción

El presente estudio se realiza en la Universidad de Las Américas de la ciudad de Quito. La investigación planteada tiene por objeto conocer la percepción sobre la violencia obstétrica en estudiantes de medicina y de enfermería. Para esto llenará un formulario, que consta de 19 preguntas demográficas y el cuestionario "Perception of Obstetric Violence in Students (PercOV-S)" que consta de 33 ítems que se responderán mediante una escala del 1-5. El instrumento se describe a continuación:

Información demográfica

- Variables independientes como universidad a la que pertenece, carrera que estudia, edad, el género, el semestre que cursa, experiencia en un servicio de ginecología y obstetricia (si o no) y nombre de la institución de salud.

Cuestionario "Perception of Obstetric Violence in Students (PercOV-S)"

- Cuestionario online.
- Validado lingüísticamente.
- Escala tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 (ninguna violencia obstétrica) a 5 (mucha violencia obstétrica).
- La puntuación máxima por ítem y dimensión, y la puntuación global, son 5 puntos.
- Las puntuaciones más altas indican que la violencia obstétrica es más percibida.

Para realizar esta investigación es preciso que usted comprenda toda la información sobre el estudio, las técnicas y los procedimientos que se utilizarán, la duración, los riesgos y los beneficios del estudio. Después de que usted haya leído este documento podrá decidir voluntariamente aprobar su participación en el mismo.

Es posible que haya algunas palabras y procedimientos que no entienda, o preguntas que necesite que le sean respondidas. De ser el caso, por favor enviar

un mail a los correos: lidayne.cevallos@udla.edu.ec o pamela.cifuentes@udla.edu.ec.

Propósito de la Investigación

Para esta investigación se realizarán los siguientes procedimientos:

Selección de Participantes

En la investigación, formarán parte del estudio los estudiantes de medicina y de enfermería que sean mayores de edad, de cualquier sexo, que cursen estas carreras y que se encuentren en los semestres 1ro-10mo de medicina y de 1ro-7mo de enfermería y que consientan participar en el estudio. Por lo tanto, al conocer que usted cumple con estas condiciones, le invitamos a dar su consentimiento para la participación en este estudio.

Participación voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es absolutamente voluntaria. Usted puede decidir no participar y no habrá ninguna consecuencia o cambio en su situación actual por su decisión.

Usted puede elegir participar y luego cambiar de parecer e indicar su nueva decisión en cualquier momento de la investigación.

Procedimientos y Protocolo

1. Procedimientos

1. Los participantes responderán una encuesta sobre sus datos de información general (nombres y apellidos, edad, sexo, semestre que están cursando y carrera).
2. Los participantes serán invitados a responder el instrumento PercOV-S.

Duración

La investigación durará 12 semanas en total incluyendo análisis de los datos.

Riesgos y Disconformidades

En este estudio se le pide a usted compartir alguna información que podría ser confidencial sobre usted. También le solicitaremos completar un cuestionario sobre datos generales, completar un cuestionario auto administrado sobre la violencia obstétrica.

Beneficios

Los beneficios directos son formar parte de un estudio sobre violencia obstétrica, permitiéndole reconocer su grado de percepción al respecto, detectar sus falencias, y en base a los resultados buscar herramientas para solventarlas, y a su vez adquirir buenas prácticas médicas para su vida profesional y el bienestar con la sociedad respetando los derechos de las pacientes.

Gracias a su participación, este estudio proporcionará beneficios futuros al contribuir con nueva información sobre las consecuencias que puede traer el desconocimiento sobre violencia obstétrica en los profesionales de la salud.

Remuneraciones (incentivos)

Usted no recibirá ninguna remuneración o ningún pago por formar parte de esta investigación. Ninguno de los procedimientos de la investigación tendrá costo para usted.

Confidencialidad

La información sobre usted no será compartida o entregada a nadie, excepto al grupo de investigadores de este proyecto de la Universidad de Las Américas.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación, por lo que la información que recojamos por medio de este proyecto de investigación se mantendrá de forma confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino los investigadores, tendrán acceso a verla. Conjuntamente, cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre y solo los investigadores sabrán cuál es su número y se guardará la información en un lugar

asegurado con llave. Una vez finalizada la investigación toda información relativa a sus datos será destruida.

Compartiendo los resultados de la Investigación

Al finalizar este estudio, se entregará un reporte escrito sobre lo que se ha aprendido de esta investigación antes de que se haga disponible al público y, posteriormente, se publicarán los resultados de este estudio para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Por otra parte, ninguna información personal será compartida con nadie fuera del equipo de investigación y, en ningún momento, se hará mención a los nombres de los participantes.

Derecho a rehusarse o retirarse

Usted podría elegir no participar en este estudio. Así, elegir participar o no participar no le afectará de ninguna manera.

En el caso de que decidiera formar parte de esta investigación, usted puede decidir dejar de participar en cualquier momento en que lo desee, sin que esto cause algún tipo de afectación y todos sus derechos serán respetados.

A quién contactar

Si usted tiene alguna pregunta usted puede hacerla ahora o después, incluso después de que el estudio haya comenzado. Si usted tiene inquietudes y desea hacer preguntas posteriormente, usted puede contactar cualquiera de las siguientes personas:

Lidayne Cevallos	Estudiante Medicina Universidad de las Américas – Ecuador Sede UdlaPark: Redondel del Ciclista, Antigua Vía a Nayón Teléfono: 0983098198 E-mail: lidayne.cevallos@udla.edu.ec
------------------	---

Pamela Cifuentes	Estudiante Medicina Universidad de las Américas – Ecuador Sede UdlaPark: Redondel del Ciclista, Antigua Vía a Nayón Teléfono: 0984058872 E-mail: pamela.cifuentes@udla.edu.ec
------------------	---

