



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**  
**HOSPITAL DR. "DOMINGO LUCIANI"**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA GRAN CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Obstetricia y Ginecología

Claudia Marina Hernández Rojas

Ana Cristina Vera Quintal

Tutor: Jesús Eduardo García

Caracas, julio 2012

## **Dedicatoria**

A las 4 personas que nos dieron origen, quienes no contentos con eso, tuvieron la osadía de soportar 3 años más para que pudiéramos alcanzar esta meta.

Al compañero del comienzo "Mi Julio", el que ya no está físicamente pero a través de su recuerdo nos impulsó a continuar, este pequeño triunfo también es tuyo.

A un tercer integrante del equipo: Sr. Villanueva, muchas gracias!

Y a Dios las gracias infinitas porque a Él le debemos TODO.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MÉTODOS	19
RESULTADOS	21
DISCUCIÓN	23
REFERENCIAS	26
ANEXOS	29

## **VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA GRAN CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

**Claudia Marina Hernández Rojas**, CI 14.789.152. Sexo: Femenino, E – mail:

[la\\_doc\\_cmhr@hotmail.com](mailto:la_doc_cmhr@hotmail.com). Teléfono: 0416-7037541. Dirección: Hospital Dr.

Domingo Luciani. Especialización en Obstetricia y Ginecología

**Ana Cristina Vera Quintal**, CI 15.930.937. Sexo: Femenino, E – mail:

[anavera83@gmail.com](mailto:anavera83@gmail.com). Teléfono: 0426-2808576. Dirección: Hospital Dr. Domingo

Luciani. Especialización en Obstetricia y Ginecología

Tutor: **Jesús Eduardo García**, CI 12247637. Sexo: Masculino, E – mail:

[jeglmedico@gmail.com](mailto:jeglmedico@gmail.com). Teléfono: 0426-5190855. Dirección: Hospital Dr. Domingo

Luciani. Especialista en Obstetricia y Ginecología

### **RESUMEN**

Objetivo: caracterizar la violencia obstétrica y sus diferentes formas en pacientes en puerperio inmediato de parto o cesárea en tres hospitales. Método: Es un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico con una muestra de 750 mujeres en puerperio inmediato de partos y cesáreas. Se empleó una encuesta cerrada, anónima de 7 ítems relacionados con cuatro formas de violencia obstétrica: desinformación, abuso de medicación, trato deshumanizado y patologización del proceso natural. Resultados: El 32,5% fueron menores de 20 años; un 18,1% opinaron desinformación respecto al procedimiento a realizar, el 24,1% refirió desinformación del medicamento a colocar y un 41,7% estaba en desacuerdo con su colocación. El 6,4% refirió haber sido víctima de violencia verbal, 2,8% violencia psicológica y 0,8 % violencia física. Discusión: Al comparar la frecuencia de las formas de violencia se observó que el abuso de la medicación fue la más frecuente. El trato deshumanizado se evidenció con baja frecuencia predominando la forma verbal y por el médico. Al relacionar las formas de violencia obstétrica con la paridad, fueron percibidas mayormente por pacientes multíparas; y al relacionarlas con la edad se pudo observar que el grupo que mayormente las percibió fue el de menores de 20 años. Al comparar los resultados con los obtenidos por Campos en el Hospital General del Oeste, coincidimos que la violencia fue ejercida principalmente por el médico.

Palabras clave: violencia obstétrica, trato deshumanizado, embarazada.

## **ABSTRACT**

### Obstetric Violence in the Gran Caracas. Multicenter Study

**Objective:** To characterize the obstetric violence and its various forms in patients with immediate postpartum or cesarean delivery in three hospitals. **Method:** A cross-sectional study with a multicenter sample of 750 women in early puerperium and cesarean delivery. We used a closed survey, anonymously of 7 items related to four types of obstetric violence: disinformation, abuse of medication, treatment dehumanized and pathologizing the natural process. **Results:** 32.5% were under 20 years 18.1% felt misinformation regarding the procedure to be performed, 24.1% reported disinformation put medication and 41.7% disagreed with his stance. 6.4% reported having been victims of verbal violence, psychological violence, 2.8% and 0.8% physical violence. **Discussion:** By comparing the frequency of forms of violence was observed that the abuse of medication was the most frequent. The dehumanizing treatment was evidenced by low frequency prevailing the verbal and physician. By relating the forms of violence obstetric parity, were perceived mostly multiparous patients, and to relate them with age was observed that the group was perceived mostly the under 20 years. When comparing the results with those obtained by Campos in the Western General Hospital, agreed that violence was exerted primarily by the physician.

**Keywords:** obstetric violence, deshumanizing treatment, pregnant.

## **INTRODUCCIÓN**

En virtud del reconocimiento, por parte de la OMS, de la violencia como un problema de salud pública y de sus recomendaciones para la prevención de la misma, y de las múltiples leyes que han surgido tanto a nivel internacional, como en nuestro país, surge el por qué de este trabajo.

El 25 de noviembre de 2006, al celebrarse el Día Internacional de la No Violencia a las Mujeres, la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia publicada en la Gaceta Oficial N° 38 647 de fecha 19 de marzo de 2007.<sup>(1)</sup>

Esta Ley tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, siendo la más novedosa la violencia obstétrica.

Los aspectos relacionados con la violencia obstétrica se difundieron con rapidez entre los médicos, generando muchas dudas entre los gineco-obstetras. Muchos argumentaron que esta Ley le permite a las pacientes hacer peticiones sin fundamento, relacionadas con la vía del parto o negarse a determinados procedimientos interfiriendo de esta forma en la adecuada ejecución de su trabajo.

De tal manera, en vista de las grandes expectativas que surgen alrededor de este tema no sólo en el entorno médico, sino en la población en general, nace la preocupación, ya que se presenta la necesidad de evaluar la frecuencia de las distintas formas de violencia obstétrica, y su importancia radica en conocer que tan informadas se encuentran las pacientes en cuanto este tema y también en conocer los porcentajes de presentación de violencia obstétrica en los centros hospitalarios, y esto con la estricta finalidad de realizar los correctivos y mejoras para proporcionar calidad de servicio y sentar un precedente para un ejercicio del acto médico libre de violencia.

### **Planteamiento y delimitación del problema**

Basándonos en los dictámenes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en Venezuela, la nueva Ley Orgánica de la Mujer con Derecho a una Vida Libre de Violencia, donde se replantea la terminología de violencia obstétrica, de poca

difusión, surgió la interrogante: ¿cuál es la frecuencia de las distintas formas de violencia obstétrica en tres instituciones hospitalarias (Hospitales “Dr. Domingo Luciani”, “Dr. Miguel Pérez Carreño” y Universitario de Caracas) de la Gran Caracas, en mujeres durante puerperio inmediato (de parto o cesárea) entre abril – mayo de 2012?.

### **Justificación e importancia**

El presente trabajo surgió de la inquietud de conocer el término violencia obstétrica incluido recientemente en la Ley Orgánica de la Mujer con derecho a una Vida libre de Violencia, sus implicaciones y principalmente la opinión que tienen las pacientes respecto a la presencia de las formas de violencia; esto de suma importancia, en primera instancia por ser la paciente quien finalmente basada en su opinión ejercerá o no su derecho a demanda de presentarse alguna irregularidad, y en segundo lugar, entendiendo que el término violencia obstétrica está estricta y específicamente ligado al ejercicio de nuestra especialidad. Otros aspectos que motivaron la realización de esta investigación son el hecho de no existir estudios previos de esta índole, tanto internacionales como nacionales, por lo que sería un aporte importante en el conocimiento de la Ley y estableciendo la frecuencia de las distintas formas de violencia obstétrica sería un punto de partida para crear así conciencia de la incidencia de este tipo de problemas en los hospitales de la Gran Caracas.

Nos parece importante acotar que existe un porcentaje de subregistro, debido a que por miedo, por comodidad o por cualquier otra situación las pacientes no denuncian este tipo de violencia y por tal muchas de estas situaciones pasan desapercibidas y en muchas oportunidades también por desconocimiento bien sea de la norma o del deber ser, pues el médico toma ciertas actitudes que no resulta ser adecuadas para la atención de nuestras pacientes.

Sin intenciones de juzgar ni comparar, simplemente establecer niveles de frecuencia, que deberían ser inexistentes, pero de estar presentes, servir de pauta para mejorar la atención brindada (en cuanto a información ofrecida y calidad de trato) a la paciente que ingresa a estos hospitales, así como modificaciones en los

consentimientos informados, e incluso dando a conocer de alguna manera en nuestro medio las implicaciones de las conductas que muchas veces se consideran habituales en los centros hospitalarios y que pueden estar infringiendo estas leyes, todo esto con el fin último de procurar implementar medidas para evitar la violencia obstétrica que podemos como parte del personal de salud ejercer en forma consciente e inconsciente sobre las pacientes que tratamos a diario.

### **Antecedentes**

De acuerdo a estudios realizados en el Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela (CEM-UCV), el patriarcado es la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres, los niños, las niñas y, por tanto, la ampliación de este dominio masculino sobre nuestra sociedad en general.

El patriarcado se impone a través de múltiples formas de violencia, desde las más sutiles, paisajeadas (en el horizonte de la cotidianidad) e históricas, hasta las más cruentas y modernas, logrando la subordinación.

A lo largo de la historia de la humanidad y a lo ancho de la geografía del mundo hay una larga lucha contra la violencia de género, donde se reconoce una condición de subordinación y discriminación fundada en modelos de sociedades patriarcales; establecidas en estados donde hombres y mujeres reproducen valores, conceptos, pensamientos, y conductas machistas.

La violencia en contra de la mujer es una violación sistemática, en estas sociedades, de los derechos humanos; además de un delito que también constituye un grave problema de gran impacto en la salud pública. Pero es necesario cuestionar profundamente el tratar, reduccionistamente, de medicalizar la violencia de género “como un problema de salud pública”.<sup>(2)</sup>

Tomando en cuenta la violencia contra la mujer como problema de salud pública y atendiendo a la importancia de la misma con la creación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, se hizo una revisión de estudios relacionados con violencia de género, violencia doméstica y violencia hacia la mujer embarazada, encontrando lo siguiente: En EE.UU. 2 a 4 millones de



mujeres son golpeadas cada año, 1.500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja actual o pasada y el 16% de las mujeres adultas informan una historia de abuso sexual por un integrante de su familia. En Francia, una encuesta nacional muestra que la violencia en la pareja causa la muerte de seis mujeres por mes, siendo la principal causa de muerte el homicidio de las mujeres. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que del 20 – 60% de las mujeres que viven en América Latina sufren situaciones de violencia. En Argentina se estima que aproximadamente el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida. En vista de esto, Argentina realizó un trabajo reciente con el objetivo de estimar la prevalencia de Violencia Basada en Género (VBG) en las mujeres que se atienden en el Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas (PMIG) y comparar la frecuencia de detección de VBG bajo diferentes condiciones de administración de un instrumento breve para la detección sistemática de violencia basada en el género (VBG), desarrollado en el año 2000 por la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental (IPFRHO). Esta investigación mostró una alta prevalencia (45%) de VBG, las mujeres referían sufrir mayoritariamente violencia psicológica, siguiendo con violencia física. Este hallazgo es explicable por las características demográficas de las mujeres que consultan, ya que la violencia física se observa con mayor frecuencia en las mujeres casadas, separadas, o divorciadas (o que están planeando la separación), entre las que tienen entre 17 y 28 años, y en las embarazadas.<sup>(3)</sup>

Por otra parte, se encontró un trabajo realizado en España, con el objeto de determinar la prevalencia de violencia contra la mujer en la pareja en una muestra de mujeres asistentes por cualquier motivo a centros de atención primaria, y analizar las características de esta violencia. Para ello realizaron un estudio transversal en 23 consultas de atención primaria de Andalucía, Madrid y Valencia. La muestra incluyó 1.402 mujeres entre 18 y 65 años de edad elegidas aleatoriamente en estas consultas. Se excluyó a las mujeres que acudían acompañadas por sus parejas, ya que podría haber una mayor frecuencia de maltrato en éstas. Las Normas Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre la Violencia Doméstica así lo aconsejan. La

frecuencia de maltrato a lo largo de la vida fue del 32%. Esta cifra disminuye al 17,8% cuando se identifica violencia en una relación actual en el último año. Por tipos de maltrato, el de carácter emocional es el más frecuente.<sup>(4)</sup>

Otro trabajo al cual se quiere hacer mención, dado el énfasis sobre la mujer embarazada, fue el realizado también en Argentina la cual se circunscribió al abordaje de una de las áreas que atienden a mujeres con alto riesgo de padecer violencia familiar, como son las embarazadas y madres recientes. De manera más específica, interesaba conocer las representaciones sociales y las actitudes imperantes en los discursos médicos-obstétricos, en relación con la violencia familiar contra la mujer, según fueran: a) las explicaciones etiológicas que los profesionales formulan al referirse a la problemática, b) la caracterización que hacían de las poblaciones afectadas y c) la explicitación de las estrategias de intervención que siguen, en caso de detectar situaciones de violencia. Los resultados encontrados permitieron afirmar que no se puede considerar al cuerpo de profesionales como un bloque homogéneo, sino que en su interior se visualizaron una diversidad de posturas teóricas, concepciones, prácticas y posicionamientos, en relación con la práctica profesional en general y en el abordaje de la violencia contra la mujer en particular. Esas diferencias reconocen, sin embargo, algunos aspectos en común: en todos los grupos se observa alguna sensibilización en el tema de la violencia, todos/as los/as profesionales reconocen la presencia de esta problemática en la práctica profesional cotidiana, todos reconocen dificultades en su abordaje y la necesidad de una articulación institucional que trasciende el consultorio. También admiten que las principales víctimas de la violencia son las mujeres y, en mayor o menor medida, reconocen el impacto de estas situaciones en su salud psíquica y física, especialmente en las etapas de embarazo, parto y puerperio.<sup>(5)</sup>

La lucha de las mujeres en el mundo para lograr el reconocimiento de sus derechos humanos, sociales y políticos y el respeto a su dignidad, se ha desarrollado durante siglos y tuvo una de sus expresiones más elevadas en la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana en 1789. Su proponente, Olympe de Gouges, no logró que los revolucionarios franceses aprobaran tal declaración, y al contrario, su iniciativa fue una de las causas que determinaron su muerte en la guillotina.<sup>(6)</sup>

La violencia de género ha sido objeto de estudio principalmente bajo el impulso del Decenio de Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985), que contribuyó poderosamente a sacar a la luz este problema. En ese marco internacional se han producido importantes convenciones y tratados que, de acuerdo al artículo 23 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, son hoy en día ley de nuestra República. Entre los más importantes, tenemos: la Convención sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 18 de diciembre de 1979, documento jurídico de mayor autoridad en relación con los derechos humanos de las mujeres. Asimismo, la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia sobre la Mujer, proclamada en 1993 por la Asamblea General con motivo de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, entre otras.<sup>(1,7-8)</sup>

La Organización de Naciones Unidas en la IV Conferencia Mundial de 1995 reconoció que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, y viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mitad de la Humanidad. Además la define ampliamente como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. De allí que en la presente ley la violencia de género queda delimitada claramente por el sujeto que la padece: las mujeres.<sup>(9)</sup>

Y, más recientemente, es necesario señalar las Resoluciones de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Pekín en 1995, donde se obtuvo el reconocimiento de que cualquier forma de violencia que se ejerza contra las mujeres constituye una violación de sus derechos humanos.

En América Latina también se ha legislado en la materia, durante estos últimos años Bolivia, Colombia, Perú, México (1998), Nicaragua (1996), Panamá (1995), Paraguay, Las Bahamas y República Dominicana (1997), han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra la mujer.<sup>(10)</sup>

En Venezuela, los movimientos de mujeres, con su accionar sistemático y permanente en el tiempo, han obtenido logros importantes en el reconocimiento de sus derechos; sin embargo, es en el año 1999, con la aprobación de la Constitución

de la República Bolivariana de Venezuela, cuando se obtiene el mayor logro que marca un hito en la historia de luchas de las mujeres en nuestro país, al visualizar a las mujeres e incluir la perspectiva de género en la carta Magna.

El 19 de marzo de 2007 fue publicada en la Gaceta Oficial N° 38 647 La ley sobre la violencia contra la mujer y la familia, la cual tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, siendo la más novedosa la violencia obstétrica, representado en los artículos 15, 51 y 52.<sup>(1,7-8)</sup>

Investigaciones realizadas relacionados a este tema son prácticamente inexistentes, tanto a nivel internacional como nacional; todo el enfoque de investigación se ha colocado en la violencia de género, y esto en Venezuela particularmente pudiera deberse a lo innovador del término violencia obstétrica y de su reciente inclusión en la ley, sin embargo de data reciente se puede hacer referencia al trabajo realizado por el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, respecto al grado de conocimiento acerca de la violencia obstétrica por el personal de salud, donde al aplicar una encuesta al 500 integrantes del equipo de salud el 87% conocían la existencia de una ley que protege a la mujer contra cualquier tipo de violencia, conociendo el término de violencia obstétrica en un 89,2%; por otra parte, un 63,6% de los encuestado refirieron haber presenciado maltrato a una embarazada, y de éstos el 42,8% ejercida por parte del médico seguido del personal de enfermería en un 42,5% .<sup>(11)</sup>

En enero de 2011 en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, se realizó un estudio descriptivo prospectivo y transversal en 200 adolescentes embarazadas y puérperas cuyo muestreo fue intencional no probabilístico y basado en violencia de género contra esta población. La edad de las 200 adolescentes encuestadas osciló entre 13 y 19 años, la forma de violencia más frecuente fue la psicológica seguida de la violencia física, siendo el principal agresor la pareja y padres respectivamente, sin embargo, aun y cuando la violencia obstétrica no fue caracterizada en dicho estudio, encontraron que un 13,5% refirió haber sido víctima de este tipo de violencia y que el principal perpetrador fue el médico seguido del personal de enfermería.<sup>(12)</sup>

Para marzo 2012, en la Maternidad Concepción Palacios, clasifican para efectos de su investigación la violencia obstétrica en dos grandes grupos de

agresiones denominándolos: trato deshumanizante y realización de actos médicos sin consentimiento informado, obteniendo según la opinión de las usuarias un 49, 4% y 66, 8% respectivamente, considerándolos porcentajes elevados tomando en cuenta como deseables un valor de cero, e identificando sólo un 20,5% de usuarias que reportaron atención libre de violencia obstétrica; además al relacionar el tipo de trato deshumanizante percibido y el perpetrador, observaron que para todos los casos la enfermera fue percibida con más frecuencia como la causante y en segundo lugar el personal médico. Por otra parte pudieron tomar en cuenta el nivel educativo de las pacientes de las cuales el 2,8% señalaron no tener ningún nivel de estudios, 15,3% cursaron estudios de nivel básico, 68,5% nivel medio, 4,7% estudios de técnico superior y 8,7% universitario, con una mayor percepción de realización de actos sin consentimiento por parte de las usuarias sin estudios. Otro dato aportado por esta investigación fue la relación entre la percepción de la realización de procedimientos sin consentimiento y la edad de las pacientes, observándose éste fue mayormente percibido en el grupo etario entre 15 y 19 años. <sup>(13)</sup>

## **Marco teórico**

Cuando se habla de violencia obstétrica para la mujer, la acción traumática cayendo en términos de violencia, consiste en la no observación de sus derechos como persona y como paciente y la presencia de complicaciones inmediatas inherentes al trabajo de parto o al feto, y que si bien el parto puede llegar a constituirse en una experiencia negativa, su estructura psíquica, gracias a sus mecanismos de defensa, le permite superarlo con más o menos éxito. <sup>(6)</sup>

De acuerdo a la OMS, la experiencia para la mujer durante el trabajo de parto, puede ser traumática o no, clasificándose de acuerdo a las siguientes categorías:

Categoría A: Prácticas que son claramente útiles y que se debieran fomentar:

No utilizar métodos invasivos ni métodos farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y sí métodos como masajes y técnicas de relajación.

Dar libertad en la selección de la posición y movimiento durante el trabajo de parto.

No aconsejar la posición supina en el parto.

Realizar precozmente el contacto piel a piel, entre la madre y su hijo, dando apoyo a la iniciación de la alimentación a pecho dentro de una hora después del parto.

Categoría B: Conductas claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas:

Uso rutinario de enema.

Uso rutinario de rasurado pubiano

Infusión rutinaria endovenosa en el trabajo de parto.

Inserción profiláctica rutinaria de cánula endovenosa.

Uso rutinario de posición supina durante el trabajo de parto.

Administración de oxitócicos en cualquier momento antes del parto de modo que su efecto no pueda ser controlado.

Uso rutinario de posición de litotomía con o sin estribos durante el parto.

Contínuo uso de pujos exigidos – maniobra de Valsalva –durante el expulsivo.

Masajes del periné durante el parto.

Exploración manual del útero después del parto.

Categoría C: Conductas sin evidencia suficiente para apoyar una recomendación y que deberían ser utilizadas con precaución hasta ser comprobadas por pesquisas adicionales.

Uso rutinario de amniotomía precoz durante el inicio de trabajo de parto.

Presión del fondo del útero durante el parto.

Maniobra relatada para proteger el periné y retención de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.

Clampeamiento precoz del cordón umbilical.

Categoría D: Conductas frecuentemente utilizadas en forma inapropiada:

Control del dolor por agentes sistémicos.

Control del dolor por anestesia peridural.

Utilización de máscaras y vestidos estériles durante la atención del parto.

Restricción de comidas y líquidos durante el trabajo de parto.

Exámenes vaginales frecuentes y repetidos, especialmente por más de un asistente.

Aumento de oxitocina.

Mover rutinariamente a la parturienta para un cuarto diferente para ser atendido el parto.

Aconsejar a la mujer el pujo cuando la dilatación cervical está completa o semicompleta, antes de que la mujer sienta deseos de pujar.

Parto operatorio.

Exploración manual del útero después del parto. Uso rutinario de episiotomía.<sup>(9)</sup>

Todo aquel que estuvo alguna vez en sala de partos habrá observado la reiterada violación de estos preceptos, cayendo de alguna manera en violencia obstétrica.

Para que el trabajo de parto o un procedimiento médico pueda volverse traumático, se necesitan de ciertos factores; y es el mismo médico, y en oportunidades su personal, quienes se adjudican de ciertas características que hacen tanto de su profesión como de su actitud ante el paciente, un acto deshumanizado.<sup>(14)</sup> Existen además otros actos no tipificados, aparentemente inadvertidos, que con el paso del tiempo tienden a convertirse en norma y que son inaceptables. Estos son el trato poco cortés, la falta de interés por preservar el pudor de las pacientes y la confidencialidad de los datos aportados por ellas; así como referirlas a múltiples centros hospitalarios, sin causas justificadas.<sup>(15)</sup>

Ante todo lo anteriormente expuesto, nos vemos en la penosa situación de colocarle muchas de las características descritas a nuestros médicos hoy en día, pero nos damos cuenta y aún cuando no puede ser motivo de excusa, que las sociedades son causales en la mayoría de estos comportamientos y que obviamente el hecho de tener que garantizar un sistema de salud óptimo pero bajo ciertas condiciones que en muchas oportunidades no son las adecuadas.

No solo lo teórico y fisiológico debe ser tomado en cuenta para el ejercicio de la profesión médica, como profesionales y civiles, debemos tomar en cuenta el marco legal; es decir, debemos regirnos no solo por el código de deontología médica o la ley del ejercicio de la medicina, también debemos tener presente las leyes del estado, como el código procesal penal y obviamente la Ley Orgánica de la Mujer con Derecho a una Vida Libre de Violencia. En esta ley se tipifican 19 tipos de violencia y siendo la violencia obstétrica, objeto de estudio en este trabajo:

Artículo 15.- Número 13) Violencia Obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente a la calidad de vida de las mujeres.

Artículo 51.- Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.



“En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”.<sup>(8)</sup>

Entonces bien, tratando de englobar en un solo concepto lo descrito por la OMS y La Ley Orgánica de la Mujer con Derecho a una Vida Libre de Violencia, caracterizamos entonces a la violencia obstétrica en 4 formas:

La desinformación a las pacientes en cuanto al procedimiento que se les va a realizar, bien sea parto o cesárea. Sin información amplia y suficiente, ni consentimiento previo de las parturientas, a su llegada a los Centros de Salud, se les toma inmediatamente una vía (vena) y se les administra oxitocina (pitocín®), un suero endovenoso que acelera las contracciones uterinas e, inclusive, llegado el nivel de máxima dilatación del cuello uterino, se les llega a realizar una incisión o corte en los genitales externos, procedimiento llamado episiotomía, para facilitar la expulsión de la cabeza fetal. Además de la posición impuesta en nuestras maternidades y centros públicos y privados de salud, se impone la premura en el parto. Es común que muchas veces las parturientas sean devueltas a sus casas, sin importar distancias ni condiciones sociales, luego de un largo “ruleteo”, hasta “que estén listas”. En muchas oportunidades y luego de largas horas de trabajo de parto pues el médico toma la decisión de realizar la resolución obstétrica mediante una cesárea.<sup>(6)</sup> En fin son muchas las decisiones que se toman en torno a la paciente y al procedimiento que se le va a realizar, y en un sin fin de oportunidades no se da la información correcta y completa a la paciente para que sin interferir en el criterio médico, cumpla con el derecho de opinar con respecto a lo que se le va a realizar.

El abuso de la medicación, una vez ingresadas a las maternidades y de allí a las salas de parto, se estimulan con el habitual uso endovenoso del pitocín, las contracciones uterinas para que el parto se resuelva lo más pronto posible. Evadiendo en la mujer, el aumento del dolor, su periodicidad y rigor. La oxitocina: es

una hormona proteica que es elaborada en la hipófisis posterior, no se fija a las proteínas plasmáticas, se cataboliza en riñones e hígado y su vida media circulante es de 5 minutos. Actúa a nivel de las membranas celulares del músculo liso, alterando las corrientes iónicas transcelulares, origina de esta manera una contracción uterina sostenida. Durante el embarazo el útero es más sensible a la oxitocina, debido a que aumentan el número de receptores. Entre sus indicaciones: realizar la prueba estandarizada con oxitocina, inducción del trabajo de parto, aborto incompleto y hemorragia uterina postparto. Se contraindica en: sufrimiento fetal, presentación fetal anormal, desproporción cefalopélvica y cualquier otra condición que pueda ocasionar rotura uterina; además, en placenta previa y prolapso de cordón.<sup>(16,17)</sup> Además, en los casos en los que el parto por vía vaginal está contraindicado tales como: carcinoma invasivo cervical, herpes genital activo, cesárea anterior. Debemos expresar de igual forma, que existen efectos secundarios que pueden aparecer tanto en la madre como en el recién nacido, los más frecuentes son: convulsiones, coma, muerte cerebral, hemorragia retiniana neonatal, arritmia ventricular, afibrinogenemia fatal, hematoma pélvico, ictericia neonatal, hipertonicidad uterina, ruptura uterina y otros como intoxicación hídrica, muerte fetal.<sup>(18)</sup>

El trato deshumanizado, conformado por tres tipos de agresión: verbal, psicológica y física y que en todos los casos el perpetrador suele conformar el personal de salud (médicos, enfermeras, obreros). Basados en la Ley Orgánica de la Mujer con Derecho a una Vida Libre de Violencia, definimos los tres tipos de agresión de acuerdo al artículo 15 de dicha ley:

1.- violencia psicológica: Es toda conducta activa u omisiva ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, marginalización, negligencia, abandono, celotipia, comparaciones destructivas, amenazas y actos que conllevan a las mujeres víctimas de violencia a disminuir su autoestima, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, a la depresión e incluso al suicidio.

La agresión verbal definida por los puntos 2 y 3 que conforman el artículo 15:

2.- acoso u hostigamiento: Es toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos

a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer que pueda atentar contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que puedan poner en peligro su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él.

3.- amenaza: Es el anuncio verbal o con actos de la ejecución de un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial con el fin de intimidar a la mujer, tanto en el contexto doméstico como fuera de él.

4.- violencia física: Es toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.<sup>(8)</sup>

De acuerdo a lo anteriormente expuesto el agresor puede ser cualquier de los integrantes del equipo de salud, es decir, el médico, el personal de enfermería y el personal obrero (camilleros, camareras, vigilante) que hacen de sus conductas las menos adecuadas y caracterizadas por prioridad del mercantilismo en la atención de salud, ausencia de empatía en la relación médico- paciente, institucionalización de la indolencia, el despotismo, el maltrato y la impune violación de los derechos de las pacientes en las instituciones de salud, principalmente públicas, tolerancia o encubrimiento de la negligencia médica, iatrogenia, abusos y vicios institucionales burocráticos y abandono de la ética médica.<sup>(19)</sup>

Y por último la patologización del proceso, dado por la presencia de complicaciones maternas o fetales durante el trabajo de parto o cesárea. Desde el punto de vista biológico puede decirse que el embarazo es una relación específica de tipo parasitaria, debida a que el embrión y luego el feto, obtiene sus nutrientes - sin llegar a matarlo -a partir de otro ser vivo. Una vez cumplido el plazo de permanencia intrauterina, determinado genéticamente para la especie, se inicia el trabajo de parto; proceso fisiológico, o de acuerdo a criterio obstétrico se realizará la resolución del embarazo a través de una cesárea.<sup>(20)</sup> Siempre y cuando a la paciente se le mantenga informada y bajos las condiciones optimas para la resolución obstétrica, pues la situación se desarrollará como un proceso natural del cuerpo de la mujer,

asociado a su sexualidad y reproducción en el cual median múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, psicológica. El médico en nuestros diversos centros de atención pública y privada funge como un asistente; un mediador y en muchos casos como ayudante, cuya misión consiste poner en práctica sus conocimientos y hacer de este proceso fisiológico, algo natural y nunca patológico ni traumático ni para la madre ni para el feto. De no desarrollarse así, comenzaran a aparecer una serie de complicaciones que convertirán del proceso normal algo traumático, dichas complicaciones que pueden presentarse tanto en el parto como en la cesárea se dividen en tempranas, cuando ocurren dentro de las primeras 24 a 48 horas, y tardías cuando ocurren posteriormente, para efectos de nuestro trabajo nos referiremos solo a las tempranas, de igual manera hablaremos de las complicaciones no solo maternas sino fetales y cabe destacar que estas lesiones, de acuerdo a lo referido en la gran mayoría de las literaturas consultadas, pues se producen prácticamente con más frecuencia en el parto que en la cesárea, aun y cuando esta se realice en emergencia.

#### Complicaciones maternas:

Hemorragias: sangrado profuso evidenciado o no por diversas causas, atonía uterina, retención de restos ovulares, desgarros de cuello o de canal del parto, rotura uterina, inversión uterina y hematomas puerperales (de herida quirúrgica, de episiorrafia, subaponeuróticos).<sup>(21)</sup>

Dolor, edema, hematomas y dehiscencia de la episiorrafia o herida quirúrgica.<sup>(22)</sup>

Complicaciones anestésicas: hipotensión, cefalea postpunción, reacción alérgica.<sup>(23)</sup>

Otras causas: retención urinaria, ingurgitación mamaria, crisis y trombosis hemorroidales.<sup>(24)</sup>

#### Complicaciones fetales:

Muerte neonatal: fallecimiento del recién nacido desde el nacimiento hasta la primera semana de vida.<sup>(25)</sup> Sus causas más frecuentes son las de origen fetal explicando un 40% de las mismas (anomalías cromosómicas, defectos congénitos no cromosómicos, infecciones), siguiendo en orden , causas placentarias

(desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria, asfixia perinatal, placenta previa, corioamnionitis) y por ultimo las causas maternas (diabetes, trastornos hipertensivos, sepsis, rotura uterina, fármacos, embarazos pos – término).<sup>(26)</sup>

Lesión fetal: se dividen en preparto, intraparto y posparto. Para nuestro trabajo tomaremos en cuenta solo las intraparto, que son aquellas que se producen en el transcurso del parto o la cesárea, deben tomarse en cuenta: las lesiones cutáneas (escoriaciones, incisiones, equímosis), óseas (fracturas), musculares, nerviosas (elongación y parálisis de plexos) y lesiones de órganos internos.<sup>(27)</sup>

Asfixia perinatal: Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, como también después del nacimiento. La asfixia afecta todos los órganos y sistemas en diverso grado según su intensidad y duración.<sup>(27)</sup>

Debemos cumplir a cabalidad lo establecido en nuestro Código de Deontología y no debemos omitir el consentimiento informado, pues constituye un derecho de todo paciente y está consagrado en la Constitución y las Leyes de la República. El Consentimiento informado nos libera de consecuencias previsibles pero no nos exonera de mal praxis médica por negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia de las normas.<sup>(27)</sup>

Sin pretender ser abogado, al analizar el texto de la Ley, es evidente que los médicos son quienes tienen los conocimientos pero deben informar a las pacientes y sus actuaciones estarán determinadas por los medios disponibles.<sup>(28)</sup>

### **Objetivo general**

Caracterizar la violencia obstétrica en pacientes en puerperio inmediato de parto o cesárea de los Hospitales “Dr. Domingo Luciani”, “Dr. Miguel Pérez Carreño”

y Universitario de Caracas, pertenecientes a la Gran Caracas, en el período comprendido entre abril – mayo de 2012.

**Objetivos específicos**

1. Relacionar las distintas formas de violencia obstétrica con la edad y la paridad de las pacientes en puerperio inmediato ingresadas en los servicios de obstetricia de las instituciones hospitalarias en estudio.
2. Determinar la frecuencia de las distintas formas de violencia obstétrica: desinformación, abuso de medicación, trato deshumanizado y patologización del proceso natural que presentaron las mujeres en puerperio inmediato ingresadas en los servicios de obstetricia de las instituciones hospitalarias en estudio.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

En el presente trabajo se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y multicéntrico.

### **Población y muestra**

La población estuvo conformada por mujeres en puerperio inmediato de partos y cesáreas ingresadas en los servicios de obstetricia de los hospitales en estudio durante el período abril – mayo 2012, que se corresponden a un promedio entre 800 a 1100 pacientes mensuales.

Para la realización de este estudio se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo intencional, éste implica que el investigador obtiene la muestra escogiendo los sujetos de acuerdo a criterios previamente establecidos. Para efecto de esta investigación se tomaron en cuenta como

#### **Criterios de inclusión:**

Alfabetas

Pacientes en puerperio inmediato que hayan sido ingresadas en trabajo de parto o para realización de cesárea.

Pacientes que hayan firmado en consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión:**

Analfabetas

Pacientes en puerperio inmediato de partos extrahospitalarios

Pacientes cuyo motivo de consulta sea aborto u otra patología obstétrica o ginecológica. La razón por la cual se decidió excluir a las pacientes con aborto, es porque generalmente el período de estancia hospitalaria de las mismas es muy variable y generalmente corto de acuerdo a la metodología de cada institución.

Pacientes que no deseen realizar la encuesta o que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

Se incluyeron 250 mujeres de cada sede hospitalaria a las cuales se les aplicó una encuesta que se encontraban ingresadas en los servicios de obstetricia de los

hospitales en estudio en el período comprendido entre abril – mayo 2012, correspondiente al 20 – 22% de la población en estudio.

### **Procedimiento**

Para la recolección de los datos se realizó como instrumento una encuesta cerrada (ver anexo 2), anónima, en lenguaje sencillo constituido por 7 ítems: 1 y 2 relacionado con desinformación y el abuso de la medicación, 3 – 5 referido al trato deshumanizado y las preguntas 6 y 7 para evaluar patologización del proceso natural del parto y cesárea, haciendo la acotación que éste último fue evaluado de acuerdo a la opinión de la paciente manifestada a través de dicha encuesta; ésta fue llenada por las propias pacientes, y con la finalidad de que no existiera algún temor de expresar a través de la misma la experiencia vivida durante su hospitalización. De igual forma en nuestro instrumento, se interrogó la edad de la paciente, si el procedimiento que se les practicó fue parto o cesárea y cuantos partos o cesáreas anteriores poseían. El instrumento fue distribuido a las pacientes en puerperio inmediato de parto o cesárea ingresadas en los servicios de hospitalización de obstetricia de los hospitales en estudio, en horario vespertino (2:00 a 6:00 p.m.), con un promedio aproximado de quince (15) encuestas por día, de acuerdo al número de pacientes ingresadas, iniciando en el Hospital Miguel Pérez Carreño, continuando en el Hospital Universitario de Caracas y finalizando en el Hospital Dr. Domingo Luciani, en el período comprendido entre abril – mayo 2012. Las encuestas fueron entregadas por las autoras directamente a las pacientes para solventar cualquier interrogante de las mismas.

### **Tratamiento estadístico propuesto**

Se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales se calculó sus frecuencias y porcentajes.

Los contrastes de variables nominales-nominales se basó en la prueba chi-cuadrado de Pearson; en el caso de las variables continuas se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se consideró un valor significativo de contraste si  $p < 0,05$ . Los datos fueron analizados con JMP-SAS 10.



## RESULTADOS

La distribución de la muestra de acuerdo a la edad fue: 32,5% menores de 20 años; 19,7% entre 21 y 25 años; 21,7% entre 26 y 30 años; 14,7% entre 31 y 35 años y 11,3% mayores de 35 años.

Con respecto a la distribución de la muestra de acuerdo a partos y cesáreas encontramos que: de la sub-población de partos 23,3% eran nulíparas, 31,6% presentaban un (1) solo parto anterior y 45,1% más de un parto anterior. De la sub-población de cesáreas el 57,3% no presentaba cesáreas anteriores, 30,1% presentaba una (1) cesárea anterior y 12,5% más de una cesárea anterior.

El 81,9% de las pacientes opinaron haber recibido información con respecto al tipo de procedimiento que se le iba a realizar, mientras que un 18,1% opinó que no.

En cuanto al abuso de medicación un 75,9% de las pacientes encuestadas refirió que si recibió información con respecto al medicamento que se le iba a colocar en contraste con un 24,1% que refirió que no. Un 71,1% refirió que si se le informó de la función de dichos medicamentos y un 28,9% respondió que no. El 58,3% de las pacientes afirmó que se le preguntó si estaba de acuerdo con la colocación de dichos medicamentos y un 41,7% dijo que no.

El 93,6% de las pacientes respondió que no fue víctima de violencia verbal durante su resolución obstétrica, mientras que un 6,4% (48 pacientes) refirió que sí; de estas pacientes, 21 de ellas refirió que el mal trato fue ejecutado por parte del médico, 20 de ellas indicó que fue por parte del personal de enfermería y 7 de ellas, de parte del personal obrero.

De la muestra total un 97,2% negó haber sido víctima de violencia psicológica, mientras que un 2,8% refirió que sí; de éstas últimas, 10 pacientes refirieron que el victimario fue el médico, 8 pacientes opinaron que fue el personal de enfermería y 3 pacientes, de parte del personal obrero.

De acuerdo a la agresión física 99,2% negó haber sido víctima de la misma, en contraste con un 0,8% que opinó que sí y que corresponde a un número de 6 pacientes que refirieron haberla recibido del médico, se desconoce que tipo de violencia física, puesto que en la encuesta no se interrogó con respecto a esto.

Un 96,4% del total de pacientes negó complicaciones maternas que considerara estaba relacionado a un mal procedimiento médico durante la resolución obstétrica, un 3,6% refirió que sí.

Por otra parte un 99,9% del total de pacientes negó complicaciones fetales que considerara estaba relacionado a un mal procedimiento médico durante la resolución obstétrica y un 0,1% refirió que sí.

Correlacionando los diferentes tipos de violencia obstétrica: la desinformación, el abuso de la medicación, el trato deshumanizado (siendo más frecuente la violencia verbal) y la patologización del proceso natural con la edad se encontró que las pacientes menores de 20 años fueron el grupo que mayormente opinó haber recibido estos diferentes tipos de violencia.

Contrastando los tipos de violencia obstétrica: la desinformación y el abuso de la medicación respecto a si estaban de acuerdo a la colocación de los medicamentos indicados, con la paridad se observó que las pacientes multíparas (aquellas que presentaban mas de un parto o cesárea) fueron el grupo que refirió principalmente haber recibido estos tipos de violencia, siendo estas dos formas con resultados estadísticamente significativos.

## **DISCUSIÓN**

Al comparar los resultados de esta investigación con los obtenidos en la realizada por Faneites en el Hospital General del Oeste, podemos observar que a pesar de ellos evaluar el punto de vista del personal médico respecto a la violencia obstétrica, coincidimos al evidenciar que la violencia fue ejercida principalmente por el médico y secundariamente por el personal de enfermería. Esto pudiera deberse a que es el personal que tiene mayor interacción con las pacientes. <sup>(11)</sup>

Cuando correlacionamos también los resultados de esta investigación con los obtenidos por Castellanos y Terán en la Maternidad Concepción Palacios observamos coincidencia en que la forma de violencia obstétrica que se presenta con mayor frecuencia es aquella relacionada con actos médicos sin consentimiento informado de la paciente, sin embargo a diferencia de ellos, en esta investigación el porcentaje de opinión respecto al trato deshumanizante fue sustancialmente menor, lo cual podría explicarse debido a los ítems incluidos dentro de la encuesta relacionados con esta forma de violencia obstétrica, ocurriendo así también otro punto de discrepancia en cuanto al perpetrador, siendo el médico y en segundo lugar la enfermera para este trabajo, concordando con el estudio realizado por Delgado y Méndez <sup>(12)</sup> y a la inversa en el caso del realizado por Castellanos y Terán. Por otra parte se encontró otra similitud en los resultados, al correlacionar el trato deshumanizante y procedimientos sin consentimiento con los grupos etarios, que para Castellanos y Terán ocurrió con mayor frecuencia en el grupo entre 15 y 19 años, y en los resultados de esta investigación predominó en las menores de 20 años, esto además podría deberse a un factor evaluado en su investigación como lo es el nivel educativo de las pacientes, las cuales en su mayoría se encontraban igual o por debajo del nivel medio. <sup>(13)</sup>

## **Recomendaciones**

El médico obstetra debe dedicar tiempo y esfuerzo sobre todo a informar a la paciente de cada procedimiento o medida terapéutica a realizar, no debe sobreentender nada, inclusive con aquellas pacientes con experiencias anteriores.

Este estudio permite una visión general respecto a la presencia de la violencia obstétrica en las instituciones de salud de la Gran Caracas, pudiendo servir de punto de partida para autoevaluación del trabajo en las instituciones así como el establecimiento de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de atención ofrecida en dichos servicios.

Es importante poner en práctica la implementación de un consentimiento informado explícito a ser incorporado a la historia obstétrica y en donde se explique de manera clara y sencilla la vía de resolución obstétrica y que ésta será seleccionada de acuerdo a criterios médicos estandarizados en protocolos internacionales y abalados por la OMS y que además será el más favorable para la paciente y el producto de la gestación. De igual forma debe contener los medicamentos que pudieran ser utilizados así como su función y qué tipo de complicaciones maternas o fetales pudieran presentarse durante el parto o cesárea.

Desarrollar talleres para todo el personal de salud de las diferentes instituciones dando a conocer los diferentes tipos de violencia obstétrica, de manera de que informando a nuestro personal dejemos de caer en faltas o agresiones por desconocimiento.

Que este trabajo especial de grado sirva de pauta para el desarrollo de otros proyectos que evalúen este tema y que incluyan no solo otros centros de la Gran Caracas sino otros centros también a nivel nacional

## REFERENCIAS

1. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, nº 38.647, (19 de marzo de 2007).
2. Villegas Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *RVEM (Ccs)*. 2009; 14 (32): 125 – 46.
3. Pontecorvo C, Mejia R, Aleman M, Vidal A, Majdalani M, Fayanas R et all. Violencia doméstica contra la mujer, una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (BsAs)*. 2004; 64 (06): 492 – 96.
4. Ruiz I, Plazaola J, Blanco P, González J, Ayuso P, Montero M. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria (Bcn)*. 2006; 20(3): 202-8.
5. Colombo G, Ynoub R, Veneranda L, Iglesias M, Viglizzo M. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. *Rev Argent Sociol (BsAs)*. 2006; 4 (7): 73-98.
6. Partos sin Violencia [sede web]. Argentina: Licencia Creative Commons Atribución; 2003 [acceso noviembre de 2011]. Papagno L. La violencia en sala de partos; su acción traumática. Disponible en: <http://www.partosinviolencia.com.ar/notas01.htm>
7. Toro J, Zapata L. Reseña de las Jornadas El gineco-obstetra ante la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Rev Obstet Ginecol Venez (Ccs)*. 2007; 67 (3):213 – 14.
8. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial*, nº 38668, (23 de abril de 2007).
9. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea General de Naciones Unidas, nº 34/180, (18 de diciembre de 1979).
10. Norwitz E, Robinson J, Repke J. Trabajo de parto y parto. En: Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. *Obstetricia*. 5ª ed. Madrid: Marbán; 2007. p.353-394.

11. Faneite J, Feo A, Toro J. Grado de Conocimiento de Violencia Obstétrica por el Personal de Salud. *Rev Obstet Ginecol Venez (Ccs)*. 2012; 72 (1): 4 – 12.
12. Delgado V, Méndez M. Violencia basada en género en embarazadas y puerperas adolescentes [trabajo especial de grado]. Caracas 2011.
13. Castellanos C, Terán P. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias [trabajo especial de grado]. Caracas 2012.
14. Nizama, M. Humanismo Médico. *Rev Socied Peru Med Int (Per)*. 2002; 15 (1): 51 – 63.
15. Benítez, G. Editorial Violencia Obstétrica. *Rev Facult Med (Ccs)*. 2008; 31 (1): 5 – 6.
16. USP people 1995-2000. Oxytocin. Information for Health Care Professional. 19 ed. Massachusetts: United States Pharmacopoeia Convention, Inc; 1999. pp.2211-14.
17. Fitzgerald P, Klonof D. Hormonas hipotalámicas e hipofisarias. En: Katzung B. *Farmacología Clínica y Básica*. 7ma ed. México, DF: Manual Moderno; 1998. p. 713 – 14.
18. Granizo E. Aparato genital femenino. En: Granizo E. *Guía Terapéutica*. 1ra ed. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 189 – 190.
19. Código de Deontología Médica. Federación Médica de Venezuela, (18 de octubre de 2003).
20. Usandizaga J. *Tratado de Obstetricia y Ginecología, Volumen I*. Madrid: McGraw Hill – Interamericana; 2004. p. 573 – 575.
21. Zigelboim I, Guariglia D. *Clínica Obstétrica*. 2ed. Caracas: Disinlimed; 2005. p. 293-294.
22. Manrique M. Complicaciones de la cesárea. [acceso noviembre de 2011] Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones\\_cesarea.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf)

23. Smith R. Netter: Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. p. 156.
24. Demopaedia.org, Diccionario demográfico multilingüe [sede web]. [Actualizada 05 de febrero de 2010]. Disponible en: [http://es-ii.demopaedia.org/wiki/Mortalidad\\_neonatal\\_precoz](http://es-ii.demopaedia.org/wiki/Mortalidad_neonatal_precoz)
25. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L et al. Obstetricia de Williams. Mexico: Mc Graw Hill – Interamericana; 2007. p. 678 – 679.
26. Aguilar M. Tratado de enfermería infantil, cuidados pediátricos. Madrid: Elsevier Science; 2003. p. 211.
27. González H. Asfixia Perinatal. [acceso noviembre de 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnasfixia.html>
28. Espacioblog.com. Por un parto respetado. [acceso noviembre de 2011]. Disponible en: <http://porunpartorespetado.espacioblog.com/post/2009/03/27/violencia-obstetrica-venezuela-ley-nacional-violencia>.

## **ANEXOS**



## Anexo n°1

### Variables

Variable	Dimensiones	Indicador	Fuente	Tipo de Variable				
Edad	< 20 años	Años de vida cumplidos	Pacientes en puerperio inmediato de parto o cesárea	Cuantitativa				
	21 – 25 años							
	26 – 30 años							
	31 – 35 años							
	> 35 años							
Paridad	Primípara	Cantidad de partos o cesáreas: - Ninguno - Uno anterior - Mas de uno anterior						
	Múltipara							
Violencia Obstétrica	Desinformación de acuerdo al procedimiento	Parto						Cualitativa
		Cesárea						
	Abuso de medicación	Farmacológico: oxitocina (pitocín)						
	Trato deshumanizado	Agresión Verbal por: médico, enfermera, obrero						
		Agresión Psicológica (trato humillante) por: médico, enfermera, obrero						
		Agresión Física por: médico, enfermera, obrero						
Patologización del proceso	Complicaciones maternas Complicaciones fetales							

**Anexo nº 2**  
**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**  
**HOSPITAL DR. “DOMINGO LUCIANI”**

Hospital “Domingo Luciani”  
Ciudadano Director

Con atención a Comité de Ética.

Presente.-

Nos dirigimos a usted en la oportunidad de solicitar su valiosa colaboración al permitirnos realizar una encuesta a las pacientes en puerperio inmediato hospitalizadas en el servicio de Obstetricia en su institución, con la finalidad de recolectar datos para cumplir con el requisito del trabajo especial de grado para optar al título de especialista en Obstetricia y Ginecología, exigido por la Universidad Central de Venezuela, el cual se titula: “Violencia Obstétrica en la Gran Caracas. Estudio Multicéntrico”. Cabe destacar que dicha encuesta es totalmente anónima por lo que mucho sabremos agradecer su disposición y ayuda al respecto.

Sin otro particular y en espera de su respuesta

**Atentamente,**

**Dra. Claudia Hernández**

**Dra. Ana Cristina Vera**

### Anexo n°3

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### ENCUESTA

EDAD\_\_\_\_\_ actualmente usted se encuentra hospitalizada por: parto \_\_\_\_\_  
cesárea\_\_\_\_\_

Número de hijos por parto\_\_\_\_\_ Número de hijos por cesárea\_\_\_\_\_

**1.- ¿Recibió información del procedimiento (parto o cesárea) que se iba realizar con usted durante su ingreso? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_**

**2.- ¿Recibió información de los medicamentos (pitocín) que se le iban a colocar a usted durante su ingreso? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ ¿Se le informó sobre la función de dichos medicamentos? Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ ¿Se le preguntó si estaba de acuerdo con que se le colocaran? Si\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

**3.- ¿En alguna oportunidad durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna palabra o frase ofensiva? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_, en caso de ser afirmativa la respuesta, marque de quien recibió dicha ofensa (puede marcar varias opciones) Médico \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_ Camarera \_\_\_\_\_ Camillero\_\_\_\_\_  
Vigilante\_\_\_\_\_**

**4.- ¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió un trato humillante? Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ en caso de ser afirmativa la respuesta, marque de quien recibió dicha humillación (puede marcar varias opciones) Médico \_\_\_\_\_  
Enfermera \_\_\_\_\_ Camarera \_\_\_\_\_ Camillero\_\_\_\_\_  
Vigilante\_\_\_\_\_**

**5.- ¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna agresión física? Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ en caso de ser afirmativa la respuesta, marque de quien recibió dicha humillación (puede marcar varias opciones) Médico \_\_\_\_\_  
Enfermera \_\_\_\_\_ Camarera \_\_\_\_\_ Camillero\_\_\_\_\_  
Vigilante\_\_\_\_\_**

**6.- ¿Tuvo alguna complicación (hemorragias, reacción secundaria a la anestesia o ruptura espontánea de los puntos de sutura) durante su trabajo de parto o cesárea que considere que fue resultado de un mal procedimiento médico? Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_**

**7.- ¿Tuvo alguna complicación (fallecimiento, lesión, asfixia) su bebé posterior al parto o cesárea que considere fue resultado de un procedimiento médico incorrecto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### VIOLENCIA OBSTÉTRICA

#### Descripción:

Usted está invitado participar en un proyecto de investigación. Este proyecto es llevado por Claudia Hernández y Ana Vera, residentes de ginecología y obstetricia. El propósito de esta investigación es determinar la frecuencia y formas de violencia obstétrica en pacientes de trabajo de parto o sometidas a cesárea, y en puerperio inmediato de los Hospitales “Dr. Domingo Luciani”, “Dr. Miguel Pérez Carreño”, Universitario de Caracas y Maternidad Concepción Palacios, pertenecientes a la Gran Caracas, con la finalidad de mejorar la calidad de atención a las pacientes. Se le solicitará que nos autorice a realizarle una serie de cuestionarios, sin embargo dicho cuestionario es anónimo.

#### Riesgos y beneficios:

. El beneficio esperado de esta investigación es determinar la frecuencia de la violencia obstétrica en una población específica a través de estudios epidemiológicos, los cuales podrían ser modificado(s) por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia.

#### Derechos y obligaciones:

**Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar en cualquier momento. Por otro lado, el participar no le genera a usted ningún tipo de obligación presente o futura. El *negarse a participar o a contestar ciertas preguntas NO le va a afectar en modo alguno.***

Antes de dar mi consentimiento para participar en la investigación con la firma de este documento, dejo constancia de que he sido informado acerca del método de toma de la muestra. He recibido además copia escrita con un resumen de esa información.

Mi médico investigador ha contestado personalmente, y a mi entera satisfacción, todas las preguntas respecto a la investigación, y firma el presente confirmando esta manifestación.

Autorizo al médico investigador y la institución, a las autoridades de salud pública nacionales y/o extranjeras relacionadas con la investigación, al procesamiento de los datos que plasme en esta encuesta.

Basándose en esta información, acepto voluntaria y libremente mi participación en esta investigación, por lo que firmó el presente. Ya que comprendí en qué consiste el estudio y se me ha dado la posibilidad aclarar todas mis dudas.

Nombre

CI:

Firma

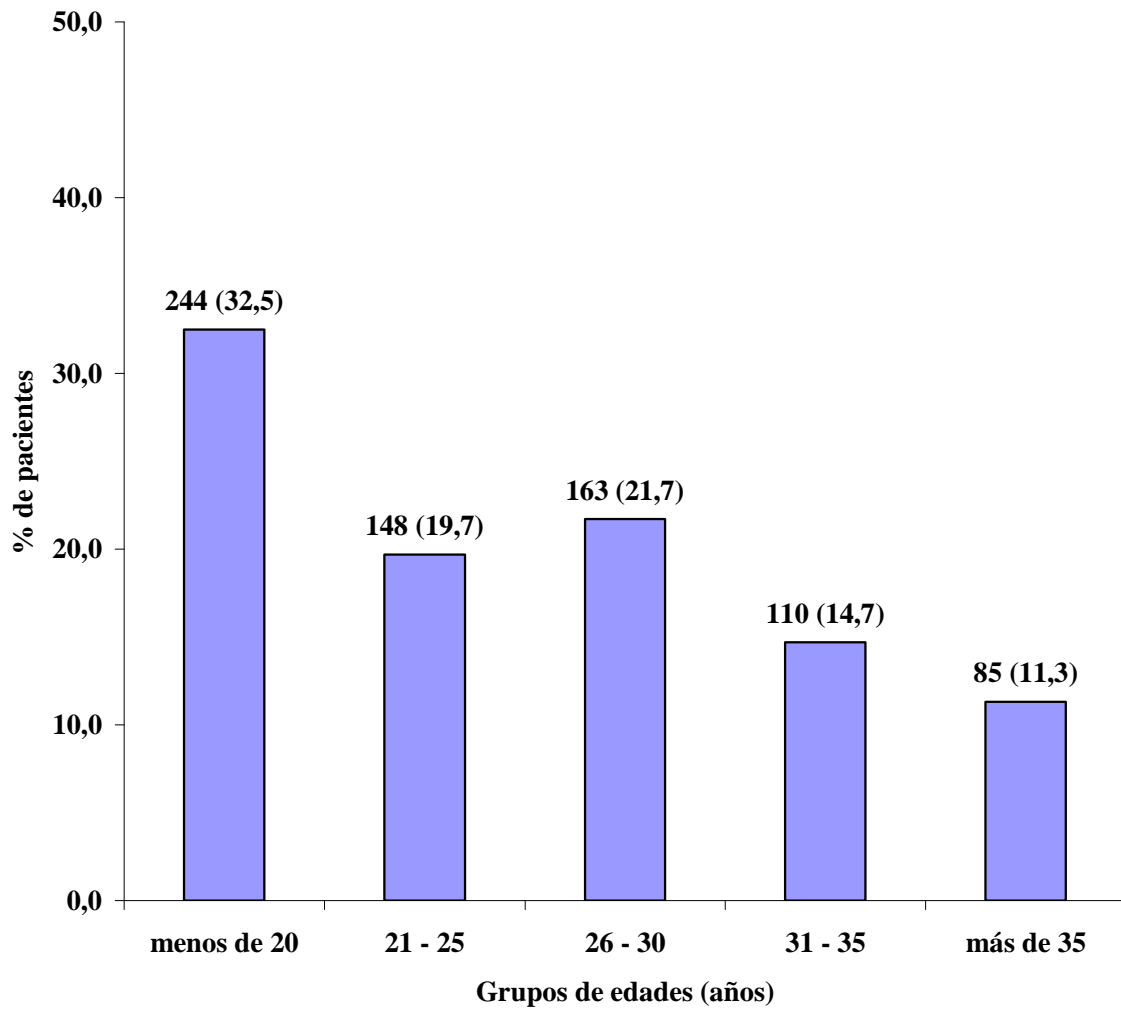
Investigador

Fecha

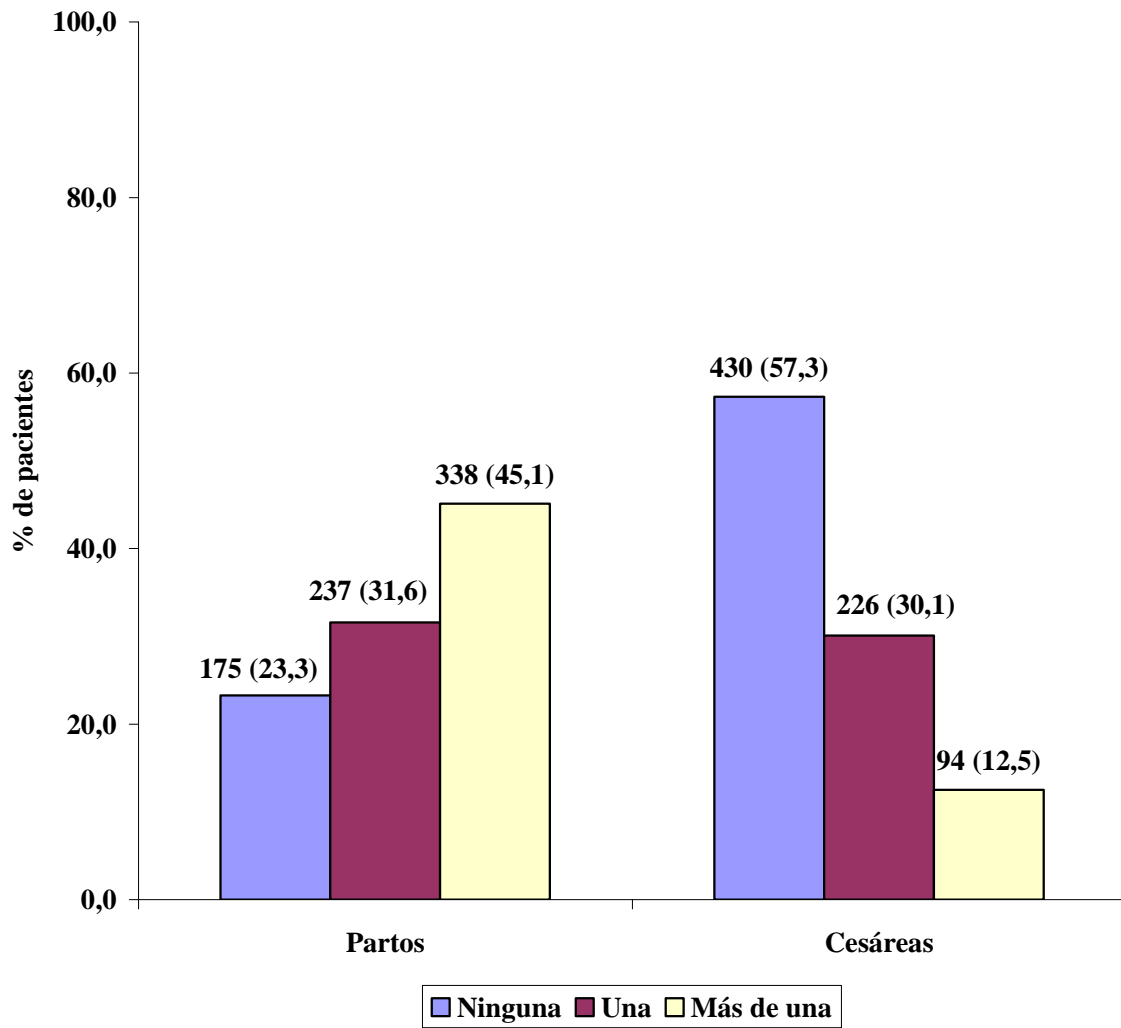
#### Anexo nº4

#### Gráfico nº1

#### Distribución de la muestra de acuerdo a edad



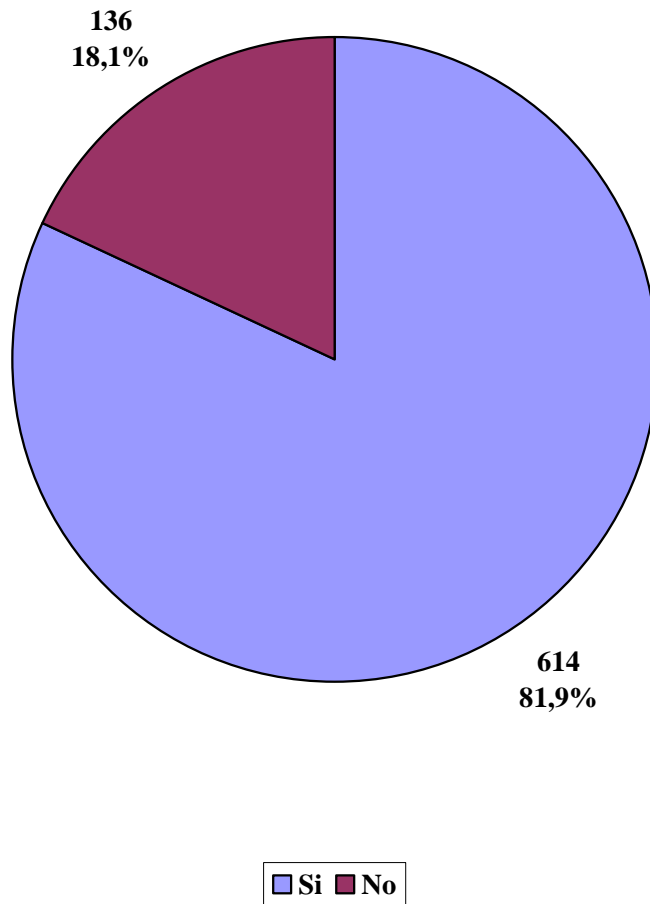
**Gráfico n°2**  
**Distribución de la muestra de acuerdo a la paridad**





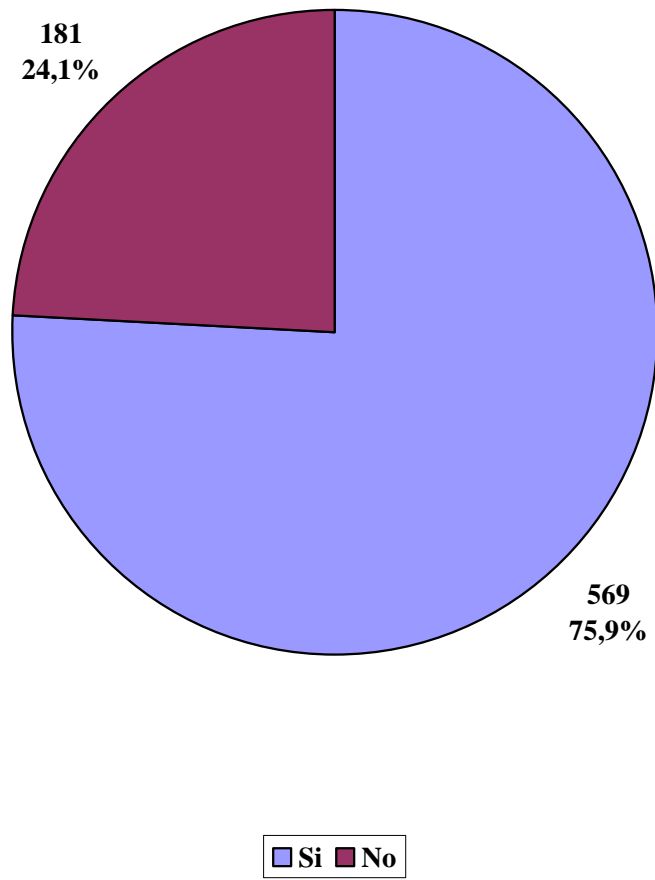
**Gráfico n°3**

**¿Recibió información del procedimiento (parto o cesárea) que se iba realizar con usted durante su ingreso?**

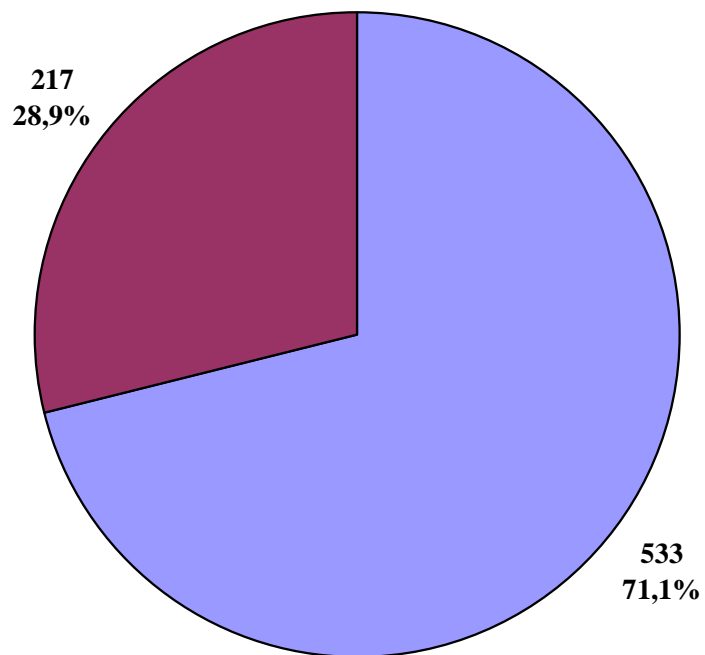


**Gráfico nº 4**

**¿Recibió información de los medicamentos (pitocin) que se le iban a colocar a usted durante su ingreso?**



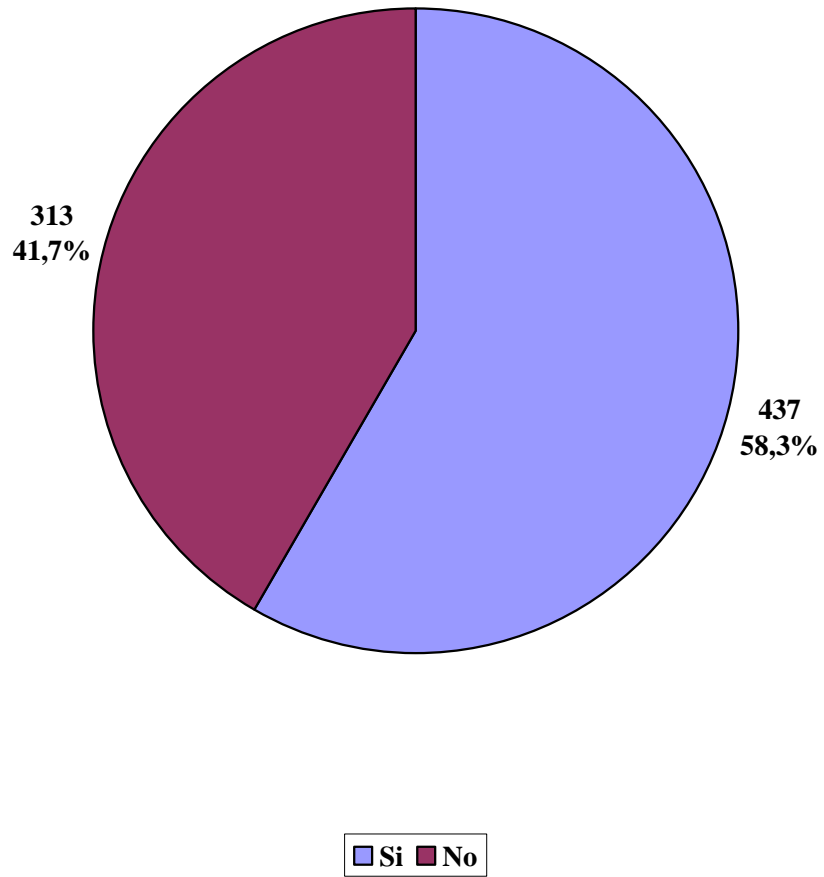
**Gráfico nº 5**  
**¿Se le informó sobre la función de dichos medicamentos?**



■ Si ■ No

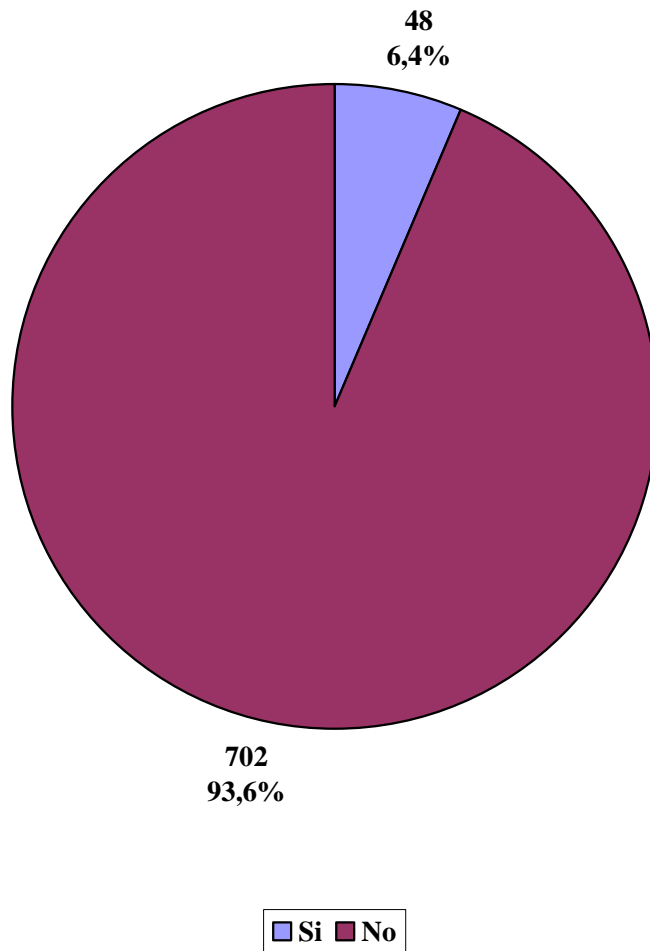
**Gráfico nº 6**

**¿Se le preguntó si estaba de acuerdo con que se le colocaran?**



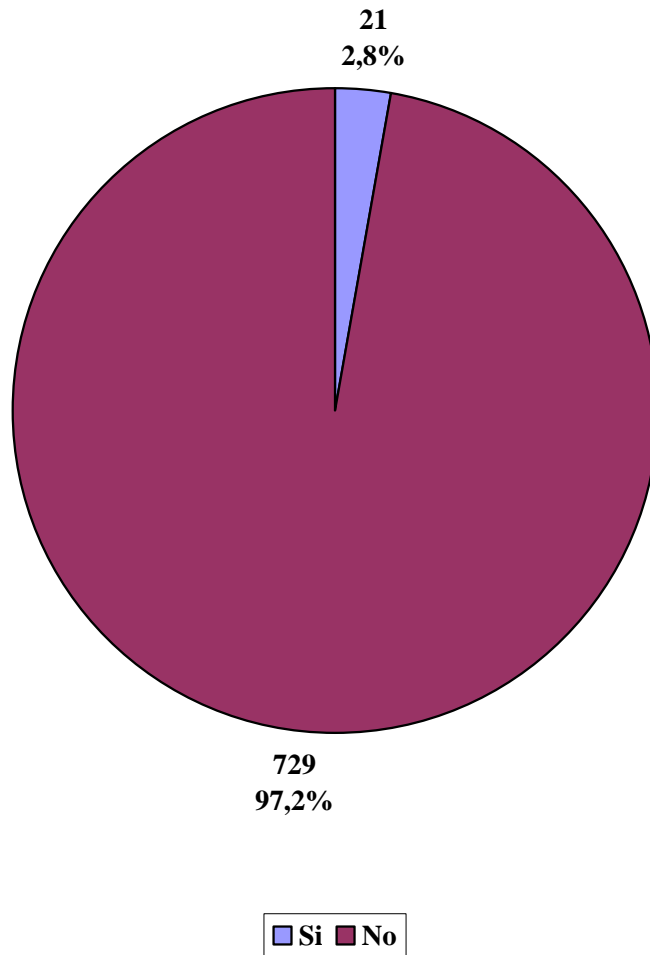
**Gráfico nº 7**

**¿En alguna oportunidad durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna palabra o frase ofensiva?**



**Gráfico nº 8**

**¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió un trato humillante?**



**Gráfico nº 9**

**¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna agresión física?**

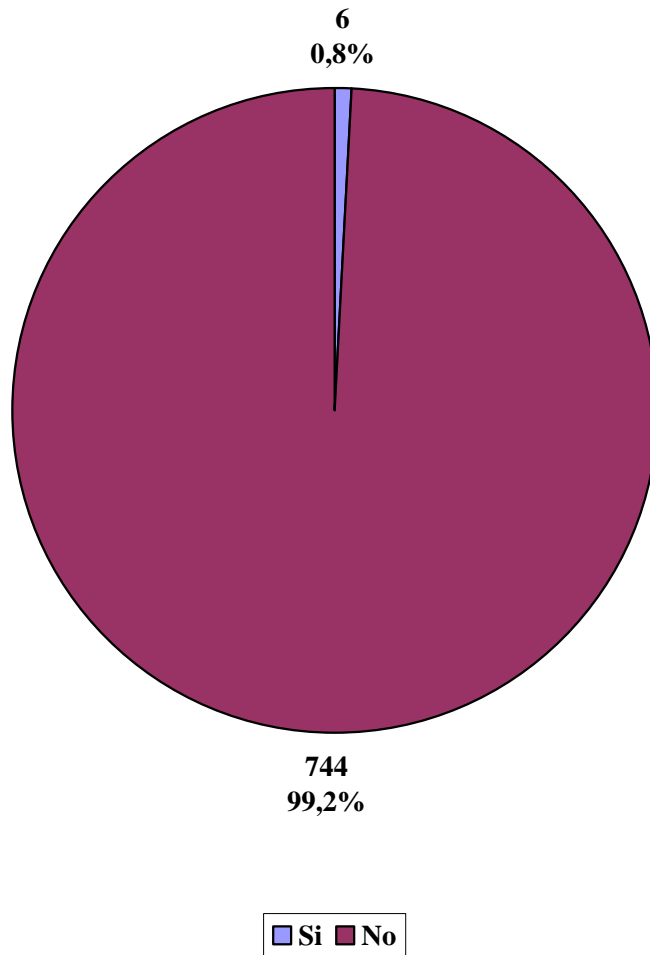
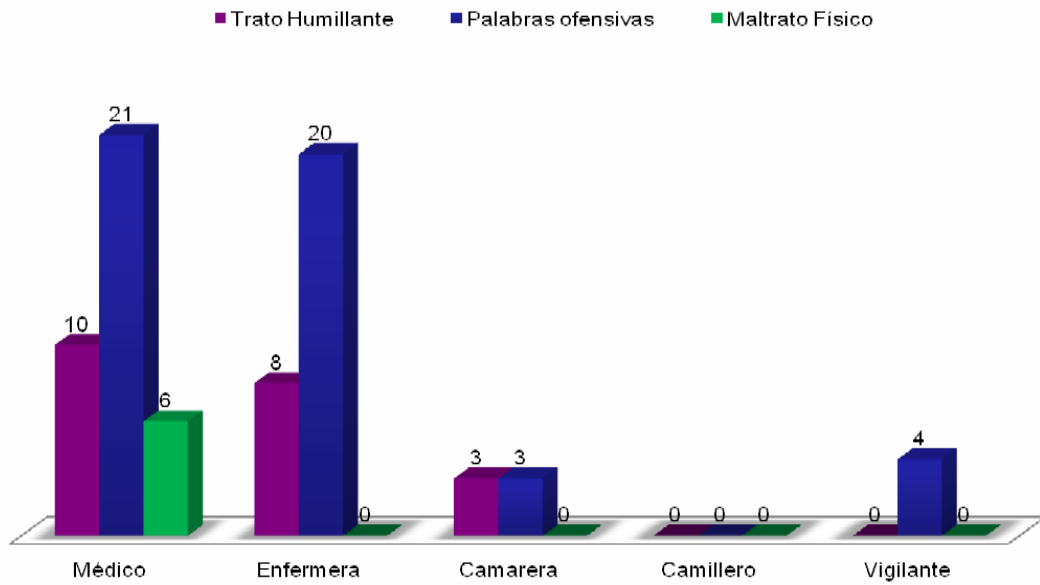


Gráfico nº 9

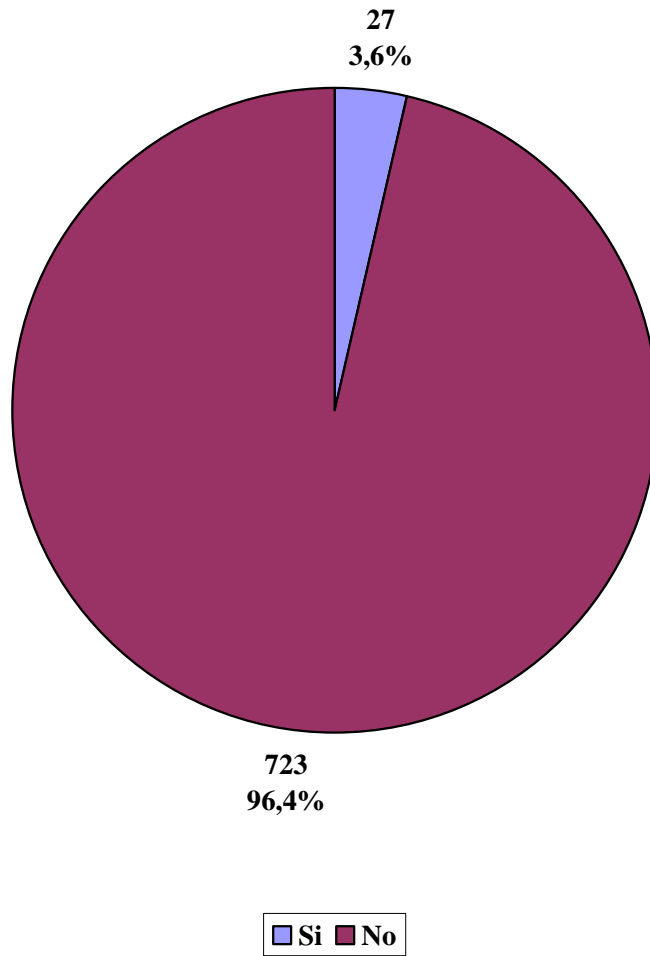
### Trato Deshumanizado y su Ejecutor





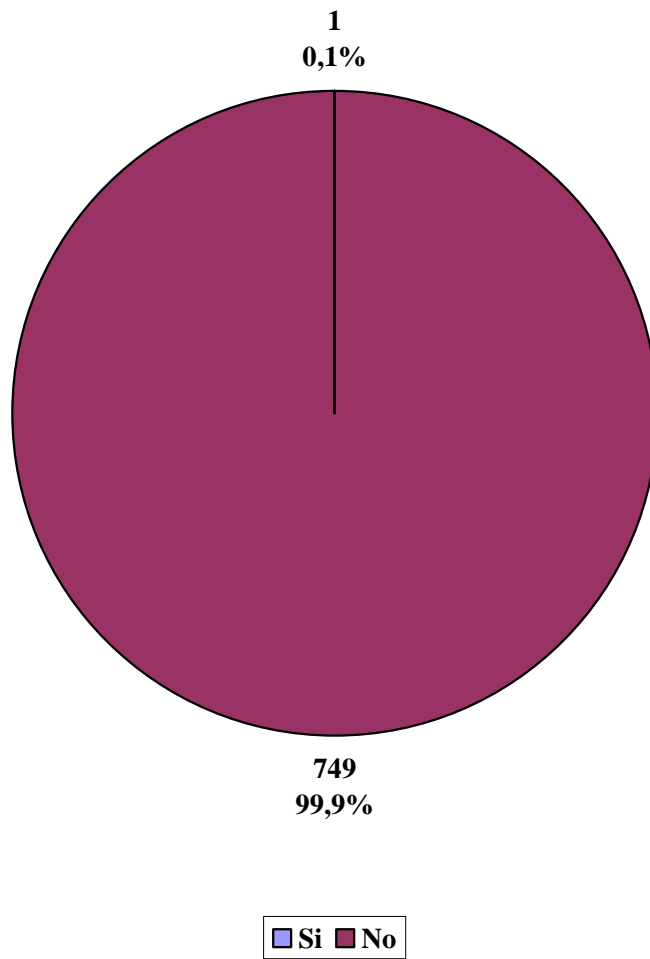
**Gráfico nº 10**

**¿Tuvo alguna complicación (hemorragias, reacción secundaria a la anestesia o ruptura espontánea de los puntos de sutura) durante su trabajo de parto o cesárea que considere que fue resultado de un mal procedimiento médico?**



**Gráfico nº 11**

**¿Tuvo alguna complicación (fallecimiento, lesión, asfixia) su bebé posterior al parto o cesárea que considere fue resultado de un procedimiento médico incorrecto?**



**Tabla nº 1**

**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la edad**

**DESINFORMACIÓN**

**¿Recibió información del procedimiento (parto o cesárea) que se iba realizar con usted durante su ingreso?**

<b>Edades</b>	<b>Respuestas</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
menos de 20	183	29,8	61	44,9
21 – 25	131	21,3	17	12,5
26 – 30	128	20,8	35	25,7
31 – 35	87	14,2	23	16,9
más de 35	85	13,8	0	0,0
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100,0</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 32,777$  (p = 0,000)

**Tabla nº 2**  
**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la edad**  
**ABUSO DE MEDICACIÓN**

**Tabla Nº 2.1**  
**¿Recibió información de los medicamentos (pitocin) que se le iban a colocar a usted durante su ingreso?**

	Respuestas			
	Si		No	
<b>Edades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
menos de 20	157	27,6	87	48,1
21 – 25	117	20,6	31	17,1
26 – 30	136	23,9	27	14,9
31 – 35	74	13,0	36	19,9
más de 35	85	14,9	0	0,0
<b>Total</b>	<b>569</b>	<b>100,0</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 55,091$  (p = 0,000)

**Tabla nº 2.2**

**¿Se le informó sobre la función de dichos medicamentos?**

	Respuestas			
	Si		No	
<b>Edades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
menos de 20	143	26,8	101	46,5
21 - 25	116	21,8	32	14,7
26 - 30	133	25,0	30	13,8
31 - 35	57	10,7	53	24,4
Más de 35	84	15,8	1	0,5
<b>Total</b>	<b>533</b>	<b>100,0</b>	<b>217</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 82,728$  (p = 0,000)

Tabla nº 2.3

¿Se le preguntó si estaba de acuerdo con que se le colocaran?

Edades	Respuestas			
	Si		No	
	n	%	n	%
menos de 20	95	21,7	149	47,6
21 - 25	95	21,7	53	16,9
26 - 30	120	27,5	43	13,7
31 - 35	53	12,1	57	18,2
más de 35	74	16,9	11	3,5
<b>Total</b>	<b>437</b>	<b>100,0</b>	<b>313</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 89,015$  (p = 0,000)

**Tabla nº 3**

**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la edad**

**TRATO DESHUMANIZADO**

**Tabla nº 3.1**

**¿En alguna oportunidad durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna palabra o frase ofensiva?**

<b>Edades</b>	<b>Violencia Verbal</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
menos de 20	21	43,8	223	31,8
21 - 25	0	0,0	148	21,1
26 - 30	17	35,4	146	20,8
31 - 35	3	6,3	107	15,2
más de 35	7	14,6	78	11,1
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>702</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 19,476$  (p = 0,000)

**Tabla nº 3.2**  
**¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió un trato humillante?**

	<b>Violencia Psicológica</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Edades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
menos de 20	11	52,4	233	32,0
21 - 25	0	0,0	148	20,3
26 - 30	7	33,3	156	21,4
31 - 35	3	14,3	107	14,7
más de 35	0	0,0	85	11,7
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>729</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 10,668$  (p = 0,031)

**Tabla nº 3.3**  
**¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna agresión física?**

Edades	Violencia Física			
	Si		No	
	N	%	N	%
menos de 20	3	50,0	241	32,4
21 - 25	0	0,0	148	19,9
26 - 30	0	0,0	163	21,9
31 - 35	3	50,0	107	14,4
más de 35	0	0,0	85	11,4
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>744</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 8,909$  (p = 0,063)



**Tabla nº 4**

**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la edad**  
**PATOLOGIZACIÓN DEL PROCESO NATURAL**

**Tabla nº 4.1**

**¿Tuvo alguna complicación (hemorragias, reacción secundaria a la anestesia o ruptura espontánea de los puntos de sutura) durante su trabajo de parto o cesárea que considere que fue resultado de un mal procedimiento médico?**

	<b>Complicaron Materna</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Edades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
menos de 20	15	55,6	229	31,7
21 - 25	1	3,7	147	20,3
26 - 30	8	29,6	155	21,4
31 - 35	3	11,1	107	14,8
más de 35	0	0,0	85	11,8
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>723</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 12,429$  (p = 0,000)

**Tabla nº 4.2**

**¿Tuvo alguna complicación (fallecimiento, lesión, asfixia) su bebé posterior al parto o cesárea que considere fue resultado de un procedimiento médico incorrecto?**

	<b>Complicación Fetal</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Edades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
menos de 20	1	100,0	243	32,4
21 - 25	0	0,0	148	19,8
26 - 30	0	0,0	163	21,8
31 - 35	0	0,0	110	14,7
más de 35	0	0,0	85	11,3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>749</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 2,077$  (p = 0,722)

**Tabla nº 5**

**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la paridad**

**DESINFORMACIÓN**

**¿Recibió información del procedimiento (parto o cesárea) que se iba realizar con usted durante su ingreso?**

	<b>Recibió información del procedimiento (parto o cesárea)</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos o cesáreas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna	131	21,3	44	32,4
Uno	206	33,6	31	22,8
Mas de uno	277	45,1	61	44,9
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100,0</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 31,463$  (p = 0,000)

**Tabla nº 6**

**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la paridad**

**ABUSO DE LA MEDICACIÓN**

**Tabla nº 6.1**

**¿Recibió información de los medicamentos (pitocin) que se le iban a colocar a usted durante su ingreso?**

	<b>Recibió información de los medicamentos (pitocín) que se le iban a colocar</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna	139	24,4	36	19,9
Primíparas	172	30,2	65	35,9
Múltiparas	258	45,3	80	44,2
<b>Total</b>	<b>569</b>	<b>100,0</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 2,656$  (p = 0,265)

**Tabla nº 6.2**

**¿Se le informó sobre la función de dichos medicamentos?**

	<b>Respuestas</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna	128	24,0	47	21,7
Primíparas	154	28,9	83	38,2
Múltiparas	251	47,1	87	40,1
<b>Total</b>	<b>533</b>	<b>100,0</b>	<b>217</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 6,315$  (p = 0,043)

**Tabla nº 6.3**  
**¿Se le preguntó si estaba de acuerdo con que se le colocaran?**

	Respuestas			
	Si		No	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna	119	27,2	56	17,9
Primíparas	114	26,1	123	39,3
Múltiparas	204	46,7	134	42,8
<b>Total</b>	<b>437</b>	<b>100,0</b>	<b>313</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 17,496$  (p = 0,000)

**Tabla nº 7**

**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la paridad**  
**TRATO DESHUMANIZADO**

**Tabla nº 7.1**

**¿En alguna oportunidad durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna palabra o frase ofensiva?**

	<b>Violencia Verbal</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ninguna	15	31,3	160	22,8
Primíparas	10	20,8	227	32,3
Múltiparas	23	47,9	315	44,9
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>702</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 3,351$  (p = 0,187)

**Tabla nº 7.2**

**¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió un trato humillante?**

	<b>Violencia Psicológica</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ninguna	1	4,8	174	23,9
Primíparas	4	19,0	233	32,0
Múltiparas	16	76,2	322	44,2
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>729</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 8,915$  (p = 0,012)

**Tabla nº 7.3**  
**¿Durante su trabajo de parto o durante su cesárea recibió alguna agresión física?**

	<b>Violencia Física</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ninguna	0	0,0	175	23,5
Primíparas	0	0,0	237	31,9
Múltiparas	6	100,0	332	44,6
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>744</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 7,373$  (p = 0,027)

**Tabla nº 8**

**Cruce de los diferentes tipos de violencia obstétrica con la paridad  
 PATOLOGIZACIÓN DEL PROCESO NATURAL**

**Tabla nº 8.1**

**¿Tuvo alguna complicación (hemorragias, reacción secundaria a la anestesia o ruptura espontánea de los puntos de sutura) durante su trabajo de parto o cesárea que considere que fue resultado de un mal procedimiento médico?**

	<b>Complicación Materna</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna	7	25,9	168	23,2
Primíparas	9	33,3	228	31,5
Múltiparas	11	40,7	327	45,2
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>723</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 0,224$  (p = 0,894)

**Tabla nº 8.2**

**¿Tuvo alguna complicación (fallecimiento, lesión, asfixia) su bebé posterior al parto o cesárea que considere fue resultado de un procedimiento médico incorrecto?**

	<b>Complicación Fetal</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna	0	0,0	175	23,4
Primíparas	1	100,0	236	31,5
Múltiparas	0	0,0	338	45,1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>749</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 2,167$  (p = 0,338)