

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dirección General de Investigación



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y ESTRÉS EN PUÉRPERAS
ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE CHIMBOTE, 2017

Silvia Liliana Lam Flores
Víctor Joel Sanchez Romero
Manuel Antonio Alva Olivos
José Sebastián Castillo Vásquez
Pedro Cabellos Tufinio

Chimbote – Perú

2017

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y ESTRÉS EN PUÉRPERAS
ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE CHIMBOTE, 2017**

Palabras clave: Violencia obstétrica, estrés y puerperio.

Keywords: Obstetric violence, stress, puerperium.

Línea de investigación: Salud Mental.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia obstétrica y el estrés en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre del año 2017. Se trata de una investigación básica de nivel relacional con diseño no experimental transeccional correlacional-causal, con muestreo probabilístico aleatorio sistemático. Se aplicó una encuesta voluntaria a 102 puérperas hospitalizadas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta de Chimbote, para lo cual se utilizaron el Cuestionario de Violencia Obstétrica, construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España (2016), validado y adaptado para la investigación; y el Inventario de Reacciones de Estrés Agudo, elaborado por Valdez (1999). Para el análisis estadístico se utilizó la Prueba de Normalidad Kolmogorov – Smirnov y correlación de Pearson. El 47% son mujeres jóvenes (20-24 años), 60,8% tiene estudios secundarios, 78,4% proviene de la costa de la región costa y 72,5% vive en zona urbana. Se identificó 81,4% de violencia obstétrica y 67,7% de reacciones elevadas de estrés agudo. Con una correlación altamente significativa ($r=0,329$; $p=0,001$). También correlación significativa entre trato deshumanizado y estrés agudo ($r = 0,215$; $p = 0,030$) y altamente significativa entre medicalización y patologización ($r = 0,401$; $p = 0,000$).

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between obstetric violence and stress in puerperal women treated in a public hospital in Chimbote during the first semester of 2017. This is a relational level basic research with non-experimental transactional correlational-causal design, with systematic random probabilistic sampling. A voluntary survey was applied to 102 puerperal women hospitalized in the Department of Gynecology-Obstetrics of the Hospital La Caleta de Chimbote, for which the Obstetric Violence Questionnaire was used, constructed by the Observatory of Obstetric Violence in Spain (2016), validated and adapted for research; and the Inventory of Acute Stress Reactions, prepared by Valdez (1999). For the statistical analysis, the Kolmogorov - Smirnov Normality Test and Pearson correlation were used. 47% are young women (20-24 years old), 60.8% have secondary education, 78.4% come from the coast of the coastal region and 72.5% live in urban areas. 81.4% of obstetric violence and 67.7% of high acute stress reactions were identified. With a highly significant correlation ($r = 0.329$, $p = 0.001$). Also significant correlation between dehumanized treatment and acute stress ($r = 0.215$, $p = 0.030$) and highly significant between medicalization and pathologization ($r = 0.401$, $p = 0.000$).

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y fundamentación científica

La Violencia Obstétrica (VO) es definida como 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 en la calidad de vida de las mujeres (Ley, 38668, p. 8).

El concepto de VO es muy reciente y, por ende, se ha teorizado poco sobre él. Sin embargo, este concepto se puede fundamentar desde la noción de poder obstétrico, donde esta sería un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. Este poder vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro de la estructura social del patriarcado y del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres, donde los cuerpos femeninos, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias: la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto (Arguedas, 2014).

En ese mismo sentido, el poder de la mujer sobre su cuerpo y proceso reproductivo se basa en el conocimiento que esta tiene sobre ellos. Sin embargo, el poder obstétrico, representado por la institucionalidad médica, descalifica este conocimiento al señalarlo como un saber ingenuo, insuficiente y acientífico, reduciéndolas a circunstancias propias del embarazo o parto que están bajo la tutela médica, el embarazo y el parto son el centro de atención (Goffman, 2001). Frente a esta relación poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y obstetricia), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas, pues no hablan el lenguaje de la ciencia y, por

ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica (Arguedas, 2014).

El objetivo o función de utilidad del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos. Esto solo es posible si el embarazo y el parto se construyen subjetivamente como procesos de alteración y desorden que deben ser vigilados con minuciosidad para que no causen caos. De ahí que la mujer embarazada haya terminado transformada en una persona discapacitada o enferma. Es a partir de ese primer acto violento que se desprenden los demás (Arguedas, 2014).

Por otro lado, este poder obstétrico, como modelo de patriarcado, requiere que las mujeres asuman no solo una mayor carga de dolor, sino que aprendan a negarse a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni se pregunten. Dado que, la carga simbólica que recae sobre el proceso fisiológico que experimentan -el embarazo-, las ubica en un estado de vulnerabilidad (Rich, 1986).

En este sentido, la VO implica la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Sin embargo, en las prácticas rutinarias de los profesionales y personal de salud pública no existen datos de su garantía, ni tampoco sobre la real existencia o no de violencia obstétrica. El estado actual de las investigaciones es analizado principalmente desde la revisión bibliográfica, considerándolo tema de actualidad y desde una perspectiva bioética. Tal es el caso de Belli (2013), quien señala a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, violación a los derechos humanos y derechos sexuales reproductivos, muchas veces ignorada por las mujeres y todos los involucrados en la asistencia obstétrica. Belli, manifiesta que el respeto por los derechos humanos dentro del sistema de atención biomédico implica eliminar los malos tratos propiciados en algunos casos de manera sistemática hacia las mujeres

que hacen uso de los servicios, tanto como aquellos en que la violencia institucional cae sobre las/los trabajadores de la salud.

Así mismo, Medina-Pradas (2015) realiza una revisión de la evidencia científica en bases de datos electrónicas como PUBMED, PSYCINFO y WEB OF SCIENCE, considerando sólo los artículos en inglés o español. Encontrando 23 estudios publicados en todo el mundo: 17 en Latinoamérica (México, Venezuela, Brasil, Argentina, Costa Rica) 4 en España, 2 en colaboración (EEUU, Suiza, Noruega, Canadá, Brasil). En Latinoamérica el país que más contribución hace es Venezuela, con cinco estudios. Al respecto, Camacaro (2009), identifica que los profesionales de la salud son conscientes que al medicalizar todo el proceso reproductivo se reduce la posibilidad que las mujeres se valgan por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, psíquica y hasta cotidiana. Por su parte, Villegas (2009) manifiesta que la violencia obstétrica está sustentada en conceptos como: patriarcado, violencia contra la mujer y derechos sexuales y reproductivos y que está estrechamente relacionada con la vulneración de los derechos humanos primordiales. En ese sentido, Terán et al (2013) quienes, tras encuestar a 425 puérperas, se observaron elevados niveles de VO percibida, 67% de las mujeres manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, 49% sintió ser objeto de algún tipo de trato deshumanizante (sobre todo gestantes tardías y adolescentes), y solo 21% percibió trato no violento.

De ahí que, en Venezuela se establece la primera legislación en el mundo en torno a la Violencia obstétrica, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, publicada el 19 de marzo de 2007, detallándose en el artículo 51° lo que se considerarán actos constitutivos de VO: no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica, justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o

amamantarla inmediatamente al nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (D Gregorio, 2010).

Este concepto fue acogido más tarde en otros países latinoamericanos, dentro de los marcos legislativos dirigidos a erradicar la violencia de género. En el Uruguay rige desde su aprobación en el año 2008 la Ley de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (Ley 18.426, 2008, art. 3, inc. c). En Argentina, en 2009, se promulga la Ley Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. En el Perú, desde el año 2005 rige la Norma Técnica N° 033 del Ministerios de Salud (MINSA), Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, de aplicabilidad en todo el territorio nacional (MINSA, 2005). El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), que apoyó de cerca el proceso de construcción del proyecto de ley en Venezuela, después incluyó el término en sus documentos oficiales y recomendaciones generales a los países (UNFPA, 2007, pp.16).

Sin embargo, en la actualidad aun si dificulta la aplicabilidad del concepto VO en los ámbitos sanitario. Al respecto, en Venezuela, Franeite et al (2012) tras realizar una encuesta sobre VO y sus implicaciones legales a 500 profesionales de la salud, concluyen que el término VO resultó ser conocido, no así la Ley específica que la define; los actos constitutivos de VO no están claros, y los mecanismos de denuncia y ayuda a las víctimas son desconocidos. En Argentina, diez años después de promulgada la Ley de Parto Humanizado (Ley 25.929) aún sigue sin reglamentarse (Calafell, 2015). Mientras que, en México Castro y Erviti (2014) refieren que el principal obstáculo es la conceptualización que suele hacerse de la VO desde el campo médico como un problema básicamente de calidad de la atención, enfocada en el recurso humano. En España, Fernández-Guillé (2015) manifiesta que jurídicamente se tiende a excluir a las mujeres embarazadas,

consciente o inconscientemente, de las leyes que protegen los derechos humanos frente a las aplicaciones de la medicina. El argumento implícito – y falso –, es que sometiendo a las gestantes a la autoridad médica se protege a sus hijos. Por su parte, Bellon (2015) refiere que a partir de los conceptos “género”, “biopoder” y “conocimiento autorizado”, se desvelan algunas de las tensiones que origina la lucha por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica en el parto generado en la Obstetricia moderna, impactando negativamente en mujeres y sus bebés.

La prevalencia de VO varía entre países, posiblemente debido a reales diferencias en la atención o a diferencias en los instrumentos y metodologías utilizadas para recolectar la información. En Brasil, por ejemplo Salgado et al (2013) al analizar el discurso de 20 mujeres que han sido sometidas a una cesárea, observó un predominio de frustración respecto a sus experiencias de parto causado por las rutinas asistenciales, sólo 2 mujeres pudieron permanecer con sus bebés (el resto fueron separados de 1 a 5 horas), a la mayoría no les fue permitido estar acompañada después de la intervención, y debido a la anestesia no todas las mujeres se sintieron bien en el primer contacto con sus bebés. Melo et al (2014), señala que la episiotomía rutinaria fue considerada una forma de VO. En un estudio realizado en México, el 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud. La persona que ejerció maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). El 19% reportó maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% reportó abuso total (Valdez-Santiago, Hidalgo-Solorzano, Mojarro-Iñiguez & Arenas-Monreal, 2013). En Perú, no se ha estudiado a profundidad la contribución de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto (Montesino-Segura & Taype-Rondán, 2015).

Respecto a la falta de respeto y maltrato durante el parto, en el año 2010, Bowser y Hill, definieron siete categorías principales para su identificación, que recurren a los derechos humanos y principios éticos, como resultado del informe *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth*, que

resume el conocimiento disponible y la evidencia del tema alrededor del mundo. La definición se basa en estas 7 categorías: abuso físico, atención no consentida, falta de confidencialidad durante la atención, atención no digna (incluido maltrato verbal, discriminación basada en atributos específicos, abandono o negación de atención y detención en centros de salud. Son estos los factores usados para el desarrollo de instrumentos de medida de la VO.

Es reconocido que, el embarazo como acontecimiento excepcional en la vida de las mujeres, puede desencadenar emociones y sensaciones corporales muy intensas, diversas respuestas psicológicas (alegría, satisfacción, orgullo, miedo, ansiedad, distanciamiento, estrés) (Kennedy & MacDonald, 2002) y reactivar memorias traumáticas previas (exploraciones ginecobstétricas, parto, cesárea) (Lartigue, 2005). En este contexto, se tomará en cuenta el estrés presentado en la madre durante el parto. En el embarazo y parto, las mujeres pueden desencadenar un fuerte estrés y es la madre la única que puede hacer que el estrés llegue a un punto muy alto o quede dentro de un rango normal, por lo que está propensa a caer en un campo poco saludable. Sin embargo, cuando este acontecimiento de alumbramiento ha sido vivido como estresante para una madre puede desencadenar un estrés agudo (durante el primer mes) que posteriormente podría convertirse en un trastorno por estrés postraumático (diagnosticado una vez transcurrido un mes de la experiencia). Halbreich en el 2003 menciona que durante el parto también pueden existir determinados cambios hormonales que pueden influir en la expresión del trastorno postraumático (déficit de actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, interacción oxitocina-prolactina, modificaciones hormonales derivadas del alumbramiento (Bydlowski y Raoul-Duval 1978; Ballard, et al, 1995).

Es en este sentido, que la presente investigación pretende indagar sobre la relación entre la violencia obstétrica y el estrés agudo que podrían experimentar estas madres. Respecto al parto, este constituye un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico, preparado para la impronta y el inicio del vínculo con el bebé. Estas

condiciones hacen que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar vívidamente grabados en la memoria consciente de la mujer, tanto si son positivos como si son estresantes o traumáticos. La incertidumbre acerca de su progresión y el resultado final lo convierte en una experiencia especialmente estresante o traumática (Fones, 1996; Beck, 2004), sobre todo cuando las mujeres perciben situaciones amenazadoras para la vida e integridad de sí misma y sus bebés (Wijma, 2004), lo que sugiere una posible relación entre el trabajo de parto y su funcionamiento psicológico (Wijma, 2003; Söderquist, Wijma & Wijma, 2004).

En la búsqueda de antecedentes sobre estrés en puérperas se han encontrado varias investigaciones pero relacionados al estrés postparto pero con estrés agudo no se han reportado. Sin embargo sobre el estrés postraumático se han reportado estudios, como el Ayer y Pickerin (2001), quienes evaluaron a 289 mujeres en tres momentos: 36 semanas de gestación y 6 semanas y 6 meses después del parto y cuyos resultados sugieren que, al menos, 1,5% de las mujeres puede desarrollar el trastorno de estrés postraumático crónico como resultado de parto. Por su parte, Söderquist, Wijma, y Kijma (2002) identificaron correlación entre los síntomas del trastorno de estrés postraumático con la experiencia de una cesárea de emergencia o un parto vaginal instrumental. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con un perfil de los síntomas de trastorno estrés postraumático se encontraron en el grupo de parto vaginal normal, sugiriéndose que un parto vaginal normal puede ser experimentado como una experiencia traumática, al igual que una cesárea de emergencia. Así mismo, Adewuya, Ologun y Ibigbami (2006) investigaron el trastorno de estrés postraumático después del parto en mujeres nigerianas, hallando una prevalencia del trastorno de estrés postraumático del 5,9% (Siendo mayor que en la cultura occidental). Y entre los factores asociados de forma independiente se incluyen el ingreso en el hospital debido a complicaciones en el embarazo, parto instrumental, cesárea de emergencia, la extracción manual de la placenta y la mala experiencia maternal de control durante el parto. Por otro lado, Czarnocka y Slade (2000), identificaron en el 3% de las mujeres, niveles clínicamente significativos en síntomas

de intrusiones, evitación e hiperactivación, y en el 24% al menos una de estas dimensiones, al ser evaluadas a las 6 semanas posteriores al parto. También, encontraron asociación entre los síntomas de estrés postraumático con la percepción de bajos niveles de apoyo de la pareja y el personal sanitario, culpa y baja percepción de control en el trabajo de parto.

Desde el punto de vista teórico, en la definición estrés, es necesario delimitar dos conceptos implícitos: estrés y trauma que suelen estar asociados, debido a que la sintomatología que provocan suelen ser similares (Benyakar, 1997). El estrés, es considerado como un proceso dinámico, que se origina en la relación que se establece entre el individuo y su ambiente (Lazarus & Folkman, 1986), es decir, la persona tiene un rol activo en la producción del estrés (Sandín, 1995), y se define el estrés como el conjunto de relaciones particulares y significativas entre una persona y su ambiente (interno y externo), que es evaluado como excedente de sus recursos para hacerle frente y que pone en peligro su bienestar personal (Lazarus & Lazarus, 2000; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1986).

De acuerdo a la teoría transaccional propuesta por Lazarus y Folkman (1986) y posteriormente ampliada por Lazarus y Lazarus (2000), se considera al estrés como un proceso en que la persona interactúa o negocia con el medio ambiente y en este proceso media la evaluación cognitiva del individuo. La evaluación determina que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto. El estrés no es una variable simple si no un sistema de procesos interdependientes, incluidos la evaluación y el afrontamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas (De Longuis, Lazarus y Folkman, 1988). Los componentes del proceso general de estrés dentro de esta teoría son la evaluación cognitiva y el afrontamiento. La evaluación cognitiva primaria es la evaluación que hace la persona frente a cualquier demanda interna o externa para determinar el significado del evento, que pueden ser positivo, neutral o negativo (Taylor, 2009) y da lugar a cuatro modalidades de evaluación:

amenaza, daño o pérdida, desafío o bienestar (esta última no induce a reacciones de estrés) (Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1995).

La evaluación cognitiva secundaria se refiere a la evaluación de las propias habilidades y recursos para enfrentar la situación estresante (de amenaza, daño, pérdida o desafío) (Taylor, 2009). La respuesta de estrés depende sustancialmente de la forma en que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Esta valoración de los recursos personales determina en gran proporción que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. Los recursos de afrontamiento incluyen las propias habilidades de afrontamiento (como habilidades de solución de problemas), apoyo social y recursos materiales (Lazarus & Folkman, 1986; Sandín, 1995), así como se han identificado un conjunto de factores personales que influyen en el proceso (creencias y compromisos). La reevaluación implica procesos de retroalimentación en la relación entre la persona y el estresor a partir de las estrategias de afrontamiento que la persona ha utilizado y de las consecuencias que ha obtenido. La reevaluación cognitiva permite corregir o modificar estas valoraciones previas o estrategias de afrontamiento (Arévalo, 2007; Fernández-Abascal y Martín, 1995; Sandín, 1995; Lazarus & Folkman, 1984). El proceso de afrontamiento se refiere a todos los esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona desarrolla para manejar las demandas internas o externas que exceden los recursos que el individuo posee para hacerles frente y que son constantemente cambiantes (Lazarus & Folkman, 1986) o aversivas. Se destaca el rol adaptativo o de búsqueda de equilibrio del afrontamiento (Taylor, 2009).

Los eventos de vida estresantes son situaciones externas o internas que generan un impacto en el organismo humano y lo llevan a realizar esfuerzos para mantener su funcionamiento habitual, pudiendo en muchos casos tener efectos en la salud y bienestar general. Las teorías sobre el estrés basadas en el estímulo refieren que el estrés está constituido por un conjunto de eventos o sucesos vitales que provienen del ambiente y que pueden alterar el funcionamiento del organismo. Estos eventos de vida estresantes son de naturaleza impredecible e incontrolable y al

hacerse continuo e intolerable el estrés, aparecen los daños fisiológicos o psicológicos (Amigo, Fernández y Pérez, 2003; Sandín, 1995). En el marco de la teoría transaccional del estrés, los eventos de vida estresantes son de naturaleza psicosocial o bioquímica y pueden provenir de estímulos externos o internos de la persona. Puede tratarse de eventos percibidos como agradables o aversivos y amenazantes. Sin embargo, los estresores aversivos son los que mejor predicen las consecuencias negativas en la salud (Crespo & Labrador, 2001).

Otras características comúnmente presentadas en los eventos estresantes son: falta de información, cambio en la situación o exigencias de adaptación a una nueva situación, incertidumbre, ambigüedad en la intensidad, severidad, duración o inminencia de la situación, sobrecarga de los canales de procesamiento de la información, alteración de las condiciones biológicas del organismo (Crespo & Labrador, 2001) y sobrecarga de tareas (Taylor, 2009).

Buceta y Bueno (2001) destacan características de las situaciones que las hace potencialmente estresantes como: situaciones que amenazan la seguridad de las personas, que atentan contra principios, valores y creencias fundamentales de las personas, que exigen un sobreesfuerzo físico y mental, que implican la toma de decisiones difíciles, la asunción de responsabilidades, la toma de riesgos o que exigen actuar o culminar tareas en poco tiempo, que conllevan la exposición a algo desagradable, doloroso, molesto o incómodo, que suponen la restricción de la actividad normal, que conllevan la realización de actividades aburridas, poco interesantes o gratificantes, que propician la aparición de sentimientos de inutilidad o fracaso y que consisten en la agresión de otras personas. Dentro de la *clasificación de los eventos de vida estresantes* Crespo y Labrador (2001) clasifican los eventos de vida estresante o fuentes de estrés natural de acuerdo a su duración, novedad e intensidad y son: a) los sucesos vitales intensos y extraordinarios, que se refieren a cambios importantes en la vida de la persona. Los casos más extremos son los eventos traumáticos que implican la amenaza, lesiones graves o muerte para el propio sujeto o para otros. Estos sucesos vitales pueden dar lugar a reacciones de

estrés agudo (durante el primer mes tras el trauma) o de estrés postraumático (diagnosticado una vez transcurrido un mes de la experiencia traumática), b) los sucesos estresantes cotidianos son exigencias o situaciones frustrantes y perturbadoras que se repiten y forman parte de la vida diaria, y c) las situaciones de tensión crónica mantenida generan reacciones de estrés intensas y además perduran en el tiempo.

Dentro de las respuestas al estrés, encontramos a las respuestas emocionales en el proceso de estrés se vinculan a la evaluación del significado de la situación estresante y pueden ser de diversos tipos como: tristeza, ansiedad, cólera, excitación, depresión, resignación, etc. (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008). Las reacciones de estrés de carácter fisiológico se refieren a la activación fisiológica de tres ejes del organismo que ocurre cuando comienza y continúa la reacción de estrés (eje neural, neuroendocrino y endocrino). Las reacciones de estrés son de dos tipos: aguda y crónica.

El estrés agudo puede darse entre todas las personas pero el crónico sólo se da en algunas (Everly & Lating, 2002). El estrés agudo prepara al organismo para reaccionar frente a las situaciones difíciles o eventos estresantes de la vida cotidiana de manera eficiente, incrementando la activación fisiológica y preparando al organismo para dar una respuesta (como conductas de pelea o escape), reduciendo el riesgo de hemorragia, hipoglicemia, asfixia, colapso circulatorio, malestar emocional y otras amenazas a la sobrevivencia (Carr, 2006). A nivel motor el estrés agudo puede tener efectos como: parálisis, fatiga, incapacidad para mantenerse quieto, moviéndose nerviosamente de un lado a otro, rigidez e inmovilización del cuerpo (Arévalo, 2007; Auerbach & Gramling, 1998; Romas & Sharma, 1995). Asimismo en el caso del estrés agudo pueden aparecer disturbios cognitivos que afectan al control de los pensamientos perturbadores y repetitivos. Aparecen síntomas como: la rumiación de pensamientos triviales, deseo que la situación termine, dudas acerca de los resultados, incapacidad para controlar los pensamientos perturbadores, y pensamientos persistentes y anticipación de resultados negativos (Auerbach & Gramling, 1998; Romas & Sharma, 1995 como se cita

en Arévalo, 2007). En cuanto a las diferencias de género las adolescentes mujeres tienden a responder al estrés y malestar con rumiación, más que los varones, focalizando en sentimientos negativos y aspectos personales más que tomando acción para disminuir el malestar (Nolen Hoeksema, 2001).

Las respuestas conductuales de estrés pueden ser de: aproximación (lucha), evitación (huída) o inmovilización. Las conductas sociales también se ven afectadas y ante respuestas emocionales como la ira, las respuestas sociales negativas se incrementan y pueden llegar a aumentar las conductas agresivas (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008). A diferencia del trastorno de estrés postraumático, los síntomas del estrés agudo aparecen a los pocos minutos del suceso traumático, y remiten con un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas. Al igual que en el trastorno de estrés postraumático pueden revivirse las experiencias traumáticas, y muestran un sintomatología similar a estos. A veces se siente culpables por lo ocurrido y en muchos de los casos el estrés agudo desemboca en un trastorno de estrés postraumático.

El parto traumático se ha definido como aquel en el que “hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé” (Beck & Watson, 2008). No es tan importante cómo haya sido el parto objetivamente sino el hecho de que durante el mismo la madre haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo miedo, indefensión u horror. Como dice Beck “el trauma del parto reside en la mirada de quien lo percibe”, lo que implica que trauma es lo que a cada mujer le resulta traumático durante su experiencia de parto (Beck, 2004a). Una muestra de tal subjetividad es que este trastorno puede aparecer en mujeres con un parto aparentemente normal sin intervenciones (Thompson, 2008); pero previo a una experimentación de estrés agudo caracterizado porque el acontecimiento traumático es re-experimentado y evitado persistentemente; así como se observándose presencia de síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma).

Los estudios muestran que un tema central para las mujeres que han sufrido estrés y trastorno de estrés postraumático a raíz del parto es el haber recibido unos

cuidados inadecuados (Allen, 1998). A menudo, el trauma de las mujeres es el resultado de las acciones (u omisiones) de las matronas, médicos y enfermeras (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010). Sentir que no tienen ningún control durante el proceso; un trato autoritario en la toma de decisiones; sentir que sus opiniones son ignoradas; la humillación; la falta de respeto hacia estas madres como personas y el no respetar su derecho al consentimiento informado, constituyen factores comunes a una gran parte de mujeres que sufren de este síndrome. En un estudio, muchas contaban que habían sido tratadas de forma deshumanizada, irrespetuosa y descuidada. Para describir el trato recibido por los profesionales utilizaban palabras como “bárbaro”, “invasivo”, “terrible” y “degradante” (Thomson & Downe, 2008). Otras decían haber sido tratadas como “un cacho de carne” durante el parto, describiendo una falta absoluta de consideración hacia ellas como seres humanos (Beck, 2004b).

En las dos últimas décadas toda una serie de investigaciones han comprobado que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un trastorno de estrés agudo o trastornos de estrés postraumático. Por lo que, muchas mujeres que han tenido un parto traumático o cargado de mucha tensión reviven el parto como si de una pesadilla se tratara durante semanas o meses, y no pueden quitarse estos recuerdos de la cabeza por más que lo deseen.

Por otro lado, en el trauma no se detecta la amenaza, indica ya una ruptura, un fracaso de integración de la situación externa o interna. Por consiguiente, se puede considerar que la detección de la amenaza y la acción defensiva ante ésta será lo que diferencia al estrés del trauma (Benyakar, 1997). Para que un evento estresante se convierta por tanto en traumático es necesario que éste sea de una intensidad o naturaleza que supere las capacidades de procesamiento del sistema nervioso del individuo, dando lugar a alteraciones en la organización del mundo interno.

En la revisión de investigaciones relacionadas a la violencia obstétrica y estrés agudo, no se han reportado antecedentes de estudios sobre estas dos variables.

Sin embargo, estudios sobre la experiencia de parto y sus efectos son abordados por algunos teóricos. Como por ejemplo, Beck (2004) refiere que muchos son los profesionales sanitarios que desconocen o ignoran los signos del trauma psicológico y emocional durante el proceso de parto. Estos resultados son importantes toda vez que el parto puede ser altamente traumático para algunas mujeres como resultado de las acciones (u omisiones) de los profesionales sanitarios (Beck & Watson, 2008). Así mismo, a las mujeres que viven y sienten su experiencia de parto como un peligro real o amenaza vital para ellas o para su bebé les acompañan emociones de miedo, indefensión y terror seguidas de toda una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, flashbacks, pesadillas e irritabilidad, ocasionando en estas mujeres padecimiento de Trastorno de Estrés Post Traumático (Ayers, 2004; Olde, Van der Hart, Kleber, & Van Son, 2006).

A partir de la evidencia hallada, se puede señalar que las mujeres con frecuencia salen traumatizadas de sus partos como consecuencia de las acciones y omisiones de matronas, enfermeras y médicos (Elmir et al., 2010), lo que podría terminar en muchos de los casos en trastornos de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático. En este mismo sentido se puede decir que son escasos los trabajos científicos relacionados con el tema planteado y la mayoría de ellos se han realizado fuera del Perú, inicialmente en países como Venezuela, Uruguay, México y Argentina y recientemente Chile, que son de los pocos que han legislado de forma específica en materia de Violencia Obstétrica. En el Perú aún no se ha tipificado penalmente estos hechos, aunque las prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas en nuestro país puesto que suponen la vulneración de derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política, se presume la existencia silenciosa de la VO, así como de mujeres con síntomas de trastornos de estrés agudo y postraumático, con perturbación de su bienestar psicológico. En tanto la institución y las autoridades de salud no regulen la realización de estas prácticas y maniobras, el atropellamiento de los derechos humanos de las mujeres seguirá siendo una práctica frecuente en la atención obstétrica en algunos hospitales afectando su salud mental.

Justificación de la investigación

En la actualidad la violencia obstétrica constituye un problema de salud pública y derechos humanos, que cada vez cobra mayor interés en varios países de América Latina, siendo motivo de investigación e incluso materia de intervención legal. A pesar de ello, en el Perú no hay evidencia científica que permita una definición clara, así como la identificación de posibles causas y consecuencias de este problema. De la misma manera, el estrés agudo, a pesar de ser uno de las variables psicológicas previas para desencadenar un trastorno de estrés posttraumático más frecuente en las mujeres embarazadas -tras la depresión-, y de su trascendencia (superior a otras complicaciones obstétricas), es un cuadro inadecuadamente identificado en la práctica clínica y poco estudiado en nuestra realidad; y menos estudiado aun, es la relación entre la violencia ejercida durante el trabajo de parto y el estrés agudo. De ahí que, el presente estudio se justifica a partir de su contribución teórica, ya que permitirá identificar la prevalencia de maltrato contra las mujeres en las salas de maternidad desde la percepción de las mismas madres, así como la presencia e intensidad de sintomatología del estrés agudo como secuela obstétrica.

Por otro lado, la violencia obstétrica constituye un problema social, pues la manera en que un bebé llega a este mundo es de vital importancia para él, sus progenitores y para la sociedad en la que nace. En ese sentido, cualquier conducta intervencionista que altere el proceso fisiológico del nacimiento puede impactar profundamente en el bienestar psicológico de la madre y por ende en las generaciones futuras. Al respecto, Odent (2016) señala una relación entre la forma de cómo nacemos y la ocurrencia de problemáticas sociales típicas (criminalidad juvenil, suicidio adolescente, drogadicción, anorexia nerviosa, autismo, etc.). Por lo cual, es de esencial importancia dar a conocer las características de las intervenciones obstétricas que se vienen dando en el sistema de salud peruano, en el marco de la violencia obstétrica. De ahí que, otra contribución de la investigación radica en la profundización del accionar del profesional sanitario responsable del parto como punto de partida para los cambios del paradigma tecnocrático que viene desarrollándose en el ámbito de la salud y de la formación sus profesionales.

En esa misma línea, es importante identificar oportunamente la presencia de sintomatología de estrés agudo para ayudar a la mujer a tener una mejor calidad de vida. Para lo cual es necesario diseñar un modelo eficaz para la predicción del desarrollo del trastorno de estrés postraumático después del parto basado en la mejor evidencia científica disponible. Ante lo cual, la investigación pretende contribuir con información válida para el desarrollado de intervenciones dirigidas a reducir la incidencia del estrés agudo después del parto.

Finalmente, el trabajo contribuirá de manera metodológica con la estandarización de instrumentos válidos y confiables para la detección de la violencia obstétrica y estrés agudo.

Problema

Considerando el impacto profundo de la violencia obstétrica en el bienestar psicológico de las mujeres y ante la ausencia de estudios en el país, que analicen el trastorno de estrés agudo como secuela obstétrica se formula la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la relación entre la violencia obstétrica y el estrés en púérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre del año 2017?

Conceptuación y operacionalización de las variables

Violencia obstétrica

Toda clase de conducta, acción u omisión por parte del personal de salud que de manera directa o indirecta afecte el cuerpo y los procesos reproductivos fisiológicos de las mujeres en el momento de embarazo y parto, expresado en trato deshumanizado, medicalización y patologización de los procesos naturales, que acarrearán pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente, generando muchas veces secuelas tanto a mediano como largo plazo en la calidad de vida de la mujer (Arguedas, 2014; Ley 38668, p. 15).

Estrés agudo

Conjunto de relaciones particulares y significativas entre una persona y su ambiente (interno y externo), que es evaluado como excedente de sus recursos para hacerle frente y que pone en peligro su bienestar personal, durante el primer mes tras el trauma (Lazarus & Lazarus, 2000; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1986).

Operacionalización de la variable violencia Obstétrica

Definición conceptual	Dimensiones	Definición	Indicador	Escala	Definición operacional
<p>Toda clase de conducta, acción u omisión por parte del personal de salud que de manera directa o indirecta afecte el cuerpo y los procesos reproductivos fisiológicos de las mujeres en el momento de embarazo y parto, expresado en trato deshumanizado, medicalización y patologización de los procesos naturales, que acarrearán pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente, generando muchas veces secuelas tanto a mediano como largo plazo en la calidad de vida de la mujer (Arguedas, 2014, p. 159; Belli, 2013, p. 28; Medina, 2001, p. 3; ley Venezuela, 2006, p. 30; Ley 18426, 2008)</p>	Desinformación	<p>Negar el derecho de la toma de decisiones informada, dando a las parturientas información insuficiente, ninguna información o desinformando acerca de sus opciones, impidiendo el involucramiento de la madre en la toma de decisiones.</p>	<p>Información de los procedimientos realizados. Información de los medicamentos administrados. Consentimiento informado Involucramiento en la toma de decisión sobre su atención. El lenguaje del personal de salud. Posibilidad de absolver dudas e inquietudes.</p>	Nominal	<p>Con violencia Sin violencia</p>
	Trato deshumanizado	<p>Trato despersonalizado (descontextualizado) e irrespetuoso que menosprecia el valor o dignidad personal mediante acoso, hostigamiento e intimidación, así como acciones u omisiones dirigidas a ocasionar daño por parte de los responsables de la atención obstétrica.</p>	<p>Carencia de confidencialidad durante la atención. Discriminación basada en atributos específicos (burlas y comentarios irónicos y descalificantes). Críticas por llorar o gritar durante el parto. Obstaculización del apego precoz. Impedir el acompañamiento. Deseos de alimentación, bebida y posturas.</p>		<p>A mayor puntuación más severa es la violencia y a menor puntuación la intensidad también es menor.</p>
	Medicalización y patologización de un proceso (que no es patológico en sí mismo).	<p>Excesivo uso de intervenciones médico-tecnológicas (medidas o protocolos de riesgo o emergencia obstétrica) en el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo (BRO), así como la realización de prácticas rutinarias innecesarias o sin hacedero científico.</p>	<p>Inducciones-acentuaciones. Estimulación de pezones. MEF continuo en parto de bajo riesgo. Episiotomía rutinaria. Enemas. Maniobra de kristeller. Restricción de posturas para el parto. Obstaculización del apego precoz. Obstaculización de la lactancia precoz.</p>		

Operacionalización de la variable estrés

Definición conceptual	Dimensiones	Definición	Indicador	Escala	Definición Operacional
Conjunto de relaciones particulares y significativas entre una persona y su ambiente (interno y externo), que es evaluado como excedente de sus recursos para hacerle frente y que pone en peligro su bienestar personal (durante el primer mes tras el trauma) (Lazarus y Lazarus, 2000; Lazarus, 1993; Lazarus y Folkman, 1986).	Reacciones cognitivas	Son autoverbalizaciones que se desencadenan frente a un evento evaluado como amenazante o demandante	No puedo controlar pensamientos perturbadores, Vienen a mi mente una y otra vez los mismos pensamientos tontos, pierdo mi concentración para hacer las cosas, no puedo tomar decisiones, vuelve a mi mente lo peor y no puedo parar de pensar, siento que pierdo el control, empiezo a imaginar cosas horribles que me perturban, pienso en abandonar todo y salir corriendo	Ordinal	Bajas reacciones de estrés Mínima evaluación de excedente de sus recursos para hacerle frente a las situaciones vividas durante el parto
	Reacciones emocionales	Son reacciones de temor, ansiedad, miedo, angustia, tristeza, malestar, frustración, incomodidad, irritabilidad experimentadas por la persona y que surgen como respuesta a los estímulos amenazantes o demandantes	Me angustio con facilidad, me siento insatisfecha, me siento abatida, me altero con facilidad, experimento cólera con facilidad, tengo ganas de llorar, siento miedo sin razón alguna, tengo dificultades para disfrutar de las actividades, me siento más irritada que antes, me siento nerviosa, me siento satisfecha con mi vida actual		Reacciones intermedias de estrés Mínima evaluación aunque también pueden presentar riesgos de excedente de sus recursos para hacerle frente a las situaciones vividas durante el parto
	Reacciones fisiológicas	Son reacciones biológicas que provienen del sistema nervioso autónomo ante eventos o situaciones evaluadas como amenazantes o demandantes	Siento como si se formará un nudo en mi garganta, siento que mi corazón late más de prisa, me da dolor de barriga, siento sequedad en la boca, siento mis manos sudorosas, siento dolor en el cuello, tengo dificultades para respirar, me despierto con frecuencia en las madrugadas, me es difícil conciliar el sueño, siento que se me afloja el estómago, siento temblor en brazos y piernas, siento cosquillas en el estómago, me da dolor de cabeza.		Reacciones elevadas de estrés Mayor grado de evaluación de excedente de sus recursos para hacerle frente a las situaciones vividas durante el parto

Hipótesis

Existe relación entre la violencia obstétrica y el estrés en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre del año 2017.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la violencia obstétrica y el estrés en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre del año 2017.

Objetivos específicos

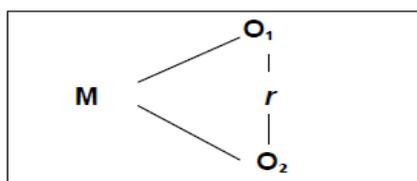
1. Describir la violencia obstétrica percibida en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre del año 2017.
2. Describir el estrés en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre del año 2017.
3. Determinar si la violencia obstétrica y el estrés en puérperas atendidas en un hospital público de Chimbote durante el primer semestre del año 2017, se correlacionan significativamente.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de investigación

Investigación básica, porque tiene como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de un problema poco estudiado hasta ahora, como lo es el la violencia obstétrica y su relación con el estrés en puérperas (Gómez, 2003). Por su enfoque cuantitativo y en concordancia con los objetivos propuestos el proyecto se enmarca en un nivel de investigación relacional (Supo, 2012), de diseño no experimental transeccional correlacional-causal, pues se busca establecer relaciones entre variables en un momento determinado, sin precisar el sentido de causalidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Esquema:



Dónde:

- M : Púerperas
O1 : Violencia obstétrica.
O2 : Estrés.
R : Correlación entre O1y O2.

Población y muestra

La población estuvo constituida por todas las puérperas primíparas cuyo parto fue atendido en el Hospital La Caleta durante el periodo e primer semestres del año 2017.

La muestra está conformada por 102 puérperas, calculada con la siguiente fórmula para cuando no se conoce el tamaño de la población:

$$n = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

Donde:

Z: Puntaje Z correspondiente al nivel de confianza considerado (para 95% de confianza Z= 1.96)

E: Error permitido (E=0.07)

n : tamaño de muestra a ser estudiada

P: Proporción de unidades que poseen cierto atributo. (P=0.50)

Q: Q =1-P (Q=0.50)

Obteniéndose una muestra de 102 madres, seleccionándose de manera aleatorio. Para la conformación de la muestra se tomará en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión

- Madres puérperas mayores de edad (≥ 18 años), cuyo parto fue atendido en el Hospital la Caleta de Chimbote, durante el periodo de investigación.
- Puérperas inmediatas (dentro de las 48 horas postparto).
- Madres puérperas primíparas (Primer hijo).
- Puérperas de parto eutócico.
- Mujeres con estado de conciencia lúcido, orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Mujeres que sepan leer y escribir en idioma español.

Criterios de exclusión

- Madres puérperas menores de 18 años de edad.
- Puérperas mayores de 48 horas.
- Puérperas con parto domiciliario.
- Puérperas de cesárea programada.
- Puérperas con pérdida fetal (óbito fetal) o perinatal temprana.
- Mujeres que se encuentren bajo el efecto de anestésicos o sedantes.

- Madres puérperas que tuvieran retraso mental u otra discapacidad psíquica que impidiera o dificultara la participación en el estudio.
- Mujeres que no saben leer y escribir en idioma español.

Tabla 1. Caracterización de la muestra en estudio.

Característica	f	%
Edad		
Adolescentes (18-19 años)	28	27,5
Jóvenes (20-24 años)	48	47,1
Adultas (24-35 años)	26	25,5
Total	102	100,0
Grado de instrucción		
Primaria	16	15,7
Secundaria	62	60,8
Superior	24	23,5
Total	102	100,0
Procedencia		
Costa	80	78,4
Sierra	22	21,6
Total	102	100,0
Residencia		
Urbana	74	72,5
Urbano-marginal	6	5,9
Rural	22	21,6
Total	102	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las puérperas.

Técnicas e instrumentos de investigación

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta a las mujeres que voluntariamente aceptaron participar de la investigación. La aplicación de los formularios se realizó por los autores de la investigación.

Se empleó el Cuestionario de Violencia Obstétrica-CVO, construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España (2016) cuya objetivo es evaluar la percepción y experiencia de violencia durante el parto, en sus aspectos desinformación, trato deshumanizado y medicalización y patologización, de las

mujeres durante los últimos 6 meses. En el presente estudio se utilizó una versión adaptada del CVO, mediante una prueba piloto con 20 mujeres semejante a la del estudio.

El instrumento final (Anexo 1), quedó conformado por 28 interrogantes dicotómicas, con valores de 0 y 1 (0 = No y 1 = Si). El cuestionario está estructurado en tres dimensiones: desinformación (7 interrogantes), trato deshumanizado (12 interrogantes) y medicalización y patologización (9 interrogantes). El puntaje de cada dimensión se obtiene sumando el puntaje de las interrogantes de dicha dimensión y el puntaje global se obtiene al sumar los puntajes de las tres dimensiones, lo cual refiere mayores reacciones frente al proceso de estrés

Este instrumento reúne criterios de validez y confiabilidad aceptables. Para la evaluación de la validez de constructo convergente de la versión adaptada del Cuestionario de Violencia Obstétrica fueron realizadas pruebas de correlación de Pearson entre las medidas de desinformación, trato deshumanizado y medicalización y patologización. Para la clasificación de la fuerza de correlación entre las variables, consideramos valores próximos de 0,30 como satisfactorios, entre 0,30 a 0,50 de moderada magnitud, por arriba de 0,50 de fuerte magnitud y valores por debajo de 0,30 de poco valor para la práctica, mismo que estadísticamente sean significativos (Ajzen & Fishbein, 1998).

Tabla 2. Validez del Cuestionario de Violencia Obstétrica

Violencia Obstétrica	Desinformación	Trato deshumanizado	Medicalización y patologización
Correlación de Pearson	,874**	,873**	,784**
Sig. (bilateral)	,000	,000	,000

Fuente: Estudio piloto.

Nota:

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En lo que se refiere a la consistencia interna de los ítems del cuestionario total, fue calculado mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach. La confiabilidad de las medidas de desinformación, trato deshumanizado y medicalización y patologización también fue evaluada. Sabiéndose que, cuanto más alto es el coeficiente, más confiable es el instrumento, en el estudio se consideran valores por arriba de 0,70 como adecuados (Ajzen & Fishbein, 1998).

Tabla 3. Confiabilidad del Cuestionario de Violencia Obstétrica

Dimensión	Alfa de Cronbach
Desinformación	,912
Trato deshumanizado	,858
Medicalización y patologización	,900
Total	,934

Fuente: Elaboración propia

Así mismo, se utilizó el Inventario de Reacciones de Estrés Agudo, elaborado por Valdez (1999), que tiene como objetivo evaluar las reacciones de estrés en sus aspectos emocionales, fisiológicos y cognitivos de las personas sometidas a una situación estresante en los últimos 6 meses. Consta de 33 ítems que se responden en una escala de tipo Likert con valores de 0 a 3 puntos (0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = casi siempre y 3 = siempre).

El inventario consta de tres escalas: a) reacciones cognitivas, b) reacciones emocionales y c) reacciones fisiológicas. El puntaje de cada escala se obtiene sumando el puntaje de los ítems de dicha escala y el puntaje global se obtiene al sumar los puntajes de las tres escalas.

- **Reacciones cognitivas**, son autoverbalizaciones que se desencadenan frente a un evento evaluado como amenazante o demandante. Se evalúa con los ítems: 3, 6, 13, 17, 21, 25, 27 y 30. La correlación corregida va de 0,34 a 0,73. Puntajes menores o iguales a 7 indican bajas reacciones cognitivas de estrés, puntajes

entre 8 y 10 indican reacciones intermedias de estrés cognitivo y puntajes mayores a 10 señalan una presencia de estrés cognitivo elevado.

- **Reacciones emocionales**, son reacciones de temor, ansiedad, miedo, angustia, tristeza, malestar, frustración, incomodidad, irritabilidad experimentadas por la persona y que surgen como respuesta a los estímulos amenazantes o demandantes. Corresponde a los ítems: 2, 4, 9, 10, 11, 15, 19, 22, 23, 26, 28 y 33 (ítem inverso). El ítem 33 está formulado de manera positiva, de modo que su puntaje se obtiene a través de la inversión de la calificación: 3 = nunca, 2 = algunas veces, 1 = casi siempre y 0 = siempre. Sus coeficientes de correlación corregida están entre 0,34 y 0,61. Puntajes menores o iguales a 11 refieren bajas reacciones emocionales de estrés. Puntajes entre 12 y 16 señalan la presencia de reacciones emocionales intermedias frente al estrés. Puntajes mayores a 16 indican reacciones emocionales de estrés elevadas.
- **Reacciones fisiológicas**, son reacciones biológicas que provienen del sistema nervioso autónomo ante eventos o situaciones evaluadas como amenazantes o demandantes. Se evalúa con los ítems: 1, 5, 7, 8, 12, 14, 16, 18, 20, 24, 29, 31 y 32. La correlación corregida va de 0,23 a 0,5. Puntajes menores o iguales a 9 indican bajas reacciones fisiológicas de estrés, puntajes entre 10 y 14 indican reacciones intermedias de estrés fisiológico y puntajes mayores a 14 señalan una presencia de estrés fisiológico elevado.
- **Reacciones globales de estrés**, se obtienen al sumar los puntajes de las tres escalas. Puntajes menores o iguales a 27 refieren bajas reacciones globales de estrés. Puntajes entre 28 y 40 puntos indican reacciones globales intermedias y puntajes mayores a 40 señalan reacciones globales de estrés elevadas.

Este instrumento fue adaptado para población peruana. Al respecto, la validez y confiabilidad del instrumento se desarrollaron de la siguiente forma: se obtuvo la validez de contenido por criterio de jueces y se mantuvieron los ítems con

un alto grado de acuerdo entre los jueces (80%). El análisis de la confiabilidad se realizó a partir del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach y el de correlación ítem–test corregido. Los puntajes alfa de Cronbach para cada una de las tres áreas que conforman el inventario fueron mayores a 0,75 (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003).

Procesamiento y análisis de la información

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para establecer las proporciones porcentuales relativas y absolutas. Se utilizó la Prueba de Normalidad Kolmogorov – Smirnov, posteriormente se estableció la correlación estadística entre variables mediante el coeficiente de Correlación de Pearson. Para todos los análisis se supone un nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0.05$). Como regla de decisión se tomó en cuenta lo siguiente:

- Si el valor de $p < \alpha$ se considera región de rechazo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.
- Si el valor de $p > \alpha$ se considera región de aceptación, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula.

El análisis de los datos se realizó a través del software IBM SPSS Statistics para Windows versión 21.0.

RESULTADOS

En la tabla 4, se observa una presencia de violencia obstétrica en el 81,4% de las puérperas y ausencia en el 18,4%

Tabla 4. Violencia obstétrica general.

Violencia	f	%
Si	83	81,4
No	19	18,6
Total	102	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5, se observa que la dimensión trato deshumanizado es percibido por las madres en un 71,6%; seguido del desinformación y consentimiento y en un 58,8% y medicalización y patologización en un 57,8%.

Tabla 5. Dimensiones de la violencia obstétrica.

Violencia	Desinformación y consentimiento		Trato deshumanizado		Medicalización y patologización	
	f	%	f	%	f	%
Si	60	58,8	73	71,6	59	57,8
No	42	41,2	29	28,4	43	42,2
Total	102	100,0	102	100,0	102	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 6, se observa que un 67,7% de las madres encuestadas presentan reacciones elevadas de estrés agudo, seguido de un 23,5% de reacciones de estrés intermedia y en menor proporción de 8,8% reacciones bajas

Tabla 6. Estrés agudo general.

Nivel	f	%
Reacciones bajas	9	8,8
Reacciones intermedias	24	23,5
Reacciones elevadas	69	67,7
Total	102	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 7, se observa que más del 50% de ellas presentan reacciones cognitivas de estrés agudo bajas, seguido de un 51% de reacciones emocionales y un 43,1% reacciones fisiológicas también bajas de estrés agudo respectivamente.

Tabla 7. Dimensiones del estrés agudo.

Nivel	Reacciones cognitivas		Reacciones emocionales		Reacciones fisiológicas	
	n	%	n	%	n	%
Reacciones bajas	60	58,8	52	51,0	44	43,1
Reacciones intermedias	24	23,5	40	39,2	41	40,2
Reacciones elevadas	18	17,6	10	9,8	17	16,7
Total	102	100,0	102	100,0	102	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 8, se observa correlación significativa entre la violencia obstétrica y el estrés agudo en las púerperas.

Tabla 8. Violencia obstétrica según estrés agudo.

Violencia obstétrica	Bajas		Estrés agudo Intermedias		Elevadas		<i>r</i>	<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%		
Si	4	44,4	17	70,8	62	89,9		
No	5	55,6	7	29,2	7	10,1	0,329**	,001
Total	9	100,0	24	100,0	69	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La violencia obstétrica está asociada y existe una correlación significativa ($p < 0,01$) con el estrés agudo. El análisis relacional muestra que la mayoría de mujeres parturientas percibieron violencia obstétrica e identificaron síntomas de estrés agudo, 89,9% (Elevadas), 70,8% (Estrés agudo intermedio) y 44,4% (Bajas). Las madres que no percibieron violencia e identificaron síntomas de estrés, 10% (Elevadas), 29,2% (Estrés agudo Intermedio) y 55,6% (Bajas).

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se puede decir que existe asociación y una alta correlación entre la violencia obstétrica con el estrés agudo, lo que muestra que la mayoría de las madres cuyo parto fue atendido en el Hospital la Caleta de Chimbote, manifestaron haberse sentido altamente violentadas y a la vez mostraron fuertes síntomas de estrés, por lo cual podemos manifestar que la sintomatología del trastorno de estrés agudo de las madres es el reflejo (la influencia) de la violencia Obstétrica. Se puede complementar esta explicación, indicando que las madres parturientas que fueron atendidas por personal de salud, identificaron conductas o comportamientos como ansiedad, mutismo, adormecimientos, dolores de cabeza, tensión muscular dificultades respiratorias, mareo, irritabilidad etc. Estas manifestaciones se definen como estrés, proceso en la que la persona interactúa con el medio ambiente y media la evaluación cognitiva del individuo, determinando un excedente de sus recursos para enfrentarla y pone en peligro su bienestar. (Lazarus & Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1986).

Asimismo, se puede percibir que la sintomatología del estrés presentado por las mujeres que tuvieron un parto en el Hospital la Caleta se asocia con la violencia de género, teniendo en cuenta que la mujer tiene poder sobre su cuerpo y proceso reproductivo se basa en el conocimiento que esta tiene sobre ellos (Goffman, 2001). Sin embargo, el poder obstétrico, como modelo de patriarcado busca que las mujeres se nieguen a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni se pregunten. Dado que el proceso de embarazo las ubica en un estado de vulnerabilidad (Rich, 1986). Estas

madres han percibido sentirse invadidas o han sentido un trato grosero, humillación o discriminación, antes, durante o después del parto. Por lo cual podemos establecer que no solo hay asociación entre la violencia que percibieron las madres y los comportamientos mórbidos, si no que existe una alta correlación lo que nos llevaría a establecer una posible influencia, entre la violencia obstétrica y el estrés. Si bien es cierto que el Perú no existen trabajos de investigación que tomemos como referencia, si los hay en Latinoamérica, en países con características socioculturales similares al nuestro. (Medina-Pradas, 2015).

La violencia obstétrica general es percibida en un 81,4% por las madres cuyo parto fue atendido en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el primer trimestre del año 2017; es decir, ellas percibieron toda clase de conducta, acción u omisión por parte del personal de salud que de manera directa o indirecta afectó su cuerpo y los procesos reproductivos fisiológicos en el momento del parto, expresado en trato deshumanizado, medicalización y patologización de los procesos naturales, que acarrearán pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente (Arguedas, 2014, p. 159; Belli, 2013, p. 28; Medina, 2001, p. 3; ley Venezuela, 2006, p. 30; Ley 18426). Estos resultados son coincidentes con Castellanos y Terán (2012) quienes reportan que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud. Posiblemente esta percepción éste relacionada porque al ser primerizas esperaban que se les tengan paciencia y se les brinde la información necesario del proceso a seguir, situación que pudo no ser percibida al momento del parto. Entendiendo estos resultados desde otro punto de vista, posiblemente estas mujeres puedan haber percibido que los profesionales de la salud no las ven como un sujeto y que pasan a ser vista como un objeto, y en este caso, como un objeto que se interviene (Farias, 2014). Es decir, la mujer deja de ser vista como un individuo y el proceso del parto deja de ser visto como único e irrepetible de esa mujer y de ese bebé. Y que son tratadas como si fueran todas iguales. Sin embargo, se han encontrado resultados diferentes como la de Gonzáles y Quintero (2009) quienes manifiestan que el 73% de las mujeres atendidas en el

servicio de hospitalización siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de salud. Por otro lado encontramos a Ayestas y Vásquez (2016) quienes identificaron que las mujeres sufren violencia del tipo psicológica de acuerdo a lo narrado, sin estar conscientes que se ejerce violencia obstétrica hacia ellas. Posiblemente estos resultados reportado por Ayetas y Vásquez (2016) , estén relacionado con lo que se ha encontrado en la presente investigación donde un 18,6% de las madres no percibe violencia obstétrica, tal vez como lo dice Machado (2014) muchas veces las parturientes piensan que su cuerpo requiere el apoyo de la tecnología para poder parir o no conocen sus derechos. Por otra parte, la excesiva confianza en la medicina y en los profesionales que la ejercen como la falta de información con la que parten las mujeres, son otras causas que podrían estar justificando esta percepción de no violencia.

En relación a las dimensiones de la violencia obstétrica, podemos observar que del total de madres que han percibido violencia en el parto el 71,6% consideran que han recibido un trato deshumanizado; es decir un trato despersonalizado (descontextualizado) e irrespetuoso que menosprecia el valor o dignidad personal mediante acoso, hostigamiento e intimidación, así como acciones u omisiones dirigidas a ocasionar daño por parte de los responsables de la atención obstétrica (Arguedas, 2014). Estos resultados podrían estar siendo percibidos de esta manera porque consideran que algunos profesionales actúan desde un lugar de poder y ejercen un trato ciertamente violento contra ellas, que en un momento tan crítico como el parto y siendo su primera experiencia no les tienen paciencia, ni las entienden. Más aun considerando, precisamente que es en el parto cuándo más daño le pueden a hacer a la mujer comentarios, gestos o incluso miradas que en otro momento vital tal vez no le hubiesen afectado en lo más mínimo. Precisamente por esa vulnerabilidad intrínseca al parto el impacto de dicho maltrato es significativamente mayor, ya que la indefensión de la mujer es máxima (Olza, s.f.). Por otra parte, encontramos datos similares por ejemplo en Venezuela Castellanos y Terán en el 2012, encontró que el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante; sin embargo también se han reportado resultados distintos sobre el

trato deshumanizado en el momento del parto en Zavaleta, 2015; con madres primerizas menores a 25 años; quien reporta que más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto. Posiblemente estos resultados se deban a que el establecimiento de salud donde se realizó la investigación sea el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima establecimiento de salud dedicado a madres y recién nacido.

Por otro lado, también se puede observar que un 58,8% del total de madres que han percibido violencia en el parto, perciben que en el momento del parto no les brindan información; así como no le solicitan su consentimiento; es decir les niegan el derecho de la toma de decisiones informada, dando a las parturientas información insuficiente, ninguna información o desinformando acerca de sus opciones, impidiendo el involucramiento de la madre en la toma de decisiones (Arguedas, 2014). Posiblemente esta percepción se deba a que consideren que la asistibilidad de las mujeres está socialmente reconocida de forma que mediante el uso de los servicios médicos, se convierten en “pacientes”, esto es, son objeto de la acción médica en condiciones de pasividad. Si el/la profesional posee y se le reconoce el monopolio legal del conocimiento, como ocurre en nuestro contexto, “se anula o ignora el punto de vista del paciente y se excluye la iniciativa en la determinación de decisiones y la capacidad personal de enjuiciar la situación” (Uribe, 1998:305-306). Aunado a ellos, Menéndez (1990:62), hace énfasis que además, implica una relación de subordinación y sometimiento al sistema que incluye la total aceptación de sus métodos y discursos. Según esto, la relación “médico/paciente” se caracterizará por la pasividad y obediencia del último junto con la no consideración de sus opiniones, iniciativas o decisiones. Es una relación con “apariencia de comunicación” (Uribe, 1996:293), puesto que la palabra del paciente no es escuchada (Menéndez, 2000:314).

Por último observamos que un 57,8% del total de madres que han percibido violencia en el parto, perciben que han sido medicalizadas y patologizadas; es decir se ha utilizado con ellas un excesivo uso de intervenciones médico-tecnológicas (medidas o protocolos de riesgo o emergencia obstétrica) en el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo (BRO), así como la realización de prácticas rutinarias innecesarias o sin hacedero científico (Arguedas, 2014). Tal vez porque han experimentado prácticas como el rasurado, el enema o el ayuno total; la administración de oxitocina artificial sin esperar a la progresión natural del parto u obligar a la mujer a permanecer acostada boca arriba durante la dilatación y el parto (Quevedo, 2012). Asimismo, estas prácticas pueden reforzar estas percepciones al creer que los profesionales de la salud, ven al cuerpo femenino como una de las prácticas hospitalarias sostenido solamente desde el punto de vista biológico. Al no ser las mujeres consideradas sujetos de deseo y de derecho, el parir siempre está signado por su aspecto médico.

Las relaciones de subordinación a las que son sometidas las mujeres, no sólo desde el punto de vista del género sino de la clase, -pertenecen a sectores populares pauperizados de la provincia- las sub-alternizan de tal manera que se silencian sus saberes. Por otro lado, investigaciones al respecto confirman los resultados obtenidos por ejemplo en Venezuela Castellanos y Terán (2012) mostraron que el 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%).

En relación al estrés agudo, se obtuvo que un 67,7% de las madres cuyo parto fue atendido en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el primer trimestre del año 2017 perciben reacciones elevadas de estrés agudo; es decir experimentan con mayor intensidad el estrés agudo producto de las interacciones con la experiencia de parto que está siendo evaluado como excedente de sus recursos para hacerle frente y que pone en peligro su bienestar personal (durante el primer mes tras

el trauma) (Lazarus y Lazarus, 2000; Lazarus, 1993; Lazarus y Folkman, 1986). Estas reacciones elevadas de estrés pueden estar relacionadas con estudios que muestran que un tema central para las mujeres que han sufrido estrés y trastorno de estrés postraumático a raíz del parto es el haber recibido unos cuidados inadecuados durante el parto (Allen, 1998), hecho que se pone en evidencia porque más del 50% de las encuestas perciben violencia obstétrica. A menudo, el trauma de las mujeres es el resultado de las acciones (u omisiones) de las matronas, médicos y enfermeras (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010). Además sentir que no tienen ningún control durante el proceso; un trato autoritario en la toma de decisiones; sentir que sus opiniones son ignoradas; la humillación; la falta de respeto hacia estas madres como personas y el no respetar su derecho al consentimiento informado, constituyen factores comunes a una gran parte de mujeres que sufren de estrés. En relación a lo mencionado Vergara (2016), refiere; que es impensable que en un evento de tanta trascendencia como el embarazo y parto, se pueda vulnerar los derechos de la mujer, ocasionándole un trauma que la puede marcar de por vida, pero que sin embargo, “es allí donde se encuentran las víctimas más aisladas, ignoradas y silenciadas de la sociedad” y mucho más si se suma a esto que son mujeres primerizas.

En cuanto a las dimensiones del estrés agudo, se obtuvo reacciones bajas de estrés agudo en las tres dimensiones cognitivas 58,8%, fisiológicas 51% y emocionales en 43,1% respectivamente; es decir perciben mínima evaluación de excedente de sus recursos para hacerle frente a las situaciones vividas durante el parto en relación a autoverbalizaciones, miedos, ansiedad, reacciones biológicas que provienen del sistema nervioso autónomo (Lazarus & Lazarus, 2000; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1986). Tal vez, estos resultados se estén presentado porque de acuerdo a la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1986) y Lazarus y Lazarus (2000) que sustenta la investigación, se considera al estrés como un proceso en que la persona interactúa o negocia con el medio ambiente y en este proceso media la evaluación cognitiva del individuo. La evaluación determina que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto.

En este caso, la situación vivida como horas, días o semanas después del nacimiento del bebé no sea percibida o evaluada como traumática o estresante porque el nuevo bebé hace que reemplace todas esas experiencias en un acontecimiento excepcional, dejando de lado todo lo vivido. La violencia obstétrica, como experiencia estresante, se manifiesta de muchísimas formas, pero no todas son tan visibles y eso hace que muchas mujeres se sientan mal después del parto sin saber por qué. La mayoría de las veces aparecen con mucha fuerza cuando deciden tener otro hijo. Empiezan a aparecer sensaciones de yo no quiero pasar por lo mismo y no saben por qué. Queda ese registro en el cuerpo y en las emociones.

Finalmente, los resultados permiten inferir que el paradigma predominante de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho.

CONCLUSIONES

- Existe una correlación altamente significativa entre la violencia obstétrica y el estrés agudo en puérperas atendidas en el Hospital La Caleta, Chimbote, 2017.
- Se observa una alta percepción de violencia obstétrica en las puérperas atendidas en el Hospital La Caleta, Chimbote.
- Se identificó una alta proporción de puérperas con reacciones elevadas de estrés agudo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda una regulación legal de la violencia obstétrica dentro un marco jurídico (El Perú Estados deben garantizar estos derechos a través de políticas y programas para mejor la atención en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género, los derechos humanos y la atención culturalmente adecuada antes, durante y después del parto, a todas las políticas públicas y programas que afecten a la salud de las mujeres).
- Considerando que las víctimas de la violencia obstétrica no son solo las mujeres, sino también quienes las rodean y los y las profesionales dedicados a la salud y a la atención de la mujer en todas las etapas de la maternidad, se sugiere al Hospital La Caleta de Chimbote mantener una política de servicio bajo un enfoque de género y de derecho que asegure la atención y cuidado de calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como la mejora continua de sus profesionales de la salud.
- Se sugiere a los investigadores continuar con el estudio de la violencia obstétrica y el estrés como precursores de los trastornos del ánimo de las madres, como el trastorno de estrés postraumático y depresión post parto.

AGRADECIMIENTOS

- A todas aquellas madres anónimas, por su valiosa contribución en el presente estudio así como en la búsqueda de soluciones a este álgido problema de la salud materna-perinatal y psicológica.
- A los Directivos del Hospital La Caleta, por su predisposición y apoyo para la realización de la presente investigación.
- A todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron en el desarrollo del presente proyecto.

Referencias bibliográficas

- Acosta, S. (2010) *La lateralidad y el aprendizaje de la lectoescritura de los estudiantes del primer grado de primaria de la I.E “Virgen del Rosario” del Distrito de Surco*. (Tesis de maestría). Universidad Cesar Vallejo, Perú
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1988). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Ayestas, C y Vásquez, A. (2016). *Violencia obstétrica: vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el hospital regional docente las mercedes – 2016*. Recuperado de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3068/1/TESIS%20violencia%20obstetrica.pdf>
- Bilbao y Oña (2000) *Lateralidad motora como habilidad entrenable. Efectos del aprendizaje sobre el cambio de tendencia lateral* Revista motricidad recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LaLateralidadMotoraComoHabilidadEntrenable-2278290.pdf>
- Castellanos C y Terán P. (2012). *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias*. (Tesis de especialidad en obstetricia y ginecología). Caracas-Venezuela: Universidad Central de Venezuela.
- Dawson, J. (1972) *Temne-Arunta hand-eye dominance and cognitive style*. *International Journal of Psychology*. 7, 219-233.
- Erazo, R. (2011) *La lateralidad en el desarrollo de la lectoescritura de los niños y niñas del primer año de educación básica de la ciudad de Machachi, Cantón Mejía, durante el año lectivo 2010- 2011*. Universidad central del Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/199/1/T-UCE-0010-6.pdf>

Farias, (2014) . ¿Sabes qué es la violencia obstétrica? Muchas mujeres lo padecen y deja huellas en ellas?. Recuperado de <https://www.vix.com/es/imj/familia/163188/sabes-que-es-la-violencia-obstetrica-muchas-mujeres-lo-padecen-y-deja-huellas-en-ellas>

Ferré, J., Casaprima,V., Catalán, J. y Mombiela, J. (2000) *El desarrollo de la lateralidad infantil: Niño diestro-niño zurdo*. Barcelona: Lebón.

Ferradas, C. (2015) *Evaluación de la lateralidad mediante el test de Harris en niños de 3 y 6 años*. (Tesis de licenciatura) Universidad de Valladolid. Colombia
Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13440/1/TFG-O%20540.pdf>

García N., Fernández, F. (2002). *Juego y psicomotricidad*. España: Impresa.

Gonzales J, Quintero D. (2009). *Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención*. (Tesis de licenciatura). Bogotá-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Harris, A. J. (1961). *Manuel de d'application des tests de latéralité*. París. C.P.A. 38.
En G. Lerbet (1977). *La lateralidad en el niño y en el adolescente*. Valencia. Marfil. Título original: *Lateralite Chez l'en- fant et l'adolescent*, (1969). Paris. Universitaires.

Hernández, P. (2011) *Desarrollo cognitivo y motor*. España: S.A. EDICIONES PARANINFO

Hicks,R. y Kinsbourne, M. (1978). Lateralized concomitants of human handedness. *Journal of Motor Behavior*, 10 (2), 83-94.

- Iriarte, R. (28 de Marzo, 2007) La lateralidad: diestro o zurdo?. Recuperado de http://estimulaciontemprana.fullblog.com.ar/la_lateralidad_diestro_o_zurdo_3481189337888.html%20%7D
- Laszlo, J., Baguley, R. & Bairstow, P. (1970). Bilateral transfer in tapping skill in the absence of peripneral information. *Journal of Motor behavior*. 2, 261-272
- Le Boulch, J. (1987) *La Educación psicomotriz en la escuela primaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Lerbet, G. (1977). *La lateralidad en el niño y en el adolescente*. Valencia. Marfil. Título original: *La lateralité chez l'enfant et l'adolescent*, (1969). París. Universitaires
- Machado, C (2014). ¿Cómo parimos?. De la violencia obstétrica al parto humanizado.
- Marín, A., Jaramillo, J., Gómez, J. & Gómez, L. (2008) *Manual de pediatría ambulatoria*. Bogotá, Edit. Panamericana.
- Marqués, J. (1998) *Análisis de la lateralidad y al eficiencia manual en un grupo de niños de 5 a 10 años*. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.faromundi.org.do/2011/06/la-importancia-de-un-acuerdo-desarrollo-de-la-lateralidad-en-los-ninos/comment-page-1/>
- Martin, Andujar, Moreira da Silva (s.f) Evaluación de la lateralidad en un grupo de niños de educación infantil y educación primaria. *Revista de psicomotricidad* Recuperado de <http://www.revistadepsicomotricidad.com/2013/05/evaluacion-de-la-lateralidad-en-un.html>

- Martínez, G. (2011) Incidencia de las funciones básicas: motricidad fina y lateralidad en la pre-escritura de los primeros y segundos años de la escuela unidocentes de la red educativa Cuellaje. Recuperado de http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12337/1/45924_1.pdf
- Mayolas, C. & Reverter, J. (2011) *Observar la dominancia ocular para realizar un trabajo específico de lateralidad en el área de educación física* 8 junio VII congreso Nacional de ciencias del deporte y la educación física Pontevedra 2012 ISBN: 978-84-614-995-8 Recuperado de <http://altorendimiento.com/observar-la-dominancia-ocular-para-realizar-un-trabajo-especifico-de-lateralidad-en-el-area-de-educacion-fisica/>
- Mayolas, C., Villarroya, A. & Reverter, J. (2010) Relación entre la lateralidad y los aprendizajes escolares. Apuntes Educación Física y deportes N° 101, 3er trimestre, pp 32-42 ISSN-1577-4015. Recuperado de <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/46410/015510.pdf?sequence>
- Moneo, A. (2014) La lateralidad y su influencia en el aprendizaje escolar. Recuperado de http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000750.pdf
- Monge, M, (2000) El alumno zurdo. Didáctica de la escritura. Zaragoza: Mira Editores.
- Olza, I. (s.f.) ¿Cómo se llega a ejercer la violencia en el medio sanitario? ¿Quién ejerce esta violencia? ¿Cómo es posible que médicos, matronas, enfermeras puedan hacer daño a las mujeres o incluso a los recién nacidos? Recuperado de http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/humanizar_el_parto.asp
- Oña, A. (1987). Desarrollo y motricidad: Fundamentos evolutivos de la educación física. Granada. Club Deportivo I.N.E.F.

Oña, A., Martínez, M. Moreno y Ruiz M. (1999) *Control y Aprendizaje Motor*. Madrid: Síntesis.

Ortigosa, J. (2004) *Mi hijo es zurdo*. Madrid: Ediciones Pirámide

Paricio, R., Sánchez, M., Sánchez, R. y Torices, E. (2003) *Influencia de la lateralidad en los problemas de aprendizaje* Recuperado de <http://fundacionvisioncoi.es/TRABAJOS%20INVESTIGACION%20COI/2/lateralidad%20y%20aprendizaje.pdf>

Pellicer, C. (2000) *Los dibujos de los zurdos: percepción y lateralidad*. Colección Educación. Universidad Jaume.

Quevedo, P. (2012). *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género*. Recuperado de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf

Rigal, R. (1987) *Motricidad Humana: funcionamiento y aplicaciones pedagógicas*. Madrid: Teleña.

Rodríguez, D. (2012) *La lateralidad Cruzada y su incidencia en el aprendizaje de la lecto-escritura en niños de 4 y 5 años del centro infantil nuestra señora de Guadalupe durante el año lectivo 2010-2011*. Recuperado de <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/5614/1/T-ESPE-033687.pdf>

Saavedra D. (2013) realizó en Colombia el estudio: “Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo”.

Squaddoner, R. Gallozzi, C. y Pasquini, G. (1995) Lateralit bilateralit. *Revista di Cultura Sportiva*, 14, 36-41.

Vergara, A. (2016). Articulo Violencia Obstétrica - Victimas Sin Voz. Recuperado de: <http://nexusdevida.blogspot.pe/2014/04/articulo-violencia-obstetricavictimas.html>

Zavaleta, J. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cg.pdf

ANEXO

Anexo 1. Instrumentos de recolección de la información

CUESTIONARIO SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Nº de Encuesta:

Fecha de aplicación:

Desde la Universidad San Pedro queremos dar a conocer la violencia obstétrica, hacer público lo que pensamos y sentimos las mujeres sobre ella, y para esto te necesitamos. Puedes colaborar completando esta encuesta sobre vuestras experiencias de parto. Los datos de la misma no serán difundidos, pero sí los resultados de su estudio.

INFORMACIÓN GENERAL

Edad actual:

Nivel de estudios

- (1) Primaria
- (2) Secundaria
- (3) Superior

Procedencia

- (1) Costa
- (2) Sierra
- (3) Selva

Lugar de residencia

- (1) Urbana
- (2) Urbano-Marginal

Fecha en la que se produjo el parto:

Día:

Mes:

Año:

Sobre la información y consentimiento...	SI	NO
1. Se le informó del procedimiento o maniobra que le iban a realizar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios).		
2. Recibió información de los medicamentos (Oxitocina, antibióticos, tocolíticos, antihipertensivo, entre otros) que se le iban a administrar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios)		
3. ¿Se actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento con su consentimiento?		
4. ¿Se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención?		
5. ¿El lenguaje utilizado fue profesional y correcto en todo momento?		
6. ¿El lenguaje utilizado permitió entender la información que le dieron?		
7. ¿Tuvo la posibilidad de absolver todas sus dudas e inquietudes?		

Sobre el trato recibido...	SI	NO
1. ¿Se presentó con nombre y título cada persona que entró en su habitación y la trató?		
2. ¿Se le realizó procedimientos en presencia de personas que usted no consintió?		
3. ¿Su intimidad fue vulnerada durante la atención de su parto o puerperio?		
4. ¿Alguien hizo comentarios despectivos en cuanto a su estado físico?		
5. ¿Alguien puso en duda o cuestionó su capacidad para parir, le dijeron que lo estaba haciendo mal?		
6. ¿Alguien criticó sus expresiones de dolor (gritos y gemidos) y temor durante el parto?		
7. ¿Alguien puso en duda su capacidad para dar de mamar a su bebé?		
8. ¿Se facilitó el contacto piel con piel entre usted y su bebé inmediatamente después de nacer y durante la primera media hora?		
9. ¿Se propició inmediatamente que su bebé lacte de sus senos y durante la siguiente hora posterior a su nacimiento?		
10. ¿Se respetó su deseo en cuanto a comer y beber?		
11. ¿Se respetó su deseo de estar acompañada de la/s persona/s de su elección?		
12. ¿Se respetó la postura que deseaba en su expulsivo (parto)?		

Sobre los procedimientos recibidos...	SI	NO
1. ¿Recibió monitoreo electrónico fetal constante (en todo momento) durante el trabajo parto y/o parto?		
2. ¿Se le colocó Oxitocina en suero u otro medicamento para acelerar el trabajo de parto?		
3. ¿Al ingresar a la sala de dilatación se le colocó una vía endovenosa y suero, como medida preventiva?		
4. ¿Se le pidió realizar estimulación de pezones para acelerar el parto?		
5. ¿Se le realizó episiotomía?		
6. ¿Alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?		
7. ¿Se le colocó enemas?		
8. ¿Se le pidió permanecer acostada durante el trabajo de parto (sin contraindicación aparente), no considerando su deseo de deambular libremente?		
9. ¿Se realizaron procedimientos como el secado, pesado, tallado, vestido entre otros, que dificultaron el inmediato contacto piel a piel con su hijo?		

POSPARTO

1. ¿Has necesitado o crees que necesitas ayuda psicológica o terapia para superar las secuelas o malos recuerdos del parto?

- (1) Si
- (2) No

INVENTARIO DE REACCIONES DE ESTRÉS AGUDO

Trate de recordar el momento del parto e indique la alternativa que mejor describe su reacción. Recuerde que no existen respuestas mejores ni peores, ni buenas ni malas, sino sólo diferentes maneras de actuar. No deje ninguna pregunta sin marcar. Responda teniendo en cuenta sus propias conductas, y no pensando en lo que la mayoría de sus amigos o amigas diría o haría. Elija la que mejor describe sus reacciones durante el parto, usando las siguientes alternativas: Nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre

N°	Durante el Momento del Parto :	Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
1	Sintió como si se formara un nudo en su garganta				
2	Me angustie con facilidad.				
3	No puede controlar que vengan a mi mente pensamientos perturbadores				
4	Me siento insatisfecho(a).				
5	Siento que mi corazón late más deprisa				
6	Vienen a mi mente una y otra vez los mismos pensamientos tontos.				
7	Me da dolor de barriga.				
8	Siento sequedad en la boca.				
9	Me siento abatido(a) o melancólico(a).				
10	Me altero con facilidad.				
11	Me frustró con facilidad				
12	Siento mis manos sudorosas				
13	Pierdo mi concentración y capacidad para hacer las cosas.				
14	Siento dolor en el cuello.				
15	Experimento cólera con facilidad				
16	Tengo dificultades para respirar.				
17	No puedo tomar decisiones y me siento mal.				
18	Me despierto con frecuencia en las madrugadas.				
19	Tengo ganas de llorar				
20	Me es difícil conciliar el sueño.				
21	Vuelve a mi mente lo peor y no puedo parar de pensar en eso.				
22	Siento miedo sin razón alguna.				
23	Tengo dificultades para disfrutar de las actividades de las que antes disfrutaba.				
24	Siento que se me afloja el estómago o que mis intestinos se mueven.				
25	Siento que el mundo se me cae encima y que he perdido el control.				
26	Me siento más irritado(a) que antes.				
27	Empiezo a imaginar cosas horribles que me perturban durante mucho tiempo.				

28	Me siento nervioso(a)				
29	Siento temblor en brazos y piernas.				
30	Pienso en abandonar todo y salir corriendo.				
31	Siento cosquilleos en el estómago.				
32	Me da dolor de cabeza.				
33	Me siento satisfecho(a) con mi vida actual				

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Chimbote, _____ de 2017.

Yo, _____, a través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, lo siguiente:

He decidido participar en el estudio denominado: **VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y ESTRÉS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE CHIMBOTE, 2017**, cuyos responsables son un grupo de docentes de la Universidad San Pedro*. En el mencionado estudio se desarrollará una encuesta, para lo cual se utilizarán las siguientes pruebas:

- Cuestionario sobre violencia obstétrica.
- Inventario de estrés agudo.

Declaro que he sido informada de la metodología que tendrá la investigación y que la información recolectada será utilizada con estricta atención a las normas éticas de la investigación en seres humanos, garantizando en todo momento la confidencialidad de mi identidad.

Entiendo que en este estudio no se me administrará ningún tipo de fármaco ni exámenes médicos, la valoración será a través de una encuesta voluntaria, en un ambiente de confort, y que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Atentamente,

Firma y DNI:.....

***Responsables del estudio:**

- Silvia Liliana Lam Flores.
- Manuel Antonio Alva Olivos.
- José Sebastián Castillo Vásquez
- Víctor Joel Sanchez Romero.

Anexo 3. Descripción de la violencia Obstétrica

Tabla 9. Descripción de la dimensión desinformación y consentimiento, de la violencia obstétrica.

Afirmación	No		Si	
	n	%	n	%
8. Se le informó del procedimiento o maniobra que le iban a realizar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios).	77	75,5	25	24,5
9. Recibió información de los medicamentos (Oxitocina, antibióticos, tocolíticos, antihipertensivo, entre otros) que se le iban a administrar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios)	68	66,7	34	33,3
10.¿Se actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento con su consentimiento?	73	71,6	29	28,4
11.¿Se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención?	54	52,9	48	47,1
12.¿El lenguaje utilizado fue profesional y correcto en todo momento?	84	82,4	18	17,6
13.¿El lenguaje utilizado permitió entender la información que le dieron?	75	73,5	27	26,5
14.¿Tuvo la posibilidad de absolver todas sus dudas e inquietudes?	62	60,8	40	39,2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Descripción de la dimensión trato deshumanizado, de la violencia obstétrica.

Afirmación	No		Si	
	n	%	n	%
13.¿Se presentó con nombre y título cada persona que entró en su habitación y la trató?	80	78,4	22	21,6
14.¿Se le realizó procedimientos en presencia de personas que usted no consintió?	86	84,3	16	15,7
15.¿Su intimidad fue vulnerada durante la atención de su parto o puerperio?	82	80,4	20	19,6
16.¿Alguien hizo comentarios despectivos en cuanto a su estado físico?	76	74,5	26	25,5
17.¿Alguien puso en duda o cuestionó su capacidad para parir, le dijeron que lo estaba haciendo mal?	76	74,5	26	25,5
18.¿Alguien criticó sus expresiones de dolor (gritos y gemidos) y temor durante el parto?	80	78,4	22	21,6
19.¿Alguien puso en duda su capacidad para dar de mamar a su bebé?	88	86,3	14	13,7
20.¿Se facilitó el contacto piel con piel entre usted y su bebé inmediatamente después de nacer y durante la primera media hora?	86	84,3	16	15,7
21.¿Se propició inmediatamente que su bebé lacte de sus senos y durante la siguiente hora posterior a su nacimiento?	58	56,9	44	43,1
22.¿Se respetó su deseo en cuanto a comer y beber?	61	59,8	41	40,2
23.¿Se respetó su deseo de estar acompañada de la/s persona/s de su elección?	75	73,5	27	26,5
24.¿Se respetó la postura que deseaba en su expulsivo (parto)?	61	59,8	41	40,2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11 Descripción de la dimensión medicalización y patologización, de la violencia obstétrica.

Afirmaciones	No		Si	
	n	%	n	%
10.¿Recibió monitoreo electrónico fetal constante (en todo momento) durante el trabajo parto y/o parto?	69	67,6	33	32,4
11.¿Se le colocó Oxitocina en suero u otro medicamento para acelerar el trabajo de parto?	70	68,6	32	31,4
12.¿Al ingresar a la sala de dilatación se le colocó una vía endovenosa y suero, como medida preventiva?	52	51,0	50	49,0
13.¿Se le pidió realizar estimulación de pezones para acelerar el parto?	83	81,4	19	18,6
14.¿Se le realizó episiotomía?	78	76,5	24	23,5
15.¿Alguna persona ejerció presión con sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?	91	89,2	11	10,8
16.¿Se le colocó enemas?	95	93,1	7	6,9
17.¿Se le pidió permanecer acostada durante el trabajo de parto (sin contraindicación aparente), no considerando su deseo de deambular libremente?	76	74,5	26	25,5
18.¿Se realizaron procedimientos como el secado, pesado, tallado, vestido entre otros, que dificultaron el inmediato contacto piel a piel con su hijo?	54	52,9	48	47,1

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Análisis relacional entre dimensiones de las variables

Tabla 12. Violencia obstétrica según dimensiones del estrés agudo.

Violencia obstétrica	Estrés agudo						<i>r</i>	<i>p</i>
	Bajas		Intermedias		Elevadas			
	n	%	n	%	n	%		
Reacciones cognitivas								
Si	45	75,0	20	83,3	18	100,0		
No	15	25,0	4	16,7	0	0,0	,215*	,030
Total	60	100,0	24	100,0	18	100,0		
Reacciones emocionales								
Si	36	69,2	37	92,5	10	100,0		
No	16	30,8	3	7,5	0	0,0	,340**	,000
Total	52	100,0	40	100,0	10	100,0		
Reacciones fisiológicas								
Si	32	72,7	34	82,9	17	100,0		
No	12	27,3	7	17,1	0	0,0	,234*	,018
Total	44	100,0	41	100,0	17	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 13. Dimensiones de la violencia obstétrica y estrés agudo.

Violencia obstétrica (Dimensiones)	Bajas		Estrés agudo Intermedias		Elevadas		<i>r</i>	<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%		
Desinformación y consentimiento								
Si	2	22,2	15	62,5	43	62,3		
No	7	77,8	9	37,5	26	37,7	,160	,109
Total	9	100,0	24	100,0	69	100,0		
Trato deshumanizado								
Si	3	33,3	15	62,5	55	79,7		
No	6	66,7	9	37,5	14	20,3	,215*	,030
Total	9	100,0	24	100,0	69	100,0		
Medicalización y patologización								
Si	1	11,1	6	25,0	52	75,4		
No	8	88,9	18	75,5	17	24,6	,402**	,000
Total	9	100,0	24	100,0	69	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*.La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).