



Esta obra está bajo una
[Licencia Creative Commons
Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)
Vea una copia de esta licencia en
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Tesis

Violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hospital II-2 Essalud, Tarapoto 2023

Para optar el Título de Segunda Especialidad: Especialista en Alto Riesgo Obstétrico y Cuidados Intensivos Maternos

Autora:

Liz Karín Cachique-Guerra

<https://orcid.org/0000-0001-8830-7020>

Asesora:

Obsta. Mg. Hilda Gonzalez Navarro

<https://orcid.org/0000-0002-8575-341X>

Tarapoto, Perú

2025



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Tesis

Violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hospital II-2 Essalud, Tarapoto 2023

Para optar el Título de Segunda Especialidad: Especialista en Alto Riesgo Obstétrico y Cuidados Intensivos Maternos

Autora:

Liz Karín Cachique-Guerra

Aprobado y sustentado el 12 de diciembre del 2025, ante el honorable jurado:

Presidente de Jurado
Obsta. Dra. Orfelina Valera
Vega

Secretario de Jurado
Obsta. M.Sc. Angel Delgado
Ríos

Vocal de Jurado
Obsta. Mg. Salvador Leninin Vigil
Vásquez

Tarapoto, Perú

2025



ACTA DE SUTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS

Siendo las *11:00 am* del día 12 de diciembre del 2025 en la ciudad de Tarapoto se reunieron el JURADO EVALUADOR, en mérito a la Resolución N.º 007-2024-UNSM-FCS/CF de fecha de 05 de enero del 2024 integrado por los señores docentes de la Facultad Ciencias de la Salud:

OBSTA. DRA. ORFELINA VALERA VEGA : PRESIDENTE
OBSTA. M.SC. ANGEL DELGADO RÍOS : SECRETARIO
OBSTA. MG. SALVADOR LENININ VIGIL VÁSQUEZ : VOCAL

Asesorado por la OBSTA. MG. HILDA GONZÁLEZ NAVARRO, para atender a la sustentación de la tesis denominada: VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MORBILIDAD MATERNO PERINATAL EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD, TARAPOTO 2023, presentado por la Obsta. LIZ KARIN CACHIQUÉ GUERRA, aprobado con Resolución N°428-2025-UNSM-FCS/CF de fecha 01 de diciembre del 2025 para la obtención del TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS.

Visto y escuchada la sustentación de la tesis y las respuestas a las preguntas formuladas y, teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por la sustentante el jurado en pleno, lo declara: *aprobado* con el calificativo de: *bueno* con la nota: *buena* (...15...)

Siendo las *12:20 m.* del día 12 de diciembre del 2025 el/la Presidente de Jurado declara públicamente *aprobado* la sustentación con el calificativo de *bueno* y procedió a dar por finalizado el Acto de Sustentación. En consecuencia, queda en condición de realizar el trámite para la obtención del TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y CUIDADOS INTENSIVOS MATERNOS.

Morales, 12 de diciembre del 2025



OBSTA. DRA. ORFELINA VALERA VEGA
PRESIDENTE



OBSTA. M.SC. ANGEL DELGADO RÍOS
SECRETARIO



OBSTA. MG. SALVADOR LENININ VIGIL VÁSQUEZ
VOCAL

Constancia de asesoramiento

Quien suscribe el presente documento,

Hace constar:

Que, he asesorado y revisado la tesis titulada: **Violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hospital II-2 Essalud, Tarapoto 2023** en fechas del cronograma a fin de optimizar y agilizar la investigación, elaborada por el/la tesista: **Liz Karín Cachique Guerra**

El que encuentro conforme en estructura y en contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente, y para que conste, firmo en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 12 de diciembre del 2025

Atentamente,



Obsta. Mg. Hilda Gonzalez
Navarro
Asesor

Declaratoria de autenticidad

Liz Karín Cachique Guerra, con DNI N° 71008323; del Programa de Segunda Especialidad en Obstetricia de alto riesgo con mención en cuidados intensivos maternos , Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, autores de la tesis titulada: **Violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en púérperas atendidas en el Hospital II-2 Essalud, Tarapoto 2023.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven a mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 12 de diciembre del 2025



Liz Karín Cachique Guerra
DNI N° 71008323

Ficha de identificación

<p>Título: Violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023</p>	<p>Área de investigación: Ciencias médicas y de la salud Línea de investigación: Servicio de salud pública Sublínea de investigación: Calidad en salud Grupo de investigación: Calidad y Bienestar Social (Res. N° 1461-2024-UNSM/CU-R) Tipo de investigación: Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p>Autor: Obsta. Liz Karín Cachique-Guerra</p>	<p>Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Segunda Especialidad en Obstetricia de alto riesgo con mención en cuidados intensivos maternos https://orcid.org/0000-0001-8830-7020</p>
<p>Asesor: Obsta. Mg. Hilda Gonzáles Navarro</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Ciencias de la Salud https://orcid.org/0000-0002-8575-341X</p>

Dedicatoria

A Dios por ayudarme a superar cada obstáculo interpuesto en mi vida, a mi hermana Maritza que me cuida desde el cielo junto a su a mi perrita Maya, que me acompañó en momentos difíciles y que ahora desde allí están guiándome en mi camino, a mi hermana Nicol porque quiero ser su ejemplo a seguir y a mis padres quienes han creído en mí y me han dado el ejemplo de superación, humildad y sacrificio , a mis hermanas y a mi mascota dedico este trabajo, ya que su apoyo incondicional ha sido clave para alcanzar este logro académico.

Para mis padres Rosa y Nelson, por su incondicional apoyo y enseñanza en los momentos difíciles. A mi compañero canino, Braco, que durante 4 años de su vida me acompañó, cuidándome y animándome en momentos difíciles en los cuales no tuve la energía motivacional que necesitaba. Y gracias a mis padres he aprendido a enfrentar las adversidades con un buen semblante, dignidad, perseverancia y esfuerzo, gracias por transmitirme valores, principios y todo lo que soy como persona, siempre con amor desinteresado, los amo infinitamente.

Karín

Agradecimientos

En primer lugar, doy gracias a Dios, quien me ha dado la orientación y la fuerza necesaria para seguir adelante en este recorrido. Asimismo, quiero agradecer a mi familia por su paciencia, su continuo aliento y su apoyo incondicional durante mi proceso educativo.

Al final, expreso mi gratitud a todas las personas que, de alguna forma, facilitaron la finalización de este trabajo de tesis. A mi asesora, Obst. Mg. Hilda Gonzales Navarro, por su guía y apoyo durante la investigación.

Estoy muy agradecida con mis padres por su amor sin condiciones y su apoyo incesante. Su fe en mí, sobre todo en los instantes más difíciles, ha sido fundamental para alcanzar este éxito.

Mi agradecimiento se extiende igualmente hacia mi hermana Maritza, quien desde el cielo vela por mí y orienta mi ruta, y estoy segura de que se siente contenta contemplar el cierre de mis triunfos. A mi hermana Nicol, por ofrecerme su tiempo, respaldo, comprensión y porque intento ser un modelo a seguir para ella, ya que esto lo realizo por ambas. A mis queridos compañeros de cuatro patas, Maya y Braco, por haber estado a mi lado en los momentos de tristeza, por ser mi soporte y protegerme en esas etapas, y que ahora, desde el cielo, me observan, sin el respaldo de mi familia y mis seres queridos, este éxito no habría podido ser alcanzado. Su amor y dedicación han brillado en cada paso de esta travesía educativa.

La autora

Índice general

Ficha de identificación	6
Dedicatoria	7
Agradecimientos.....	8
Índice general.....	9
Índice de tablas	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.1. Marco general del problema.....	14
1.2. Formulación del problema de investigación.....	16
1.3. Hipótesis de investigación	16
1.4. Objetivos	16
1.4.1. Objetivo general.....	16
1.4.2. Objetivos específicos	16
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Fundamentos teóricos	19
2.2.1. Violencia obstétrica	19
2.2.2. Morbilidad materno perinatal.....	25
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	30
3.1. Ámbito y condiciones de la investigación.....	30
3.1.1. Contexto de la investigación.....	30
3.1.1.1. Ubicación política:	30
3.1.2. Periodo de ejecución.....	30
3.1.3. Autorizaciones y permisos	31
3.1.4. Control ambiental y protocolos de bioseguridad.....	31
3.1.5. Aplicación de principios éticos internacionales.....	31
3.2. Sistema de variables	31

3.2.1. Variables principales	31
3.2.2. Variables secundarias	33
3.2.3. Diseño de la investigación.....	33
3.3. Procedimientos de la investigación.....	35
3.3.1. Objetivo específico 1: Caracterizar la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023	35
3.3.2. Objetivo específico 2: Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023	35
3.3.3. Objetivo específico 3: Identificar la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.	36
3.3.4. Objetivo general: Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	36
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
4.1. Resultado general	38
4.2. Resultado específico 1	39
4.3. Resultado específico 2	39
4.4. Resultado específico 3	40
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	50
Anexo 1. Matriz de consistencia	51
Anexo 2. Operacionalización de variables.....	52
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.....	55

Índice de tablas

Tabla 1 Descripción de variables por objetivo específico.....	32
Tabla 2 Violencia Obstétrica y morbilidad materna perinatal en usuarias atendidas en el Hosp. II-2 Tarapoto 2023.....	35
Tabla 3 Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materno en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	35
Tabla 4 Relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	36
Tabla 5 Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	36
Tabla 6 Asociación entre violencia obstétrica y morbilidad maternoperinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	38
Tabla 7 Características entre violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	39
Tabla 8 Relación entre violencia obstétrica y morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	40
Tabla 9 Asociación entre violencia obstétrica y morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.....	40

RESUMEN

Violencia Obstétrica y morbilidad materna perinatal en usuarias atendidas en el Hosp.
II-2 Essalud, Tarapoto 2023

La violencia obstétrica engloba todas las acciones violentas cumplidas por el personal de salud en conexión con los procesos reproductivos. Esta violencia se manifiesta a través de: trato no humanizado, abuso de medicalización y patologizar los derechos naturales. La finalidad del estudio es establecer la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materna perinatal en púerperas atendidas en el Hosp. II-2 Essalud, Tarapoto 2023, la investigación fue de tipo básica, enfoque descriptivo, diseño no experimental, nivel correlacional y corte transversal. La muestra fue de 801 púerperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital II-2 EsSalud, la técnica empleada, encuesta, instrumentos: ficha de recolección de datos cuestionario. Resultados: mostró que el trato deshumanizado (51.94%) y el abuso de medicalización (36.33%) son prevalentes. Además, la violencia obstétrica repercute significativamente en la morbilidad materna con un (p-valor= <0.001) y el Chi-cuadrado=65.50, la violencia obstétrica repercute significativamente en la morbilidad perinatal con un (p-valor= <0.001) y el Chi-cuadrado=41.01, concluyendo que, existe relación entre Violencia Obstétrica y Morbilidad Maternoperinatal con un (p-valor= <0.001) y Chi cuadrado =37.01.

Palabras clave: violencia obstétrica, morbilidad materna perinatal

ABSTRACT

Obstetric violence and maternal perinatal morbidity in users treated at Hospital II-2 EsSalud, Tarapoto 2023.

Obstetric violence encompasses all violent actions committed by healthcare personnel in connection with reproductive processes. This violence manifests itself through: inhumane treatment, abuse of medicalization, and pathologizing natural rights. The purpose of the study is to establish the relationship between obstetric violence and maternal perinatal morbidity in postpartum women treated at Hospital II-2 EsSalud, Tarapoto 2023. The research was basic, descriptive, non-experimental, correlational, and cross-sectional in design. The sample consisted of 801 postpartum women treated in the gynecology and obstetrics department of Hospital II-2 EsSalud. The technique used was a survey, and the instruments were a data collection form and questionnaire. Results: showed that dehumanized treatment (51.94%) and abuse of medicalization (36.33%) are prevalent. In addition, obstetric violence has a significant impact on maternal morbidity with a p-value = <0.001 and Chi-square = 65.50. obstetric violence has a significant impact on perinatal morbidity with a p-value= <0.001 and Chi-square=41.01, concluding that there is a relationship between obstetric violence and maternal perinatal morbidity with a p-value= <0.001 and Chi-square=37.01.

Keywords: obstetric violence, maternal and perinatal morbidity



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco general del problema

Las féminas tienen derecho a obtener altos estándares de atención médica aceptable, según lo afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto significa que se tiene el derecho a recibir un cuidado apropiado y con respeto durante el embarazo y el momento del nacimiento, además del derecho a un entorno libre de exclusión y violencia. La OMS sostiene que todas las féminas tienen el derecho de estar exentas de cuestiones como la violencia sexual y la desigualdad de género. La ausencia de respeto en el cuidado de las féminas embarazadas puede considerarse una violación a los DD.HH. básicos de estas mujeres, tal como se describen en las normas y principios internacionales de DD.HH. El abuso, el descuido o el irrespeto en el cuidado de las gestantes pueden constituir una violación a los DD.HH. de las mujeres (1).

Es un asunto que ha existido en la sociedad a través de los tiempos, y en diversas culturas se ha empleado como una herramienta para situar a las mujeres en un nivel más bajo en comparación con los hombres. La agresión hacia las mujeres es un problema que ha existido en la sociedad en todo momento. Además, se ha utilizado para confinar las actividades de las mujeres al ámbito de la esfera particular, delegándoles tareas de cuidado que se caracterizan por el acato e inmolación (2). La Asamblea General del Consejo de DD.HH. ha presentado el documento titulado "Enfoque basado en los DD.HH. del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial énfasis en la atención del parto y la violencia obstétrica". Este texto trata sobre la cuestión de la agresión hacia las mujeres, sus orígenes y consecuencias, enfocándose de manera particular en el ámbito de la salud reproductiva, poniendo énfasis en la asistencia durante el parto y la violencia que se presenta en el contexto obstétrico (3).

De acuerdo con el Decreto Supremo que aprueba el "Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021" del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, decreta que la violencia obstétrica engloba todas las acciones violentas cumplidas por el personal de salud en conexión con los procesos reproductivos. Esta violencia se manifiesta a través de un trato no humanizado, el abuso de medicalización y el patologizar los derechos naturales, lo cual tiene un efecto desfavorable en el nivel de vida de las mujeres (4). La expresión violencia obstétrica se refiere a acciones,

conductas y agresiones violentas o que se sientan como tales, llevadas a cabo por médicos, obstetras, enfermeras, trabajadores sociales y otros integrantes del personal de salud, dirigidas a mujeres durante la atención del embarazo, el parto o el postparto. Esto ocurre en diferentes sectores de atención, tanto públicos como privados, y conlleva una variedad de consecuencias físicas, psicológicas, financieras, económicas, sexuales e incluso fatales (5). La violencia que sufren las féminas embarazadas no solo repercute física y emocionalmente en las mujeres, sino también en el bebé (6).

Los problemas de salud asociados con estar embarazada y dar a luz lo conocen como morbilidad materna (7), la hemorragia por atonía o hipertonía uterina, el sangrado vaginal, la ruptura prematura de membranas, la inserción insuficiente del cordón umbilical, el parto prematuro, el pinzamiento prematuro, el corte prematuro del cordón umbilical, el parto y la cesárea son todos ejemplos de morbilidad perinatal materna que se evidencia con mayor cantidad en las mujeres. Además, las complicaciones perinatales incluyen puntuaciones bajas de Apgar al nacer, bajo peso al nacer, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, macrosomía y malformaciones congénitas, estas son las que más se presentan en los neonatos (8).

El proceso de parto en centros de salud, hace referencia a diversas formas de maltrato físico, como también actos de desprecio y abuso verbal. Además, se mencionan acciones médicas llevadas a cabo sin el debido consentimiento o mediante coerción, incluyendo la esterilización. Asimismo, se destaca la falta de confidencialidad, la omisión en la obtención de un consentimiento informado, negativa en administrar calmantes, la violación evidente de la intimidad, rechazo para recibir atención en los centros de salud, así como la falta de cuidado hacia las mujeres en el momento del parto, lo que podría llevar a problemas graves que podrían haberse evitado (1). Muchas puérperas con alto riesgo obstétrico han sido violentadas pero debido a la falta de conocimiento no han sabido actuar en el momento o no lo han reconocido y no supieron a donde acudir tras dicho suceso.

En el Hosp. II – 2 EsSalud Tarapoto, se observa casos de violencia obstétrica en las diferentes etapas: gestación, trabajo de parto o en el puerperio, dichas puérperas pasan por las diferentes áreas que posee el hospital para que sean evaluadas por el equipo de profesionales ya que estas necesitan un examen general y personalizado, por ende, cada una de ellas es una historia diferente. Muchas veces la atención que recibe de dicho personal profesional no es el adecuado ya sea por un mal gesto, una palabra inadecuada, un trato inhumano, mal información del tratamiento que recibe, coacción de

procedimientos, etc, la usuaria ya no desea acudir a las evaluaciones correspondientes y esto podría llegar a colocar en riesgo la supervivencia del binomio madre – niño.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 EsSalud, Tarapoto 2023?

1.3. Hipótesis de investigación

La relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023 es significativa.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.
2. Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.
3. Identificar la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Cardenas et al.(9) en el año 2022 en el país de Chile, reporto como resultado de su estudio que la violencia obstétrica forma parte de la persistente agresión hacia las mujeres, siendo un acto que se lleva a cabo de manera sistemática por quienes asisten a los partos en centros de salud, ya sean públicos o privados. Esta forma de violencia tiene graves consecuencias en las mujeres debido a la posición del equipo médico y a la importancia del evento de parto, en la vida de las féminas.

Marasuera (10) en el año 2021 en el país de Colombia, manifiesta en su estudio que el médico es el profesional encargado de tomar decisiones sobre el tratamiento y procedimiento a seguir durante una complicación en el trabajo de parto. Es importante destacar que las feminas pueden llegar a dar a luz de forma natural utilizando cualquier método, pero en un caso específico, se opta por la cesárea como la opción más adecuada. Pero la puntualidad del médico en el quirófano o los regañones dirigidos a la madre que se queja de dolor, la paciente experimenta únicamente resignación al aceptar que la sala de partos es un entorno público, sujeto a la presencia de enfermeras, médicos y personal sanitario que pueden entrar y salir, eliminando así la privacidad inherente al acto trascendental de dar a luz.

Puello et al. (11) en el año 2021 en el país de Colombia, el estudio analizado incluyó 2.197 registros de nacidos vivos y 103 notificaciones de morbilidad materna extrema. Los resultados mostraron una prevalencia de morbilidad materna extrema del 5,3 %. Se evidenció que los neonatos con un peso al nacer entre 3.500 y 4.000 g, así como aquellos con peso superior a 4.000 g, presentaron un menor riesgo de exposición a morbilidad materna extrema en comparación con los neonatos con peso inferior a 2.500 g. De igual manera, el riesgo de exposición fue menor en los partos a término en comparación con los partos pretérmino. En conclusión, se identificó una asociación entre la morbilidad materna extrema y la presencia de resultados perinatales adversos, con un riesgo significativamente mayor de parto prematuro, bajo peso al nacer y una mayor frecuencia de cesáreas.

Rengifo (12) En el año 2021, En la ciudad de Yurimaguas, Perú, el estudio reportó que la violencia obstétrica es considerada una vulneración de los derechos fundamentales, entre ellos la integridad personal, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad, como consecuencia de la presencia de prácticas humillantes, deficiencias en la información brindada y situaciones de maltrato durante la atención obstétrica. Estas acciones

constituyen una violación a la dignidad humana, ya que los derechos están interconectados y buscan el respeto de este atributo. Además, es importante destacar que las normativas existentes son escasas, insuficientes y genéricas, lo que no contribuye al amparo de la dignidad de las féminas durante el trabajo de parto. En este sentido, el estado tiene responsabilidad al no considerar en la práctica las formas de violencia obstétrica y al no implementar medidas de protección para las mujeres embarazadas como la existencia de guías y centros de prevención ante violencia obstétrica en los centros hospitalarios.

Medoza (13) En el año 2022, en la ciudad de Lima - Perú indico en su estudio que la violencia obstétrica representa una forma de violencia de género interseccional, relacionada con una práctica médica que se ha vuelto habitual. Esta forma de violencia se caracteriza por la humillación, el castigo y la instrucción del cuerpo y la psique de las féminas en el transcurso del trabajo de parto en un entorno hospitalario. Algunas de las prácticas que se asocian a esta forma de violencia incluyen la exigencia de la posición supina, la administración de oxitocina sintética, la realización rutinaria de episiotomías y la aplicación de tratos humillantes. La relación desigual entre el grupo de atención médica y las féminas en el transcurso de parto se basa en la estructura social patriarcal y racializada, así como sobre el poder y conocimiento médico.

Rodriguez (14) En el año 2022 en la ciudad Lima – Perú, reporto en su estudio que obtuvo datos epidemiológicos y que la edad media es de 35 años, con una desviación típica de 6 años. Además, constató que la edad de gestación en el transcurso del parto era de 35 semanas de media, lo que indica la ocurrencia de partos prematuros. En relación a la calidad de las atenciones prenatales, se pudo constatar una falta de las mismas en un 82,6% de los casos. En relación con la Morbilidad Materna Extrema, se identificó una incidencia del 20,2 % en los casos analizados. A partir de la tabulación cruzada de las variables correspondientes, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de la atención prenatal y la Morbilidad Materna Extrema, con un valor máximo de chi cuadrado (χ^2) de 5,405 y un nivel de significación de 0,020. Asimismo, la tasa de incidencia de Morbilidad Materna Extrema fue de 8,7 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la Tasa de Mortalidad Materna alcanzó el 12,5 %. La relación entre Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Materna fue de 7.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Violencia obstétrica

Definición: La violencia obstétrica comprende el conjunto de acciones ejercidas por el personal de salud en el contexto de los procesos reproductivos, las cuales se manifiestan a través de un trato deshumanizado, el uso excesivo e injustificado de intervenciones médicas y la patologización de procesos fisiológicos naturales, generando un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres (15). Todas las mujeres tienen derecho a acceder a una atención sanitaria de calidad, que garantice cuidados adecuados y respetuosos durante el embarazo y el parto, así como la protección frente a cualquier forma de violencia o discriminación en los servicios de salud. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en la atención brindada a las mujeres gestantes pueden considerarse una vulneración de los DD.HH. fundamentales de las mujeres, conforme a lo establecido en las normas y principios internacionales de DD.HH. (1).

2.2.1.1. Dimensiones

Por ende, las dimensiones que abarcan la violencia obstétrica son:

a) Abuso de medicalización

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicalización de los partos está influyendo negativamente en la fertilidad de las mujeres y entorpeciendo la procreación de hijos. Es vital que el parto se estime como un proceso natural, que se dé énfasis a los anhelos de la madre en todas las decisiones y que los profesionales médicos solo participen cuando haya dificultad (16).

La medicalización del parto se refiere a la aplicación de intervenciones sin una justificación clínica clara, mediante las cuales se ejerce control sobre la mujer gestante. Si bien estas prácticas han contribuido a la reducción de la mortalidad materna e infantil, en algunos casos dicho avance se ha logrado a expensas de la autonomía de la mujer, vulnerando sus derechos a la libertad, a recibir información adecuada y a participar de manera informada y libre en la toma de decisiones relacionadas con su atención (17).

Con la progresiva incorporación de la medicina en los espacios domésticos y en los acontecimientos fundamentales de la vida humana, una de las primeras críticas a la medicalización se enfocó en la institucionalización del nacimiento en el ámbito hospitalario. Este proceso tendió a aislar a la mujer, al exponerla a intervenciones y procedimientos percibidos como ajenos, lo que limitó su rol como participante activa en la experiencia del parto y en el primer vínculo con su hijo, quien, además, era separado

de manera inmediata. En este sentido, la medicina ha buscado regular los tiempos y las modalidades de una interacción que, idealmente, debería desarrollarse de forma espontánea, íntima y natural (18).

Entre las imposiciones colocadas tenemos:

La administración de un medicamento para acelerar el parto (oxitocina): La oxitocina es el medicamento más utilizado en la obstetricia contemporánea, ayuda al obstetra a solucionar distintas situaciones clínicas que conllevan un riesgo potencial para la vida. Las indicaciones para su uso incluyen la inducción y dirección del parto, la estimulación dirigida y el soporte de la hemostasia posparto, postaborto y poscesárea, así como la inducción y dirección del desarrollo del parto. El empleo de oxitocina en obstetricia no debe ser sistemático, sino que su utilización debe basarse en una evaluación personalizada de cada paciente y estar adecuadamente justificada por un razonamiento clínico. A pesar de ello, es esencial conocer los potenciales efectos adversos del medicamento en el instante de su prescripción para tomar las precauciones necesarias ya que no se puede utilizar a diestra y siniestra (19).

En presencia de sangrado asociado a atonía o hipotonía uterina y alteraciones de los signos vitales, se recomienda la administración de oxitocina como tratamiento farmacológico. En ausencia de una vía venosa instalada, debe administrarse por vía intramuscular una dosis de 10 unidades. En caso de contar con acceso venoso, se sugiere la administración intravenosa de 5 unidades, diluidas y administradas lentamente durante un período aproximado de cinco minutos. Esta dosis puede repetirse cada cinco minutos hasta alcanzar un máximo de 10 unidades internacionales. Posteriormente, se debe iniciar una infusión intravenosa de 20 unidades de oxitocina diluidas en 500 ml de solución fisiológica, a una velocidad de 40 gotas por minuto. La dosis máxima recomendada de líquidos intravenosos que contengan oxitocina no debe exceder los 3 litros (20).

Colocación de misoprostol vía vaginal: Su uso, en comparación con el de la oxitocina endovenosa, se relaciona con una elevada tendencia a que el parto se efectúe por vía vaginal en un periodo de 24 horas, un inferior riesgo de cesárea y un reducido riesgo de que la puntuación APGAR sea inferior a 7 durante los primeros cinco minutos. La posología recomendada para la maduración y la inducción es de 25 microgramos suministrados por vía transvaginal a espacios no excesivos de seis horas. Altas dosis acrecentan el riesgo de desaceleraciones de LCF provocadas por taquisistolia y por ende sufrimiento fetal, conllevando a observar líquido amniótico verde en el momento

del parto. No se recomienda su uso en féminas embarazadas que hayan tenido una cesárea previamente (21).

Para la inducción del trabajo de parto, el régimen de misoprostol recomendado consiste en la administración de 25 µg por vía vaginal, mediante la colocación de una tableta de 25 µg en el fondo de saco posterior, cada seis horas, o bien 25 µg por vía oral cada dos horas. Como observación, en caso de que únicamente se disponga de tabletas de 200 µg, es posible obtener dosis menores mediante su disolución en agua: se debe disolver una tableta de 200 µg en 200 ml de agua y administrar 25 ml de la solución por vía oral (20).

b) Trato deshumanizado

El término "deshumanización médica" se ocupa de la práctica de tratar a los usuarios de un modo que no se distingue del tratamiento de objetos inanimados. Esto implica no tener en cuenta las características personales y únicas del paciente, ignorar sus sentimientos y valores, "cosificar" al paciente (como "el paciente de la cama X" o "el paciente con tal o cual enfermedad") y relegarlo a un segundo plano o ignorar sus dimensiones (22).

El trato deshumanizado se caracteriza de la siguiente manera:

- **Realización de procedimientos sin consentimiento (especuloscopia, Kristeller, episiotomías, cesarea, legrado):** El médico no pondrá a sus usuarias en peligro innecesario asumiendo riesgos innecesarios. Se espera que se pida permiso a la usuaria antes de someterle a cualquier procedimiento médico o quirúrgico (especuloscopia, Kristeller, episiotomías, cesarea, legrado), ya que pueda tener efectos sobre su salud física o mental (23). Se debe garantizar el respeto de los derechos de la mujer gestante y de su recién nacido a recibir una atención humanizada durante el proceso del parto. En este contexto, es fundamental evitar la realización de maniobras de Kristeller, asegurar la protección del periné mediante técnicas adecuadas y limitar la práctica de la episiotomía únicamente a los casos en que esté clínicamente indicada (24).
- **Tactos vaginales reiterados:** Los tactos vaginales se debe de realizar cada cuatro horas si se encuentra en la fase activa del trabajo de parto: desarrollo del curso de la dilatación, descenso y rotación interna, así como ante la necesidad de pujar y el número de tactos debe ser mínimo para evitar el desarrollo de infecciones intraamnióticas y malestares innecesarios a la paciente (21). Los tactos vaginales deben ser realizados exclusivamente por personal de salud debidamente capacitado, utilizando técnicas de asepsia, con manos limpias y guantes estériles.

El número de exámenes vaginales debe limitarse a lo estrictamente necesario, considerándose suficiente una evaluación cada cuatro horas, salvo en situaciones específicas, como la disminución en la intensidad o frecuencia de las contracciones, o la presencia de signos que indiquen el deseo de pujo por parte de la mujer. Asimismo, se recomienda que estos procedimientos se realicen explicando previamente su finalidad, con el fin de generar confianza en la parturienta y sus familiares, manteniendo en todo momento una actitud prudente, respetuosa y tolerante. (25) Durante el trabajo de parto eutócico, se debe evitar la realización de más de cuatro tactos vaginales, limitando este procedimiento a las evaluaciones estrictamente necesarias. (24)

- **Prohibición del apego precoz:** Al realizar la prohibición y la separación entre la madre y el niño se crea una barrera física y emocional para la madre, dificultándole los primeros vínculos con su hijo. La edad gestacional y la cantidad de alimentos recibidos a través de la LM se consideran los 2 factores fundamentales que repercuten en el establecimiento del peso adecuado al nacer. Se trata de una situación que se caracteriza por la interrupción prematura del embarazo, en primer lugar, y por la interacción entre la madre y el feto mientras la madre está amamantando, en segundo lugar (26).
- **Pudor de la usuaria:** Durante la práctica de procesos ambulatorios siempre se debe de cuidar en todo momento el pudor e intimidad del paciente. (uso de batas, soleras para proteger al paciente durante el proceso de atención, etc), teniendo en cuenta que el parto es un evento vinculado a la sexualidad y que los procedimientos realizados a una mujer durante este proceso se centran mayormente en sus órganos reproductivos, su privacidad queda mucho más visible que en otros contextos de atención, por lo que se debe preservar el respeto hacia la usuaria (27). Se debe garantizar un entorno cálido y tranquilo, con iluminación tenue y libre de ruidos o expresiones verbales elevadas, a fin de favorecer el bienestar de la mujer durante la atención del parto. (24)
- **Crítica sobre comportamiento (comentarios incómodos, irónico, descalificadores, burla o tono de chiste):** La paciente no debe de recibir comentarios de humor social, popular, sarcástico, choteador, jocoso por parte del grupo de salud buscando exponer la deficiencia, las debilidades, las contradicciones de los ciudadanos ya que en el momento de ser atendido en un nosocomio se sienten vulnerables y por ende el personal de salud no debe de alardear del poder que creen poseer (28).

- **Sobrenombres o diminutivos:** Los usuarios no deben de recibir en ningún momento de la atención por parte del grupo de salud con calificativos que suele darse o tomado de una persona por sus defectos corporales o de alguna otra particularidad, por ende hay una falta de respeto (29).
 - **Tono afectuoso como si fuera una niña incapaz de entender las intervenciones Quirugicas:** Las usuarias no deben de ser tratados como niños ya que a partir de los 11 a 12 años, comienza el desarrollo del pensamiento lógico y abstracto, permitiéndonos reflexionar mas allá de nuestro tiempo y lugar. Empezamos a examinar, combinar y utilizar conceptos; por lo tanto, es necesario presentar a las usuarias la situación tal como se presenta, indicando los beneficios y riesgos que conlleva una intervención quirúrgica (30).
 - **Criticada por manifestar emociones (llorar, gritar, dolor, alegría, tristeza):** Una paciente tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto al obtener atención sanitaria reproductiva y atención obstétrica, sin ser sometido a marginación o violencia, sexismo o ningún otro tipo de violencia psicológica o física, tortura, trato inhumano o denigrante, o Coerción por ende una usuaria tiene el derecho de mostrar o manifestar las emociones que presenta en dicho momento (2).
 - **Acompañamiento durante el parto por una persona de confianza:** Una mujer tiene la opción de estar acompañada mientras se de el parto por una persona que ella elija, como su pareja, familiar o un amigo íntimo. La ausencia de un familiar o amigo lleva a que no exista una conexión emocional, vinculación, apoyo en los casos, por consecuencia no existe una mejor evolución del parto: no acorta el proceso, no aminora la necesidad de medicación y analgesia (31). Durante el trabajo de parto eutócico, se debe permitir el acompañamiento de la pareja o de un familiar elegido por la mujer, como parte de una atención respetuosa y centrada en la gestante (24).
 - **Imposibilidad de caminar o tomar una posición cómoda:** restringir que camine, se siente o este de pie, darse una ducha relajante, a tomar una posición cómoda en el trabajo de parto, realizar otras actividades de su elección a una mujer pese que ya se conoce que las diferentes posturas de parto tienen distintos efectos positivos sobre el binomio madre - niño, trae efectos negativos como que no ayuda a minorar el dolor, aumentar el tiempo del trabajo de parto, etc (31). Durante el trabajo de parto eutócico, se debe permitir la deambulación y el uso de duchas con agua tibia, así como favorecer que la mujer gestante adopte la posición que le resulte más cómoda, promoviendo su bienestar y participación activa en el proceso del parto (24).
- c) Patologización de los procesos naturales**

Las creencias sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad de la mujer tienen su origen en convicciones religiosas, sociales y culturales. Estas creencias pueden verse en representaciones estereotipadas de la mujer en la ficción y la no ficción. Un ejemplo de este tipo de ideas erróneas es la idea de que dar a luz es un acontecimiento que requiere que la mujer sufra mucho dolor (2).

Los servicios de atención obstétrica señalan que, al ingreso a estas áreas, las mujeres son evaluadas fundamentalmente a partir de signos y síntomas de carácter físico, a partir de los cuales se las clasifica como pacientes obstétricas de alto o bajo riesgo. Estas últimas conforman un grupo que, desde una perspectiva epidemiológica, no representa un incremento significativo ni una probabilidad elevada de morbilidad o mortalidad, tanto para la mujer como para el feto o el neonato. Sin embargo, los protocolos médicos establecen la aplicación de procedimientos e intervenciones de carácter rutinario que, en numerosas ocasiones, no consideran las necesidades individuales de estas mujeres y pueden generar efectos adversos que no son debidamente analizados ni valorados desde la práctica obstétrica. A pesar de ello, dichas consecuencias han sido abordadas desde diversas disciplinas, entre ellas la medicina, la sociología y la antropología, así como desde enfoques basados en teorías de derechos humanos con perspectiva de género, especialmente en lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los cuales han cuestionado la hegemonía de la ciencia médica y sus disciplinas, sustentadas en relaciones de poder que limitan la posibilidad de interpelar críticamente su práctica clínica (18).

Entre ellas tenemos:

- **La cesárea:** es un procedimiento quirúrgico que implica la realización de una incisión en el abdomen y el útero maternos con el fin de extraer al feto. (32) Es el procedimiento que consta de la extracción del feto y sus anexos por vía transabdominal, por medio de una incisión efectuada quirúrgicamente a través del abdomen y el útero (33). Es la extirpación de un feto de al menos 22 semanas por vía abdominal, esté con o sin vida, junto con la placenta y sus membranas, tras una incisión quirúrgica en la pared abdominal (laparotomía) y una histerectomía (21). Este procedimiento debe indicarse únicamente cuando exista riesgo para la vida de la madre y/o del feto, y debe evitarse su utilización como práctica rutinaria en la atención obstétrica (24).
- **Rotura artificial de membranas:** Este procedimiento, también denominado rotura artificial de membranas o amniotomía, tiene como finalidad acelerar e intensificar las contracciones uterinas y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto. Se

realiza durante el tacto vaginal, mediante la punción de las membranas ovulares con un instrumento de asa larga, similar a una aguja de crochet, lo que permite la salida del líquido amniótico al exterior (34). La OMS señala que la rotura artificial precoz de membranas no está justificada como procedimiento de rutina, debido al riesgo de prolapso del cordón umbilical, el cual puede desplazarse alrededor o por debajo de la cabeza fetal. De acuerdo con este organismo, la indicación válida para la rotura artificial de membranas se limita a situaciones específicas, como la obtención de una muestra de sangre fetal para la medición del pH y la evaluación del bienestar del feto (35). Durante el trabajo de parto eutócico, se debe evitar la realización de la rotura artificial de membranas como práctica rutinaria (24).

- **Episiotomías:** Es cuando se realiza una incisión en el perineo para ampliar la abertura vaginal durante la última parte de la fase del parto o durante el propio parto (36). En la actualidad, no se recomienda la realización de episiotomías de manera rutinaria. No obstante, en determinadas situaciones clínicas, este procedimiento puede estar indicado. Entre las principales razones se incluyen la presencia de distocia de hombros, cuando el hombro del recién nacido queda impactado detrás del hueso pélvico, así como alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, indicativas de sufrimiento fetal (37). Durante el período expulsivo, se debe proteger el periné mediante técnicas manuales adecuadas y restringir la realización de la episiotomía únicamente a los casos en los que esté clínicamente indicada (24).
- **Posición de litotomía:** Corresponde a una posición en la que la paciente se encuentra en decúbito supino, con la espalda apoyada y alineación cervico-torácica adecuada, la pelvis elevada, las piernas flexionadas y los miembros inferiores en abducción y rotación externa (38). Esta es la posición mas usada, pero se tiene que realizar la consulta si la mujer desea tomar esa opción o si desea tomar otra postura. Durante el período expulsivo sin complicaciones, se debe permitir que la mujer adopte la posición de su preferencia para la atención del parto, ya sea en posición vertical u horizontal, favoreciendo su comodidad y participación activa en el proceso (24).

2.2.2. Morbilidad materno perinatal

La morbilidad materna y perinatal comprende el conjunto de patologías que pueden presentarse durante el embarazo, el parto o el puerperio, entre las que se incluyen la preeclampsia, la hemorragia obstétrica, la rotura prematura de membranas, la hemorragia posparto secundaria a atonía o hipotonía uterina, los desgarros vaginales, el alumbramiento incompleto, el parto prematuro y el parto por cesárea. Asimismo, las

complicaciones perinatales, tales como las puntuaciones bajas de Apgar al nacimiento, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la restricción del crecimiento intrauterino, la macrosomía y las malformaciones congénitas, constituyen también riesgos potenciales para la salud del recién nacido (8).

2.2.2.1. Morbilidad Materna

Se refiere a una cadena de complicaciones de salud que podrían surgir como consecuencia directa de llevar un embarazo a término y dar a luz (7).

- **Pre-eclampsia:** Trastorno hipertensivo del embarazo que se presenta a partir de la semana 20 de gestación, caracterizado por presión arterial $\geq 140/90$ mmHg en una mujer previamente normotensa, asociada a proteinuria (≥ 300 mg en orina de 24 horas, tira reactiva $\geq 2++$ o cociente proteinuria/creatininuria $\geq 0,3$). En ausencia de proteinuria, el diagnóstico se establece por hipertensión acompañada de signos de daño a órgano blanco, como trombocitopenia, disfunción hepática, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar o alteraciones neurológicas o visuales (39).
- **Hemorragia obstétrica:** Complicación caracterizada por una pérdida sanguínea excesiva que puede presentarse a partir de la vigésima cuarta semana de gestación, durante el parto o en el período posparto. Se define por una pérdida mayor a 500 ml de sangre en el parto vaginal o superior a 1.000 ml en la cesárea, una disminución de la concentración de hemoglobina mayor a 40 g/L o la necesidad de transfundir más de cuatro unidades de concentrados eritrocitarios. Asimismo, se considera hemorragia posparto aquella pérdida vaginal que provoca alteración hemodinámica, generalmente mayor a 500 ml, dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, la cual se clasifica en hemorragia posparto inmediata cuando ocurre dentro de las primeras 2 horas, y hemorragia posparto tardía cuando se presenta después de ese período (39).
- **Ruptura prematura de membrana:** Evento obstétrico caracterizado por la rotura espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto (41). Independientemente a la edad gestacional (39).
- **Hemorragias obstétricas post parto por atonía o hipotonía uterina:** Es la falta o la insuficiencia de las contracciones uterinas que se dan tras el parto lo que causa la hemorragia activa en el puerperio. Esto incrementa el peligro de shock hipovolémico y muerte materna (33). Pérdida sanguínea mayor de 500 ml posterior a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después de un parto vaginal, o superior a 1.000 ml tras una cesárea. También se considera cuando el sangrado se acompaña de inestabilidad hemodinámica que requiere transfusión

sanguínea, o cuando se evidencia una disminución del hematocrito mayor al 10 % en comparación con los valores al ingreso. La hemorragia posparto tardía se define como la pérdida sanguínea que ocurre después de las primeras 24 horas del posparto y se extiende hasta la finalización del puerperio (42).

- **Desgarro vaginal:** Lesión traumática caracterizada por la interrupción de la continuidad del tejido vulvovaginal producida durante el paso del feto a través del canal del parto. Puede variar desde desgarros leves hasta severos e involucrar estructuras como la vagina, la piel del periné, el cuello uterino, la musculatura perineal y, en casos más graves, órganos adyacentes como la vejiga o el recto (39).
- **Alumbramiento incompleto:** todo lo opuesto a alumbramiento, es la expulsión de la placenta y anexos ovulares subsiguiente a la salida del feto en un período de tiempo comprendido entre los 10 y 30 minutos sin manejo activo y 15 minutos con el mismo (33). Ante la sospecha de retención de restos placentarios o membranas ovulares, y siempre que se cuente con personal de salud debidamente capacitado, se debe proceder a la revisión manual de la cavidad uterina, con el objetivo de extraer coágulos y tejidos retenidos, a fin de prevenir complicaciones maternas (42).
- **Parto pretermino o prematuro:** Nacimiento que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación o cuando el recién nacido presenta un peso inferior a 2.500 gramos. Se denomina parto inmaduro, aquel que se produce entre las 22 y 27 semanas de gestación, con un peso fetal inferior a 2.000 gramos (33). culminación de la gestación que ocurre entre las 20 y 37 semanas de amenorrea confiable, calculadas a partir del primer día de la última menstruación, y cuyos recién nacidos presentan un peso al nacer comprendido entre 500 y 2.499 gramos (39).
- **Parto por cesarea:** El parto por cesárea es el nacimiento de un niño por medio de la incisión quirúrgica que se hace en el abdomen y el útero de la madre. Este método facilita un mayor nivel de seguridad para la madre, el niño o ambos en comparación con el método tradicional de parto por vía vaginal (43). Existe Cesárea electiva: que es un procedimiento quirúrgico programado durante el control prenatal, indicado de forma anticipada en ausencia de una urgencia obstétrica inmediata y Cesárea de emergencia: Procedimiento quirúrgico decidido de manera imprevista ante la aparición súbita de una complicación o patología materna y/o fetal que requiere la finalización inmediata del embarazo, respetando los criterios y condiciones necesarias para el ingreso a sala de operaciones (39).

2.2.2.2. Morbilidad perinatal

- **Apgar bajo al nacer:** La puntuación de Apgar a los cinco minutos, así como la variación observada entre el primer y el quinto minuto, constituye un indicador

relevante de la respuesta del recién nacido a las maniobras de reanimación. Cuando la puntuación de Apgar es inferior a 7 a los cinco minutos de vida, el Programa de Reanimación Neonatal establece que la evaluación debe repetirse cada cinco minutos durante los siguientes 20 minutos, hasta alcanzar una puntuación final adecuada (44). El test de Apgar se realiza durante el contacto precoz y permite valorar la vitalidad del recién nacido al momento del nacimiento. Esta evaluación se efectúa de manera retrospectiva mediante la puntuación del Apgar al primer y quinto minuto de vida (45).

- **Bajo peso al nacer:** Condición definida por un peso al momento del nacimiento inferior a 2.500 gramos. El bajo peso al nacer constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial y se asocia con múltiples consecuencias adversas para la salud, tanto en el período neonatal inmediato como a largo plazo (46).
- **Prematuridad:** Describe la situación en la que nace un niño antes de la semana 37 de gestación, muchos sobreviven sin ninguna secuela, otros lo hacen con secuelas más o menos graves, y algunos fallecen (47). Para determinar la edad gestacional se aplicará del Test de Capurro. (45)
- **Pequeño para edad gestacional:** El término “pequeño para la edad gestacional” (PEG) se refiere a un recién nacido cuyo peso y/o altura son dos o más desviaciones estándar (DE) (percentil 3) por debajo de la media establecida para su población de referencia, su sexo y su edad gestacional. Es fundamental determinar con precisión la duración de la gestación, ya sea a partir de la fecha de la última menstruación o, preferentemente, mediante ecografía fetal. Esta última permite una estimación más confiable de la edad gestacional, salvo en aquellos casos en los que, desde el primer trimestre, se evidencien alteraciones del crecimiento fetal (48). El estado nutricional será evaluado en función del peso al nacer y la edad gestacional, utilizando como referencia la Tabla de IMPROM (45).
- **Macrosomía fetal:** Un recién nacido cuyo peso es igual o superior a 4500gr., teniendo en cuenta su sexo o grupo étnico, cuando su peso se sitúa por encima del percentil 95 correspondiente a su edad gestacional (21). Se calificará con el estado nutricional de acuerdo al peso (45).
- **Malformaciones congénitas:** Las anomalías estructurales o funcionales, tales como los trastornos metabólicos, pueden ser definidas como alteraciones que se producen durante el desarrollo intrauterino y que pueden ser identificadas durante el período prenatal, en el momento del parto o en etapas tempranas de la infancia, como es el caso de los defectos de audición (49). La evaluación se realizará mediante el examen físico del recién nacido, una vez finalizado el contacto piel a

piel. Este examen debe llevarse a cabo de manera sistemática, incluyendo una valoración general y regional, la búsqueda del reflejo rojo para el descarte de catarata congénita y la inspección visual de la región anal. Asimismo, la evaluación física comprende la medición antropométrica, con el registro del peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico (45).

- **Onfalitis:** se refiere a la infección del área del ombligo y los tejidos circundantes. Es una infección común durante la etapa neonatal (en la primera semana de vida) y se presenta con hinchazón, enrojecimiento, mal olor y molestias en la piel alrededor del ombligo, pudiendo estar acompañada o no de secreción purulenta en base del ombligo (50).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

3.1.1. Contexto de la investigación

3.1.1.1. Ubicación política:

Distrito : Tarapoto

Provincia : San Martín

Región : San Martín

3.1.1.2. Ubicación geográfica

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en la ciudad de Tarapoto, la cual cuenta con una población aproximada de 187.320 habitantes. Su ubicación geográfica la convierte en un importante eje de intercambio comercial entre las regiones de San Martín y Loreto (51).

El distrito presenta como límites geográficos, al norte, los distritos de San Antonio y La Banda de Shilcayo; al sur, el distrito de Juan Guerra; al este, nuevamente el distrito de La Banda de Shilcayo; y al oeste, los distritos de Cacatachi y Morales (52).

La ciudad de Tarapoto fue fundada el 20 de agosto de 1782 por el obispo Baltazar Jaime Martínez de Compañón y Bujanda. Sus orígenes históricos se remontan a los asentamientos de los pueblos Pocras y Hanan Chancas, quienes, tras la conquista del Imperio Inca, protagonizaron una rebelión liderada por Ancohallo. Posteriormente, estos grupos establecieron un asentamiento satélite en el valle de los ríos Cumbaza y Shilcayo, teniendo como eje central la laguna Suchiche, zona caracterizada por la abundante presencia de la palmera conocida como *Taraputus*, de la cual deriva el nombre de la ciudad (53).

3.1.2. Periodo de ejecución

El estudio de investigación se inició el 1 de diciembre de 2024 y culminó el 15 de junio de 2025.

3.1.3. Autorizaciones y permisos

Se solicitó la autorización al director del **Hosp. II-2 EsSalud – Tarapoto**, con el propósito de contar con las facilidades necesarias para el adecuado desarrollo de la presente investigación, incluyendo el acceso a las H.C. de los casos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos.

3.1.4. Control ambiental y protocolos de bioseguridad

No se requiere la implementación de control ambiental para el desarrollo del estudio

3.1.5. Aplicación de principios éticos internacionales

La presente investigación no representa riesgo para los participantes, ya que no se realizaron procedimientos invasivos ni intervenciones que comprometieran su integridad. Asimismo, se respetaron los principios éticos de la bioética, tales como la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron debidamente codificados con el fin de salvaguardar la integridad moral y emocional de las personas involucradas, y la información obtenida fue empleada exclusivamente con fines de investigación.

El presente estudio reviste gran relevancia para la población en general, debido a que la violencia obstétrica constituye una práctica que aún se presenta en un número considerable de mujeres gestantes, pero estas no lo reconocen, distinguir los distintos tipos de violencia obstétrica es importante para así poder disminuir su prevalencia, para que no continúe afectando en la salud materna fetal. El objetivo de este estudio es caracterizar dichos tipos de violencia obstétrica para así implementar estrategias de prevención y mejora del seguimiento a usuarias con riesgo obstétrico por parte del equipo de salud. Los hallazgos de esta investigación serán valiosos para estudios posteriores y para mejorar las tácticas de salud pública y la atención brindada por el personal médico en la región de San Martín.

3.2. Sistema de variables

3.2.1. Variables principales

Variable 1: Violencia obstétrica

Definición conceptual: Comprende el conjunto de acciones ejercidas por el personal de salud en el ámbito de los procesos reproductivos, las cuales se manifiestan a través de un trato deshumanizado, el uso excesivo de intervenciones médicas y la

patologización de procesos fisiológicos naturales, generando un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres (15).

Definición operacional: La violencia obstétrica se caracteriza por prácticas como el abuso de la medicalización, el trato deshumanizado y la patologización de los procesos fisiológicos naturales.

Variable dependiente 2: Morbilidad Materno perinatal

Definición conceptual: Se trata de diversas patologías que pueden presentarse durante el embarazo, el parto o el puerperio, entre las que se incluyen la preeclampsia, la hemorragia obstétrica, la rotura prematura de membranas, la hemorragia posparto secundaria a atonía o hipotonía uterina, el desgarro vaginal, el alumbramiento incompleto, el parto prematuro y el parto por cesárea. Asimismo, las complicaciones perinatales, como las puntuaciones bajas de Apgar al nacimiento, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la restricción del crecimiento intrauterino, la macrosomía y las malformaciones congénitas, constituyen también riesgos potenciales para la salud del recién nacido (8).

Definición operacional: Referida a las complicaciones maternos y perinatales ocurridas durante las atenciones.

Tabla 1

Descripción de variables por objetivo específico

Objetivo específico 1: Caracterizar la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Caraterizar Violencia obstétrica	Abuso de medicalización	Cuestionario elaborado por la autora.	Nominal
	Trato deshumanizado		Nominal
	Patologización de los procesos naturales.		Nominal

Objetivo específico 2: Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Relación entre violencia obstétrica y Morbilidad Materno	Violencia obstétrica	Guia de analisis documental elaborado por la autora HC.	Nominal
	Morbilidad materna		
	Pre-eclampsia		
	Hemorragia obstétrica		
	Ruptura prematura de membranas		
	Hemorragia obstétrica post parto por atonia hipotonia uterina		

	Degarro vaginal Alumbramiento incompleto Parto pretermino Parto por cesarea		
Objetivo especifico 3: Identificar la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal	Violencia obstétrica Morbilidad perinatal: <ul style="list-style-type: none"> • Apgar bajo al nacer • Bajo peso al nacer • Prematuridad • Restricción de crecimiento uterino • Macrosomía fetal • Malformaciones congénitas 	Guia de analisis documental: elaborado por la autora	Nominal
Objetivo especifico 4: Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal	Violencia obstétrica Morbilidad materno perinatal	Base de datos SPPS vs 27	Nominal

3.2.2. Variables secundarias

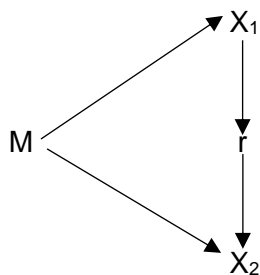
No se consigna información al respecto.

3.2.3. Diseño de la investigación

Tipo: Básica

Nivel: descriptivo, correlacional

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo y correlacional.



Donde:

M = Cuestionarios a puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto.

X_1 = Violencia obstétrica

X_2 = Morbilidad materno perinatal

r = Relación entre la violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal.

Universo

Estuvo conformada por todas las puerperas que recibieron mínimo una atención y culminaron su parto en el Hosp. II - 2, EsSalud Tarapoto.

La población de estudio estuvo constituida por 917 puérperas que recibieron al menos una atención y culminaron su parto en el **Hosp. II-2 EsSalud – Tarapoto** durante el año 2023, según los registros proporcionados por la Dirección Ejecutiva de la institución

La muestra esta constituida por 801 puérperas, correspondiente a la cantidad de historias clínicas de las puérperas que recibieron mínimo una atención y culminaron su parto en el Hosp. II - 2 EsSalud, Tarapoto durante el año 2023, y que presentaron violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal.

Criterios de Inclusión:

- Todas las puérperas que tenía mínima una atención y culminaron su parto en el servicio de gineco-obstetricia en el Hosp. II - 2 EsSalud Tarapoto, en el año 2023.
- Puérperas accesibles y que cuentan con todos los datos importantes para la recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Puérperas que no tenían ningún control prenatal y no culminaron su parto en el servicio de gineco-obstetricia en el Hosp. II - 2 EsSalud Tarapoto, en el año 2023.
- Puérperas que no acceden al cuestionario.
- Puérperas que no brindan su consentimiento.

Técnica: Para el estudio se empleo la técnica de recopilación de datos de la historia clínica.

3.3. Procedimientos de la investigación

3.3.1. Objetivo específico 1: Caracterizar la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Tabla 2

Violencia Obstétrica y morbilidad materna perinatal en usuarias atendidas en el Hosp. II-2 Tarapoto 2023

Actividades	Recurso Humano	Equipos
Aplicación de instrumentos	Investigadora	Ninguno
Elaboración de bases de datos en Excel y SPSS Vs 26	Investigadora	Ninguno
Procesamiento de los datos recogidos	Investigadora	Ninguno
Análisis e interpretación de datos	Investigadora	Ninguno

Fuente: Elaboración propia

Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Se realizará el análisis de los datos utilizando el software SPSS vs 26, haciendo uso de la estadística descriptiva.

Los resultados se presentarán en tablas simples o figuras.

3.3.2. Objetivo específico 2: Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Tabla 3

Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materno en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Actividades	Recurso Humano	Equipos
Aplicación de instrumentos	Investigadora	Ninguno
Elaboración de bases de datos en Excel y SPSS Vs 26	Investigadora	Ninguno
Procesamiento de los datos recogidos	Investigadora	Ninguno
Análisis e interpretación de datos	Investigadora	Ninguno
Aplicación de instrumentos	Investigadora	Ninguno

Fuente: Elaboración propia

Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Se realizará el análisis de los datos utilizando el software SPSS vs 26, haciendo uso de la estadística inferencia (correlacion de Pearson) con un nivel de confiabilidad al 95% (p valor <0.05) Los resultados se presentarán en tablas de doble entraba.

3.3.3. Objetivo específico 3: Identificar la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Tabla 4

Relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Actividades	Recurso Humano	Equipos
Coordinación con la Dirección Ejecutiva del Hosp. II - 2 Tarapoto	Investigadora	Ninguno
Elaboración y aplicación de instrumentos	Investigadora	Ninguno
Elaborar bases de datos en el programa SPSS versión 26	Investigadora	Ninguno
Procesamiento de los datos recogidos	Investigadora	Ninguno
Análisis e interpretación de datos	Investigadora	Ninguno

Fuente: *Elaboración propia.*

Técnica de procesamiento y análisis de datos:

Al obtener los resultados, se llevo a cabo la correlación de las variables mediante la prueba no paramétrica X² con $p < 0,05$. Los resultados fueron exhibidos en tablas y/o figuras.

3.3.4. Objetivo general: Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Tabla 5

Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

Actividades	Recurso Humano	Equipos
Coordinación con la Dirección Ejecutiva del Hosp. II - 2 Tarapoto	Investigadora	Ninguno
Elaboración y aplicación de instrumentos	Investigadora Aplicadores	Ninguno
Elaborar bases de datos en el programa SPSS versión 27	Investigadora Estadístico	Ninguno
Procesamiento de los datos recogidos	Investigadora Estadístico	Ninguno
Análisis e interpretación de datos	Investigadora	Ninguno

Fuente: *Elaboración propia*

Procesamiento y análisis de datos:

Al obtener los resultados, se llevo a cabo la correlación de las variables mediante la prueba no paramétrica χ^2 con $p < 0,05$. Los resultados fueron exhibidos en tablas y/o figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultado general

Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Tabla 6

Asociación entre violencia obstétrica y morbilidad maternoperinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

		Morbilidad materno perinatal				total	
		SI		NO		N	%
		N	%	N	%		
Violencia Obstetrica	Si	40	4.99	283	35.33	323	40.32
	No	9	1.12	469	58.55	478	59.68
Total		49	6.12	752	93.88	801	100.00
Chi-Cuadrado=37.01						P<0.001	

La **tabla 6**, respecto a la asociación que existe entre la violencia obstétrica y la morbilidad maternoperinatal, se pudo concluir que existe relación estadísticamente significativa con un **P-valor= <0.001** y el **Chi cuadrado =37.01**. **Rodriguez (2022)**, en la ciudad de Lima llegó a una conclusión parecida, puesto que señala que, en relación a la Morbilidad Materna Extrema, observó una incidencia del 20.2% en los casos estudiados. Luego de realizar la tabulación cruzada de las variables correspondientes, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la calidad de la atención prenatal y la Morbilidad Materna Extrema, con un valor de chi cuadrado (χ^2) de 5,405 y un nivel de significancia de 0,020. Asimismo, la tasa de incidencia de la Morbilidad Materna Extrema fue de 8,7 por cada 1.000 nacidos vivos, la Tasa de Mortalidad Materna alcanzó el 12,5 %, y la razón Morbilidad Materna Extrema/Mortalidad Materna fue de 7.

4.2. Resultado específico 1

Caracterizar la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Tabla 7

Características entre violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Variable	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abuso de medicalización	291	36.33	510	63.67	801	100.0
Trato deshumanizado	416	51.94	385	48.06	801	100.0
Patologización de los procesos naturales	94	11.74	707	88.26	801	100.0
Global	323	40.32	478	59.68	801	100.0

Fuente: Datos propios del presente estudio.

En la **tabla 7**, respecto a las características de la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023, podemos observar que el total de evaluadas y que cumplen los criterios de evaluación para este estudio, los cuales hicieron un total de 801 mujeres que fueron víctimas de violencia obstétricas, sin embargo, por orden porcentual las características de violencia obstétrica que más resaltan fueron 3, el trato deshumanizado (51.94%), abuso de medicalización (36.33%) y patologización de los procesos naturales (11.74%). Resultados similares fueron hallados por **Cardenas et al.** (2022), en Chile, señala que la violencia obstétrica es una de los tipos de violencia más comunes a féminas, las cuales son ocasionadas por parte del personal de salud en nosocomios públicos y privados durante el parto. **Marasuera (2021)** en Colombia, también obtuvo resultados similares respecto a la violencia obstétrica durante el parto, puesto que hace incapie en el trato deshumanizado por parte del personal médico en forma de regaños y pérdida de la privacidad a la mujer parturienta. También **Medoza (2022)** en la ciudad de Lima, concluyó que una de las formas de violencia obstétrica fue la patologización de los procesos naturales, tras la administración de oxitocina para acortar los tiempos del desarrollo del parto, la realización de episiotomías de forma rutinaria, además de recibir violencia verbal durante el transcurso del parto, y todo ello por parte del personal de salud.

4.3. Resultado específico 2

Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Tabla 8

Relación entre violencia obstétrica y morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

		Morbilidad materno				TOTAL	
		Si		No		N	%
		N	%	N	%		
Violencia Obstetrica	Si	48	5.99	275	34.33	323	40.32
	No	3	0.37	475	59.30	478	59.68
TOTAL		51	6.37	750	93.63	801	100.00
Chi-Cuadrado=65.50							p<0.001

Fuente: Datos propios del presente estudio.

La **tabla 8**, en lo que respecta a la relación que existe entre la violencia obstétrica y la morbilidad materna, se pudo concluir que hay evidencia estadísticamente significativa con un **P-valor= <0.001** y el **Chi - cuadrado =65.50**, lo cual rechaza a la Ho. Resultados similares fueron encontrados por **Puello et al (2021)** en el país de Colombia, reporto lo siguiente: que la población de estudio incluyó los 2197 registros de nacidos vivos y 103 registros de notificación de morbilidad materna extrema y dando como resultado la prevalencia de morbilidad materna extrema con un 5,3 % y que los neonatos con un peso entre 3500 y 4000 g y más de 4000 g tenían menor riesgo con relación a exposición a morbilidad materna extrema en comparación con un peso inferior a 2500 gr.

4.4. Resultado específico 3

Identificar la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Tabla 9

Asociación entre violencia obstétrica y morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023

		Morbilidad perinatal				Total	
		Si		No		N	%
		N	%	N	%		
Violencia Obstetrica	Si	38	4.74	285	35.58	323	40.32
	No	6	0.75	472	58.93	478	59.68
Total		44	5.49	757	94.51	801	100.00
Chi-Cuadrado=41.01							p<0.001

Fuente: Datos propios del presente estudio.

En la **Tabla 9**, podemos observar que hay evidencia de asociación estadísticamente significativa entre violencia obstétrica y morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto con un **P-valor= <0.001** y el **Chi - cuadrado =41.01**, lo cual rechaza a la Ho. Resultados similares fueron encontrados por **Puello et al. (2021)** en el país de Colombia, los cuales concluyeron que existía relación directa y significativa entre la morbilidad materna y los resultados perinatales adversos; y la característica más sobresaliente en lo que concierne a la morbilidad perinatal, destacaron el parto prematuro, bajo peso al nacer y más tasas de cesáreas.

CONCLUSIONES

1. La violencia obstétrica repercute significativamente en la morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II-2 Essalud, Tarapoto: Violencia Obstétrica y Morbilidad Maternoperinatal (**p-valor= <0.001**) y **Chi cuadrado =37.01**. Este resultado nos permite aceptar la hipótesis de investigación.
2. Las características de la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II-2 Essalud, Tarapoto, son el abuso de medicalización con un 36.33%, el trato deshumanizado con un 51.94% y la patologización de los procesos naturales con un 11.74%. Concluyendo así que el trato deshumanizado es la característica de violencia obstétrica predominante en el estudio.
3. La violencia obstétrica repercute significativamente en la morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II-2 Essalud, Tarapoto: Violencia Obstétrica y Morbilidad Materna (**p-valor= <0.001**) y el **Chi - cuadrado =65.50**. Este resultado nos permite aceptar la hipótesis de investigación.
4. La violencia obstétrica repercute significativamente en la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II-2 Essalud, Tarapoto: Violencia Obstétrica y Morbilidad Materna (**p-valor= <0.001**) y el **Chi - cuadrado =41.01**. Este resultado nos permite aceptar la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

1. Al director del Hosp. II-2 Tarapoto a fin de organizar capacitaciones para sensibilizar al personal de salud que labora en los diferentes servicios del Hospital, sobre como brindar una atención humanizada, basada en el respeto a los derechos humanos con el propósito de asegurar una atención humanizada en pacientes obstétricas, desde el momento de la concepción, el parto y el puerperio, a fin de reducir el número de casos de morbilidad maternaperinatal.
2. A los profesionales del área de obstetricia a fin de capacitar a las pacientes del Hosp. II-2 Essalud, Tarapoto desde el momento de la concepción a fin de que reciban información sobre como reconocer la violencia obstétrica en sus diferentes formas, para la preservación de los derechos humanos basados en género e interculturalidad a fin de erradicar estas practicas inhumanas y reducir las incidencias de las mismas.
3. A las entes rectoras de salud como son e MINSA y ESSALUD, a fin de establecer nuevos protocolos de atención para las mujeres desde la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, a fin de garantizar un parto respetuoso y digno con la participación activa de la mujer, la familia y la comunidad, informándolos de los diferetes procedimientos de manera clara y oportuna durante el parto y el puerperio, respetando la toma de decisiones de la mujer, a fin de prevenir los casos de morbilidad materna y perinatal,
4. A la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, específicamente a la Facultad de Ciencias de la Salud, para que puedan difundir información sobre la violencia obstétrica en los diferentes nosocomios de la ciudad de Tarapoto con el propósito de incluir a la comunidad y estos a su vez puedan reconocer las consecuencias de la violencia obstétrica y su repercusión en la morbilidad materna perinatala con el fin de garantizar un parto respetuoso y libre de violencia y una infancia sana.
5. Al Ministerio de Justicia (sede Tarapoto) y al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables que se unan en un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional a fin de implementar estrategias accesibles y confidenciales, para que las féminas puedan denunciar los casos de violencia obstétrica y se puedan sancionar a los responsables de tales actos con el propósito de reparar tales daños a las mujeres victimas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS [Internet]. 2014. p. 1-4. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1
2. Defensoría del Pueblo. Violencia obstétrica en el Perú [Internet]. Defensoría del Pueblo. Lima-Perú: defensoriaa del pueblo; 2020. p. 103. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obstetrica.pdf>
3. Gisell N, Valiente L, Ángeles GDL, Guerra M, Alexandra D, Najarro P, et al. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. 2023;1(30-1-23):1-8. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1413706/violencia-obstetrica.pdf>
4. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional contra la violencia de género 2016-2021 [Internet]. Diario oficial El Peruano. 2016. p. 1-48. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/empresasegura/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-nacional-contra-la-viol-DS-008-2016-mimp.pdf>
5. Gisell N, Valiente L, Ángeles GDL, Guerra M, Alexandra D, Najarro P, et al. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. 2023;1(30-1-23):1-8.
6. Marta de-Gracia-de-Gregorio. Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. Una revisión bibliográfica. Musas [Internet]. 2019;4(2019.v):1-21. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/27715-Texto del artículo-60318-2-10-20190130 \(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/27715-Texto%20del%20articulo-60318-2-10-20190130%20(1).pdf)
7. Morbilidad y mortalidad maternas | NICHD Español [Internet]. [citado 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality>
8. Ayala Peralta FD, Arango-Ochante P, Espinola-Sánchez M, Ayala Moreno D. Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2020;48(1):21-8.

- Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X20300873>
9. Castro MC, Rates SS. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* [Internet]. 2022 [citado 2 de octubre de 2023];46. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/v46e242022.pdf>
 10. Marazuera P. Violencia obstétrica: reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi et Iudicandi* [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2023];16(2):1-28. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/Obstetric-Violence-reproducing-painVia-Inveniendi-et-Iudicandi.pdf>
 11. Puello AC, Rodríguez JA, Giraldo N, Castro LM. El riesgo de recién nacidos expuestos a eventos de morbilidad materna extrema en un centro de alto riesgo obstétrico (Colombia). *Universitas Médica* [Internet]. 2021;62(4):1-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2310/231074803002/231074803002.pdf>
 12. Rengifo J. Análisis de la teoría de la dignidad humana en el trabajo de parto, en el Hospital Santa Gema. *Yurimaguas 2021* [Internet]. 2021 [citado 2 de octubre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/114794/Rengifo_RJ_C-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 13. Mendoza SM. La violencia obstétrica hablada y contada desde el sentir de las mujeres que dieron a luz por parto vaginal en el Hospital II Luis Negreiros el año 2019 [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional de San Marcos; 2022 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18492/Mendoza_js.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 14. Rodríguez GI. Calidad de las atenciones prenatales y su relación con la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019. 2022;1-72. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/17695>
 15. Plan nacional contra la violencia de género 2016-2021 : Flora Tristán [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.flora.org.pe/publicaciones/plan-nacional-contra-la-violencia-de-genero-2016-2021/>

16. Fernández L. El Parto: La Medicalización De Un Proceso Natural Process Trabajo Fin De Grado Universidad De Cantabria [Internet]. Universidad de Cantabria. Universidad de CantabriaCantabria; 2021. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22417/FERNANDEZ_HERRERO, LAURA.pdf?sequence=1
17. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica* [Internet]. 2017;34(1):1-8. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104
18. Camacaro Cuevas M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* [Internet]. 2009 [citado 12 de septiembre de 2024];14(32):147-62. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. López-Ramírez C, Arambula-Almanza J, Camarena-pulido E. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2014 [citado 3 de octubre de 2023];82(Artículo de revisión):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147f.pdf>
20. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Normas de atención a la Mujer en proceso de Parto y Puerperio [Internet]. 2008 [citado 16 de diciembre de 2025]. p. 1-74. Disponible en: https://ruandi.org.uy/wp-content/uploads/2014/05/EMB_Doc_11_normas_de_atencion_a_la_mujer_en_el_proceso_de_parto_y_puerperio.pdf
21. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. [Internet]. 2da ed. Instituto Nacional Materno Perinatal, editor. Lima - Perú; 2018. 1-536 p. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf>
22. Elío-Calvo D. La Deshumanización de la Medicina [Internet]. Vol. 57, Revista "Cuadernos". 2016 [citado 4 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v57n3/v57n3_a13.pdf

23. Mondragón A. Formatos para consentimiento informado. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2002;53(3):227-54.
24. Usuario. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL. 2005 [citado 16 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>
25. Usuario. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL. 2005 [citado 16 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>
26. Allende A, Fuente LG, Javier L, Rivera P, Javier F, García F. Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [citado 4 de octubre de 2023];295-308. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00295.pdf>
27. Directiva Sanitaria Na002-OGC-2020-HCH-V.02. Ministerio de Salud [Internet]. 2020 [citado 8 de octubre de 2023];1-6. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD/RD_130-2020-HCH-DG.pdf
28. Pérez M. La sociocrítica del sociohumor: La ironía en la risa popular. Revista de Filología y Lingüística de la Universidad de Costa Rica [Internet]. 2002;28(2):185. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/4497-Texto del artículo-6793-1-10-20121206.pdf>
29. Sobrenombres, apodos, hipocorísticos | Castellano - La Página del Idioma Español = El Castellano - Etimología - Lengua española [Internet]. [citado 9 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.elcastellano.org/nadia-2>
30. Fernandez P. Guia Infantil . [citado 9 de octubre de 2023]. El curioso modo en que razonan los niños. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/blog/educacion/aprendizaje/el-curioso-modo-en-que-razonan-los-ninos/>
31. Uranga A, Lomuto celia, Martinez I, Weisburd M, Garcia O, Galimberti D, et al. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia [Internet]. 4ta ed. Área de Comunicación Social - DINAMI, editor. Argentina ; 2010. 1-129 p. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

32. cesáreo, cesárea | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 9 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ces%C3%A1reo>
33. Ministerio de Salud. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas [Internet]. Vol. 11, Minsa. 2018. p. 1-296. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni_6199.pdf
34. Smyth R, Markham C, Dowswell T. Cochrane. 2013 [citado 10 de octubre de 2023]. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo | Cochrane. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD006167/PREG_amniotomia-para-acortar-el-trabajo-de-parto-espontaneo
35. Rotura artificial de bolsa (Amniorexis) | El Parto es Nuestro [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/intervenciones-medicas/rotura-artificial-de-bolsa-amniorexis>
36. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Episiotomía Complicada. [citado 10 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/608GRR.pdf>
37. Episiotomía: cuándo es necesaria y cuándo no - Mayo Clinic [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282>
38. De León S. Posición de Litotomía ginecológica. 2011;1:1-4. Disponible en: <https://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/038posicion-litotomia.pdf>
39. De G, De A, Obstetricas E. Hospital María Auxiliadora Departamento de Gineco Obstetricia Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas.
40. Zaragoza-Saavedra JJM. Revista Mexicana de Anestesiología Hemorragia obstétrica [Internet]. Vol. 39, Supl. 1 Abril-Junio. Mexico ; 2016 abr. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
41. Basquez RB, Gracia MN de. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Ministerio de salud [Internet]. 2015;1:147. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf

42. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud: atención integral de salud materna. 2013;1:1-61. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
43. Cesarean Section [Internet]. [citado 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partopocesrea-92-P09282>
44. Pardo A. «Puntaje de Apgar» Dra. Amorina Pardo Servicio de Neonatología HIBA. [citado 16 de octubre de 2023]; Disponible en: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/57/pdf/57_apgar_dra_pardo.pdf
45. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía De Procedimiento De Atención Inmediata Del Recien Nacido. 2022;406-18. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/procedimiento/4_GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO.pdf
46. OMS. Referencia # 1 Y 2. Documento normativo sobre bajo peso al nacer [Internet]. 2017;3:8. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf
47. Prematurity [Internet]. [citado 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=prematurity-90-P05510>
48. Grupo E. NIÑO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO CLÍNICO. [citado 12 de septiembre de 2024]; Disponible en: http://www.seep.es/privado/download.asp?url=Publicaciones/Estudios_Espa
49. OMS. Trastornos congénitos [Internet]. [citado 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
50. Novillo RM, Pérez-Moneo B, Agapito M, Pérez B. Onfalitis neonatal. [citado 12 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://www.guia-abe.es/generalidades>
51. Aeropuertos Del Perú. Aeropuertos del Peru [Internet]. 2022 [citado 19 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.adp.com.pe/es/sede/tarapoto>
52. Portal iPerú. Distrito de Tarapoto [Internet]. [citado 30 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iperu.org/distrito-de-tarapoto-provincia-de-san-martin>

53. Municipalidad Provincial de San Martín. Reseña Histórica [Internet]. 2022 [citado 30 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://mpsm.gob.pe/portal/comuna/resena-historica>
54. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional contra la violencia de género 2016-2021. Diario oficial El Peruano. 2016. p. 1-48.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Violencia obstétrica y morbilidad materna perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis
<p>¿Cuál es la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cómo estará caracterizado la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023?</p> <p>¿Cual es la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materna en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023?</p> <p>¿Cual es la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023?</p>	<p>Determinar la relación entre violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Caracterizar la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023</p> <p>Conocer la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materno en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023</p> <p>Identificar la relación entre violencia obstétrica y la morbilidad perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.</p>	<p>La relación entre violencia obstétrica y la morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023 es significativa.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>El abuso de la medicalización, trato deshumanizado y patologización de los procesos naturales son características mas comunes de la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.</p> <p>La violencia obstétrica se relaciona significativamente a la morbilidad materno en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023</p> <p>La violencia obstétrica se relaciona significativamente a la morbilidad perinatal en</p>

		puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.
--	--	--

Anexo 2. Operacionalización de variables

Violencia obstétrica y morbilidad materna perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Violencia obstétrica	Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres (54).	Esta referido a como las puérperas percibieron la violencia obstétrica (físico, psicológico, salud sexual y reproductiva) antes, durante y después del parto, utilizando cuestionarios	Abuso de medicalización	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamento para acelerar el parto (oxitocina) • Colocación de misoprostol via vaginal
			Trato deshumanizado	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de procedimientos sin consentimiento (especuloscopia, Kristeller, episiotomías, cesarea, legrado) • tactos vaginales reiterados

				<ul style="list-style-type: none"> • prohibición del apego precoz • Pudor de la pcte. • critica sobre comportamiento (comentarios incomodos, ironico, descalificadores, burla o tono de chiste) • Sobrenombres o diminutivos. • Tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las int. Qx. • Criticada por manifestar emociones (llorar, gritar, dolor, alegría, tristeza). • Acompañamiento de una persona de confianza en el momento del parto • Imposibilidad de caminar o tomar una posición comoda.
			Patologización de los procesos naturales	<ul style="list-style-type: none"> • Cesarea • Rotura artificial de membranas

				<ul style="list-style-type: none"> • Episiotomías • Posición de litotomía
Morbilidad Materno perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • La morbilidad materna describe problemas de salud que resulten de estar embarazada y dar a luz. (7.1) 	son aquellas patologías presentes durante el embarazo, parto o puerperio tanto en la madre como en el perinato.	Morbilidad materna	<ul style="list-style-type: none"> • pre-eclampsia
				<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia obstétrica
				<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura prematura de membrana
				<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias obstétricas post parto por atonia o hipotonía uterina
				<ul style="list-style-type: none"> • Desgarro vaginal
				<ul style="list-style-type: none"> • Alumbramiento incompleto
				<ul style="list-style-type: none"> • Parto pretermino
				<ul style="list-style-type: none"> • Parto por cesarea
			Morbilidad perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Apgar bajo al nacer
				<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer
				<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad
				<ul style="list-style-type: none"> • Pequeño para edad gestacional
				<ul style="list-style-type: none"> • Onfalitis
				<ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía fetal
				<ul style="list-style-type: none"> • Malformaciones congénitas

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Estudio: “Violencia obstétrica y morbilidad materna perinatal en puérperas atendidas en el Hosp. II - 2 Essalud, Tarapoto 2023”

A. Ficha de Recolección de Datos

I. Datos Generales:

Edad	15- 17 años ()	18 – 25 () 26 - 34 años()	35 - 49 años ()
Estado civil	Soltera ()	Casada ()	Conviviente/unión estable ()
Grado de instrucción	Sin estudio ()	Primaria ()	Secundaria ()
	Técnico superior ()	Superior universitaria ()	
Procedencia	Rural ()	Urbano ()	Urbano marginal ()

II. Datos obstétricos:

- Gestaciones

1 ()	2	3	4 a +
-------	---	---	-------

- Partos:

1	2	3	4 a +
---	---	---	-------

- Cesárea:

1	2	3 a +
---	---	-------

- Abortos:

1	2	3 a +
---	---	-------

B. Encuesta

III. Violencia obstetrica

N°	Abuso de medicalización	No (0)	Si (1)
1	¿sabe si le administraron algun medicamento para acelerar el trabajo de parto: oxitoxina o misoprostol?		
	Trato deshumanizado		
1	¿El personal de salud criticaba tu comportamiento con comentarios incomodos (irónicos, descalificadores, burla o en tono de chiste)?		
2	¿La trataron con sobrenombres o diminutivos?		
3	¿La trataron en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando?		
4	¿Fue criticada por manifestar sus emociones (llorar, gritar, dolor, alegría o tristeza) durante el trabajo de parto?		
5	¿Le resultó difícil o imposible aclarar sus dudas?		
6	¿Le resultó difícil o imposible manifestar sus miedos?		
7	¿Se le realizaron los procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos?, como: Especuloscopia		
	La administración de alimentos o bebidas		
	Indicación de permanecer acostada todo el tiempo		
	Respetaron su pudor		
	Administración de medicación para acelerar el parto		
	Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas		
	Comprensión del abdomen en el momento del parto		
	Episiotomía		
	Cesárea		
Legrado			
8	¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar?		
9	¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?		
10	Durante todo el proceso ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?		
11	¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a?		
12	Se presentó (nombre y profesión) el personal que le atendió		
13	Se realizaron tactos fuertes sostenidos que le causaron dolor o sangrado		
14	Vestimenta del usuario		
	Patologización de los procesos naturales		

15	Sabe si le realizaron sin consentimiento o le informaron si le realizarian: Cesarea		
	Rotura artificial de membranas		
	Episiotomías		
	¿le preguntaron que posición tomar para que de a luz? (Posición de litotomía)		

PUNTAJE	PUNTAJE >1
Abuso de medicalización	
Trato deshumanizado	
Patologización de los procesos naturales	
TOTAL	

NO (0) SI (1)

C. Ficha de recoleccion de datos

IV. Morbilidad materno perinatal

N°	Morbilidad Materna		
		No	Si
1	pre-eclampsia		
	Hemorragia obstétrica		
	Ruptura prematura de membrana		
	Hemorragias obstétricas post parto por atonia o hipotonía uterina		
	Desgarro vaginal		
	Alumbramiento incompleto		
	Parto pretermino		
	Parto por cesarea		
N°	Morbilidad Perinatal		
		No	Si
2	Apgar bajo al nacer		
	Bajo peso al nacer		
	Prematuridad		
	Pequeño para edad gestacional		
	Macrosomía fetal		
	Malformaciones congénitas		
	Onfalitis		

Liz Karín Cachique-Guerra

Violencia obstétrica y morbilidad materno perinatal en puérperas atendidas en el Hospital II-2 Essalud, Tarapoto 2023

 Revisión Repositorio Institucional

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:548329395

Fecha de entrega

22 ene 2026, 11:37 GMT-5

Fecha de descarga

22 ene 2026, 11:47 GMT-5

Nombre del archivo

INFORME DE TESIS - 12.1.2026, LIZ-KARIN-CACHIQUE-GUERRA.pdf

Tamaño del archivo

808.0 KB

56 páginas

14.522 palabras

84.558 caracteres




20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 19%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.