



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

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

AUTORES:

Alberca Artiaga, Andrea Cecibel;

Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lcda. Silva Lima, Norma Esperanza Mgs

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2023



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Alberca Artiaga, Andrea Cecibel y Ordoñez Pozo, Adit Guillermo**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada/o en enfermería**.

TUTORA

Lic. Norma Silva Lima

f. _____
Lcda. Silva Lima, Norma Esperanza Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla. Mgs

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



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Alberca Artiaga, Andrea Cecibel**

DECLARO QUE:

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

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

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

LA AUTORA

f. _____
Alberca Artiaga, Andrea Cecibel



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ordoñez Pozo, Adit Guillermo**

DECLARO QUE:

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

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

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

EL AUTOR

f. _____
Ordoñez Pozo, Adit Guillermo



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Alberca Artiaga, Andrea Cecibel**

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

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

LA AUTORA

f. _____
Alberca Artiaga, Andrea Cecibel



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ordoñez Pozo, Adit Guillermo**

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

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

EL AUTOR

f. _____
Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

REPORTE DE COMPILATIO

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS magister		
Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la comunidad de San Eduardo		4% Similitudes
		1% Texto entre comillas < 1% similitudes entre comillas < 1% idioma no reconocido
Nombre del documento: ALBERCA-ORDOÑEZ OPOSICIÓN (1).docx ID del documento: 902f3b91f303ead363c266bbaefd0d9e6c31312 Tamaño del documento original: 1,55 MB Autor: Andrea Alberca	Depositante: Andrea Alberca Fecha de depósito: 31/8/2023 Tipo de carga: url_submission fecha de fin de análisis: 1/9/2023	Número de palabras: 15.743 Número de caracteres: 106.094

Lic. Norma Silva Lima

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por estar en cada paso de mi vida, a mi madre por ser padre y madre para mí, por darme la oportunidad de estudiar, por ser un ejemplo de vida, por enseñarme a que debo de seguir mis sueños y metas. A mi familia por siempre creer en mí desde el primer momento que salí de la secundaria, por estar constantemente en sus oraciones y enseñarme el camino de Dios. Porque nunca faltaron las risas en cada punto de nuestras vidas prestándose para cada procedimiento.

Especialmente a mis tíos Thomas y Fanny por ser mis segundos padres y recibirme en su caluroso hogar aceptándome como uno más de sus hijos. A mis amigas por guiarme y aconsejarme en todos los ámbitos siendo esa amistad que no pide nada a cambio y estar ahí cuando más lo necesite. A mi querido compañero de tesis por ser mi brazo derecho no solo en el proyecto si no durante todo el camino de mi formación.

A la licenciada Norma Silva por estar pendiente de que el trabajo esté bien, por dirigir nuestro pensamiento y encaminarnos a la realización de nuestro trabajo de titulación.

Alberca Artiaga, Andrea Cecibel

Agradezco a mis padres por haberme dado la educación y consejos para seguir adelante, a mis maestros y licenciados que me ayudaron a tener un aprendizaje optimo, a mis amigos por haber estado en cada momento de toda mi vida universitaria y también en aquellos que confían en mi para ser un gran profesional.

Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi madre Cecilia Artiaga, por fomentarme sus valores y principios para lograr desenvolverme en cada dificultad de mi vida, dándome su amor y cariño, por saber creer en mí cuando nadie más lo hacía, por darme la gran oportunidad de estudiar en tan prestigiosa universidad, sin su apoyo incondicional no los hubiese logrado.

A mis docentes por estar en cada escalón de mi preparación como una gran profesional.

A mi Dios por ser mi fuerza en esas noches de desvelas buscando uno de mis anhelos más deseamos convertirme en toda un profesional.

Alberca Artiaga, Andrea Cecibel

Dedico de todo mi corazón esta tesis a mi madre quien es el apoyo condicional y por la inspiración que me dio para seguir la carrera. A mi padre quien a anhelaba estudiar enfermería, a mis abuelos que a pesar de no estar en este mundo los llevo dentro de mi corazón, y más que todo a mi compañera de tesis, ya que sin ella y sin sus palabras de motivación y ánimos no pudiera estar aquí y ahora cumpliendo mi sueño.

Ordoñez Pozo, Adit Guillermo



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES.MGS
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMÉNEZ, MGS
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. MIRIAM JACQUELINE, MUÑOZ AUCAPIÑA, MGS
OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

Alberca Artiaga, Andrea Cecibel

Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	IX
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XI
CALIFICACIÓN.....	XII
ÍNDICE GENERAL.....	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XV
RESUMEN	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Preguntas de investigación.....	6
1.2. Justificación	6
1.3. Objetivos.....	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
CAPÍTULO II.....	9
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Marco conceptual	11
2.2.1. Mujer	11
2.2.2. Mujer y la salud	12
2.2.3. Embarazo	12
2.2.4. Embarazo y la atención en salud.....	13
2.2.5. Definición de violencia.....	14

2.2.6.	Violencia a la mujer	15
2.2.7.	Tipos de violencia en salud pública	15
2.2.8.	Características ginecológicas	16
2.2.9.	Características obstétricas	17
2.2.10.	Atención Ginecoobstétrica	19
2.3.	Marco legal	21
2.3.1.	Ley Orgánica Integral para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres	21
2.3.2.	Constitución de la República del Ecuador	24
CAPÍTULO III		26
3.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1.	Tipo de estudio	26
3.2.	Población y muestra	26
3.2.1.	Criterios de inclusión	26
3.2.2.	Criterios de exclusión	26
3.3.	Procedimiento para la recolección de la información.....	26
3.4.	Técnica de procesamiento y análisis de datos	27
3.5.	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	27
3.6.	Variables generales y operacionalización.....	27
4.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
5.	DISCUSIÓN	40
6.	CONCLUSIONES.....	44
7.	RECOMENDACIONES	45
8.	REFERENCIAS.....	46
9.	ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características ginecológicas	30
Tabla 2. Características obstétricas	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Violencia ginecológica.....	32
Figura 2. Violencia obstétrica	34
Figura 3. Violencia psicológica.....	36
Figura 4. Violencia física	38

RESUMEN

La violencia gineco obstétrica se refiere a cualquier tipo de abuso sea físico, o psicológico que afecta a las mujeres durante la atención en salud por parte del personal médico. **Objetivo:** Identificar la atención gineco obstétrica que recibieron las mujeres de la comunidad San Eduardo. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo con diseño transversal y retrospectivo. **Técnica:** encuesta. **Instrumento:** Cuestionario de preguntas del formulario de INEC. Sección 8. **Población y muestra:** 51 mujeres elegidas por muestreo por conveniencia. **Resultados:** Características sociodemográficas: Estado civil: solteras (44%). Etnia: mestiza (100%). Educación: secundaria (74%). Ocupación: ama de casa (46%). Características ginecoobstétricas: Edades: 26 a 35 años 40%. Menarquía: 9 a 14 años (90%). Inicio de la primera relación sexual: 19 a 22 años (64%). Número de parejas sexuales: (60%) una sola. uso de métodos anticonceptivos (64%). Características obstétricas: Número de embarazos: 62% entre 2 y 3 embarazos. Violencia gineco obstétrica, se presentó en el 28%. Enfatizando que al 76% han sido presionadas para tener o no tener hijos sin justificación médica. Violencia obstétrica general fue 53%: de las cuales al 58% se le ha negado la presencia de un acompañante de confianza durante la atención ginecológica. Violencia psicológica fue del 28%: con situaciones del 48% le han gritado, reprendido, insultado, criticado, humillado o amenazado con negarle la atención. Violencia física fue del 16%: Se le obligó a mantener una postura incómoda en el 70%. **Conclusión:** La violencia gineco obstétrica se evidenció en un porcentaje significativo en las mujeres encuestadas.

Palabras clave: Violencia, Violencia ginecológica, Violencia obstétrica; Mujeres

ABSTRACT

Obstetric and gynecological violence refers to any type of abuse, whether physical or psychological, that affects women during health care provided by medical personnel. **Objective:** To identify the obstetric and gynecological care received by women in the San Eduardo community. **Methodology:** Descriptive, quantitative study and retrospective cross-sectional design. **Technique:** survey. **Instrument:** Questionnaire of questions from the INEC form. **Population and sample:** 51 women selected by convenience sampling. **Results:** Sociodemographic characteristics: Marital status: single (44%). Ethnicity: Mestizo (100%). Education: high school (74%). Occupation: housewife (46%). Obstetric and gynecological characteristics: Age: 26 to 35 years (40%). Menarche: 9 to 14 years (90%). Onset of first sexual intercourse: 19 to 22 years (64%). Number of sexual partners: (60%) only one. Use of contraceptive methods (64%). Obstetric characteristics: Number of pregnancies: 62% between 2 and 3 pregnancies. Obstetric and gynecological violence was present in 28%. Emphasizing that 76% have been pressured to have or not to have children without medical justification. General obstetric violence was 53%: 58% were denied the presence of a trusted companion during gynecological care. Psychological violence was 28%: 48% were shouted at, reprimanded, insulted, criticized, humiliated, or threatened with denial of care. Physical violence was 16%: She was forced to maintain an uncomfortable posture in 70%. **Conclusion:** Obstetric gynecological violence was evidenced in a significant percentage in the women surveyed.

Keywords: Violence, Gynecologic violence, Obstetric violence; Women

INTRODUCCIÓN

Los altos índices de violencia contra la mujer en todos los ámbitos en los últimos tiempos han ido creciendo de manera acelerada, la violencia gineco obstétrica es el maltrato que la mujer en consulta ginecológica y estado gestacional sufre al ser humillada, maltratada, atemorizada, avergonzada, herida de forma psicológica o física dada en los lugares que prestan servicios de salud y está ocurriendo en todos los ámbitos de la sociedad(1). El maltrato a las mujeres en las áreas médicas que requieren de los servicios de ginecología y obstetricia se ha ido incrementando a través del tiempo, cuya desatención está siendo dada por los profesionales de la salud que atiendan en los Centros de Salud, ubicados en sectores populares(1).

A nivel mundial, se declara que todas las mujeres sin distinción de raza, religión, etnia, estrato social tienen derecho a recibir atención prioritaria, digna, respetando el estado de las féminas y con derechos que le amparen para que no se permita el maltrato ni sufrir algún tipo de violencia o discriminación(2). La poca, irregular o nada de capacitación a los profesionales de la salud, las pocas políticas públicas en lo referente a la no violencia gineco obstétrica, la falta de conocimiento de las autoridades seccionales, los organismos de capacitaciones, asociaciones de profesionales de la salud sobre este aspecto que afecta directamente a las madres embarazadas, el desinterés de los mandantes, ha hecho que esta anomalía siga tomando fuerza y con un factor imposible de retroceso(3).

Por ello es importante que los gobiernos, autoridades, directores de centros médicos conozcan de este aspecto que tanto afecta, la salud física y mental de las mujeres en estado de gravidez(4). La presente investigación tiene como propósito dar a conocer un sistema de violencia gineco obstétrica contra la mujer que aún no ha sido muy difundido ni tomado en cuenta por parte de los organismos gubernamentales. Las malas experiencias que sufren las mujeres están establecidas en dos aristas: la primera es cuando la mujer asiste a consultas ginecológicas y la segunda cuando la fémina está en la etapa de embarazo(5).

Mediante la observación se ha podido verificar que la mujer sufre de malas experiencias médicas cuando asiste a una cita ginecológica, los profesionales de la salud no están preparados en la parte de relaciones sociales por lo que las mujeres sufren de agresiones verbales y físicas en este aspecto; los mismo sucede en mujeres en estado gestacional donde se juntan la violencia de género y la mala práctica médica, la misma que es realizado por los empleados de la salud en los cuerpos femeninos especialmente en las necesidades médicas de gineco obstetricia. Los organismos de defienden los derechos de la mujer aún no han podido abarcar todos los contextos en dónde las féminas no son tratadas como seres humanos con derecho a la salud(6).

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como lo estipula la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7) mejorar la experiencia de las mujeres durante la atención en el área de ginecología y obstetricia es esencial ya que esta particularidad sirve de ayuda y aumenta la confianza de las mujeres en la atención en los centros, así como para garantizar el acceso a una atención posnatal de calidad, después del nacimiento. A nivel mundial las mujeres sufren de manera alarmante maltrato por el personal encargado de la salud, según cifra es alarmante especialmente en los sitios donde la falta de recursos de la mujeres obliga al 70% a recibir atención en los sectores marginales, lo que hace que el maltrato se haga costumbre por no pagar por una atención eficiente(8).

Se conoce que en España, no cuenta con un registro de evidencia de violencia obstétrica, a pesar de que algunas legislaciones han encontrado aspectos claves o evidencias en las mujeres que han recibido violencia durante la atención gineco obstétrica(9). Es importante recalcar que no se deben usar los términos de violencia obstétrica y violencia lo que involucra a la desatención de todo el personal encargado de la salud tomando en cuenta al servicio público como el privado(10). Según este organismo afirma que están trabajando arduamente a fin de erradicar esta violencia en las mujeres que requieren de atención gineco obstétrica, para ello se considera importante que los gobiernos trabajen en políticas públicas que lleguen a los sectores menos favorecidos por la economía(11).

De la misma manera para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)(12) esta violencia contra la mujer que se ha empoderado de estos países como México, Perú, Colombia esta es provocada principalmente por las personas que laboran en las áreas gineco obstétricas para ser partícipes directa o indirectamente de esta situación, valoradas por muchos factores ya sean estos, económicos, físicos, de raza, religión extrema pobreza o simplemente por ser mujer, de esta manera los profesionales de salud están

incurriendo a una violación de los derechos humanos que no se acuerdan o nunca lo vieron en su paso por la universidad(13).

El Ecuador, en el 2019 ha demostrado que de 100 mujeres 48 han sido víctimas de violencia gineco obstétrica a lo largo de su vida a nivel urbano con un 47.7% y el ámbito rural un 54.8%. Entre las ciudades con mayor prevalencia de violencia según el INEC está como delantera Morona Santiago e Imbabura con un 65.2%(14). En la consulta prenatal, la violencia ginecoobstétrica puede incluir la falta información clara y precisa el poco respeto hacia la mujer y sus decisiones, el uso de lenguaje inapropiado o degradante, la realización de exámenes innecesarios o invasivos sin el consentimiento informado, entre otros(15).

En la comunidad de San Eduardo ubicado al suroeste de la ciudad de Guayaquil, existen un Centros de Salud, donde acuden las personas hacer uso de los servicios de médicos asistenciales, los cuales que brindan atención médica a la sociedad, con el fin de dar solución a los problemas de salud en general. A este centro asisten mujeres especialmente con necesidades de atención en etapa gestacional, ginecología, obstetricia, neonatos y otros aspectos propios de las mujeres. En el ámbito formativo del profesional de la salud las prácticas son deficientemente monitoreadas, hay elevada carga de trabajo, falta de experiencia y transferencias inadecuadas o llevadas a cabo tardíamente y deficiencias en la calidad a nivel ambulatorio de la cual, se manifiesta como eventos adversos a nivel hospitalario.

1.1. Preguntas de investigación

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

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

¿Cuál es el tipo de violencia gineco obstétrica que recibieron las mujeres de la comunidad San Eduardo?

1.2. Justificación

La investigación se enfoca en la necesidad de profundizar aspectos que se están arraigando en la sociedad; la violencia ginecoobstétrica se ha convertido en una tendencia muy particular, que trabaja silenciosamente y no está siendo tomada en cuenta por las autoridades competentes. En este sentido es importante tomar en cuenta estos aspectos que lastiman a las comunidades menos favorecidas y de escasos recursos económicos; por lo tanto, surge la imperiosa necesidad de detener el acrecentamiento de este sistema no favorecedor para las mujeres en estado de gravidez, es necesario aplicar un programa de capacitación a los profesionales de las salud a fin de parar este crecimiento de humillación física y verbal, violación de la confidencialidad, procedimientos médicos drásticos no autorizados por las madres(16).

El presente busca conocer los problemas de violencia gineco-obstétrica en la comunidad de San Eduardo ocasionado por el personal que brinda los servicios de salud, probablemente esta problemática que ha surgido sea por los escasos de conocimiento en cuanto al trato adecuado, pertinente y sin ningún tipo de violencia en una paciente que necesita de los servicios de ginecología y obstetricia. La investigación busca dar a conocer a la sociedad los malos tratos de la cual son víctimas las mujeres en los centros de atención de la salud, especialmente en los lugares populares de la ciudad de

Guayaquil, la comunidad San Eduardo de Guayaquil(17). Por otro lado, es necesario que se cumplan con garantías necesarias estipuladas en Constitución, para que se haga cumplir los derechos en salud reproductiva de las féminas durante la atención ginecológica generando un entorno seguro, con modestia, calidez y calidad sanitaria(18).

El presente estudio se ha justificado desde un punto de vista social, porque va a permitir ver la realidad que circunda en la Comunidad de San Eduardo para pretender reducir los malos tratos que sufren las madres gestantes, mujeres con necesidades médicas ginecológicas que buscan mejorar las relaciones sociales y la comunicación que debe ser requisito indispensable para la buena atención a pacientes por parte de los profesionales de la salud.

La relevancia científica de este tema radica en varios aspectos de la salud y bienestar de las mujeres entre ella está la violencia obstétrica puede tener consecuencias negativas para el bienestar mental de las féminas, a lo cual puede dar como resultado lesiones físicas, complicaciones obstétricas, trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Estudiar este tema permite comprender mejor las repercusiones de la violencia en la salud de las mujeres y desarrollar estrategias para prevenirla y abordarla.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar situaciones de Violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la comunidad San Eduardo.

1.3.2. Objetivos específicos

Describir las características gineco obstétricas de las mujeres de la Comunidad San Eduardo

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

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

Los autores Ulloa et al., sobre “*Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile*” (19). Se tomó de referencia a 456 mujeres habitantes de una zona rural, los datos generales fueron que tenían entre 20 a 30 años 46%, seguido de 31 a 40 años 34%. Las cuales manifestaron haber iniciado su primera relación sexual a los 18 años como edad media. Actualmente son casadas 61% y aseguran haber tenido 1 sola pareja 78%. El empleo de métodos anticonceptivos es acertado para un 33%. Al considerar los tipos de violencias, el de tipo físico fue el más frecuente debido a que se empleó el uso de la maniobra de Kristeller 52%, la depilación del vello púbico 89%, la episiotomía 54% y la presión abdominal 67%. La violencia de tipo psicológica fue menos frecuente, sin embargo, este grupo menciona haber recibido malos comentarios 22%, humillaciones y comentarios ante el dolor 21%.

Los autores García et al., sobre “*La violencia obstétrica como violencia de género*” (20). Al analizar las características de esta población tienen como edad promedio 33 años. Tienen niveles de estudios altos alcanzados 67%. Tienen entre 1 a 2 hijos 45%, con antecedentes de aborto 8%. Para el estudio ante la violencia obstétrica, las mujeres el 89% partos vaginales, se las obligaron a mantener la posición de litotomía 67%, le realización de maniobra de Kristeller 87%, realización de episiotomías en partos eutócicos 34%, partos instrumentales, cesárea 20% y le negaron a brindarle información durante la labor del parto y postparto 24%.

Los autores Carmo et al., sobre “*Intervenciones obstétricas durante el trabajo de parto y parto en mujeres brasileñas de bajo riesgo*” (21). Menciona que las características sociodemográficas de las mujeres tienen un bajo nivel educativo 87%, son casadas 54%, procedentes de zonas rurales 62%. Las

edades que mayor representaron fueron aquellas entre 25 a 30 años 66%, sin antecedentes de aborto 98%, sin complicaciones 87%. Las cuales indican que al momento del parto le hicieron la presión del fondo uterino 37%, la episiotomía 56% y la litotomía 92%. De la misma manera el empleo de cesárea fue más bajas en mujeres que usaban el sistema de salud pública 76%, no blancas 56% y mujeres multíparas 65% a diferencia de las clínicas, donde el índice de cesárea es más alto.

El autor Ferreira y Goncalves acerca de *“Darás a luz con dolor”: la violencia obstétrica revisitada* (22). En una población de 231 mujeres. Se observó que la violencia obstétrica va desde la agresión física en un 55%, psicológica 69%, verbal 33%, simbólica 23%, sexual 11% y hasta la negligencia en la atención, la discriminación, la medicalización excesiva e inapropiada, realización de prácticas gineco obstétricas sin fundamento científico 87% vividas en el momento del embarazo, parto, nacimiento y posparto. Los aspectos de esta violencia incluyen la imposición del dolor 78%, sufrimiento y muerte evitables 54% y poca asistencia a la salud sexual y reproductiva 78%.

El autor Araujo sobre *“Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos?”*(23) Se realizó una encuesta a 180 mujeres, de las cuales el 75% está al tanto de una ley que las protege contra diversas formas de violencia. Sin embargo, el 80% desconoce el término "violencia obstétrica". Al conocer los tipos de violencia a las cuales fueron expuestas el 100% les mencionaron que no existía la disponibilidad de camas para realizar partos en posición vertical. Al 85% se les aplicaron medidas de prácticas médicas sin obtener el consentimiento informado. Mientras que el 55% informó haber experimentado algún tipo de abuso por parte del personal de salud y el 44.4% percibió un trato deshumanizante, todos provenientes del personal de enfermería 75%.

Los autores Pineda et al., acerca de *“Violencia obstétrica en mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto al Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas”*(24). Se tomó una muestra de 321

encuestadas. La frecuencia de violencia obstétrica fue del 49.2%, identificándose en gran parte a la física 57%. Con respecto a la edad las pacientes tienen una edad media fue de 27.15 años, con una desviación estándar de 5.6. Del total de mujeres el 53% se encontraba en unión libre. Con relación a los antecedentes gineco obstétricos tienen dos gestas 35%, una gesta 34%, tres gestas 17% y más de 4 gestas 14%. La violencia obstétrica fue del 54% a las mujeres le han impedido el acompañamiento, 87% no le proporcionaron realizar el apego precoz ni el amamantamiento con su hijo. La violencia física incluyo las realizaron de episiotomía durante el parto y suturaron sin anestesia local sin su consentimiento 54%.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Mujer

La mujer es un término que se utiliza para referirse en contraposición al género masculino. Es importante destacar que en la actualidad la identidad de género de una persona no siempre se corresponde con su sexo biológico asignado al nacer, dado que algunas personas independiente de su sexo de nacimiento, pueden identificarse como mujeres, mientras que otras pueden tener identidades de género no binarias o diversas(25).

A lo largo de la historia, las mujeres han luchado contra las desigualdades en distintas esferas de la vida, a la inclusión en el trabajo, el acceso a la educación, el empleo, la salud, la participación en la política, y la igualdad de derechos. Lo que han logrado realizar avances muy significativos en la lucha de los derechos de la mujer. Actualmente gracias a la lucha constante estas desempeñan funciones importantes en la sociedad y la comunidad, como ser grandes profesionales, cuidadoras de la familia, pertenecer a miembros en una población activa, a contribuir en la economía en los diversos campos y defensoras de los derechos humanos(25).

2.2.2. Mujer y la salud

La salud de la mujer es un tema crucial que abarca aspectos físicos, emocionales y sociales. A diferencia de los hombres, las mujeres tienen necesidades y experiencias sanitarias diferentes debido a factores biológicos, culturales y sociales. En cuanto a la salud física, las mujeres pueden pasar por diversas etapas y afecciones a lo largo de su vida, como la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia. Es crucial que las mujeres tengan acceso a servicios médicos adecuados que atiendan estas necesidades y que se promueva la concienciación sobre la salud femenina(26).

La detección precoz y la prevención son componentes esenciales del cuidado de la salud de la mujer, por lo que se aconseja que se hagan pruebas de detección periódicas y sigan los protocolos médicos adecuados. El bienestar de las mujeres también se ve influido significativamente por la salud mental. Pueden enfrentarse a retos únicos relacionados con su salud mental, como la depresión posparto, los trastornos alimentarios y la violencia de género. Para abordar estos problemas y promover el bienestar emocional, es esencial proporcionar apoyo y acceso a los servicios de salud mental. También se considera que la salud de las mujeres está influida por factores sociales y económicos (26).

2.2.3. Embarazo

El embarazo es el proceso en el cual un óvulo fertilizado se implanta y se desarrolla en el útero de una mujer, dando lugar a la formación de un nuevo ser humano. Es una etapa única en la vida de una mujer que conlleva cambios físicos, emocionales y hormonales significativos. La duración promedio de un embarazo es de aproximadamente 40 semanas, contadas desde el primer día del último período menstrual. Durante este período, la mujer experimenta una serie de cambios en su cuerpo, como aumento de peso, cambios en los senos, aumento del volumen sanguíneo y cambios en los niveles hormonales(27).

Es fundamental que durante el embarazo se brinde una atención médica adecuada y se realicen controles regulares para monitorear la salud de la

madre y del feto. Durante este tiempo, se deben llevar a cabo exámenes prenatales, pruebas de diagnóstico, seguimiento del crecimiento fetal y recibir asesoramiento sobre la alimentación, el ejercicio y el cuidado prenatal(27).

2.2.4. Embarazo y la atención en salud

La atención en la salud durante el embarazo, también conocida como atención prenatal, es de vital importancia para garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé. Aquí hay algunos aspectos clave sobre la atención en la salud durante el embarazo(28):

- Atención prenatal temprana: Es recomendable que las mujeres busquen atención prenatal tan pronto como se enteren de su embarazo. Esto permite que los proveedores de atención médica realicen una evaluación completa de la salud materna, identifiquen cualquier factor de riesgo o condición médica preexistente, y establezcan un plan de cuidado prenatal adecuado(28).
- Visitas regulares al médico: Durante el embarazo, se recomienda programar visitas regulares al médico o profesional de la salud especializado en obstetricia y ginecología. Estas visitas permiten monitorear el crecimiento y desarrollo del bebé, realizar exámenes de rutina, realizar pruebas de diagnóstico prenatal, brindar asesoramiento sobre la nutrición y el estilo de vida, y abordar cualquier inquietud o complicación que pueda surgir(28).
- Pruebas de detección y diagnóstico prenatal: Durante el embarazo, se ofrecen una serie de pruebas y exámenes para detectar posibles anomalías o riesgos en el desarrollo del feto. Estas pruebas pueden incluir análisis de sangre, ultrasonidos, pruebas genéticas y pruebas de detección de enfermedades. La realización de estas pruebas es opcional y se basa en la elección informada de la madre y las recomendaciones médicas(28).

- **Asesoramiento y educación:** La atención prenatal también implica brindar a las mujeres embarazadas información y educación sobre el cuidado prenatal, la nutrición adecuada, la preparación para el parto, la lactancia materna, los cuidados posparto y otros aspectos relacionados con la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé. El objetivo es empoderar a las mujeres embarazadas para que tomen decisiones informadas y se involucren activamente en su propio cuidado y en el cuidado de su bebé(28).
- **Apoyo emocional y psicológico:** El embarazo puede ser un momento emocionalmente desafiante, y es importante que las mujeres embarazadas reciban apoyo emocional y psicológico durante este período. Esto puede incluir el apoyo de la pareja, familiares y amigos, así como también la derivación a profesionales de la salud mental especializados en salud perinatal, en caso de ser necesario(28).
- **Atención especializada en casos de alto riesgo:** Algunas mujeres pueden requerir atención prenatal especializada debido a condiciones médicas preexistentes o complicaciones durante el embarazo. En estos casos, se puede requerir la atención de especialistas médicos adicionales, como obstetras de alto riesgo o neonatólogos, para garantizar la salud y seguridad de la madre y el bebé(28).

2.2.5. Definición de violencia

La violencia es el uso intencional de la fuerza física, psicológica o verbal, o el poder, ya sea en amenaza o en acción, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que resulta en daño, lesiones, sufrimiento o muerte. La violencia puede manifestarse de diferentes formas y en diversos contextos, y puede tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de las personas afectadas(29).

2.2.6. Violencia a la mujer

La violencia contra las mujeres es una compleja red de asociaciones y puede mostrar variaciones en distintos lugares. Este fenómeno implica la interacción de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. También se incluyen aspectos relacionados con el género influyen en este maltrato, ya que está ligado a la posición desigual de la mujer en las relaciones, y al "derecho" masculino de control sobre los bienes y comportamientos femeninos, de modo que cuando la mujer desafía este control o el hombre no puede mantenerlo, se produce la violencia(30).

2.2.7. Tipos de violencia en salud pública

- **Violencia institucional:** Se refiere a la violencia ejercida por instituciones o sistemas de salud que resulta en discriminación, maltrato, negligencia o falta de acceso a servicios de salud adecuados. Puede manifestarse en formas de trato deshumanizante, falta de respeto a la dignidad de las personas y falta de acceso a servicios de calidad(31).
- **Violencia estructural:** Es la violencia que se deriva de las desigualdades sociales, económicas y políticas en la sociedad, y que afecta el acceso a la atención médica y los determinantes de salud. La violencia estructural puede manifestarse en forma de inequidades en el acceso a servicios de salud, falta de acceso a determinados grupos poblacionales, como personas de bajos ingresos, minorías étnicas, migrantes, entre otros(32).
- **Violencia de género:** Se refiere a la violencia que afecta a las personas debido a su preferencia sexual. En el contexto de la salud pública, puede incluir violencia doméstica, violencia sexual, acoso sexual, mutilación genital femenina y violencia obstétrica(33).

- **Violencia comunitaria:** Es la violencia que ocurre en comunidades y puede afectar la salud y el bienestar de las personas. Puede incluir violencia interpersonal, pandillas, etc.(33).
- **Violencia psicológica:** Se refiere a actos o comportamientos que causan pueden causar daño mental, emocional o psicológico. Se toma en consideración aquellas como ocasionar intimidación, humillación, manipulación y abuso verbal(33).

2.2.8. Características ginecológicas

Es fundamental que las mujeres embarazadas mantengan una buena comunicación con su médico o profesional de la salud, compartiendo cualquier inquietud o síntoma que puedan experimentar. Además, seguir las recomendaciones de atención prenatal, llevar una dieta saludable, mantenerse físicamente activa y tener buenos hábitos de higiene ayudará a promover una gestación saludable(34). La edad y la etapa reproductiva: están estrechamente relacionadas, ya que la capacidad reproductiva de una mujer está influenciada por su edad y su ciclo de vida reproductivo(35). Estas incluyen:

- **Menarquia:** La menarquia es la primera menstruación que experimenta una mujer y marca el inicio de su capacidad reproductiva. Por lo general, ocurre entre los 9 y los 15 años, aunque puede variar en cada individuo. La menarquia indica que los ovarios han comenzado a liberar óvulos maduros y que la mujer es capaz de concebir(35).
- **Edad fértil:** La edad fértil de una mujer es el período en el que es más probable que pueda concebir. Por lo general, la etapa fértil abarca desde la menarquia hasta la menopausia. Durante este tiempo, los ciclos menstruales son regulares y se liberan óvulos maduros de los ovarios cada mes. La fertilidad de una mujer es generalmente más alta

en sus 20 años y tiende a disminuir gradualmente a medida que envejece(35).

- Embarazo y maternidad: La edad también juega un papel importante en el embarazo y la maternidad. Las mujeres en sus años fértiles tienen la capacidad de concebir y llevar a término un embarazo saludable. Sin embargo, la edad materna avanzada, generalmente considerada después de los 35 años, puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, como la diabetes gestacional, la presión arterial alta y el parto prematuro(35).
- Menopausia: Se define como la ausencia de menstruación durante al menos 12 meses consecutivos. Durante la menopausia, la capacidad reproductiva de la mujer llega a su fin(35).

2.2.9. Características obstétricas

Es importante destacar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son fundamentales y están respaldados por organismos internacionales de derechos humanos. Estos derechos incluyen la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la reproducción, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, la educación sexual integral. La sexualidad, los anticonceptivos y el aborto son temas importantes que abarcan aspectos de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres(36).

- Sexualidad: La sexualidad es una parte natural y normal de la vida de las mujeres, esto implica la expresión de la intimidad, el deseo sexual, las relaciones afectivas y la reproducción. Es importante que las mujeres puedan explorar y vivir su sexualidad de manera segura, respetuosa y consensuada(36).
- Anticonceptivos: Los anticonceptivos son métodos y dispositivos utilizados para prevenir el embarazo. Existen numerosas opciones

anticonceptivas disponibles para las mujeres, incluyendo píldoras anticonceptivas, parches, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes hormonales, inyecciones, condones, diafragma y métodos de planificación familiar natural(37).

- Aborto: El aborto es el término utilizado para referirse a la interrupción voluntaria de un embarazo. Es un tema sensible y controvertido en muchos países y culturas. La disponibilidad y la legalidad del aborto varían en diferentes lugares. Algunos países permiten el aborto en ciertas circunstancias, como cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, en casos de violación o incesto, o cuando el feto tiene anomalías graves. Es fundamental que las mujeres tengan acceso a servicios de aborto seguro y legal cuando sea necesario, así como a información y apoyo adecuados para tomar decisiones informadas(37).
- Antecedentes personales de riesgo obstétrico o complicaciones: La violencia hacia la mujer durante el embarazo tiene un riesgo alto de probabilidad producir complicaciones que pueden afectar de manera negativamente la salud reproductiva, lo que genera un ambiente de estrés, miedo y ansiedad afectando el bienestar y el estado de salud general durante el embarazo y el parto(37).
- Complicaciones Obstétricas: Algunos estudios han demostrado una asociación significativa entre la intervención médica excesiva y los sentimientos de las mujeres durante el parto, las cuales pueden estar relacionada con complicaciones debido al uso excesivo de la cesárea y otras intervenciones médicas que no son necesarias(38).

2.2.10. Atención Gineco obstétrica

Violencia Ginecológica.

Este tipo de violencia está bastante extendida, ya que también afecta a mujeres que no están embarazadas. Se incluye cualquier acción llevada a cabo contra una mujer cuando recibe atención ginecológica o anticonceptiva que tenga como resultado algún tipo de venganza, una pérdida de autonomía y de la capacidad de elegir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad de concebir en el futuro. Para muchas mujeres, la experiencia de la violencia ginecológica puede ser extremadamente traumática, y los efectos sobre su salud se ven agravados por el hecho de que se produce en una situación en la que se presume que la confianza está garantizada porque se trata de una relación con profesionales cuyo trabajo consiste en proporcionar cuidados y no en hacer daño(39).

Los efectos de la violencia pueden ser mucho más devastadores si se rompe este acuerdo, ya que puede alterar fundamentalmente la forma en que las mujeres se perciben a sí mismas, su sexualidad y su relación con el entorno. Como consecuencia, podrían sentirse presionadas a realizar acciones que no siempre las protegen a ellas o a su salud. En este sentido, el impacto de la violencia ginecológica puede considerarse un problema de relación, ya que provoca una ruptura en la relación entre médico y paciente, en la que uno pierde el respeto por los conocimientos y capacidades del otro(39).

Violencia Obstétrica

Se refiere a cualquier comportamiento, acción o negligencia del personal médico que interfiere con el proceso natural de reproducción y demuestra falta de compasión. Esta forma de violencia representa una forma de discriminación basada en el género y viola los derechos humanos, particularmente los derechos reproductivos, sexuales y de salud de las mujeres, que son considerados derechos fundamentales e inalienables. Estas prácticas deshumanizadoras tienen una influencia significativa tanto en la esfera social como en la económica. Sin embargo, promover una sociedad

más justa, equitativa y libre de cualquier tipo de violencia es una imperiosa necesidad moral y ética que va más allá de las consideraciones del naturalismo económico(40).

Violencia obstétrica psicológica

La violencia psicológica también se manifiesta a través del uso de lenguaje inapropiado, burlas hacia el estado o el cuerpo de la mujer y/o su hijo/a, críticas por expresar emociones como alegría o dolor, y el uso de un lenguaje infantilizado al referirse a la mujer embarazada. Estas acciones buscan desvalorizar y menospreciar a la mujer, generando un ambiente hostil y perjudicial para su bienestar emocional durante el proceso de gestación y parto. La violencia psicológica hacia la mujer consiste en una forma de maltrato que se compone de diversos comportamientos o actitudes sutiles de agresión, lo cual dificulta su identificación y prueba(41).

Algunos ejemplos de violencia psicológica incluyen la prohibición de expresar temores e inquietudes durante el embarazo y el parto, la negación de información sobre los procedimientos médicos realizados y el estado de salud de la mujer y/o su hijo/a, obstaculizar la presencia del padre o acompañante afectivo durante todo el proceso, amenazar con tratos crueles o negar la atención por parte del personal médico hacia la mujer embarazada(41).

Violencia obstétrica física

La violencia obstétrica física se refiere a cualquier acción o procedimiento que no es necesario para la atención médica, que no está clínicamente justificado o que se realiza sin el consentimiento de la mujer embarazada. La violencia obstétrica física también incluye prácticas invasivas y administración de medicamentos sin justificación médica, así como la falta de respeto hacia los procesos naturales y fisiológicos del parto. Algunos ejemplos de esto son la realización de una cesárea sin una estricta justificación médica, la realización constante de tactos vaginales por parte de múltiples personas, la negación injustificada de alimentos y líquidos, la práctica rutinaria de la episiotomía, el uso de fórceps sin una estricta necesidad o consentimiento, la aplicación de

la Maniobra de Kristeller, la extracción manual de la placenta sin justificación médica y el raspado del útero sin anestesia(42).

La violencia física en el ámbito obstétrico puede incluir acciones como el rasurado del vello púbico y el uso rutinario de enemas, la imposición de posiciones supinas (de espaldas) y la posición de litotomía (piernas levantadas en la camilla ginecológica) durante el trabajo de parto y/o parto, la restricción de la libertad de movimiento de la mujer en trabajo de parto, la separación del recién nacido de su madre y el impedimento o retraso del inicio de la lactancia materna sin una justificación médica adecuada. Estas prácticas pueden ser invasivas, traumáticas y generar un impacto negativo en la mujer y el bebé(42).

2.3. Marco legal

2.3.1. Ley Orgánica Integral para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres

Art. 1.- Objeto. El objeto de la presente Ley es prevenir y erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres: niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda su diversidad, en los ámbitos público y privado; en especial, cuando se encuentran en múltiples situaciones de vulnerabilidad o de riesgo, mediante políticas y acciones integrales de prevención, atención, protección y reparación de las víctimas; así como a través de la reeducación de la persona agresora y el trabajo en masculinidades(43).

Art. 2.- Finalidad. Esta Ley tiene como finalidad prevenir y erradicar la violencia ejercida contra las mujeres, mediante la transformación de los patrones socioculturales y estereotipos que naturalizan, reproducen, perpetúan y sostienen la desigualdad entre hombres y mujeres, así como atender, proteger y reparar a las víctimas de violencia(43).

Art. 9.- Derechos de las mujeres. Las mujeres: niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda en su diversidad, tienen derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y libertades contemplados en la Constitución de la República, los instrumentos internacionales ratificados por el Estado y en la normativa vigente, que comprende, entre otros, los siguientes(43):

1. A una vida libre de violencia en el ámbito público y privado, que favorezca su desarrollo y bienestar(43).;

2. Al respeto de su dignidad, integridad, intimidad, autonomía y a no ser sometida a ninguna forma de discriminación, ni tortura(43);

3. A recibir en un contexto de interculturalidad, una educación sustentada en principios de igualdad y equidad(43);

4. A recibir información clara, accesible, completa, veraz, oportuna, en castellano o en su idioma propio, adecuada a su edad y contexto socio cultural, en relación con sus derechos, incluyendo su salud sexual y reproductiva; a conocer los mecanismos de protección; el lugar de prestación de los servicios de atención, de emergencia, de apoyo y de recuperación integral; y demás procedimientos contemplados en la presente Ley y demás normativas concordantes(43);

5. A contar con interpretación, adaptación del lenguaje y comunicación aumentativa, así como apoyo adicional ajustado a sus necesidades, que permitan garantizar sus derechos, cuando tengan una condición de discapacidad(43);

6. A que se le garanticen la confidencialidad y la privacidad de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquier otra persona que esté bajo su tenencia o cuidado(43);

7. A recibir protección y atención integral a través de servicios adecuados y eficaces, de manera inmediata y gratuita para la víctima y sus dependientes con cobertura suficiente, accesible y de calidad(43);

8. A recibir orientación, asesoramiento, patrocinio jurídico o asistencia consular, de manera gratuita, inmediata, especializada e integral sobre las diversas materias y procesos que requiera su situación(43);

9. A dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales que se practiquen en los casos de violencia sexual y, dentro de lo posible, escoger el sexo del profesional para la práctica de los mismos(43);

10. A ser escuchadas en todos los casos personalmente por la autoridad administrativa o judicial competente, y a que su opinión sea considerada al momento de tomar una decisión que la afecte(43);

11. A recibir un trato sensibilizado, evitando la revictimización, teniendo en cuenta su edad, su situación de discapacidad u otras condiciones o circunstancias que requieran especial atención(43);

12. A no ser confrontadas, ni ellas ni sus núcleos familiares con los agresores. Queda prohibida la imposición de métodos alternativos de resolución de conflictos en los procesos de atención, protección o penales(43);

13. A la verdad, a la justicia, a la reparación integral y a las garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia, ante las instancias administrativas y judiciales competentes(43);

14. A que se les reconozcan sus derechos laborales, garantice la igualdad salarial entre hombres y mujeres, sin ninguna discriminación y a evitar que, por causas de violencia, tengan que abandonar su espacio laboral(43).

2.3.2. Constitución de la República del Ecuador

Art. 10.- Tipos de violencia. Para efectos de aplicación de la presente Ley y sin perjuicio de lo establecido en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en el Código Orgánico Integral Penal y la Ley, se consideran los siguientes tipos de violencia(44):

a) Violencia física. - Todo acto u omisión que produzca o pudiese producir daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como cualquier otra forma de maltrato o agresión, castigos corporales, que afecte la integridad física, provocando o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas, esto como resultado del uso de la fuerza o de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño y de sus consecuencias, sin consideración del tiempo que se requiera para su recuperación(43).

b) Violencia psicológica. - Cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional(43).

La violencia psicológica incluye la manipulación emocional, el control mediante mecanismos de vigilancia, el acoso u hostigamiento, toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear y vigilar a la mujer, independientemente de su edad o condición y que pueda afectar su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica; o, que puedan tener repercusiones negativas respecto de su empleo, en la continuación de estudios escolares o universitarios, en promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él. Incluye también las amenazas, el anuncio verbal o con actos, que deriven en un daño físico,

psicológico, sexual, laboral o patrimonial, con el fin de intimidar al sujeto de protección de esta Ley(43).

g) Violencia ginecoobstétrica. - Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud ginecoobstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico(43).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

El estudio en cuestión se caracterizó como descriptivo, ya que permitió un análisis minucioso de las situaciones de violencia que experimentaron las mujeres en la atención gineco obstétrica. En cuanto al enfoque de investigación, empleó el método cuantitativo, ya que recopiló datos numéricos y utilizó análisis estadístico para obtener resultados. Fue retrospectivo, ya que se registraron datos del pasado con el propósito de analizar y describir las situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica.

3.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por 50 mujeres de la comunidad de San Eduardo, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.2.1. Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 18 años que hayan recibido atención ginecoobstétrica en los últimos 12 meses.

Mujeres que den su consentimiento en participar en el estudio.

Mujeres que cumplimenten correctamente todo el instrumento.

Mujeres que vivan en la comunidad San Eduardo.

3.2.2. Criterios de exclusión

Mujeres menores de 18 años

Mujeres que no hayan dado su consentimiento en participar en el estudio

Mujeres que cumplimenten incorrectamente todo el instrumento

Mujeres que no vivan en la comunidad San Eduardo

3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Técnica: Encuesta

Instrumento: Sección 8 de cuestionario INEC

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

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

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

Se elaboró el anteproyecto para aprobación de tema, posterior se realizó el permiso institucional a las autoridades correspondientes para la realización de la encuesta, se coordinó con las encuestadas para la realización de la encuesta y se hizo firmar el consentimiento informado y la explicación del estudio.

3.6. Variables generales y operacionalización

Variable general: Situaciones de Violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la comunidad San Eduardo.

Dimensión	Indicador	Escala
Características ginecológicas	Edad	18 a 25 años 26 a 35 años 36 a 45 años Mayor a 46 años
	Edad de la menarquía de la mujer en edad fértil	9 a 14 años 15 a 20 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 45 años Mayor a 46 años
	Edad de la primera relación sexual	15 a 20 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 45 años Mayor a 46 años

	Número de las parejas sexuales	1 a 2 3 o más
	Uso de métodos anticonceptivos en la mujer en edad fértil	Si No
Características obstétricas	Número de embarazos de la mujer en edad fértil	Número
	Número de partos de la mujer en edad fértil	Número
	Antecedentes de abortos	Si No
	Antecedentes personales de riesgo obstétrico o complicaciones	Si No
Atención Gineco obstétrica	Violencia Gineco obstétrica	Si No No aplica
	Violencia Obstétrica	Si No No aplica
Violencia Obstétrica	Psicológica	Si No No aplica
	Física	Si No No aplica

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al determinar las características sociodemográfico de la población en estudio que la mayoría son mujeres solteras (44%) y en unión libre (24%), con una pequeña proporción de casadas (18%) y divorciadas (8%). En cuanto a la etnia, todos los casos son mestizos. En términos educativos, la mayoría ha alcanzado educación secundaria (74%), mientras que educación primaria muestra un (18%). Respecto a la ocupación, las amas de casa representan el grupo más grandes (46%), seguidas por empleadas públicas (26%) y privadas (20%). Estos datos implican que la violencia ginecoobstétrica es un problema complejo y multifactorial en el que pueden influir otros muchos factores, como el sistema sanitario, la cultura y los comportamientos sociales. El estado civil, la etnia, el nivel de educativo y el tipo de trabajo de la mujer puede o no estar vinculada ante cualquier tipo de violencia y esto no excluye a la gineco obstétrica, ya que todo dependerá de grado de interés de la afectada o de su grado de vulnerabilidad, con la que esta, la afronte, cabe resaltar que cualquier mujer puede convertirse en víctima de violencia gineco obstétrica independientemente de sus características sociodemográficas (41).

Tabla 1. Características ginecológicas

Edad	F	%
18 a 25 años	16	32%
26 – 35 años	20	40%
36 – 45 años	14	28%
Edad de la menarquia	F	%
9 a 14 años	45	90%
15 - 20 años	5	10%
Edad de la primera relación sexual	F	%
15 a 18 años	18	36%
19 a 22 años	32	64%
Número de parejas	F	%
1	30	60%
2 a 3	20	40%
Uso de anticonceptivos	F	%
Si	32	64%
No	18	36%

Fuente: Encuesta realizada a mujeres del Cerro San Eduardo

Elaborado por: Alberca Artiaga, Andrea Cecibel y Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

ANÁLISIS

La tabla muestra que las mujeres tienen edades entre 26 a 35 años 40%, con una edad de la menarquía entre los 9 a 14 años (90%) con inicio de la primera relación sexual entre 19 a 22 años (64%), en cuanto al número de parejas sexuales el (60%) ha tenido una sola pareja, las cuales usan de métodos anticonceptivos (64%). Mostrando que estamos ante un grupo de mujeres en edad reproductiva que en cualquier momento han requerido de servicios de atención en salud y que han sido expuestas a violencia gineco obstétricas independientemente de sus características individuales(41).

Tabla 2. Características obstétricas

Número de embarazos	F	%
1	10	20%
2 a 3	31	62%
Más de 4	9	18%
Número de partos	F	%
1 a 2	33	66%
3 a 4	8	16%
Más de 5	9	18%
Antecedentes de aborto	F	%
Si	2	4%
No	48	96%
Antecedentes de complicación obstétrica	F	%
Si	9	18%
No	41	82%

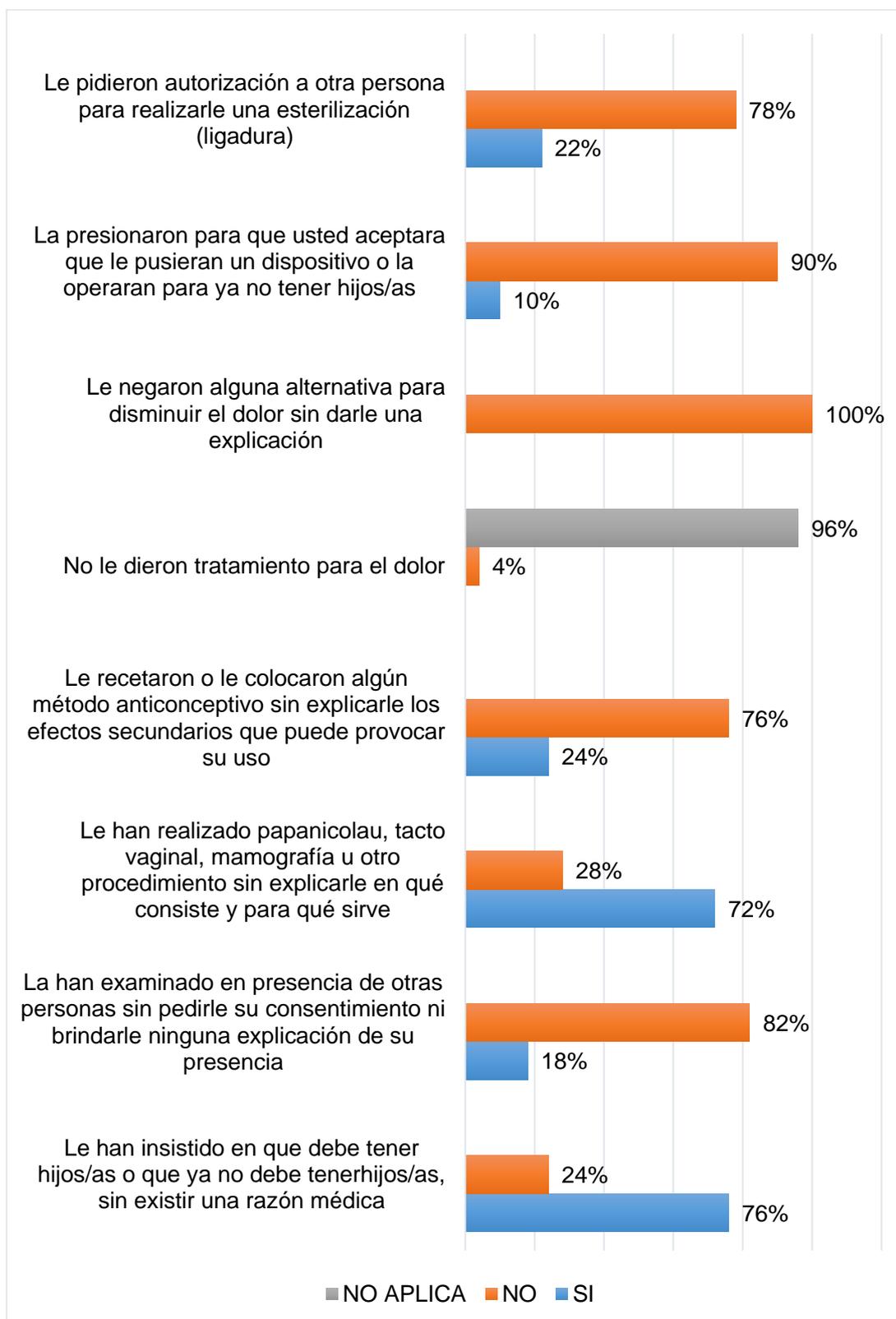
Fuente: Encuesta realizada a mujeres del Cerro San Eduardo

Elaborado por: Alberca Artiaga, Andrea Cecibel y Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

ANÁLISIS

Al analizar las características obstétricas la tabla muestra que el 62% de las mujeres encuestadas ha tenido entre 2 y 3 embarazos, referente al número de partos el 66% ha tenido entre 1 a 3 partos. Las cuales no muestra antecedentes de aborto el 96%, ni antecedentes de complicación o riesgo obstétrico 82%. Esto refleja que la importancia de historia médica y los eventos previos relacionados con la salud reproductiva de una mujer y de los servicios asistenciales que requiere a lo largo de su ciclo de vida (45).

Figura 1. Violencia gineco obstétrica



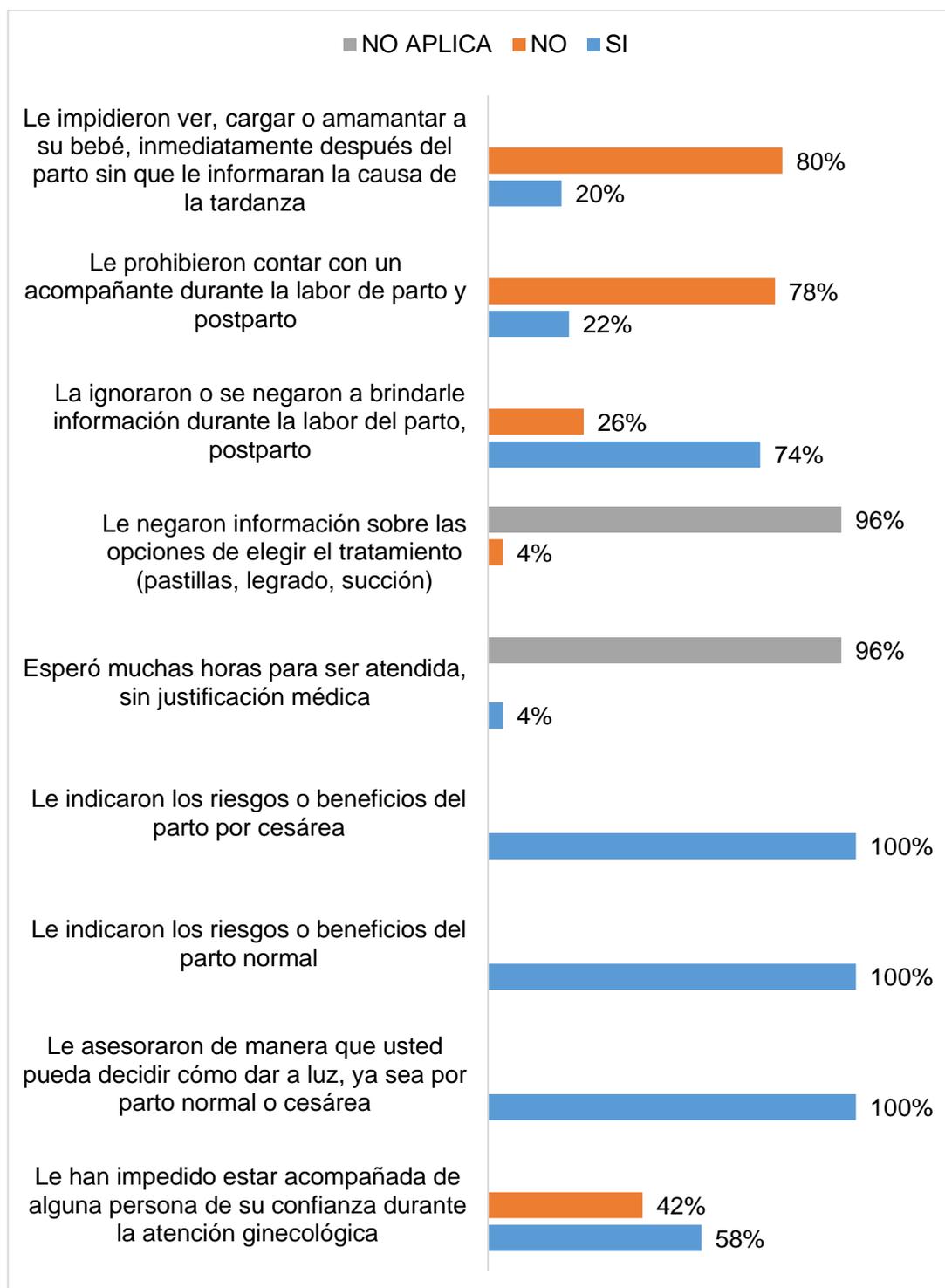
Fuente: Encuesta realizada a mujeres del Cerro San Eduardo

Elaborado por: Alberca Artiaga, Andrea Cecibel y Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

ANÁLISIS

La figura de violencia ginecológica muestra que a las mujeres le han insistido en que tenga hijos o que deje de tenerlos, sin una razón médica 76%, seguido realizarles una citología vaginal, un tacto, mamografía u otro procedimiento sin explicación 72%, le recetaron anticonceptivo sin explicarte los efectos secundarios 24%, le pidieron autorización a otra persona para realizarte una ligadura 22%, la examinaron en presencia de otras personas sin su consentimiento 18%, la presionaron a someterse a una ligadura 22%, pidieron autorización a otra persona para realizar la ligadura 22%, haber sido examinada en presencia de otras personas 18%, y haber sido presionada para la aplicación de un dispositivo o cirugía para dejar de tener hijos 10%. Todas estas prácticas hacen referencia al control y abuso del cuerpo de las mujeres por parte del personal médico mediante procedimientos que implican una intervención excesiva durante el embarazo, el parto y el posparto, así como una medicalización excesiva de sus procesos reproductivos(46).

Figura 2. Violencia obstétrica



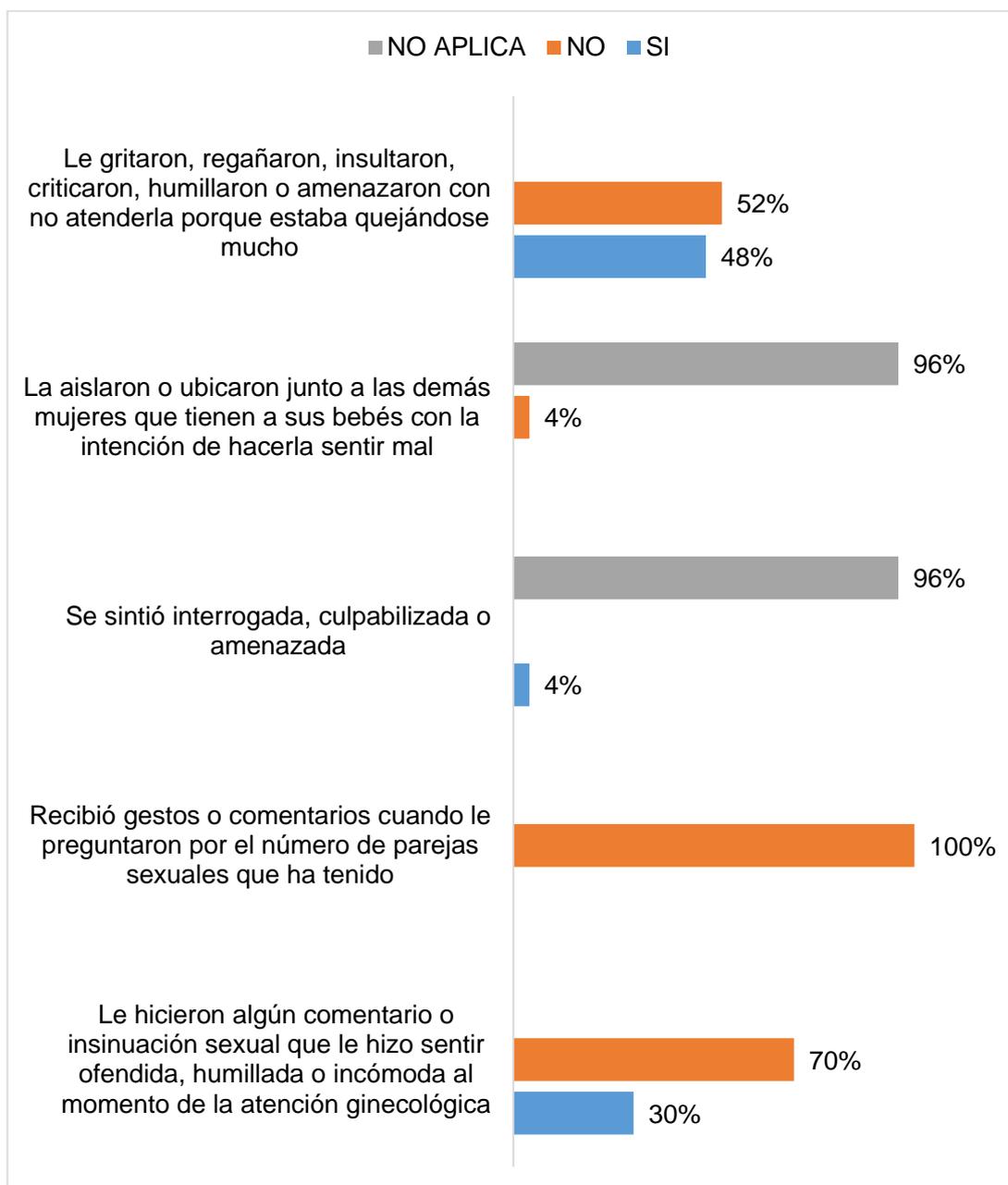
Fuente: Encuesta realizada a mujeres del Cerro San Eduardo

Elaborado por: Alberca Artiaga, Andrea Cecibel y Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

ANÁLISIS

La figura de violencia obstétrica muestra que a las mujeres se les impidió estar acompañadas por alguien de su confianza durante la atención ginecológica 58%, se les ignoró información 24%, se les prohibió tener un acompañante 22%, se les impidió ver, coger o amamantar a su bebé inmediatamente después del parto 20% y esperaron muchas horas para ser atendidas 4%. Estos datos muestran sobre diferentes situaciones en las que las mujeres han experimentado violencia o maltrato durante la atención médica relacionada con el embarazo, parto y postparto. Estos datos a pesar de ser bajos reflejan porcentajes de mujeres que han enfrentado diversas formas de maltrato o negligencia durante su atención obstétrica(21).

Figura 3. Violencia psicológica



Fuente: Encuesta realizada a mujeres del Cerro San Eduardo

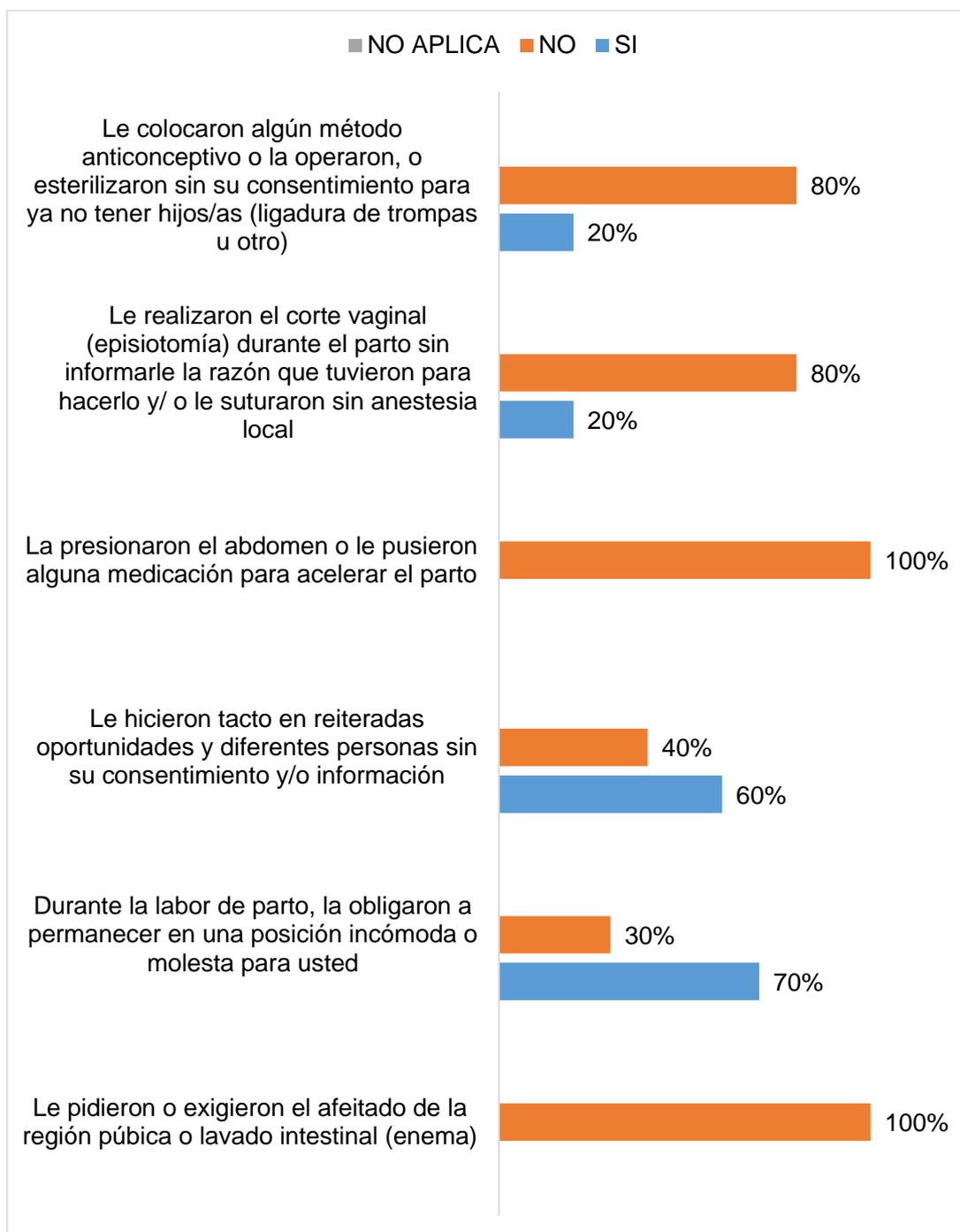
Elaborado por: Alberca Artiaga, Andrea Cecibel y Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

ANÁLISIS

Al observar la figura de violencia psicológica las mujeres refieren que les gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron 48%, les hicieron algún comentario o insinuación sexual en el momento de la atención ginecológica 30%, y se sintieron interrogadas, culpabilizadas o amenazadas 4%. Es importante destacar que la violencia psicológica es una forma de

maltrato que puede tener efectos devastadores en la salud física y emocional de las mujeres. Estas experiencias pueden generar un ambiente de miedo, ansiedad y desconfianza hacia los servicios de atención médica, lo que a su vez puede disuadir a las mujeres de buscar atención oportuna para sus necesidades de salud(33).

Figura 4. Violencia física



Fuente: Encuesta realizada a mujeres del Cerro San Eduardo

Elaborado por: Alberca Artiaga, Andrea Cecibel y Ordoñez Pozo, Adit Guillermo

ANÁLISIS

De acuerdo con la violencia física las mujeres revelan que el 70% la obligaron a permanecer en una posición incómoda, 60% le realizaron tacto en reiteradas ocasiones y diferentes personas, 20% le realizaron episiotomía y 20% le colocaron algún método anticonceptivo sin su consentimiento. Es importante destacar que el parto es un evento significativo en la vida de las mujeres y debe ser atendido con respeto, dignidad y cuidado. El maltrato y la violencia física durante el parto pueden tener un impacto negativo en la salud mental y física de las mujeres y pueden generar un ambiente de desconfianza hacia los servicios de salud(41).

5. DISCUSIÓN

En base al marco referencial se procede a mencionar las diferencias y similitudes con otros autores que tienen temas con relación a violencia gineco obstétrica.

Los autores García et al.,(20) sobre al analizar las características de esta población tienen como edad promedio 33 años. Tienen niveles de estudios altos alcanzados 67%. Tienen entre 1 a 2 hijos 45%, con antecedentes de aborto 8%. Mientras que los autores Carmo et al., (21) menciona que las características sociodemográficas de las mujeres tienen un bajo nivel educativo 87%, son casadas 54%, procedentes de zonas rurales 62%. Las edades que mayor representaron fueron aquellas entre 25 a 30 años 66%, sin antecedentes de aborto 98%, sin complicaciones 87%.

El estudio actual de acuerdo con las características sociodemográfico de la población en estudio que la mayoría son mujeres solteras (44%) y en unión libre (24%), con una pequeña proporción de casadas (18%) y divorciadas (8%). En cuanto a la etnia son mestizos. En términos educativos, la mayoría ha alcanzado educación secundaria (74%), mientras que educación primaria muestra un (18%). Respecto a la ocupación, las amas de casa representan el grupo más grandes (46%), seguidas por empleadas públicas (26%) y privadas (20%).

En este estudio las características ginecológicas tienen edades entre 26 a 35 años 40%, con una edad de la menarquía entre los 9 a 14 años (90%) con inicio de la primera relación sexual entre 19 a 22 años (64%), en cuanto al número de parejas sexuales el (60%) ha tenido una sola pareja, las cuales usan de métodos anticonceptivos (64%). Mientras que las características obstétricas el 62% de las mujeres ha tenido entre 2 y 3 embarazos, referente al número de partos el 66% entre 1 a 3 partos. Las mujeres no tienen antecedentes de aborto 96%, ni antecedentes de complicación o riesgo obstétrico 82%. Al analizar estos estudios de observar que hay diferencias

significativas en algunas características entre las poblaciones de mujeres estudiadas, por ejemplo, las edades de las mujeres, el inicio de las relaciones sexuales y los antecedentes de embarazo varían en cada estudio. Sin embargo, también hay similitudes, como el porcentaje de mujeres que no presentan antecedentes de aborto ni complicaciones obstétricas.

El autor Ferreira y Goncalves (22) se observó que la violencia obstétrica va desde la agresión física en un 55%, psicológica 69%, verbal 33%, simbólica 23%, sexual 11% y hasta la negligencia en la atención, la discriminación, la medicalización excesiva e inapropiada, prácticas obstétricas sin fundamento 87%. Otros tipos fueron la expresión al dolor 78%, sufrimiento y muerte evitables 54% y poca asistencia a la salud sexual y reproductiva 78%.

El estudio actual acerca de la violencia ginecológica muestra que a las mujeres le han insistido en que tenga hijos o que deje de tenerlos, sin una razón médica 76%, seguido realizarles una citología vaginal, un tacto, mamografía u otro procedimiento sin explicación 72%, le recetaron anticonceptivo sin explicarte los efectos secundarios 24%, le pidieron autorización a otra persona para realizarte una ligadura 22%, la examinaron en presencia de otras personas sin su consentimiento 18%, la presionaron a someterse a una ligadura 22%, pidieron autorización a otra persona para realizar la ligadura 22%, haber sido examinada en presencia de otras personas 18%, y haber sido presionada para la aplicación de un dispositivo o cirugía para dejar de tener hijos 10%.

Estos resultados mostrados por los diferentes autores indican que, durante la valoración ginecológica, existe un alto porcentaje de mujeres no recibió la información adecuada y se les aplicaron técnicas sin su consentimiento, lo que representa una violación de sus derechos y una falta de respeto a su autonomía y que fueron sometidas a cesáreas injustificadas, lo que implica una intervención médica innecesaria y potencialmente peligrosa para la salud de las mujeres.

Los autores García et al.,(20) en el estudio ante la violencia obstétrica, las mujeres el 89% tuvieron partos vaginales en los que se ha mantenido la posición de litotomía durante todo el expulsivo, 87% le realización de maniobra de Kristeller, episiotomías en partos eutócicos, partos instrumentales, cesárea y al 67% le negaron a brindarle información durante la labor del parto, postparto 24%. Los autores Ulloa et al.,(19) menciona que en las mujeres se empleó medicalización excesiva del parto 55%, el uso de la maniobra de Kristeller 52%, episiotomía 76%, la administración de anestesia sin el consentimiento de la usuaria y la depilación del vello púbico, y 45% negación de compañía para proporcionarle apoyo emocional.

En este estudio la violencia obstétrica evidenció que a las mujeres se les impidió estar acompañadas por alguien de su confianza durante la atención ginecológica 58%, se les ignoró información 24%, se les prohibió tener un acompañante 22%, se les impidió ver, coger o amamantar a su bebé inmediatamente después del parto 20% y esperaron muchas horas para ser atendidas 4%. Estos estudios reflejan que las formas más alarmantes de violencia obstétrica encontradas fue la prohibición o negación del acompañamiento de una persona de confianza durante la atención del parto, así como también el empleo de prácticas médicas invasivas innecesarias.

El autor Araujo(23) Al conocer los tipos de violencia a las cuales fueron expuestas el 100% les mencionaron que no existía la disponibilidad de camas para realizar partos en posición vertical. Al 85% se les aplicaron medidas de prácticas médicas sin obtener el consentimiento informado. Mientras que el 55% informó haber experimentado algún tipo de abuso por parte del personal de salud y el 44.4% percibió un trato deshumanizante, todos provenientes del personal de enfermería 75%.

En este estudio la violencia psicológica las mujeres refieren que les gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron 48%, les hicieron algún comentario o insinuación sexual en el momento de la atención ginecológica 30%, y se sintieron interrogadas, culpabilizadas o amenazadas 4%. Esto refleja que existe una clara falta de empatía y respeto por parte del

personal médico hacia las mujeres que buscan atención y apoyo durante situaciones delicadas de su salud, lo que este tipo de comportamiento puede causar un gran impacto emocional y afectar negativamente la confianza de las mujeres durante la atención médica.

Los autores Pineda et al.,(24) La violencia física incluyó las realizaron de episiotomía durante el parto y suturaron sin anestesia local sin su consentimiento 54%. En el estudio actual la violencia física referida por las mujeres el 70% la obligaron a permanecer en una posición incómoda, 60% le realizaron tacto en reiteradas ocasiones y diferentes personas, 20% le realizaron episiotomía y 20% le colocaron algún método anticonceptivo sin su consentimiento.

Estos estudios muestran porcentajes preocupante patrón de violencia física hacia las mujeres durante el proceso de parto y atención ginecológica, lo que ponen de manifiesto que hay una clara falta de respeto hacia los derechos y la autonomía de las mujeres en su experiencia de atención médica, dado que fueron sometidas a métodos anticonceptivos o esterilización sin su consentimiento.

6. CONCLUSIONES

Las características de la población son mujeres solteras en unión libre, auto identificadas como mestizas, que han alcanzado la educación secundaria con ocupación de amas de casa. Las características gineco obstétricas muestran que edades entre 26 a 35 años con un inicio de la menarquía entre los 9 a 14 años y primera relación sexual entre 19 a 22 años. Refieren haber tenido una sola de parejas sexuales hasta el momento, y hacen uso de métodos anticonceptivos, las cuales han presentado entre 2 y 3 embarazos y número de partos entre 1 a 3, no refieren antecedentes de aborto ni complicaciones de riesgo obstétrico.

El tipo de violencia evidente, la violencia ginecológica obstétrica evidenciada situaciones fue haberles insistido en que debe tener hijos/as e inclusive que ya no debe tenerlos, seguido que le han realizado Papanicolaou, tacto vaginal u otro procedimiento e inclusive le recetaron método anticonceptivo sin explicarle los efectos secundarios. En lo que respecta a la violencia obstétrica les han impedido estar acompañada de una persona de confianza durante la atención, la ignoraron información durante la labor del parto, postparto e incluso le impidieron cargar o amamantar a su bebé. Mientras para violencia obstétrica psicológica le gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron con no atenderla, le hicieron algún comentario o insinuación sexual que le hizo sentir ofendida, humillada o incómoda al momento de la atención ginecológica y para la violencia obstétrica física indican que durante la labor de parto, la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta, le hicieron tacto sin su consentimiento y le realizaron episiotomía durante el parto sin anestesia local.

7. RECOMENDACIONES

Las instituciones deben establecer políticas y protocolos claros para prevenir y abordar la violencia gineco obstétrica, asegurando que se respeten los derechos de las mujeres en todo momento, ya sea a través de sistemas de monitoreo para identificar posibles casos de violencia gineco obstétrica y a su vez realizar un seguimiento adecuado de las denuncias.

Se debe capacitar al personal de salud sobre los derechos humanos y los principios de atención respetuosa y centrada en la mujer, sensibilizándolos sobre la importancia de brindar una atención digna, empática y libre de violencia en todas las etapas de la atención gineco obstétrica.

Es necesario que todo el personal sea médico o administrativo brinde información clara y comprensible sobre los procedimientos y tratamientos médicos, y obtener su consentimiento informado antes de realizar cualquier intervención, a través de una comunicación abierta y respetuosa con las mujeres, escuchando sus preocupaciones y preferencias, y respondiendo a las preguntas de manera comprensible.

Las mujeres deben informarse sobre los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, incluido el derecho a recibir una atención médica respetuosa y libre de violencia, para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar, y participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica gineco obstétrica.

8. REFERENCIAS

1. Quijaite T, Valverde N, Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2019 [citado 8 de agosto de 2023];45(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2019000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Corral G. El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* [Internet]. 2019 [citado 8 de agosto de 2023];4(2):100-18. Disponible en:
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.6>
3. Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata* [Internet]. 31 de mayo de 2015 [citado 8 de agosto de 2023];(18):93-111. Disponible en:
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
4. Pilligua Á, Gomez Z, Tubay M, Andrade J, Herrera M. Experiencia de internos de enfermería en su rotación por hospitalización durante la COVID-19. *UNESUM - Ciencias Revista Científica Multidisciplinaria* [Internet]. 2022 [citado 8 de agosto de 2023];6(4):4-11. Disponible en:
<https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/291>
5. Silva M. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2020 [citado 8 de agosto de 2023];85(1):74-98. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000100074&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. López P, Pantoja L, Mella M, Utreras M, Vergara C. Revisión de los riesgos maternos y perinatales en tiempos de COVID-19. Desafíos para

- el rol de la Matronería. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2020 [citado 8 de agosto de 2023];85:S131-47. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000700018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. 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 [Internet]. OMS-OPS; 2021. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.2_3_spa.pdf
 8. Contreras K, Zamudio M. Representaciones sociales acerca del embarazo y la maternidad: análisis de memes de Facebook. Revista Colombiana de Sociología [Internet]. 2021 [citado 8 de agosto de 2023];44(2):61-93. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/87791>
 9. Romero D, González M. Violencia Doméstica según la percepción de la mujer. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [Internet]. 2017 [citado 8 de agosto de 2023];77(1):30-40. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2022 [citado 8 de agosto de 2023]. Consejo Directivo. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cuerpos-directivos/consejo-directivo>
 11. Castro G, Carrasco M, Solar F, Catrien M, Garcés C, Marticorena C. Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, período 2010 - 2017. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2019 [citado 8 de agosto de 2023];84(1):28-40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262019000100028&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Violencia contra las mujeres [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 18 [citado 8 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://www.cepal.org/es/subtemas/violencia-contra-mujeres>
13. Arriagada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas [Internet]. Naciones Unidas; Disponible en:
https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/61119/S051049_es.pdf
14. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (ENVIGMU) [Internet]. INEC; 2019. Disponible en:
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
15. Troncoso P, Figueroa C. Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2022 [citado 8 de agosto de 2023];87(2):137-44. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262022000200137&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Barzola M, Moquillaza V, Diaz C. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2020 [citado 8 de agosto de 2023];85(6):641-53. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000600641&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Camacho A, Niño R. Mola parcial con feto vivo, complicado con restricción de crecimiento intrauterino y preeclamsia severa. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2020 [citado 8 de agosto de 2023];71(3):286-96.

Disponible en:

<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3461>

18. Ramalho G, Pavoni N, Campos G, Abduch R, Pereira P, Duarte G, et al. Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year Experience. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 [citado 8 de agosto de 2023];44:47-54. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/FjQHwC9gnTNWLTWr4WbxGDm/>
19. Ulloa J, Acosta L, Sandoval B, Villar J. Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2022 [citado 2 de agosto de 2023];24(2):1. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642022000200120&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. García O, Félix A, Álvarez A. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2020 [citado 2 de agosto de 2023];58(3):258-64. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/4577/457768136007/html/>
21. Carmo M, Esteves A, Domingues RS, Miranda M, Bastos M, Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. agosto de 2014;30 Suppl 1:S1-16.
22. Ferreira M, Gonçalves E. “Parirás com dor”: a violência obstétrica revisitada. “You will give birth in pain”: obstetric violence revisited [Internet]. 2020 [citado 8 de agosto de 2023];1(1):45. Disponible en:
<http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/20465>
23. Araujo J. Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos? *Rev Mex Med Forense* [Internet]. 2019 [citado 8 de agosto de 2023];4(2):1-11. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87854>

24. Pineda F, Balcazar L, Ramírez Y, Díaz L. Violencia obstétrica en mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto al Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas. *Revista Anales de Medicina Universitaria* [Internet]. 2023 [citado 8 de agosto de 2023];2(01):25-31. Disponible en:
<http://revistas.unach.mx/index.php/revanales/article/view/66>
25. Flores C, Meraz D, Benardete D. La mujer en la medicina del siglo xxi. *Educación Médica* [Internet]. 2019 [citado 26 de junio de 2023];20(5):325-8. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318301232>
26. Bueno L, Soto V. Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2016 [citado 26 de junio de 2023];34(1):79-87. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587196>
27. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, Brun S, Rueda D, García L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria* [Internet]. 2021 [citado 26 de junio de 2023];34(3):117-24. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704794809>
28. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2014 [citado 26 de junio de 2023];25(6):880-6. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>
29. Martinez Y, Contreras R. Embarazo en adolescentes como violencia de género en uno de los distritos de la Región Lambayeque. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022 [citado 26 de junio de 2023];6(6):6673-89. Disponible en:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3914>

30. Marabotti F, Costa M, Wehrmeister F, Petrucci D. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 8 de agosto de 2023];51:33. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FgqPNLYMTBgfvZMHK8zbTxw/?lang=en>
31. Azzam O, Sindiani A, Eyalsalman MM, Odeh M, AbedAlkareem KY, Albanna SA, et al. Obstetric Violence among Pregnant Jordanian Women: An Observational Study between the Private and Public Hospitals in Jordan. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(5):654.
32. Schaaf M, Jaffe M, Tunçalp Ö, Freedman L. A critical interpretive synthesis of power and mistreatment of women in maternity care. *PLOS Glob Public Health* [Internet]. 2023;3(1):e0000616. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36962936/>
33. Moreno G, Zapelini D. [Alternatives that contribute to the reduction of obstetric violence]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019;24(12):4743-4. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31778523
34. González F, Paredes S, Rios CE, Saldaña J, Paredes S, Andersson N. Ocurrencia y factores asociados con la violencia física y psicológica a mujeres embarazadas atendidas en un hospital materno infantil. *Ginecología y obstetricia de México* [Internet]. 2022 [citado 26 de junio de 2023];90(7):569-78. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412022000700004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Pastor G. Violencia de género en mujeres embarazadas y resultados en la salud de la madre y del recién nacido [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. [España]: Universidad de Sevilla; 2021 [citado 26 de junio de 2023]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=288468>
36. Medeiros A. Primary health care and Latin-American territories marked by violence La atención primaria de salud y los territorios latinoamericanos

- marcados por la violencia. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018;42:e142. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31093170/>
37. Panea I, Domínguez A, Barragán V, Martos A, López F. Behaviour and attitudes towards the sexuality of the pregnant woman during the last trimester. Phenomenological study. Aten Primaria [Internet]. 2019;51(3):127-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29661671/>
38. Cobo C. La violencia obstétrica. The obstetric violence [Internet]. 2016 [citado 8 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/8917>
39. Chávez M, Sánchez N. Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. Revista de El Colegio de San Luis [Internet]. 2018 [citado 8 de agosto de 2023];8(16):103-19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-899X2018000200103&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. Midwifery [Internet]. 2022;105:103212. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34872035/>
41. de Souza K, da Silva T, Damasceno A, Manzo B, Souza K, Filipe M, et al. Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership. BMC pregnancy and childbirth [Internet]. 2021 [citado 8 de agosto de 2023];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34503471/>
42. Lansky S, Ventura K, Rezende E, Oliveira BJ, Simone C, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Cien Saude Colet [Internet]. 2019;24(8):2811-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31389530/>
43. Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres [Internet]. Registro

Oficial Suplemento 175; 2018. Disponible en:
https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf

44. Lexis. Constitución de la República del Ecuador 2008. Toegepaste Taalwetenschap in Artikelen. 2008;40:169-75.
45. Perdomo A, Martínez P, Lafaurie M, Cañón A, Rubio D. Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 26 de junio de 2023];37(2):125-35. Disponible en:
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/332874>
46. Instituto Nacional de la Juventud. Hablemos de: Violencia Ginecológica y Obstrétrica [Internet]. 2023 [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/hablemos-de-violencias/hablemos-de-violencia-ginecologica-y-obstretica/>

9. ANEXOS

Aprobación de tema



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



FACULTAD
CIENCIAS MÉDICAS

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



ACREDITACIÓN
COMPROMISO DE TODOS

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

Guayaquil, 19 de Junio del 2023

Sr. Adit Guillermo Ordoñez Pozo
Srta. Andrea Cecibel Alberca Artiaga
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

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

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

Atentamente,



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

Cc: Archivo

Permiso institucional



Guayaquil, 15 de mayo del 2023

Lcda. Norma Silva Lima
Delegada de vinculación
Carrera de enfermería

De mis consideraciones:

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

Se adjunta nombres de estudiantes pertenecientes al semillero.

Tutora Lcda. Norma Silva Lima

Tutora Lcda. Miriam Muñoz A.

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

Atentamente



Firmado electrónicamente por:

**LIA DOLORES
PEREZ SCHWASS**

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



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

Tema: Situaciones de violencia en la atención ginecoobstétrica en mujeres de una comunidad de San Eduardo.

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

Instrucciones:

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

1. Qué edad tiene usted?

15 a 21 años
22 a 28 años
29 a 35 años
36 a 42 años
43 a 49 años

2. ¿Cuál es su estado civil?

Casada
Separada
Divorciada
Viuda
Unión de hecho
Unión Libre
Soltera

3. ¿Cómo se autoidentifica?

Indígena
Afroecuatoriana
Afrodescendiente
Negra
Mulata
Montubia
Mestiza
Blanca
Otro

4. ¿Qué nivel de escolaridad tiene?

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Cuarto nivel

5. ¿Cuál es su ocupación?

- Estudiante
- Ama de casa
- Empleada pública
- Empleada privada
- Asistente doméstica
- Otro

III. CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS DE LA MUJER:

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

IV. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LA MUJER:

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

Atención Gineco obstétrica

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

7. Violencia Obstétrica	Si	No	No aplica
a) ¿Ha sido usted examinada en presencia de otras personas sin haberle pedido su consentimiento o darle ninguna explicación de su presencia?			
b) ¿A usted le han recetado o colocado algún método anticonceptivo sin explicarle los efectos secundarios que puede provocarle su uso?			

c) ¿Le han realizado a usted algún comentario o insinuación sexual que le hizo sentir ofendida, humillada o incómoda al momento de la atención ginecológica?			
d) ¿La aislaron o ubicaron junto a las demás mujeres que tienen a sus bebés con la intención de hacerla sentir mal?			

8. Psicológica	Si	No	No aplica
a) ¿A usted le gritaron, regañaron, insultaron, criticaron, humillaron o amenazaron con no atenderla porque estaba quejándose mucho?			
b) ¿Le ignoraron o se negaron a brindarle información durante la labor del parto, postparto?			
c) ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos/as?			
d) ¿Le prohibieron contar con un acompañante durante la labor de parto y postparto?			
e) ¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, inmediatamente después del parto sin que le informaran la causa de la tardanza?			
f) ¿Le pidieron autorización a otra persona para realizarle una esterilización (ligadura)?			

9. Física	Si	No	No aplica
¿Le hicieron tacto en reiteradas oportunidades y diferentes personas sin su consentimiento y/o información?			
¿Le presionaron el abdomen o le pusieron alguna medicación para acelerar el parto?			
¿Le realizaron el corte vaginal (episiotomía) durante el parto sin informarle la razón que tuvieron para hacerlo y/ o le suturaron sin anestesia local?			
¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron, o esterilizaron sin su consentimiento para ya no tener hijos/as (ligadura de trompas u otro)?			
¿Le negaron alguna alternativa para disminuir el dolor sin darle una explicación?			
¿A usted, durante la labor de parto, la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?			



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Alberca Artiaga, Andrea Cecibel**, con C.C: # **1206619874** autora del trabajo de titulación: **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la comunidad de San Eduardo**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **01 de septiembre de 2023**

f. _____

Nombre: **Alberca Artiaga, Andrea Cecibel**

C.C: **1206619874**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ordoñez Pozo, Adit Guillermo**, con C.C: # **0929736908** autor del trabajo de titulación: **Situaciones de violencia en la atención gineco obstétrica en mujeres de la comunidad de San Eduardo**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **01 de septiembre de 2023**

f. _____

Nombre: **Ordoñez Pozo, Adit Guillermo**

C.C: **0929736908**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Situaciones de violencia en la atención gineco-obstétrica en mujeres de una comunidad de San Eduardo.		
AUTOR(ES)	Andrea Cecibel, Alberca Artiaga; Adit Guillermo, Ordoñez Pozo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Norma Esperanza, Silva Lima Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada/o en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2023	No. DE PÁGINAS:	58
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Publica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Violencia, Violencia ginecológica, Violencia obstétrica; Mujeres		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La violencia gineco obstétrica se refiere a cualquier tipo de abuso sea físico, o psicológico que afecta a las mujeres durante la atención en salud por parte del personal médico. Objetivo: Identificar la atención ginecoobstétrica que recibieron las mujeres de la comunidad San Eduardo. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo y diseño transversal retrospectivo. Técnica: encuesta. Instrumento: Cuestionario de preguntas del formulario de INEC. Sección 8. Población y muestra: 51 mujeres elegidas por muestreo por conveniencia. Resultados: Características sociodemográficas: Estado civil: solteras (44%). Etnia: mestiza (100%). Educación: secundaria (74%). Ocupación: ama de casa (46%). Características ginecoobstétricas: Edades: 26 a 35 años 40%. Menarquía: 9 a 14 años (90%). Inicio de la primera relación sexual: 19 a 22 años (64%). Número de parejas sexuales: (60%) una sola. uso de métodos anticonceptivos (64%). Características obstétricas: Número de embarazos: 62% entre 2 y 3 embarazos. Violencia gineco obstétrica, se presentó en el 28%. Enfatizando que al 76% han sido presionadas para tener o no tener hijos sin justificación médica. Violencia obstétrica general fue 53%: de las cuales al 58% se le ha negado la presencia de un acompañante de confianza durante la atención ginecológica. Violencia psicológica fue del 28%: con situaciones del 48% le han gritado, reprendido, insultado, criticado, humillado o amenazado con negarle la atención. Violencia física fue del 16%: Se le obligó a mantener una postura incómoda en el 70%. Conclusión: La violencia gineco obstétrica se evidenció en un porcentaje significativo en las mujeres encuestadas.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-990917648 +593-961477751	E-mail: andrea.alberca@cu.ucsg.edu.ec adit.ordonez@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			