

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

INFORMACION QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA
VIOLENCIA OBSTÉTRICA, EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA OBSTETRICA
DEL HOSPITAL EUGENIO P. D'BELLARD GUATIRE- EDO. MIRANDA
DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2008

(Trabajo Especial de Grado, como requisito parcial para optar al título de
Licenciada en Enfermería)

AUTORAS:

León Nathasha

C.I 17.856.136

Medina Ledy

C.I 17.920.439

TUTORA:

Licda. Vargas Pérez, Yusmari

Caracas, Noviembre de 2008.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

INFORMACION QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA
VIOLENCIA OBSTÉTRICA, EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA OBSTETRICA
DEL HOSPITAL EUGENIO P. D'BELLARD GUATIRE- EDO. MIRANDA
DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2008

AUTORAS:

León Nathasha

C.I 17.856.136

Medina Ledy

C.I 17.920.439

TUTORA:

Licda. Vargas Pérez, Yusmari

Caracas, Noviembre de 2008

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria.	iii
Agradecimiento.	vi
Aprobación del tutor.	vii
Lista de Cuadros.	x
Lista de Gráficos.	xiii
Resumen.	xvi
Introducción.	1

CAPITULO I.

El Problema

Planteamiento del problema.	3
Objetivos de la investigación.	10
Justificación.	10

CAPITULO II. MARCO TEORICO

Antecedentes.	14
Bases Teóricas.	20
Operacionalización de la variable.	68
Conceptos de términos básicos.	69

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO.

Diseño de la Investigación.	70
Tipo de Estudio.	71
Población.	71
Técnicas e Instrumento para la recolección de datos . . .	72
Validez del instrumento y confiabilidad.	73
Procedimiento para recolección de datos.	75
Técnica y análisis de datos.	75

CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS

RESULTADOS	77
-----------------------------	----

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.	98
Recomendaciones.	100

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	102
--	-----

ANEXOS.	106
--------------------------	-----

TABLA DE CUADROS

Nº	Pág.
1. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia contra la mujer. Ítem: 1 Concepto de violencia contra la mujer Ítem: 2 violencia contra la mujer.	78
2. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Ciclo de la Violencia. Ítem: 3 Etapas del ciclo de la violencia Ítem: 4 Etapa del ciclo de la violencia: tensión, Ítem: 5 Etapa del ciclo de la violencia: luna de miel, Ítem 6: Etapa del ciclo de la violencia: Erupción.	80
3. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia Obstétrica. Ítems: 7 Concepto de violencia obstétrica. Ítems: 8- 9 violencia obstétrica	82
4. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el	

personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia obstétrica. Ítem: 10 Emergencias Obstétricas.	84
5. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia obstétrica. Ítem: 11 No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.	86
6. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de sala de Partos del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 12-13-14 obligar a la mujer a parir en posición supina.	88
7. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008.. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 15- 16. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre inmediatamente después de nacer.	90

8. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 17 alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración	92
9. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 18 -19 Practicar la cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.	94
10. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 20. Sanciones legales	96

TABLA DE GRAFICOS	
Nº	Pág.
1. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia contra la mujer. Ítem: 1 Concepto de violencia contra la mujer Ítem: 2 violencia contra la mujer.	78
2. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Ciclo de la Violencia. Ítem: 3 Etapas del ciclo de la violencia Ítem: 4 Etapa del ciclo de la violencia: tensión, Ítem: 5 Etapa del ciclo de la violencia: luna de miel, Ítem 6: Etapa del ciclo de la violencia: Erupción.	80
3. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia Obstétrica. Ítems: 7 Concepto de violencia obstétrica. Ítems: 8- 9 violencia obstétrica	82
4. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P.	

D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia obstétrica. Ítem: 10 Emergencias Obstétricas.	84
5. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia obstétrica. Ítem: 11 No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.	86
6. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de sala de Partos del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 12-13-14 obligar a la mujer a parir en posición supina.	88
7. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008.. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 15- 16. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre inmediatamente después de nacer.	90
8. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería	92

sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 17 alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración 9. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 18 -19 Practicar la cesárea, existiendo condiciones para el parto natural. 10. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 20. Sanciones legales	94 96
---	-----------------------------------

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA

INFORMACION QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA
VIOLENCIA OBSTÉTRICA, EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA OBSTETRICA
DEL HOSPITAL EUGENIO P. D'BELLARD GUATIRE- EDO. MIRANDA
DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2008.

Autoras:

León V., Nathasha S.

Medina L., Ledy Z.

Tutora:

Licda. Yusmari Vargas

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica en la unidad de sala de partos del Hospital Eugenio P. D'Bellard Guatire Guarenas durante el tercer trimestre del año 2008. Se considera que el diseño es de campo no experimental, con un estudio tipo descriptivo; la población objeto fue conformada por 9 auxiliares y 11 profesionales de enfermería del Hospital Eugenio P. D'Bellard. Tomándose para el estudio el 100% de la población y fue seleccionada a través del muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de datos se elaboro un cuestionario mixto de 20 ítems, con preguntas cerradas de selección simple y dicotómica; la prueba piloto se realizó a 10 enfermeras del turno de la mañana del instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Luis Salazar Domínguez" Guarenas tipo III con similares características al que es objeto de estudio. La validez se obtuvo a través del juicio de expertos y se aplico el cálculo de confiabilidad por medio de la formula Kude Richardson. Luego de haber recolectado la información, los resultados obtenidos fueron tabulados, organizados, interpretados y analizados por frecuencia absoluta (fa) y porcentual (%), representados en cuadros y gráficos con sus respectivos análisis de tipo descriptivo. Los resultados obtenidos permiten concluir que el personal de enfermería posee información respecto al concepto de violencia contra la mujer, reconoce que la violencia obstétrica es un delito, se observo deficiencias en cuanto al ciclo de la violencia, actos constitutivos de violencia obstétrica y sus sanciones elementos de suma importancia ya que su desconocimiento hace que el personal de enfermería caiga en violencia

INTRODUCCION

La violencia contra la mujer es una de las peores formas de violencia de los derechos humanos y discriminación presente en los 6 mil años de historia conocida y es producto de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres.

Mundialmente 1 mujer de cada 3 ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales o maltratadas en algún momento de su vida. Venezuela lamentablemente afronta día a día esta difícil realidad, cada 10 días una mujer muere por violencia solo en Caracas siendo un promedio de 37 mujeres cada año.

En la violencia contra la mujer se identifican 19 tipos de violencia cada una con diversas etiologías irónicamente la violencia obstétrica involucra al personal de salud como principal agente causa; lo que puede ser debido a la falta de información o por seguir patrones y protocolos establecidos durante muchos años, que dejan a un lado la autonomía y poder de decisión de la mujer sobre su cuerpo y procesos reproductivos.

El personal de enfermería representa la primera relación de ayuda desde que ingresa la mujer a la emergencia obstétrica, en muchas oportunidades esta relación no se lleva a cabo en su totalidad a causa a la gran demanda a la que son sometidos los centros de salud donde interfiere en la proporción de una atención de calidad. Se considera que la información que poseen las auxiliares y profesionales de enfermería

representa una herramienta fundamental para disminuir las cifras de violencia obstétrica.

De esta forma las autoras deciden determinar la información que posee el personal de salud e identificar el conocimiento que se tiene en relación a esta problemática, tomando -

como base esta para poder desarrollar a futuro otras investigaciones. El presente trabajo especial de grado se encuentra formulado de la siguiente manera:

Capítulo I, el cual contiene el planteamiento del problema donde se describe brevemente la problemática en la cual las autoras basan su investigación para luego establecer los objetivos tanto generales como específicos y justificar el porqué del trabajo.

El capítulo II, se encuentran los antecedentes, la cual hacen referencia a investigaciones anteriores, así como también las bases teóricas que respaldan la investigación, lo que permite identificar las variables para luego operacionalizarlas.

El capítulo III, señala la metodología utilizada para llevar a cabo el estudio, enfocando el tipo de investigación, diseño, población y técnicas de recolección de datos, así como los procedimientos metodológicos que seguirán para el desarrollo de la misma.

El capítulo IV, expresa los resultados obtenidos, con sus respectivos análisis estadísticos identificados en tablas y gráficos.

El capítulo V expresa las conclusiones y recomendaciones aportadas por la investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema:

La lucha de las mujeres en el mundo para lograr el reconocimiento de sus derechos humanos, sociales y políticos y el respeto a su dignidad, se ha desarrollado durante siglos y tuvo una de sus expresiones más elevadas en la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana en 1789. Su proponente, Olympe de Gouges, no logró que los revolucionarios franceses aprobaran tal declaración, y al contrario, su iniciativa fue una de las causas que determinaron su muerte en la guillotina.(párrafo 1 exposición de motivos de la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia)

Desde tiempos remotos, la sociedad es concebida desde un punto de vista patriarcal establecido claramente las diferencias de género, enmarcadas en comportamientos y forma de ser, que en la vida diaria se asocia con los hombres y con las mujeres solo por el hecho de haber nacido varones y hembras, donde el

hombre representa desde la niñez la fuerza el que ejercerá en la adultez el rol de mantener una familia, de llevar el sustento diario del hogar. Mientras que la mujer en la infancia es vista y catalogada como alguien débil, frágil que juega con ser mama y ser amas de casa, la sociedad rige estas conductas hasta la adultez cuando la mujer tiene obligatoriamente que establecerse como esposa, madre de familia y atender las funciones del hogar, dejando a un lado el desarrollo de ella como persona libre e independiente.

La violencia contra la mujer representa hoy en día un problema de salud pública, que ha ido en ascenso debido al desconocimiento, falta de denuncia y procesamiento inadecuado de la misma, es una condición que atenta contra la integridad, salud y familia de la mujer agredida. De tal forma es el aumento indetenible de casos de violencia, que se realizan a nivel mundial convenciones y se proclaman leyes, en las cuales se van incorporando los países latinoamericanos.

Es el de ser madre uno de los roles más anhelados por la mujer y esperado por su entorno, ya que la pareja puede querer demostrar la capacidad para tener hijos y de esta forma buscar satisfacer la expectativa social de que “todo el mundo” desea tener hijos ó satisfacer la ilusión de algún familiar. El poder concebir representa el comienzo de una nueva etapa que influye de forma significativa en la mujer por todos los cambios bio-psico-social que en ella genera.

Dickason, E., Silverman, B. y Kaplan, J. (1999). Refiere que, la mujer pasa por diversos procesos durante el embarazo que van desde la aceptación a sí misma como embarazada a circunstancias sociales como el ser joven y soltera sin más intereses que ella misma, luego de este sin fin de alteraciones por los cambios psicológicos, la futura madre se sosiega y sus preocupaciones empiezan a desviarse

de sus propios cambios corporales hacia el hijo que está creciendo, a medida avanza el embarazo la mujer percibe mediante la visualización lo que le gusta a su hijo, molesta y lo calma. A si mismo los miedos y la independencia emocional se hace evidente en la mujer embarazada. Ya en la última etapa del embarazo la madre tienen la tarea de prepararse para el nacimiento del mismo e ir acondicionando su cuerpo para el proceso de parto. (pág: 240)

El proceso de parto se inicia desde la aparición de las contracciones uterinas en el cual se debe equilibrar las fuerzas para que las contracciones sean rítmicas y así el paso y descenso del feto a través de la pelvis ósea, cuello y la vagina. Finaliza con la expulsión del feto y el desprendimiento de la placenta comprendiendo así las cuatro etapas del trabajo de parto.

Durante el parto la postura puede influir sobre el confort físico y los procesos fisiológicos del nacimiento. Usualmente cada cultura utiliza diferentes posturas para el parto y el alumbramiento la que se usa con frecuencia en los centros de salud ha sido la posición de litotomía, la cual mantiene a la mujer en posición supina con la cabeza y hombros levemente levantados. A pesar de que las enfermeras han promovido diversas posiciones durante el parto, muchos médicos insisten en la postura de litotomía. Dickason, E., Silverman, B. y Kaplan, J. (1999).

La Organización Mundial de la Salud (2002) señala que:

“aproximadamente el 50% de todos los embarazos no se han planificado y alrededor del 25% no son deseados. Cada día, alrededor de 150000 embarazos no deseados terminan en un aborto provocado (lo que representa hasta 53 millones al año). La mortalidad por aborto representa aproximadamente el 20% de la mortalidad materna que se registra en todo el mundo. La mayoría de esas defunciones se

producen en los países en desarrollo, donde esta prohibido el aborto o los servicios abortivos no están al alcance de toda la población. Otras muchas mujeres sufren problemas inmediatos o a largo plazo a causa de abortos en malas condiciones.”

El Ministerio del Poder Popular para la Salud, en su anuario del 2005, señala que: “El estado Zulia con 45 muertes maternas representa un 12,8%, seguido por Anzoátegui con 29 muertes maternas representando el 8,2%, Carabobo 28 muertes representado el 7,9% de la población, el estado Miranda 25 muertes maternas siendo el 7,1%, Táchira 22 muertes representando el 6.2%.

La violencia obstétrica a la que se hace referencia en esta investigación, se define según la Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el Capítulo III, artículo 15 así:

“Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.”

A pesar del establecimiento de esta ley, los índices de violencia en todos los ámbitos se ha ido incrementando, no siendo una excepción la violencia obstétrica, en la actualidad se observa en los centros de atención pública y privado como se violenta los procesos naturales del parto, de forma consciente e inconsciente por parte del personal de salud, se evidencia como la mujer pierde su autonomía y se hace caso

omiso a su capacidad de decisión. Ejemplo de esto se puede notar cuando no se atiende de forma eficaz y oportuna las emergencias obstétricas.

Según Camacaro, M (2000). Refiere que los discursos oficiales no hacen énfasis de manera explícita sobre los riesgos que significa para una mujer la rutina medica a que son sometidas durante el parto, post parto u aborto, entendiendo como rutina medica, no solo los actos de marcada medicalización, sino también la actitud del personal frente a la embarazada, los riesgos que se señalan como causantes de morbi- mortalidad materna son: abortos, hemorragias, septicemias, toxemias, infecciones y desprendimiento prematuro de membrana, son consecuencias, en muchos casos, del tipo de intervención y rutina obstétrica, más que del estado individual de salud de la madre.

Esta es una realidad que se palpa diariamente en los centros de salud específicamente en las salas de parto donde a causa de las condiciones físicas, congestionamiento de las salas y largas jornadas laborales el personal de salud obvia aspectos que para la mujer van más allá del dolor físico y de la epidemiología oficial que se relaciona con el estrés físico y psicológico a causa del trabajo de parto pero se pasa por alto la relación de ayuda eficaz, el apoyo y la consideración ante el agotamiento materno que causan las largas horas que pasan en las camas ginecológicas, las horas que pasan sin comer, ni beber agua o las horas acostadas con sueros oxitócicos en vena.

El aborto por otro lado representa una de las principales causas de muerte materna hoy en día, donde el trato hacia la mujer es discriminatorio y el tratamiento muchas veces se realiza en condiciones de seguridad inadecuadas, después siendo

esto propicio para el desarrollo de infecciones o hemorragias fatales, cabe destacar que el desconocimiento en cuanto a la salud sexual y reproductiva de la mujer en nuestro país hace difícil el control del mismo.

Esta realidad no se escapa del hospital Eugenio P. D´Bellard Guatire- Edo. Miranda, hospital Barrio Adentro tipo III. Es un centro de atención médica general el cual carece de departamentos mas especializados como el de terapia intensiva pero que a su vez es un centro de salud de referencia de muchas localidades del estado Miranda, el servicio de Emergencia Obstétrica cuenta con una sala de admisión, pre parto, sala de parto y post parto.

En este servicio son atendidas diariamente mujeres en la fase II y III de trabajo de parto o diversas emergencias obstétricas. Según el departamento de Archivos se atendieron entre los meses de julio, Agosto y Septiembre 1372 usuarias de las cuales 70 de las mismas acudían por hemorragias a causa de abortos incompletos, sépticos en su mayoría, 36 usuarias por pre eclampsia severa la cual ameritaba la interrupción pronta del embarazo, 05 usuarias a causa de embarazos extra uterinos o ectópicos y por ultimo pero no menos importantes 02 usuarias con desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa sangrante.

Durante estos tres meses la asistencia de usuarias a la emergencia obstétrica se vieron disminuidas a consecuencia del proceso de reestructuración y remodelación a la cual se vio sometido el hospital lo que ocasionó una migración de las usuarias a otros centros de salud del área metropolitana, por dichas razones los porcentajes fueron en descenso en los tres meses.

Es competencia del personal de salud específicamente de enfermería prestar un servicio óptimo, donde se aprecie la calidad de la atención en cuanto a la valoración y vigilancia de las emergencias y así disminuir los índices de violencia en los centros de salud. Por tal motivo se pretende conocer la información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica llevado en el servicio de emergencia obstétrica del hospital Eugenio P. D´Bellard. Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008.

Ante toda esta problemática planteada surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Qué información posee el personal de enfermería sobre la violencia contra la mujer?
- ¿Conoce el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica y sus diferentes formas de manifestación?
- ¿Qué información posee el personal de enfermería sobre las implicaciones legales de la violencia obstétrica?

Se establece como gran pregunta: ¿Que información posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica, de la unidad de emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P D`Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica en la unidad de sala de partos del Hospital Eugenio P. D'Bellard Guatire- Edo. Miranda durante el tercer trimestre del año 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la información que posee el personal de enfermería sobre las generalidades de violencia contra la mujer
- Identificar la información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica.
- Determinar la información que posee el personal de enfermería sobre las implicaciones legales de la violencia obstétrica.

JUSTIFICACION

La violencia contra la mujer, es uno de los abusos a los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual que afecta a un sin fin de mujeres, representa una manifestación de desigualdad impuesta a ellas a causa de una posición subordinada que la sociedad ha marcado al pasar de los tiempos.

Esta condición ha impulsado a la formación de movimientos de mujeres organizadas o no organizadas en pro de informar, orientar y conseguir una participación más activa ante los entes de salud, políticos y sociales para así disminuir de manera significativa los índices de violencia hacia la mujer siendo este uno de los fenómenos sociales más recurrentes dentro de la sociedad venezolana pero a su vez es el menos denunciado.

Esta es una problemática que afecta a todas sin importar distingo raciales, culturales y económicos, dentro de los diversos ámbitos donde se desarrolla la mujer, como el educativo, recreacional, laboral, sexual y hasta el ámbito de la salud pública y privada siendo este ultimo uno de los más afectados paradójicamente, a causa del desconocimiento sobre las consecuencias de diversos procedimientos médicos con propósitos positivos, pero con consecuencias negativas cuando estas son estudiadas a través del fenómeno de la violencia contra la mujer.

Como beneficio para la mujer se dará un primer paso en cuanto a la autonomía de su cuerpo y el poder disponer a su gusto sobre el desarrollo a lo largo de la vida; además de ser libre de decidir sobre los procesos naturales para llevar a término el embarazo y de esta forma empezar a disminuir los efectos adversos que ocasiona la violencia obstétrica sobre la mujer.

Debido a que el personal de enfermería es quien mantiene contacto directo con las embarazadas que acuden a las salas de parto, muchas veces la función asistencial y relación de ayuda se ve opacada por diversos aspectos entre los cuales están las condiciones hospitalarias, exceso de trabajo y poco personal así como la

desinformación en muchas ocasiones juega un papel importante en la calidad de atención.

Enfermería tiene un rol protagónico en la atención de las mujeres en la salas de parto, en ello se enfoca el propósito de esta investigación en conocer la información que posee el personal de enfermería tanto profesionales como auxiliares que se encuentran en culminación de estudios, sobre la violencia obstétrica para así aplicar medidas futuras en cuanto a la sensibilización, capacitación y orientación al personal del hospital Eugenio P. D' Bellard de Guatire.

De igual manera será un antecedente o trabajo de referencia primordial para los estudiantes de enfermería en la realización de posteriores investigaciones y así dar continuidad en cuanto al tema de violencia contra la mujer específicamente violencia obstétrica para empezar a generar el cambio en todos los ámbitos, especialmente en el área de la salud.

Es por esto que surge la necesidad de obtener datos de base como es la información que posee el personal de salud específicamente enfermería, con el fin de generar interés en el gremio y crear una puerta de entrada a un tema poco explorado y de gran impacto bio- psico social como lo es la violencia obstétrica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El siguiente capítulo contempla como primer punto los antecedentes de la investigación, seguido por las bases teóricas, definición de la variable, Operacionalización de la variable y definición de términos básicos.

ANTECEDENTES

Peña, Damaris (2005), en su trabajo de investigación titulado “Emergencia Obstétrica asociada a violencia intrafamiliar en el Hospital Bertha Calderón, Managua Nicaragua IV trimestre 2005. Cuyo objetivo general se centro en conocer el porcentaje de las pacientes con emergencia obstétrica asociadas a violencia qué acuden al servicio de emergencia del Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua, en el IV trimestre 2005. Fue una investigación de tipo descriptivo transversal con una población de 152 mujeres embarazadas con emergencias obstétricas, cuya muestra fue de 65 de las embarazadas qué asistieron por emergencia obstétrica asociada a Violencia física y sexual. La técnica de recolección de datos fue la fuente de información secundaria como las hojas de admisión de emergencia, expedientes clínicos, fichas de vigilancia de lesiones y el cuaderno médico legal de emergencia.

Los resultados arrojados por la investigación, las emergencias obstétricas asociadas a violencia Intrafamiliar, fue de 42.7% de las consultas de emergencia atendidas en ese período, con un promedio de 22 embarazadas por mes, en edad reproductiva predominando de 20 a 30 años, ama de casa, de bajo nivel de escolaridad y procedentes de Managua con mayor frecuencia de ocurrencia de la lesión, los fines de semana. En los tipos de Violencia, predominó la VIF, por intencionalidad causada por conocidos cónyuge, padrastro y hermanos dentro de su casa, usando los mecanismos de contusión de tejidos blando en abdomen, glúteo y

lesiones múltiples. En las lesiones auto-infligidas, se observaron complicaciones materno -fetales, seguidos de las lesiones, no intencionales causada por accidentes. Las principales consecuencias obstétricas según las semanas de gestación fue amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, muerte fetal y prematuridad, quedando estos casos hospitalizados. La terminación de su embarazo fueron aborto y parto prematuro y una pequeña parte continua embarazada.

Este estudio guarda relación con la investigación ya que describe la violencia obstétrica presente en los centros de salud a causa de otros tipos de violencia como lo son la física y la sexual.

Heredia, I. (1999) en su trabajo titulado ¿es la violencia de género y el acceso a la justicia un asunto de derechos humanos? Presentado en la materia: acceso a la justicia diplomado de derechos humanos UCAB Caracas- Venezuela. Su objetivo fue el de abordar la problemática de acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia y reflexionar sobre si se trata de un asunto de derechos humanos. Se trató de una investigación de tipo descriptivo basada en la violencia de género donde se abordan el marco jurídico Internacional y nacional de los derechos humanos de las mujeres y reflexionar sobre lo que pasa en Venezuela.

Los resultados obtenidos fueron que efectivamente es un asunto de derechos humanos y el estado venezolano, que está obligado a garantizar efectivamente los derechos humanos de las mujeres a través de los organismos de protección a la mujer como el INAMU, la Defensoría de los Derechos de la Mujer y la Defensoría del Pueblo no lo han hecho, en la verdadera dimensión del problema. Son las ONG de

mujeres las que vienen realizando un trabajo importante de atención, capacitación, investigación y seguimiento sobre la violencia contra la mujer.

La relación que guarda con la investigación es que refleja la problemática desde el punto de vista de salud pública, donde se integran los diversos organismos de protección de la mujer para orientar, capacitar sobre la violencia contra la mujer.

Chacón, C. García, N. Vallejos, C. (2005) efectuaron un estudio titulado: Violencia estudiantil en los adolescentes de la Escuela Técnica Industrial Antonio Díaz, en Ciudad Bolívar, estado Bolívar para el año escolar 2003-2004. Su objetivo fue, el determinar la violencia estudiantil en sus dimensiones: conducta social y el entorno social de los adolescentes cursantes del quinto año de la escuela técnica industrial Antonio Díaz. Dicho estudio fue de tipo descriptivo y transversal, la recolección de datos se llevo a cabo por medio de una encuesta realizada a una muestra de 80 estudiantes que equivalen al 31% de la población de ambos sexos. Los autores concluyeron que dentro de la institución hubo violencia estudiantil manifestada por conductas sociales agresivas, físicas y psicológicas, con respecto al entorno social, familiar y económico.

El estudio interesa en la elaboración de esta investigación ya que de igual manera se ve reflejada la violencia física y psicológica desde muy temprana edad por factores sociales y económicos manifestados por la falta de información y orientación desde el núcleo familiar.

Boscan, U. (2006). En su tesis titulada “programa de sensibilización sobre la violencia domestica dirigida a estudiantes universitarios de la UCV” en la ciudad de

caracas, cuyo objetivo general fue sensibilizar a través de un programa sobre violencia domestica a un grupo de estudiantes universitarios de la UCV” conteniendo las siguientes objetivos específicos: dotar de información a los estudiantes universitarios para la comprensión de la violencia domestica, su prevención y multiplicación de esta información, determinar las creencias o mitos asociados con la violencia domestica. Fue una investigación de campo de tipo descriptiva-correlacionar, su población estuvo formada por los estudiantes de los últimos semestres de psicología de la mención asesoramiento psicológico de la UCV.

La recolección de datos se dio a través de la aplicación de un pre test y post test, cuyos resultados manifestaron que la mayoría de los participantes coinciden en que la violencia es un acto o una forma de agresión que se expresa en varias formas: físicas, psicológicas, verbal, emocional, moral o sexual de alguna persona o miembro de la familia hacia la mujer.

Este estudio guarda relación con esta investigación ya que se pone de manifiesto la violencia contra la mujer y la información como herramienta fundamental para sensibilizar.

En una investigación realizada por Camacaro, Marbella (2006) “Voces Sobre la Violencia en la Atención del Aborto”, llevada a cabo en la facultad de medicina Witremundo Torrealba de la Universidad de Carabobo; centro su objetivo en reconstruir de manera inductiva y sistemática una matriz de análisis que permita develar las diferentes dimensiones de lo subjetivo, construido por los estudiantes de medicina, a través de sus experiencias como pasantes de Obstetricia I, sobre la atención obstétrica del aborto. Fue una investigación de tipo abordaje cualitativo,

utilizando el punto de Saturación del Conocimiento, sugerido por Bertox (Marinas y Col; 1993, 27), el cual consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel morfológico, sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio cultural.

Se utilizo una muestra de 20 estudiantes que cumplieron con las pasantías de Obstetricia I mediante el punto de conocimiento de Bertox, utilizado para seleccionar la representatividad del grupo participante en la investigación. La técnica de recolección de datos fueron las entrevistas enfocadas a los estudiantes, su análisis tiene como finalidad, la comprensión del mundo real tal y como la dimensiona el /la propio/a entrevistado/a. su construcción social de la realidad, la hace a partir de los elementos significativos de su experiencia personal. Acceder a esos significantes del sujeto, tiene que pasar obligatoriamente por asumir una actitud analítica diferente, donde el investigador e investigado/a entran en un proceso constructivo de la realidad social.

Los resultados arrojados por la investigación fue que a través de la investigación cualitativa permitió que los estudiantes por medio de sus relatos fueran construyendo sus propios eventos críticos, es decir, que sus inquietudes no solo fueron centrados en la asistencia obstétrica normada para la demanda del aborto, sino también evocaron como elemento crítico algunos aspectos de la dinámica que se establece como rutina de las salas de parto de los hospitales donde hacen sus pasantías.

Uno de los eventos críticos en que coincidían las/os entrevistadas/os, era en la dinámica de trabajo que se impone en las salas de parto de la mayoría de los centros hospitalarios. Manifestaron que como pasantes deben enfrentarse a una demanda

masiva de mujeres que conlleva a un trabajo agotados, estresante, repetitivo, donde el fin último es darle respuesta a la cantidad y no a la calidad de la atención, las mujeres quienes deberían ser el centro de interés del trabajo obstétrico, vienen a convertirse en sujetas pasivas dentro de aquella sala medica.

Esta investigación guarda mucha relación con el presente estudio ya que visualiza la realidad por la que pasan los centros de salud y que influye de gran manera en la atención de las mujeres en las salas de parto con diversas emergencias.

BASES TEORICAS

1.1 LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Es una de las formas en que se expresa la violencia humana, entre los grupos que por diversas razones sufren la violencia, es decir la imposición de una conducta no deseada, con ello la privación de su libertad o sufrimientos físicos, psíquicos o morales de todo tipo.

El estudio la violencia contra la mujer se ha ido incorporando lentamente en todas las ciencias sociales, lo que ha permitido definirlo como una construcción cultural que rige las relaciones sociales entre los sexos y los códigos normativos y

valores filosóficos, políticos, religiosos, a partir de los cuales se establecen los criterios que permiten hablar de lo masculino y lo femenino y unas relaciones de poder asimétricas, subordinadas aunque susceptibles de ser modificadas en el transcurso del tiempo.

La violencia puede entenderse como una especie de agresividad injustificada e ilegítima con fines perversos e ilegales, la violencia genera rechazo, frustración y mas violencia que se acentúa y perpetua mediante un ciclo patológico que es necesario romper. La agresividad y la agresión es un término que escribe una conducta, una acción o un ataque hacia otra persona.

El estudio de la violencia contra la mujer por otra parte nos permite comprender y describir las relaciones de los varones y las hembras desde un punto de vista de poder o de jerarquía que ha sido impuesta al pasar de los tiempos por grupos sociales, políticos y familiares, corresponde a una distribución desigual del poder en el cual el hombre se ha impuesto, esta conducta patriarcal se mantiene vigente hoy en día, aunque muchas intelectuales feministas se han logrado imponer en campos donde la opinión femenina poco valía.

Según la Asamblea General de las Naciones Unidas en su declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993). Refleja que la violencia contra mujer, es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la acción o la privación arbitraria de la libertad tanto si se produce en la vida pública o privada.

1.2 CICLO DE LA VIOLENCIA

En 1980, Leonore Walker escribió un libro llamado La Mujer Golpeada (The Battered Woman, en inglés), en el que describe el patrón violento que a menudo toma una relación abusiva. Aunque el ciclo de violencia de Walker se concibió originalmente como una manera de comprender las experiencias de las mujeres que se ven abusadas por el hombre, también describe las etapas del ciclo de abuso de hombres a mujeres o de mujeres a hombres. En muchas relaciones que se vuelven violentas, es frecuente que el primer ataque parezca como un evento aislado. Pero en muchos casos, después de que hubo violencia una vez, se desarrolla el siguiente ciclo, con las siguientes fases:

La fase de la luna de miel:

Las relaciones violentamente abusivas por lo general no tienen un comienzo desagradable. El comienzo de una relación que termina en ciclos de violencia íntima por parte del compañero suele ser romántica y excitante en el principio. Durante la "fase de la luna de miel", los compañeros tratan de hacer cosas especiales para el otro, y quieren pasar juntos cuanto tiempo sea posible.

La fase de la creciente tensión:

Durante esta fase, el hombre puede comenzar a dar muestras de celos o de su carácter posesivo, haciendo o diciendo cosas que aíslan a la mujer de su red de apoyo. Poco a poco, se desarrolla en la relación un patrón de poder desigual. El abusador puede:

- Faltar el respeto a amigos o a la familia, obligando a la mujer a "escoger" entre la relación y las personas importantes de su vida.
- Controlar constantemente, pidiendo un "reporte" de dónde ha estado, leyendo su correo electrónico sin permiso, controlando los números telefónicos en su teléfono celular, etc.
- Acusa a la mujer constantemente de engaño (o de querer engañarlo)
- Comenzar a decir cómo se debe vestir (o como no te vestirse), con quien (o con quien no) pasar un rato, con quien hablar (o no hablar).

Eventualmente, el hombre o pareja va a mostrar arranques de cólera por cosas pequeñas, y luego culpara a la mujer, diciendo que " lo provocaste". La mujer tal vez comenzará a pensar con frecuencia acerca de la fase de la luna de miel, recordando "qué buenas eran las cosas entonces", esperando que la relación regrese pronto a los "buenos tiempos".

La erupción

Todas las tensiones que se acumularon en la fase previa, eventualmente pueden llevar a una explosión. Ésta puede tomar la forma de un ataque verbal ofensivo o humillante, un asalto físico, bofetadas, golpes, o lanzando cosas a la otra

persona, o un asalto sexual. Cuando esto sucede, porque la mujer ha estado aislada de sus sistemas de apoyo, ella tratara de disimular el abuso restándole importancia, o hasta mintiendo acerca de dicho abuso. Si la mujer comienza a sentirse culpable o avergonzada acerca del incidente, ha de ser porque seguramente ya ha comenzado a sentirse responsable de la conducta del abusador. Inmediatamente después de la explosión, es probable que el abusador regrese a la fase de conducta de la luna de miel, disculpándose, comprando regalitos, prometiendo que no volverá a pasar.

Desafortunadamente, por lo general esa no es la manera en que ocurren las cosas. Cuando en una relación ocurre la violencia por parte de un compañero íntimo, es cuestión de tiempo antes que la tensión comience a aparecer de nuevo, y el ciclo comienza una vez más. Este ciclo se ve perpetuado por tres emociones principales: amor, esperanza, y temor. El amor por el abusador hace querer creer a la mujer en las disculpas y pensar que, en su interior, el abusador en realidad no quiso cometer esos actos. La esperanza permite creer que aquella luna de miel fue verdadera, y que las partes negativas del ciclo fueron las excepciones de la regla. La mujer espera que el abusador cambie, y que la relación continúe en un plano feliz para siempre.

Un logro importante en los últimos tiempos es que se reconoce cada vez más que la violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública. En gran medida, como resultado de la continua incidencia política por parte de las organizaciones de mujeres, el problema ha ocupado un lugar en el temario de una serie de conferencias internacionales preocupados por la prevalencia de los actos de violencia contra la mujer y la problemática del acceso a la justicia de las mujeres víctima de violencia. Entre el marco legal internacional se encuentra:

La Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar y Sancionar la Violencia Contra la Mujer, Convención Do Pará (1994). Protege a la mujer contra la violencia por razón de sexo, protege derechos a una vida sin violencia y el derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos, establece deberes a los estados para eliminar este tipo de discriminación y promueve la protección de los derechos humanos de la mujer a través de mecanismos de peticiones individuales ante la Comisión Interamericana de derechos Humanos. Establece la obligatoriedad de los Estados firmantes de legislar internamente sobre la materia. Esta disposición dio lugar a que se legislara sobre la materia en América Latina y el Caribe y permitió en Venezuela elaborar la Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia desde 1995 a 1998.

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer CEDAW. Este Comité es establecido por el artículo 17, con el fin de examinar los progresos realizados en la aplicación de sus disposiciones. El Comité cuenta con muchas diferencias en relación con otros órganos de documentos humanos. Ya que desde sus comienzos, y con una sola excepción, ha estado integrado exclusivamente por mujeres. Los miembros proceden y siguen procediendo de una gran variedad de medios profesionales. El caudal de experiencia del Comité se manifiesta favorablemente en los procedimientos de examen y comentario de los informes presentados por los Estados integrantes.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (2002) subraya en especial la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, a eliminar todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres, a eliminar los prejuicios sexistas en la administración de la justicia y

a erradicar cualesquiera conflictos que puedan surgir entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales o costumbres, de prejuicios culturales y del extremismo religioso.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo (1994). La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD o El Cairo), se celebró bajo los auspicios de las Naciones Unidas, en El Cairo, Egipto, del 5 al 13 de septiembre de 1994. Convocó a representantes de 179 gobiernos y de 1.254 organizaciones no gubernamentales.

La CIPD ofreció una singular oportunidad para que el público reconozca la creciente fuerza y capacidad del movimiento internacional a favor de la salud de la mujer. La conferencia le presentó a las organizaciones de mujeres la posibilidad de dejar estampada su marca como verdaderos actores de la comunidad mundial, para formar los valores y diseñar y dirigir las políticas sobre población a inicios del Siglo XXI.

Las 215 mujeres que se reunieron en esta conferencia preparatoria en Río de Janeiro, prepararon una agenda de 21 puntos para asegurar que las perspectivas y experiencias de la mujer fueran consideradas y tomadas en cuenta en las decisiones de la CIPD. Durante ese año, la IWHC facilitó la participación de defensoras de los derechos de salud reproductiva y financió la participación de 85 colegas para que

asistieran a la reunión preparatoria en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a la propia CIPD.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Las representantes de 189 gobiernos adoptaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, que está encaminada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada, define un conjunto de objetivos estratégicos y explica las medidas que deben adoptar los Gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para eliminar los obstáculos que entorpecen el adelanto de la mujer, promoviendo la igualdad de género.

Los gobiernos asistentes se comprometieron a nuevas iniciativas como el fortalecimiento de la legislación contra todas las formas de violencia doméstica y la sanción de leyes y la adopción de políticas para erradicar las prácticas nocivas tales como el matrimonio temprano y forzado y la mutilación genital femenina. Además se fijaron objetivos para asegurar la educación primaria obligatoria para niñas y niños y para mejorar la salud de las mujeres mediante la ampliación del acceso a la atención médica a programas preventivos.

La conferencia Mundial de Derechos Humanos, en la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) reconoce que, los Derechos Humanos de la Mujer y de la Niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos

humanos universales y que la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas. E insta a los gobiernos y ONG a que intensifiquen sus esfuerzos a favor de la protección y promoción de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas.

El derecho de acceder a la justicia es un derecho para todas las personas consagrado en los diversos tratados de derechos humanos. En Venezuela el acceso a la justicia está consagrado en la Constitución Bolivariana de Venezuela en su Artículo 26 establece que.

“El derecho de las personas a acceder a los órganos de la administración de justicia para obtener la tutela judicial efectiva de sus derechos e intereses incluso los derechos colectivos o difusos. Los órganos serían los tribunales, el Ministerio Público, la Defensoría Pública, los Órganos de Investigación Penal, los Funcionarios de Justicia, los Jueces y Juezas y los Abogados y Abogadas en ejercicio. Se le exige al estado garantizar una justicia gratuita, accesible imparcial, idónea, transparente, autónoma, equitativa y expedita, sin dilaciones indebidas, sin formalismos o reposiciones inútiles”.

Entre el marco legal nacional se encuentra:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 2000 establece en el Capítulo V De los Derechos Sociales y de la Familia en el artículo 76 lo siguiente:

“La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o el padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y

responsablemente el número de hijos o hijas que se desean concebir y a disponer de la información y los medios que les asegure el ejercicio de este derecho. El estado garantizara asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos”

Tanto la madre como el padre, tienen el deber compartido e irrenunciable de criar, formar, educar, mantener, y asistir a sus hijos o hijas, y estos o estas tienen el deber de asistirlos o asistirlos cuando aquel o aquella no puedan hacerlo por sí mismos o por sí mismas. La ley establecerá las medidas necesarias y adecuadas para garantizar la efectividad de las obligaciones.

Posteriormente nace con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), **La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 2004**, que existe según decreto presidencial N° 364, publicado en Gaceta Oficial n° 37.705, de fecha 05 de Junio de 2003. En la cual podemos resaltar lo siguiente: Instauro el derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer que incluyen: el derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de mujeres y niñas.

Lo que la Norma Oficial contiene es de *obligatorio cumplimiento a nivel nacional, en todos los servicios de salud públicos y privados*. Las personas que laboran en el campo de la salud sexual y reproductiva deben guiarse por lo que dice la Norma: médicas/os, enfermeras/os, técnicas/os, psicólogas/os, trabajadoras/es

sociales, personal administrativo, educadoras/es, bionalistas, nutricionistas, entre otros profesionales.

El 25 de diciembre de 2006 fue sancionada la **Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**, se publica en Gaceta Oficial con el numero 38.647 y entra en vigencia el 19 de marzo de 2007, la siguiente ley tiene como característica principal su carácter orgánico con la finalidad de que sus disposiciones prevalezcan sobre otras leyes, ya que desarrolla principios constitucionales en materia de derechos humanos de las mujeres y recoge los tratados internacionales en la materia que Venezuela ha ratificado. Además se pretende crear conciencia en toda la población del país sobre el problema tan grave que constituye para la sociedad venezolana que se vulneren los derechos humanos de la mitad de la población, por ello es necesario trabajar en su instrumentación y garantizar el cumplimiento de la misma.

Al mismo tiempo tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática y participativa.

El capítulo III en su artículo 14. Define violencia contra la mujer como, “todo acto sexista o conducta inadecuada que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial;

la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado”.

Así mismo identifica y conceptualiza 19 tipos de violencia contra la mujer reflejado en el Capítulo III artículo 15. Formas de Violencia clasificándolas de la siguiente manera:

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

2. Acoso u hostigamiento: Es toda conducta abusiva y especialmente los comportamientos, palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir, intimidar, chantajear, apremiar, importunar y vigilar a una mujer que pueda atentar contra su estabilidad emocional, dignidad, prestigio, integridad física o psíquica, o que puedan poner en peligro su empleo, promoción, reconocimiento en el lugar de trabajo o fuera de él.

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

4. Violencia física: Es toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.

5. Violencia doméstica: Es toda conducta activa u omisiva, constante o no, de empleo de fuerza física o violencia psicológica, intimidación, persecución o amenaza contra la mujer por parte del cónyuge, el concubino, ex cónyuge, ex concubino, persona con quien mantiene o mantuvo relación de afectividad, ascendientes, descendientes, parientes colaterales, consanguíneos y afines.

6. Violencia sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha.

7. Acceso carnal violento: Es una forma de violencia sexual, en la cual el hombre mediante violencias o amenazas, constriñe a la cónyuge, concubina, persona con quien hace vida marital o mantenga unión estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos sea cual fuere su clase, por alguna de estas vías.

8. Prostitución forzada: Se entiende por prostitución forzada la acción de obligar a una mujer a realizar uno o más actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza, o mediante coacción como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la opresión psicológica o el abuso del poder, esperando obtener o haber obtenido ventajas o beneficios pecuniarios o de otro tipo, a cambio de los actos de naturaleza sexual de la mujer.

9. Esclavitud sexual: Se entiende por esclavitud sexual la privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o trueque con la obligación de realizar uno o más actos de naturaleza sexual.

10. Acoso sexual: Es la solicitud de cualquier acto o comportamiento de contenido sexual, para sí o para un tercero, o el procurar cualquier tipo de

acercamiento sexual no deseado que realice un hombre prevaleciendo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, y con la amenaza expresa o tácita de causarle a la mujer un daño relacionado con las legítimas expectativas que ésta pueda tener en el ámbito de dicha relación.

11. Violencia laboral: Es la discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo: públicos o privados que obstaculicen su acceso al empleo, ascenso o estabilidad en el mismo, tales como exigir requisitos sobre el estado civil, la edad, la apariencia física o buena presencia, o la solicitud de resultados de exámenes de laboratorios clínicos, que supeditan la contratación, ascenso o la permanencia de la mujer en el empleo. Constituye también discriminación de género en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual salario por igual trabajo.

12. Violencia patrimonial y económica: Se considera violencia patrimonial y económica toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en los ámbitos público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles en menoscabo del patrimonio de las mujeres víctimas de violencia o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos; o la privación de los medios económicos indispensables para vivir.

13. Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de

decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

14. Esterilización forzada: Se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.

15. Violencia mediática: Se entiende por violencia mediática la exposición, a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonre, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación.

16. Violencia institucional: Son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública que tengan como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley, para asegurarles una vida libre de violencia.

17. Violencia simbólica: Son mensajes, valores, iconos, signos que transmitan y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

18. Tráfico de Mujeres, niñas y adolescentes: Son todos los actos que implican su reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños o fuerza, con el propósito de obtener un beneficio de tipo financiero u otro de orden material de carácter ilícito.

19. Trata de mujeres, niñas y adolescentes: Es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres, niñas y adolescentes, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza o de otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre mujeres, niñas o adolescentes con fines de explotación, tales como prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

2. VIOLENCIA OBSTETRICA

2.1 CONCEPTO

La violencia obstétrica representa un tema poco conocido por muchas personas especialmente las mujeres y el personal de salud, quienes son los responsables por brindar un servicio óptimo de calidad donde se logre suplir las necesidades de las mujeres específicamente durante el proceso de gestación y parto, donde se diagnostique de manera rápida y eficaz las diferentes emergencias obstétricas y así disminuir en lo posible la morbi mortalidad tanto de la madre como del producto de la gestación, mucho de estos procesos no se pueden realizar de la mejor manera ya que la dinámica de trabajo en la mayoría de las salas de parto de los hospitales va a depender de una serie de circunstancias, como los son: congestionamiento de las salas, turno de trabajo o poco personal de salud.

El artículo 15 de la Ley Orgánica de los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de violencia, define las diversas formas de violencia; de él se extrae:

“Violencia obstétrica; se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.”

3. ACTOS CONSTITUTIVOS DE VIOLENCIA OBSTETRICA

3.1 NO ATENDER OPORTUNA Y EFICAZMENTE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS.

Las emergencias obstétricas son aquellas complicaciones del embarazo que suponen un alto riesgo para la mujer y el feto; el sistema reproductor es complejo y si se altera puede poner a la mujer en peligro de perder el producto de la gestación o potencialmente su propia vida. Los problemas reproductores, funciones anómalas, la pérdida del embarazo antes o después de alcanzar la viabilidad y la función placentaria anormal son algunas de las emergencias obstétricas más suscitadas.

Es competencia del personal de enfermería el conocer y saber identificar las diferentes emergencias obstétricas que se presentan a diario en las unidades de Emergencia obstétricas, para así atender eficaz y oportunamente las mismas. La Ley Orgánica de los Derechos de las Mujeres a una vida Libre de Violencia establece como Delito “el no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas” artículo 53, capítulo 6.

ABORTO: se llama aborto a la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción alcance las 22 semanas de vida intrauterina o un peso de 500g.

Tipos de abortos: signos clínicos

- **Amenaza de Aborto:** La embarazada presenta hemorragia vaginal leve que puede persistir durante varias semanas y acompañarse de cólicos y dolor uterino. No produce dilatación o borramiento del cuello uterino, ni expulsan tejidos. Si la hemorragia persiste, únicamente puede aconsejarse mantener reposo en cama.
- **Aborto en curso o inevitable:** cuando el aborto llega a la etapa en que es inevitable, el cuello uterino esta blando y dilatado. La hemorragia puede ser profusa, y los cólicos abdominales empiezan a parecerse al dolor del trabajo de parto. El tamaño del producto de la gestación es compatible con su edad, pero su pérdida es inminente.
- **Aborto incompleto:** se habla de aborto incompleto cuando solo se evacua una parte del producto de la concepción. Los tejidos que permanecen en el útero contienen parte de las membranas fetales o de la placenta. La hemorragia y los cólicos persisten y se intensifican. La retención prolongada de los tejidos predispone a la paciente a sufrir infección, por lo que requieren intervención médica inmediata.
- **Aborto completo:** el aborto se considera completo cuando son expulsados en su totalidad los componentes del producto de la concepción (feto, membranas y placenta). Después, el dolor cede y

suele detenerse la hemorragia. El aborto de ese tipo es más probable al principio de la gestación.

- **Aborto fallido, diferido o retenido:** se habla de aborto diferido o retenido cuando el feto muere dentro del útero pero permanece en su interior, justo con la placenta y los demás tejidos gestacionales. Desaparecen los síntomas de embarazo, pero prosigue la amenorrea. Cuando la paciente no se ha percatado de que experimento un aborto retenido y éste no se identifica dentro de los dos meses que siguen, estará dispuesta a sufrir coagulopatía y su vida se encontrara en peligro.

PREECLAMPSIA: Se detecta después de las 20 semanas de gestación cuando la hipertensión va acompañada de edema o proteinuria o de ambos. En la primera fase, se produce una vasoconstricción de desarrollo periódico, retención de sodio y edema con aumento del volumen plasmático. Aunque el desencadenante más precoz de la pre eclampsia se desconoce, estudios recientes señala hacia un desequilibrio de las prostaglandinas como factor principal.

Existen más posibilidades de que se desarrollen pre eclampsia durante el embarazo en aquellas mujeres que ya tienen hipertensión o diabetes, y en aquellas con otras complicaciones del embarazo como embarazo múltiples, hidramnios o mola hidatiforme.

Las primigestas son más sensibles especialmente las menores de 14 años de edad y mayores de 35. Las mujeres de raza negra tienen una prevalencia de hipertensión crónica 2 o 3 veces mayor que las de raza blanca.

Signos:

- Hipertensión: es una elevación duradera de la presión arterial de 140 sobre 90 mmHg o superior, técnicamente esta elevación se debe observar en 2 lecturas con al menos 6 horas de separación. Se realizaran lecturas de la presión arterial varias veces en la visita pre-natal.
- Edema: el edema postural se debe a la elevación de la presión venosa femoral, a obstrucción mecánica provocada por el aumento del tamaño del útero y de los efectos de la gravedad cuando la mujer se encuentra en gestación. El edema va asociado no solamente a los receptores mecánicos sino también a la retención de sales y vasoconstricciones. El líquido intravascular se puede desplazar tanto por los espacios intracelulares como intersticial, se observa en manos, cara y abdomen y no está relacionado con la posición del cuerpo.
- Proteinuria: la afectación renal se produce por la vasoconstricción y el edema de las células endoteliales, de modo que los glomérulos tienen un aspecto aumentado de tamaño. La proteinuria suele ser el primer signo identificado por el personal de enfermería, al comprobar los resultados de una tira de prueba enzimática de glucosa.
- Oliguria: la emisión de orina oscura, concentrada, se debe a la retención de sodio y agua con disminución del gasto renal, la diuresis normal de 30 a 50 ml por hora, estará disminuida pudiendo terminar en Oliguria (>800ml x 24 h) o en anuria.

EMBARAZO ECTÓPICO: esta fuera de su sitio. En estos casos, la placenta suele estar implantada en las trompas de Falopio (95% a 98%), aunque rara vez se desarrolla en el ovario o se puede fijar al ligamento ancho y al intestino. El crecimiento celular tiene lugar a la misma velocidad independientemente de que el blastocito se implante en la trompa de Falopio, el ovario, el cuello, la zona intestinal del fondo o en el área peritoneal.

Habitualmente el rápido desarrollo del embrión y del tejido placentario comienza a mostrar efectos de presión específicos alrededor de la semana 10 de gestación, y a las 12 semanas, estos signos son claros. A medida que la placenta y el embrión crecen en la localización anómala, los vasos sanguíneos proliferan y, cuando la presión es demasiado intensa, la trompa se rompe.

Signos: están presentes todos los signos precoces del embarazo: amenorrea, hipersensibilidad mamaria, náuseas y los niveles de hGC que suelen ser más bajos que en otros embarazos que en el embarazo normal (<25 mg UI/l), lo cual indica la presencia de tejido coriónico. Habitualmente, esto sucede cuando una mujer confirma su embarazo y antes de que acuda en busca de atención prenatal. Los signos y síntomas pueden ser confusos y pueden provocar un retraso a la hora de solicitar un diagnóstico.

Antes de la rotura, los signos están relacionados con el aumento de la presión o una hemorragia oculta. La presión en la trompa aumenta con bastante rapidez, y alrededor de la semana 10 la mujer experimentará molestias pélvicas, que comienzan con un dolor sordo y en forma de calambres que va aumentando hasta convertirse en un dolor punzante agudo en la parte inferior del abdomen.

Es posible que presente un dolor reflejo en el hombro debido a la irritación del nervio frénico que provoca la sangre en la cavidad peritoneal, o bien el dolor se puede reflejar en otras partes del cuerpo. Si el embarazo ectópico se rompe, tiene lugar un episodio de dolor intenso y la mujer presenta signos de shock hipovolémico de rápida evolución por pérdida de sangre hacia el peritoneo.

Dependiendo de la localización, la hemorragia puede ser visible o interna y comienza con un rezumamiento lento. La sangre se almacena en la cavidad peritoneal, en el fondo de saco situado detrás de la vagina y por delante del recto. La mujer nota presión y la necesidad de defecar; el “signo del cuarto de baño” incluye la sensación de desmayo al hacer presión para evacuar el intestino.

Una exploración abdominal desencadena dolor a nivel de la trompa o del ovario por presión y hemorragia crónica. El abdomen estará rígido y sensible. Durante la exploración vaginal, al mover el cuello, se produce un dolor muy intenso. Si se ha producido una hemorragia intensa, el signo de Cullen muestra una tinción azulada alrededor del ombligo.

Tratamiento Clínico: El problema clínico se confirma mediante las siguientes pruebas:

- Exploración pélvica en busca de masas y signos cervicales de embarazo.
- Ecografía para confirmar la situación del saco gestacional en una trompa no rota o embarazo intraabdominal; la sonografía transvaginal es más precisa.

- Coldoscopia o coldocentesis para extraer sangre antigua del fondo de saco o para observar la zona con luz de fibra óptica.

Las pruebas de laboratorio revelan un nivel bajo de hemoglobina y elevación del recuento leucocitario. El recuento de hematíes es bajo y la velocidad de sedimentación ésta elevada. El nivel de hGC en suero, que se controla cada 48 horas si existe alguna duda, es más bajo que los embarazos normales. En un estudio se comunica un éxito diagnóstico pronóstico del 95% con ultrasonidos y niveles de hGC. Si se utilizan lo suficientemente pronto, estas pruebas pueden reducir las posibilidades de rotura.

PLACENTA PREVIA: se produce cuando la placenta está fijada en el segmento uterino en lugar de en el cuerpo del útero. Dado que en esa localización la capa decidual es más fina, la placenta se desarrolla sobre una superficie más grande pudiendo cubrir el orificio interno de forma *completa*, *parcial*, o *marginal*, o bien puede ser de *situación baja*. Los tipos de placenta previa se clasifican según la cantidad de tejido placentario situada sobre el orificio.

Hacia la última parte del embarazo el cuello se va borrando lentamente. Con este desplazamiento se separa de la placenta mal situada y comienza la hemorragia. Cuanto más precoz sea el comienzo de la hemorragia, mas grave será el tipo de placenta previa. La causa es desconocida, pero hay algunos factores predisponentes como las cicatrices uterinas por intervenciones quirúrgicas previas como los raspados uterinos o los partos por cesáreas, las gestaciones múltiples con una gran zona de implantación placentaria, las infecciones con endometritis y episodios previos de implantación baja. Gran número de casos se produce en mujeres con problemas de infertilidad y en multíparas de edad avanzada.

Signos: en ocasiones se producen pérdidas menstruales durante el primer trimestre. Sin embargo, el signo más clásico lo constituye la hemorragia vaginal indolora alrededor de las 28 semanas. La hemorragia brillante o bien comienza lentamente en forma de pérdidas menstruales pequeñas o lo hace a borbotones intermitentes. La hemorragia continuada es menos frecuente, no está relacionada con el nivel de actividad, y el útero estará relajado y no doloroso. La localización de la placenta impide el movimiento del feto hacia el canal pélvico y su posición puede ser transversa, oblicua o de nalgas.

Tratamiento clínico: El problema clínico es confirmado por la ecografía al comprobar la posición de la placenta. Si la hemorragia es importante, será preciso hospitalizar a la mujer y prescribir reposo absoluto en cama. Se realizarán análisis de laboratorio cada 12 horas para determinar los niveles de hemoglobina y el hematocrito. Se determinará el tipo de sangre y las pruebas cruzadas; se tendrán dos unidades en reserva. Si el Rh es negativo, la mujer recibirá gammaglobulina para evitar la sensibilización. Se monitorizarán la frecuencia cardíaca fetal y la actividad e intervalos regulares.

Se valorará la intensidad de la hemorragia y la respuesta de la mujer frente a la edad del feto. Cuando el riesgo para cualquiera de ellos parece mayor que el riesgo asociado al nacimiento, se provocará el parto. El resultado de esta situación de espera y observación es una mayor ansiedad.

Se pueden producir mayores desplazamientos de la placenta después de realizar exploraciones vaginales bruscas. Por tanto, después de la primera exploración con espejo, no se realizarán más exploraciones vaginales. Incluso aunque el cuello

estuviera parcialmente dilatado, es posible ver el tejido placentario a través del orificio cervical. La ecografía ha permitido un diagnóstico más preciso.

Una vez hecho el diagnóstico del grado de crecimiento placentario sobre el orificio, se determina la edad fetal. Se hará entonces una recomendación acerca de la continuación del embarazo y del tipo de nacimiento.

Es posibles que en los grados 1 (implantación baja) y 2 (marginal) la hemorragia no comience hasta el momento del parto, confundiéndose la causa con una separación prematura de la placenta. En ocasiones es posible el parto vaginal si la cabeza ya ha descendido por el canal de parto en ese caso la cabeza puede actuar como torniquete de presión si la placenta cubre parcialmente (grado 3) o completamente (grado 4) el orificio, la hemorragia comienza antes y siempre será necesario el parto por cesárea el 80% de las mujeres con placenta previa requieren una intervención de cesárea. La cirugía se realizará con cuidado, especialmente si la placenta está situada sobre la parte anterior de la pared uterina inferior, ya que existe la posibilidad de cortar los vasos sanguíneos y provocar una hemorragia mayor.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTE (DPP): el desprendimiento prematuro de una placenta implantada normalmente se conoce como *abruptio placentae*, el desprendimiento tiene numerosos grados produciéndose a cabo de 20 a 24 semanas, con frecuencia en el momento del parto. La gravedad se clasifica por los grado 0 a 3, o bien como leve moderado o grave, dependiendo de la localización y la cantidad de la hemorragia.

La separación puede ser: parcial; produciéndose la separación en el centro de la placenta de modo que la hemorragia no es visible. Marginal; en el borde de la placenta, comprobándose la presencia de hemorragia en la vagina o completa, con atrapamiento de la hemorragia en el útero o visible en la vagina. Dickason, E., Silverman, B. y Kaplan, J. (1999).

Signos: se manifiestan cuando comienza el parto. Si la mujer se encuentra en su casa el primer signo puede ser una hemorragia vaginal. Los movimientos vaginales se pueden volver imperativos y después cesar. Si se rompen las membranas se observara una mancha de meconio en ocasiones existe dolor que puede ser persistente y cada vez más intenso indica hemorragia oculta con coágulos cada vez mayor. Cuando la pérdida de sangre es importante, aparecerán signos de shock. Si la mujer esta de parto en un centro hospitalario, la tira de monitorización mostrara insuficiencia útero placentaria con alteraciones basales y variabilidad reducida. Si la hemorragia es oculta, estarán presentes contracciones hipertónicas erráticas, tensión uterina y dolor intenso.

Tratamiento clínico: el tratamiento estará determinado por el grado de desprendimiento y la pérdida de sangre, en comparación con la edad y estado del feto. Para el grado 0(leve) con pérdidas de sangre ocultas o manifestaciones inferiores a 250 ml, se continuara el tratamiento conservador consistente en reposo en cama, sedantes y estrecha observación hasta que el feto alcance las 37 semanas de gestación. En caso de pérdidas sanguíneas moderadas, cuando se han perdido de 250 a 1000 ml pero únicamente está afectada menos de la mitad de la placenta, se practicará una cesárea tras la estabilización de la perfusión materna y fetal. Los casos graves que afectan a más de la mitad de la placenta suelen provocar la muerte del feto en el útero. La mujer presentara rigidez abdominal y dolor, y situación será grave.

La mortalidad materna representa un problema que afecta a un sin fin de mujeres a nivel mundial, esto constituye un problema de salud pública pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países. Según la escuela de Gerencia Social del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (2006).

Las tasas de mortalidad materna son hasta cien veces superiores en los países en vías de desarrollo que en los más favorecidos, ya que en los últimos 20 años el mundo movilizó estrategias políticas y recursos financieros para la reducción de la mortalidad infantil, dejando de un lado los esfuerzos a favor de la reducción de la mortalidad materna. Las acciones para combatir el problema de la mortalidad materna han sido recientes, teniendo aún un carácter más retórico que efectivo, a pesar de constituir las muertes maternas la mayor inequidad de género a ser resuelta en muchas naciones.

La Organización Panamericana de la Salud OPS. (2006). Define muerte materna, al fallecimiento de una mujer en edad fértil (12 a 49 años), durante el embarazo, parto o puerperio, e incluso 12 meses después del parto. Las muertes maternas se subdividen en muertes maternas obstétricas directas e indirectas.

Una Muerte materna obstétrica Directa, es aquella causada por complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, debido a una de cinco causas principales como es el caso de las hemorragias (más frecuentes en el período puerperal), septicemia, eclampsia (trastornos hipertensivos), parto obstruido y

complicaciones de un aborto, así como a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debidas a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de los casos.

Una Muerte materna obstétrica Indirecta, es la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Entre otros ejemplos se puede mencionar al paludismo, la anemia, el VIH/SIDA y enfermedades cardiovasculares.

La relación entre estas causas y muertes se señala como factores influyentes: la baja cobertura de la atención prenatal; la falta de accesibilidad y calidad de los servicios; la baja calidad de la atención y la falta de capacidad resolutive de las emergencias obstétricas; la alta incidencia de cesáreas a nivel público, con mayor frecuencia en el sector privado. Todos estos aspectos no pueden desligarse de las condiciones de subordinación de la mujer por razones de género en la atención del proceso reproductivo, lo cual ha sido descrito y catalogado como una manifestación de violencia de género.

Así mismo, según la Organización Panamericana de la Salud (2004), Venezuela experimentó una tasa de Mortalidad Materna de 59,9 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, cifra superior a la experimentada por países como Canadá (3,8 para el 2001), Chile (7,8 para el 2003), Costa Rica (30,5 para el 2004) y Cuba (38,5 para el 2003), pero inferior a la de Bolivia y Haití con 230 y 523 respectivamente.

De esta manera la Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder popular para la Planificación y desarrollo en su investigación sobre la muerte materna en Venezuela 2006 refiere que; En las últimas cuatro décadas, en el país los cambios económicos han generado una modificación en los estilos de vida de la población, esta situación que se refleja en los patrones de salud- enfermedad, evidenciados en los indicadores de salud del país a lo largo de estos años.

Es por ello, que para tener una mejor comprensión del fenómeno de la mortalidad materna, debe recordarse que hasta finales de la década de los setenta, el país experimentó un crecimiento económico progresivo, con el consecuente mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Esto se debió en gran parte al auge de la actividad petrolera y se expresó, durante muchos, años en el ingreso per cápita más alto de Latinoamérica.

Durante los años ochenta, la crisis económica generada por la caída de los precios del petróleo en el mercado externo y por el desequilibrio macroeconómico interno, ocasionó un incremento de la pobreza. A finales de esta década se presenta un marcado deterioro de la calidad y cobertura de los servicios sociales. Todo esto en un contexto de recesión económica que condujo al desmejoramiento de las condiciones de vida de la población, afectando a los sectores menos favorecidos en proporciones significativas; ese deterioro se pone de manifiesto en el incremento de las tasas de mortalidad materna, para la época.

Para la década de 1990-99 a pesar de que se observa un leve incremento, el mismo no es estadísticamente significativo, por lo cual la tendencia se evidencia en descenso para la época. En Venezuela para el 2004 el porcentaje de muertes maternas

por causas obstétricas directas fue de 77%, con un 23% para las indirectas. Entre las causas más frecuentes que ocasionan las muertes en el país se encuentran las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (50%), edema proteinuria y trastornos hipertensivos (35%) y embarazos terminados en aborto (14%). La mayor parte de estas condiciones son previsibles con control prenatal adecuado y elevando la calidad de la atención del proceso reproductivo, con énfasis en la atención perinatal.

En Venezuela, a pesar de que el 90 por ciento de los partos son intrahospitalarios, continúan presentándose defunciones maternas; en los últimos 50 años la tendencia de las tasas de mortalidad materna ha sido al descenso. Es así que para el año 1957 se registró una Tasa de Mortalidad Materna (TMM) de 133,8 defunciones maternas por cada 100.000 Nacidos Vivos Registrados, con una cifra absoluta de 380 muertes maternas mientras que para el 2004 se presentaron 318 muertes con una tasa de 59,9 por cada 100.000 Nacidos Vivos Registrados, lo cual evidencia una disminución de 55,2% en la tasa, y de 69 muertes (17%) en los últimos 47 años.

En este punto, resulta interesante mencionar que las cifras de nacidos vivos en las últimas cuatro décadas han experimentado un ascenso progresivo llegando el número de nacimientos del año 2004 (530.165) a duplicar los del año 1957(284.080 nacidos vivos). A partir de 1968 (97,2 por 100 mil NVR) hasta 2002 (68,0 por 100.000 NVR) la tasa de mortalidad materna presenta, durante este intervalo de tiempo, un comportamiento irregular y se reduce en 30 puntos.

Sin embargo, a partir de 1998 se observa una disposición al ascenso hasta el 2002 con una importante disminución para el año 2003, evidenciándose luego un

discreto incremento en el 2004. Esta tendencia muestra múltiples oscilaciones que son reflejo de la situación que ha vivido Venezuela a lo largo de los años, lográndose apreciar una relación importante de la mortalidad materna como indicador de desarrollo con la variación de la situación socio económica del país, que de una manera u otra ha influido en la situación del sistema de salud.

La mortalidad materna constituye un problema bio psico social de los servicios de salud, muchas veces ocurren por falta de accesibilidad a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, parto y puerperio.

Por todo esto, las acciones de los servicios de salud para lograr la reducción de las muertes maternas, resultan complejas debido a los múltiples factores de riesgo económico, geográfico y/o cultural que frecuentemente dificultan el acceso rápido de las mujeres con complicaciones obstétricas a los centros de salud, la demora en tomar la decisión de buscar ayuda, la demora en llegar al centro de salud y finalmente la demora en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud, resulta útil para ilustrar como actúan estos factores para impedir la atención inmediata en los casos de mayor riesgo, acercando a la mujer a una muerte segura.

3.2 OBLIGAR A LA MUJER A PARIR EN POSICION SUPINA

Uno de los eventos que guardan un gran significado para la mujer es el de ser madres, desde el primer momento de la concepción la futura madre es receptora de

sensaciones que se hacen cada vez mas notorias a medida avanza el embarazo hasta la culminación del mismo.

Los cambios de posición durante el parto pueden favorecer el alivio de las molestias o corregir problemas; cuando son frecuentes, parecen ser eficaces para la rotación y el descenso del feto, es un error el obligar a la mujer a mantener una sola posición durante todo el proceso debido a las causas y desventajas que pueda tener para el feto y la madre.

El personal de salud específicamente enfermería debe ser el encargado de fomentar la ejecución de ciertas posiciones que ayuden a la mujer a sentirse cómoda y así tolerar el curso y secuencia de las contracciones uterinas, la Ley Orgánica de los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia hace referencia a esto, en el artículo 53 capítulo 6 de Los Delitos; Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, corresponde un acto de violencia obstétrica

Las posiciones mas frecuentes según Burrows,A. Leifer, G (2002) son:

a) caminar: ya que aumenta el bienestar en la mayor parte de los casos, la fuerza de la gravedad se agrega a la de las contracciones, favorece el descenso del feto y alivia el dolor de la espalda.

b) De pie, inclinarse hacia adelante: se aprovecha la gravedad, se reduce el dolor de la espalda, se estimula la cercanía de la pareja y puede utilizarse el monitor fetal electrónico.

c) Sentarse erguida: proporciona una buena posición para el descanso, ofrece algunas ventajas de la gravedad y puede utilizarse el monitor fetal.

d) Recostarse sobre un lado: posición de descanso, la gravedad es neutra, proporciona seguridad si se usan medicamentos, facilita la relajación entre las contracciones, evita la compresión de la vena cava y puede utilizarse el monitor fetal.

e) En cuclillas: ayuda a un empuje activo, se puede frotar la espalda de la mujer y amplía a su máximo la salida pélvica.

f) Semi sentada: posición de descanso, permite aprovechar en cierta forma la fuerza de gravedad (al levantar la cama a un ángulo de 30 a 45°) y puede utilizarse el monitor fetal electrónico. (Pág. 115, 116).

Durante mucho tiempo hasta nuestra actualidad la posición supina y de litotomía se ha utilizado para el momento de parir existiendo desventajas de las mismas muchas veces desconocidas por el personal de salud. Dickason, E. Silverman, B y Kaplan, J (1999) expresan que “la posición supina disminuye la fuerza de las contracciones, aumenta el riesgo de hipotensión supina e incrementa la duración del parto; así mismo la posición de litotomía incrementa el retorno venoso y el volumen de la sangre central si las piernas si las piernas están mas altas que el corazón, produce efectos desfavorables como taquicardia y aumento de la presión arterial”. (Pág. 275).

La mujer acostada sobre su espalda es la peor posición que pueda concebirse para el trabajo del parto y el parto, entre los problemas está:

a) La compresión de los gruesos vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.

b) La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil y menos frecuente, y la necesidad de pujar se torna más dificultosa debido al esfuerzo mayor al no estar favorecida por la fuerza de gravedad. El descenso más lento incrementa el uso del fórceps.

c) El cóccix es comprimido contra la cama de parto, que lo empuja hacia delante estrechando la salida pélvica, con la mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.

d) Hay compresión nerviosa por la presión ejercida sobre las piernas colgadas en los estribos.

d) Ausencia de una efectiva y sostenida presión por parte de la cabeza fetal sobre el periné, no permite una eficaz y pausada distensión del mismo, con la consecuencia de una necesidad compulsiva de realizar una episiotomía que sería innecesaria.

e) El carácter de procedimiento de intervención de la posición de litotomía se complementa e impone uso de anestesia epidurales, uso rutinario de oxitócicos, entre algunas intervenciones que agregan dificultades al proceso de parir.

Con relación a las posiciones antes mencionada es importante hacer referencia sobre la reflexión que realiza Camacaro, M. Sobre “La Distorsión de la Concepción de la Violencia Obstétrica” publicado en la Revista Venezolana de Estudios de la Mujer (2007).

“La cama ginecológica fue un invento del nuevo representante social en la escena del parto, el hombre-médico, el francés Francois Mouriceau (1657-1709) propuso la idea de que la mujer diera a luz en la cama. Publicó en 1668 su tratado Las enfermedades de las mujeres en el embarazo y el parto, considerado como la obra obstétrica más sobresaliente del siglo XVII. En su momento fue el primer tocólogo del reino de Francia, esta referencia histórica dice mucho, especialmente para quienes sabemos lo que ha significado la voz autorizada masculina en la construcción histórica de las ciencias.

Ellos tenían el poder de hablar, decidir, apoderarse del cuerpo de las mujeres, inclusive en aspectos relativos exclusivamente al territorio corporal, sexual y psíquico de las mujeres, la extrañeza de los hombres científicos frente al útero, por no poseerlo, y el poder de dictar toda la vida social, cultural, política, y científica fue la impronta de una obstetricia que patologiza los procesos naturales de las mujeres (menstruación, menopausia, parto), acostarlas para parir es el acto de mayor sumisión y obediencia, por parte de la mujer, frente al poder médico.

La imposición del parto en postura de litotomía-acostada, lo que hace es facilitar el trabajo del médico, enajenando a la mujer de su propio proceso. Acostada quedamos expuestas y vulnerables, obedeciendo las órdenes del equipo de salud. La justificación de esa práctica médica, de tener a la mujer acostada con las piernas colgando, es ideal para favorecer la atención de cualquier complicación, facilitando las maniobras de rutina, intervenciones y conservar pautas de trabajo.

Sin embargo, el 90% de los partos en los hospitales son normales, sin mayores complicaciones, en las clínicas existen un número exagerado de cesáreas por razones económicas. Como vemos la salud sexual y reproductiva de las mujeres depende de los tira y encoje de los intereses económicos, políticos, culturales, religiosos, poder médico, en fin, menos de las propias mujeres. La posición de la madre es un procedimiento médico, una intervención médica, que responde a criterios precisos de organización sujetos a la ideología vigente.”

Dickason, E. Silverman, B y Kaplan, J (1999). refieren que, “durante el parto se presentan dos clases diferentes de dolor ; se experimenta dolor visceral durante la dilatación activa y esta relacionado con la intensidad de la distensión cervical y de la contracción uterina. El dolor somático, esta relacionado con la presión sobre el conducto del parto y con su distensión cuando tiene lugar el descenso” (pag. 352).

Durante este proceso de parto el dolor aumenta y con ello la fatiga y ansiedad hasta culminar con las cuatro etapas del trabajo de parto, donde los cambios de postura o mecanismos del parto son determinados el diámetro de la pelvis, los tejidos blandos de la madre, el tamaño del niño y la fuerza de las contracciones. El feto debe moverse y girar en busca de la senda mas sencilla para su expulsión.

Según Burrows, A y Leifer, G (2002) señalan que, la serie de movimientos de adaptación de la cabeza y hombros del feto son: encajamiento y descenso; que ocurre al moverse la cabeza hacia la entrada pélvica y el descenso continua. La flexión, reduce el diámetro de la cabeza fetal para ajustarse a las dimensiones pélvicas. La

rotación interna, tiene lugar cuando la cabeza del feto se vuelve alineándose en posición antero posterior (AP), respecto del diámetro AP de la pelvis materna; esta posición facilita el nacimiento. La extensión, da comienzo cuando la cabeza fetal alcanza el suelo de la pelvis, la distensión del perineo se hace aparente, la cabeza del feto avanza con las contracciones uterinas y los esfuerzos de pujo de la madre y expulsión, o nacimiento, es la culminación de la segunda etapa del trabajo de parto.

La primera etapa del trabajo es la más larga y la más variable. Comienza con el inicio de las contracciones periódicas y culmina cuando el cuello uterino se encuentra totalmente dilatado y borrado. Burrows, A y Leifer, G (2002) refiere que “la primera etapa del parto se divide en fase latente, fase activa y fase de transición, cada una caracterizada por ciertos cambios físicos y psicológicos; puede durar de 8 a 20 h en las primíparas y de 5 a 14 h en las multíparas” (Pág. 104).

Así mismo la segunda etapa, que corresponde a la de expulsión, empieza cuando el cuello uterino esta totalmente dilatado (10 cm) y termina con el nacimiento del niño; en ese momento la mujer suele sentir la urgencia de pujar (como si fuera a defecar) y de utilizar sus músculos abdominales para ayudar a imprimir mas fuerza a las contracciones uterinas involuntarias y hacer que el niño descienda y se produzca el nacimiento del mismo.

Durante este proceso debe ser asesorada para que no aguante respiración más de 5 seg. Al pujar. Este cese de la respiración podría desencadenar la **maniobra de Valsalva**, que resulta de cerrar la glotis, aumentar así la presión intratorácica y cardiovascular, este fenómeno puede disminuir la infusión de oxígeno a través de la placenta y provocar hipoxia fetal, así como anomalías en la frecuencia cardíaca

del feto. Debe aplicarse el método de glotis abierta, mediante el cual se libera aire por la boca al pujar y se evita la acumulación intratorácica, Burrows,A y Leiter G (2002).

Otra maniobra que se debe tomar en cuenta por los numerosos peligros que conlleva su ejecución, se trata de la **Maniobra de Kristeller**, que consiste en presionar el cuello del útero sincrónicamente con la contracción uterina, con el fin de conseguir la coronación de la cabeza del feto a la fuerza.

Según El Manual Internacional de Atención a la mujer de la Organización Mundial de la Salud (1996) expresa que la ejecución de esta maniobra es una mala praxis y no se recomienda a causa de los riesgos sobre el feto y la mujer, entre los cuales se encuentra el desprendimiento de placenta, hemorragias, muertes fetal y materna, asfixia y sufrimiento fetal a causa de la compresión del cráneo con los huesos pélvicos de la madre.

La tercera etapa del parto se conoce como etapa del desprendimiento de la placenta, empieza con el nacimiento del niño y termina con la expulsión de la placenta y dura hasta 30 min, después de haber nacido el neonato, el cordón umbilical se pinza en dos sitios y se corta entre ellos.

La cuarta etapa, o de recuperación, transcurre en las primeras 4 h a partir del momento de la expulsión de la placenta o hasta que los signos vitales se estabilizan. Burrows,A y Leiter, G (2002) la pérdida de sangre va desde los 250 a 500 ml, lo que podría dar lugar a una caída de la presión arterial y a un aumento de la frecuencia cardíaca, es crucial observar a la madre durante la primera hora posterior al parto en

caso de que hubiese hemorragia excesiva y para valorar la firmeza del útero en contracción.

3.3 OBSTACULIZAR EL APEGO PRECOZ DEL NIÑO O NIÑA CON SU MADRE INMEDIATAMENTE AL NACER.

En diversos artículos, bibliografías e información en línea se puede evidenciar lo importante que es el apego precoz madre-neonato y los beneficios que trae si se realiza de forma inmediata.

Según Olza, I (2008). Durante las dos horas que siguen al nacimiento, las descargas de noradrenalina que el encéfalo ha vertido al torrente sanguíneo durante el parto, hacen que el recién nacido esté en un estado de alerta tranquila. Durante este periodo es capaz de girar la cabeza o buscar el rostro y los ojos de su madre y gracias a esta hormona su olfato se agudiza y memoriza el olor de la madre, establecido con ella.

Durante las dos horas que siguen al nacimiento, el neonato vive el periodo sensitivo. Reconoce a su madre si está en contacto piel con piel con ella. La naturaleza creó el sitio perfecto para el bebé: sobre el cuerpo de la madre. La parte central del tórax está más caliente en una mujer que acaba de dar a luz que en cualquier otra persona. Involuntariamente es capaz de aumentar la temperatura de esa zona hasta lograr estabilizar la temperatura corporal de su hijo, impidiendo la pérdida de calor. Las cunas de calor son innecesarias si se permite a la madre el contacto directo e ininterrumpido con el neonato.

Si el recién nacido es depositado sobre el abdomen de la madre después de un parto sin drogas él será capaz de reptar hasta el pecho de la madre. Los movimientos del esté, las patadas que da sobre el abdomen de su madre son un masaje que obliga al útero a contraerse previniendo hemorragias graves. Él despliega una compleja serie de movimientos para encontrar el calor y el alimento en el pecho de su madre.

Si se aprovecha el periodo sensitivo y el recién nacido se agarra espontáneamente al pecho, hay muchas más posibilidades de que haga el resto de las tomas de forma correcta. Ponerle forzosamente al pecho puede disminuir el instinto de búsqueda y hacer que la postura de succión no sea adecuada, con nefastas consecuencias para la lactancia.

En Venezuela, La ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece como acto constitutivo de Violencia Obstétrica el obstaculizar el apego precoz de niña (o) con su madre sin causa medica justificada, negándole la posibilidad de cargarla (o) y amamantarla (o), lo cual obliga al personal de salud, en especial a enfermería a proveer a la madre y al neonato los cuidados que necesiten sin separarlos, quedando explicito los innumerables beneficios que esta unión genera en la relación madre-hija(o).

3.4 ALTERAR EL PROCESO ANTURAL DEL PARTO DE BAJO RIESGO, MEDIANTE EL USO DE TECNICAS DE ACELERACION.

El uso de medicamentos durante el trabajo de parto muchas veces se hace evidente, específicamente cuando el dolor es insostenible para la mujer y se suministran analgésicos para el mismo y otras veces se utilizan fármacos que aceleran el proceso natural del parto, aumentando así el número de contracciones y su intensidad como lo es la oxitocina o pitocin, que es una hormona corporal normal sintetizada en el hipotálamo y segregada por la hipófisis superior. Su efecto es bloqueado por la progesterona. Cuando se acerca el parto las contracciones se intensifican en proporción directa al descenso de la progesterona que procede de la placenta envejecida.

Si se utilizan dosis excesivas puede presentarse fibrilación del músculo uterino, hiper estimulación uterina con reducción del oxígeno hacia el feto y sufrimiento fetal, la tensión arterial materna puede caer y aparecer pulso hipotenso y taquicardia.

Muy pocas mujeres toleran las contracciones aumentadas por la oxitocina es por ello que se recomienda prestar especial atención ante los signos de alarma, controlar la tasa de flujo de la infusión respetando las dosis y puesto que el parto se acelera habrá más presión sobre la presentación, menos tiempo de recuperación entre las contracciones y una mayor posibilidad de sufrimiento fetal, por ello la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal tiene que evaluarse con regularidad, por otro lado puede provocar hiperbilirrubinemia con dosis altas durante el trabajo de parto.

Según Dickason, E. Silverman B y Karlan J. (1999). “No es adecuado aumentar la dosificación más allá de lo establecido según el Colegio Americano de

Ginecología y Obstetricia que consiste en, empezar con una dosis baja de 0,5 a 1,0 mU/min, para evitar los efectos adversos de este potente fármaco. En un determinado punto el aumento adicional de la dosis es importante, porque se conoce actualmente que el músculo uterino solo puede utilizar una dosis determinada. No es aceptable el deseo de Acelerar las Cosas únicamente en beneficio del médico. Esta idea es peligrosa. Las dosis deben ser graduadas según las respuestas de la mujer, no con el reloj, consentimiento informado para el uso de oxitocina juega un papel primordial”

La mujer tiene derecho a ser informada sobre todos los procedimientos que se vayan a llevar a cabo en su cuerpo mas aun si se trata de administración de fármacos que aceleran el proceso natural del parto. La Ley Orgánica de los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, reza en el artículo 53, capítulo 6 De los Delitos que “ Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, comprende un acto constitutivo de violencia obstétrica.

3.5 PRACTICAR LA CESAREA, EXISTIENDO CONDICIONES PARA EL PARTO NATURAL.

La cesárea es el procedimiento quirúrgico llevado a cabo para hacer nacer al feto, que por complicaciones durante el embarazo no se logra el parto de forma natural. Ante esta situación los padres se llenan de mucha incertidumbre y siempre en espera de preservar la vida tanto del niño como de la madre.

La información juega un papel primordial, sobretodo la preparación psicológica de la madre. Cuando una mujer tiene que sufrir por una cesárea de

emergencia, se apoya mucho mas en el equipo de enfermería para satisfacer sus necesidades de asistencia. La asistencia de enfermería oscila entre un papel de apoyo y de orientación a convertirse en un centro de atención parcial o totalmente compensador. Según Dickason, E. Silverman B y Karlan J. (1999). pag. 337.

3.6. SANCIONES LEGALES

El artículo 51, capítulo 6. Los delitos contenidos en la Ley Orgánica de los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, hace referencia que “Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, el practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.”

En este aspecto es de suma importancia que el personal de salud se tome el tiempo correspondiente en orientar, informar y sobretodo escuchar a la mujer que se encuentra en esa situación, el consentimiento voluntario, expreso e informado debe ser una condición que se lleve a cabo sin exclusión alguna, para evitar problemas legales futuros.

El artículo 51 expresa “Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- I. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

- II. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- III. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- IV. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- V. Practicar el parto por vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

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

SISTEMA DE VARIABLES

Variable

Según Hernández Sampieri, R; Fernández, C y Batista P, (1998) “es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible a medir” (p. 143).

Variable Única

Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica en el Hospital General Eugenio P. D´Bellard.

Variable Conceptual

Según Villatoro, T. Silva, A. (2005). La información “es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas e indica mediante códigos y conjuntos de datos, los modelos del pensamiento humano, por tanto, procesa y genera el conocimiento humano” (Pág. 110)

Variable Operacional.

Se refiere a los conocimientos y la adquisición de los mismos, que tenga el personal de enfermería sobre la Violencia contra la mujer y en especial la violencia obstétrica, que son de suma importancia para el trabajo diario y que pueden ser modificados según las exigencias en el ámbito laboral.

Variable Única: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica en el Hospital General Eugenio P. D´Bellard.

Variable Operacional: Se refiere a los conocimientos y la adquisición de los mismos, que tenga el personal de enfermería sobre la Violencia.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Dimensión	Indicadores	Sub indicadores	Ítems
Conocimiento aplicado en la atención de la mujer gestante. Referido: a las actividades que cumple el personal de enfermería para la atención de la mujer gestante relacionado con la violencia de la que pueda ser sujeta	I. Violencia Contra la Mujer	- Concepto	1, 2
		- Ciclo de la Violencia	3, 4, 5, 6
	II. Violencia Obstétrica	- Concepto	7, 8, 9
		- Emergencias Obstétricas	10
	III. Actos Constitutivos de Violencia Obstétrica.	- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.	11
		- Obligar a la mujer a parir en posición supina.	12, 13, 14
		- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre inmediatamente al nacer.	15, 16
		- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración.	17
		- Practicar la cesárea existiendo condiciones para el parto natural.	18, 19
		- Sanciones Legales.	20

CONCEPTOS DE TÉRMINOS BÁSICOS

Medicalización:

Es decir, el uso y abuso de fármacos por parte del personal de salud.

Patologización:

La patologización es el etiquetamiento de determinados comportamientos como enfermos, siguiendo de manera mecánica y reduccionista el modelo dictómico salud-enfermedad.

Trato deshumanizador:

Trato humillante y vejatorio carente de humildad.

Obstaculizar:

Poner obstáculos, dificultar o impedir la consecución de un fin.

Consentimiento informado:

Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los y las profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento médico.

CAPITULO III

MARCO METODOLGICO

El marco metodológico tiene como fin suplementar la función del marco teórico, el cual proporciona una estructura conceptual y referencial para la comprensión del problema. Este es la parte práctica de la investigación, en la cual se plasma el tipo de investigación, su diseño, la población y muestra a estudiar, así como el instrumento y técnica para la recolección de los datos, con su respectivo análisis.

TIPO DE ESTUDIO

La investigación realizada es de tipo descriptiva, cuyo propósito es la delimitación de las características o propiedades que conforman el fenómeno de estudio a investigar. El estudio descriptivo definido por Hurtado, J (2006). El propósito es exponer el evento estudiando, haciendo una enumeración detallada de sus características, de modo tal que en los resultados se pueden obtener los niveles de análisis dependiendo del fenómeno y del propósito del investigador. (Pág. 103).

POBLACIÓN

Según Hurtado, J (2006) La población de un estudio está formada por el conjunto de seres en los cuales se va a estudiar la variable o evento, y que además comparten como característica común, los criterios de inclusión.

A su vez Hernández, R. Fernández, C y Batista, P (2003) definen a la población que es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.

En esta investigación la población estuvo conformada por 11 enfermeras profesionales y 09 auxiliares en enfermería que se encuentran en culminación de estudios académicos, que laboran en el Hospital Eugenio P. D' Bellard. Se trabajo con toda la población.

TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos según Galtung, D (1998) “se refiere al proceso de obtención de información que permita la medición de las unidades de análisis, a fin de obtener los datos necesarios para el estudio del problema o aspecto de la realidad social motivo de la investigación” (Pág.: 30-49).

Las técnicas según Hurtado, J (2006) tienen que ver con los procedimientos utilizados para la recolección de los datos, es decir, el cómo se va a realizar. Y los instrumentos representan la herramienta con la cual se va a recoger, filtrar y codificar la información, es decir; el con que se va obtener.

Para obtener la información se utilizó La Encuesta como técnica de recolección, según Hurtado, J (2000) “es una técnica en la cual la información debe ser obtenida a través de preguntas a otras personas, donde evidencia la ausencia de interacción con el entrevistado” (Pág.: 469).

Se utilizo un cuestionario con preguntas de tipos cerradas, dicotómicas y de selección simple. Según Hurtado, J (2000):

“Es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información” (Pág.: 469).

Así mismo, Hernández, R. Fernández, C y Batista, P (2003) refuerzan que el cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o mas variables a medir (Pág.: 391).

PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD

La Validación del instrumento según Hernández, R. Fernández, C y Batista, P (2003) se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir.

En esta investigación el instrumento de medición elaborado se sometió a juicio de un experto que recomendó las modificaciones y aprobó la ejecución del mismo.

La confiabilidad según Hernández, R. Fernández, C y Batista, P (2003) se refiere “al grado en el que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo fenómeno genera resultados similares” (Pág. 348).

Para la obtención de la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a un grupo de 10 enfermeras pertenecientes al instituto Venezolano de los Seguros Sociales “Luis Salazar Domínguez” Guarenas tipo III. Las cuales poseían características similares a la muestra seleccionada, se aplicó la fórmula estadística Kuder Richardson 20, debido a que el instrumento posee alternativas de respuesta cerrada.

Hurtado, J. (2000) refiere que “la técnica se basa en el supuesto de que cada ítems del instrumento constituye una muestra paralela, de modo que cada ítems es tratado como paralelo de todos los demás ítems, esta técnica solo es aplicable en aquellos casos en que las respuestas a cada ítems pueden calificarse como 1 o 0 cada una (correcto- incorrecto, presente- ausente, a favor- en contra, etc.),” (pág. 443)

Este método determina la confiabilidad a través de la siguiente formula algebraica: :

$$r_c = \frac{nS^2X(n-X)}{s^2(n-1)}$$

Donde:

r_c = Coeficiente de confiabilidad

n = número de preguntas

S^2 = Promedio de varianzas

X = Promedio de las medias

Al sustituir los valores obtenidos, en una tabla en el programa Excel que luego se introdujo en el programa SPSS. Quedando de la siguiente manera:

$$r_c = \frac{nS^2X(n-X)}{s^2(n-1)}$$

$$r_c = \frac{10 * 50,4 - 8,4 (10 - 8,4)}{50,4 (10 - 1)} = 1$$

$$50,4 (10 - 1)$$

El índice de confiabilidad probable del instrumento es de 1, es decir, altamente confiable.

Conclusión General: Altamente confiable, se determina que esta confiabilidad puede ser extensiva a una población cuyas características sean similares a la muestra para el estudio de la prueba piloto.

Al aplicar el método a los datos obtenidos de la prueba piloto se obtuvo un grado de confiabilidad de 1.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Se elaboro una carta al departamento de enfermería del hospital Eugenio P. D' Bellard solicitando el permiso para acceder a las instalaciones del hospital y a los archivos de morbilidad de los meses julio, agosto y septiembre de la emergencia obstétrica.
- La información se recolecto por medio del cuestionario aplicado al personal de enfermería tanto auxiliares y profesionales que laboran en la unidad de emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P D' Bellard en los 4 turnos.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS:

Según, Hurtado, J. (2000) “constituye un proceso que involucra la clasificación, codificación, el procesamiento y la interpretación de la información obtenida durante la recolección de datos” (Pág. 510).

Luego de haber recolectado la información, los resultados obtenidos fueron tabulados, organizados, interpretados y analizados por frecuencia absoluta (fa) y porcentual (%), representados en cuadros y gráficos con sus respectivos análisis de tipo descriptivo.

CAPITULO IV

4.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

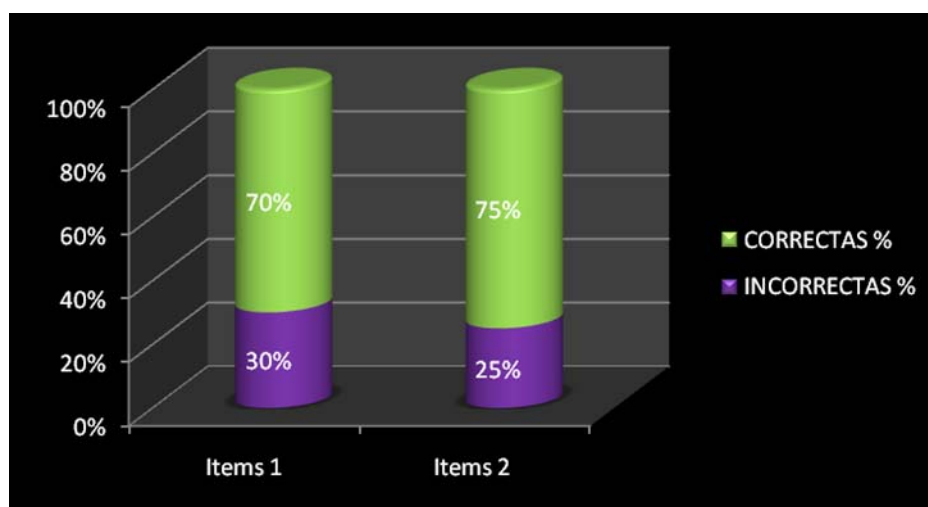
Se aplica el instrumento validado por los expertos a la población que labora en la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard, fueron tabulados, analizados e interpretados, se realizó una prueba piloto para verificar confiabilidad con el instrumento, mediante el análisis de los datos se determinara la información que posee el personal de enfermería en relación a la violencia contra la mujer, en especial violencia obstétrica.

TABLA N° 1 PARTE I

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia contra la mujer. Items: 1 Concepto de Violencia contra la mujer. Items: 2 Violencia contra la mujer.

ITEMS	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Ítems 1: Es todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial a la mujer, se refiere a:	14	70%	6	30%	20	100%
Ítems 2: La violencia contra la mujer es un problema de:	15	75%	5	25%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2008



Fuente: Tabla1. Parte I

ANALISIS TABLA Y GRÁFICO N°1 PARTE I

Se evidencia que el personal de enfermería posee información sobre la violencia contra la mujer concepto y generalidades.

- En el Ítems 1 sobre concepto de Violencia contra la Mujer se puede notar que de 20 encuestadas (os) 14 respondieron de forma correcta representando un 70% de la población, encontrando que solo 6 desconocen el concepto, que representa el 30%.
- En el Ítems 2 sobre generalidades de la violencia contra la mujer 15 respondieron de forma correcta considerando que la violencia contra la mujer es un delito, esta población representa el 75% de los encuestados y solo 5 lo desconocen el 25% de la población.

En general un 72,5% de la población encuestada tiene conocimiento acerca de la violencia contra la mujer.

TABLA N°2 PARTE I

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del año 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Ciclo de la Violencia. Items: 3 Etapas del ciclo de la violencia Items: 4 Etapa del ciclo de la violencia: tensión Items: 5 Etapa del ciclo de la violencia: luna de miel Items: 6 Etapa del ciclo de la violencia: Erupción.

ITEMS	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Items 3: El ciclo de la violencia lo conforman las siguientes etapas.	1	5%	19	95%	20	100%
Items 4: La etapa del ciclo de la violencia donde se comienza con insultos, humillaciones y gritos se denomina:	2	10%	18	90%	20	100%
Items 5: La etapa del ciclo de la violencia que se caracteriza por acciones románticas, donde la pareja trata de hacer cosas especiales para el otro, pidiendo disculpas y llevando flores para compensar una falta es:	1	5%	19	95%	20	100%
Items 6: ¿Cuál es la etapa del ciclo de la violencia caracterizada por ataque verbal, ofensivo o humillante, bofetadas, golpes, asalto sexual donde el agresor pierde toda forma de comunicación y entendimiento?	4	20%	16	80%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2008



Fuente: Tabla 2. Parte I

ANALISIS TABLA Y GRÁFICO N°2. PARTE I

Con relación a la información que posee el personal de enfermería sobre ciclo de la violencia y sus etapas.

- Items: 3 con una frecuencia de 1 persona de forma correcta representando solo 5 % de la población y el restante 95% desconoce las etapas que conforman el ciclo de la violencia.
- Items 4: En relación al Items 4 en la que se evaluó la identificación de la etapa tensión del ciclo, 2 personas respondieron de forma correcta, es decir, 10% y un 90% afirma de forma incorrecta dicha etapa, situación similar a la del Items 5.
- Items 5: donde se obtuvo una frecuencia de respuesta correcta de 1 personas 5% y el 95% restante ignoran la etapa de luna de miel en el ciclo, no muy diferenciada se encuentra el Items 6 donde se observó que el porcentaje de respuesta correcta fue de 20% y de respuesta incorrecta 80% con 16 personas que desconocen la etapa del ciclo denominada Erupción.

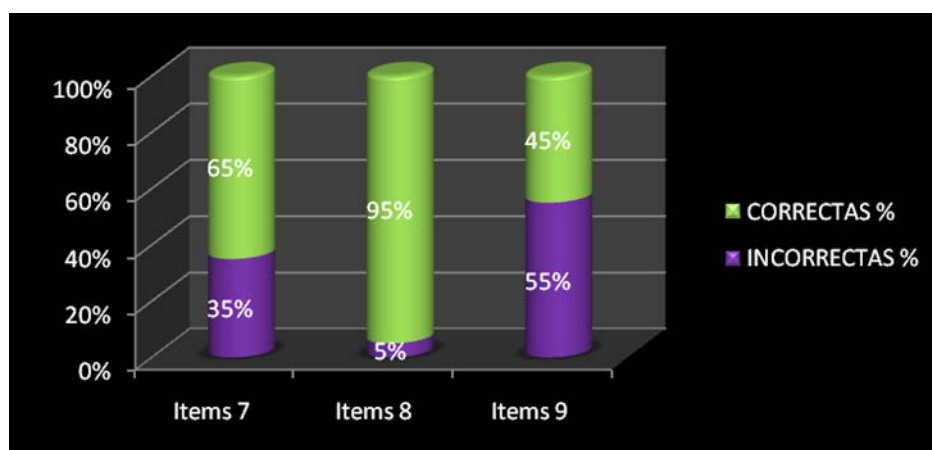
Dando así un promedio general de ciclo de la violencia de un 90% de desconocimiento en relación a las etapas que lo conforman y como se manifiestan.

TABLA N°3 PARTE II

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia Obstétrica. Items: 7 Concepto de violencia obstétrica Items: 8-9 Violencia Obstétrica.

ITEMS	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Items 7: La apropiación del cuerpo y el proceso reproductivo de las mujeres por el personal de salud es:	13	65%	7	35%	20	100%
Items 8: La ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que la Violencia Obstétrica es:	19	95%	1	5%	20	100%
Items 9: De los siguientes ¿cuales son actos de violencia obstétrica?	9	45%	11	55%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2008



Fuente: Tabla 3. Parte II

ANÁLISIS TABLA Y GRÁFICO N°3. PARTE II

En lo que respecta al nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación a la violencia obstétrica se mantuvo fluctuante.

- Ítems: 7 con una frecuencia de 13 personas 65% conoce el concepto de Violencia obstétrica el resto 7 personas respondió de forma Incorrecta, es decir, un 35% de la población.
- Ítems 8 el 95% de la población conoce que la violencia obstétrica es considerada un delito con una frecuencia de 19 personas.
- Ítems 9 el 55% de la población encuestada desconoce a través de qué actos se evidencia la violencia obstétrica y un porcentaje de 45% lo conoce.

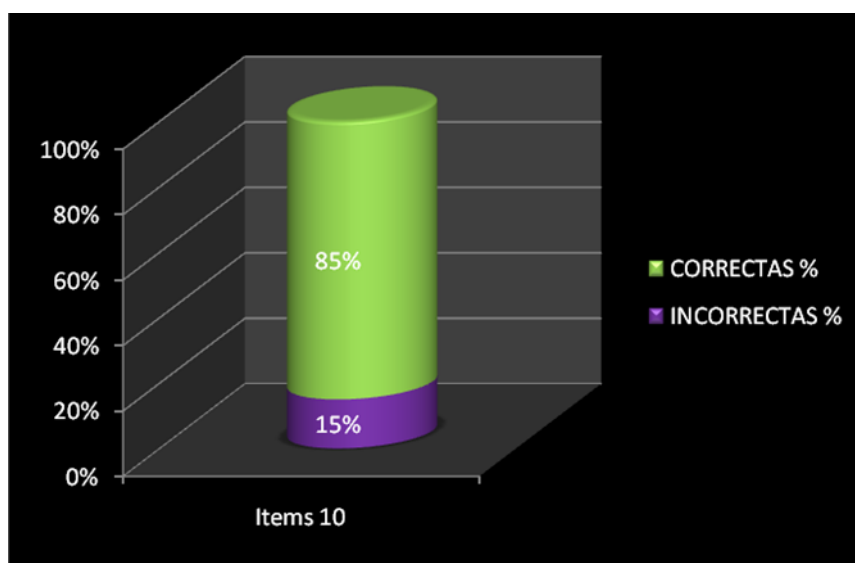
Se Obtiene de esta forma que en promedio un 68% respondió de forma correcta en relación al Indicador Violencia Obstétrica, evidenciándose más asertivos en lo que implica que es un delito pero un porcentaje importante desconoce a través de cuales actos se ejerce.

TABLA N°4 PARTE II

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Violencia Obstétrica. Items: 10 Emergencias Obstétricas.

	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Items 10: ¿Cuál de las siguientes opciones son emergencias obstétricas?	17	85%	3	15%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2008



Fuente: Tabla 4. Parte II

ANALISIS TABLA Y GRÁFICO N°4. PARTE II

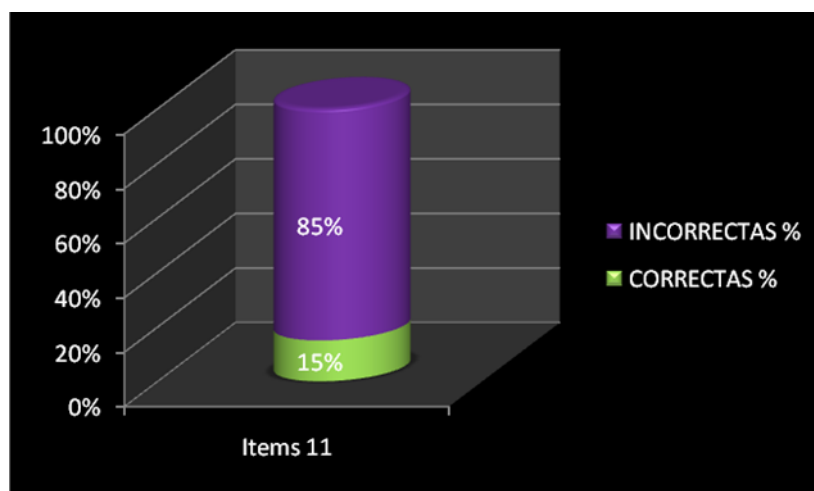
Continuando con nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería en lo que respecta a las emergencias obstétricas se tiene que en el Items: 11 donde se pide que identifiquen las emergencias obstétricas el 85% de la población objeto de estudio respondió de forma correcta con una frecuencia de 17 encuestados y un 15% del grupo restante no supo identificarlas con frecuencia de 3 personas. El personal de Enfermería logró determinar cuáles eran realmente emergencias obstétricas.

TABLA N°5 PARTE III

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 11 No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Ítems 11 Según la Ley Orgánica sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que las emergencias obstétricas deberían ser:	3	15%	17	85%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2008



Fuente: Tabla 5. Parte III

ANALISIS TABLA Y GRÁFICO N°5. PARTE III

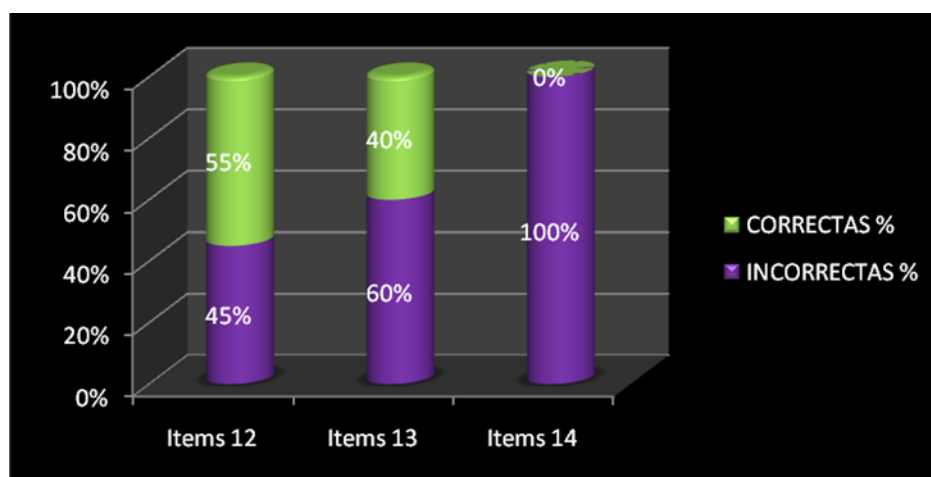
Se puede observar en la tabla y gráfico n°5, se observa que las enfermeras (os) no poseen información en relación a la atención que ameritan las emergencias obstétricas, pudiendo comprobar esto que el 85% de los encuestados, es decir, 17 personas contestaron de forma Incorrecta a lo que establece la Ley Orgánica sobre el Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, entre las respuestas más frecuentes se obtuvo atendidas después de una cesárea electiva, citarlas para después con un especialista o ninguna de las anteriores. El 15% restante contesto de forma Correcta, eligiendo la opción de forma inmediata.

TABLA N°6 PARTE III

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de sala de Partos del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 12-13-14 Obligar a la mujer a parir en posición supina.

	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Items 12: ¿La mujer tiene derecho a decidir sobre la posición en la cual desea parir?	11	55%	9	45%	20	100%
Items 13: ¿La posición supina con las piernas levantadas (litotomía o ginecológica) es adecuada en el proceso de parto?	8	40%	12	60%	20	100%
Items 14: ¿Cuales posiciones le promueves a la mujer embarazada durante el trabajo de parto?	0	0%	20	100%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2008



Fuente: Tabla 6.Parte III

ANALISIS TABLA Y GRAFICO N°6. PARTE III

Se puede observar en la tabla y gráfico n°6, donde se evalúa el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre obligar a la mujer a parir en posición supina:

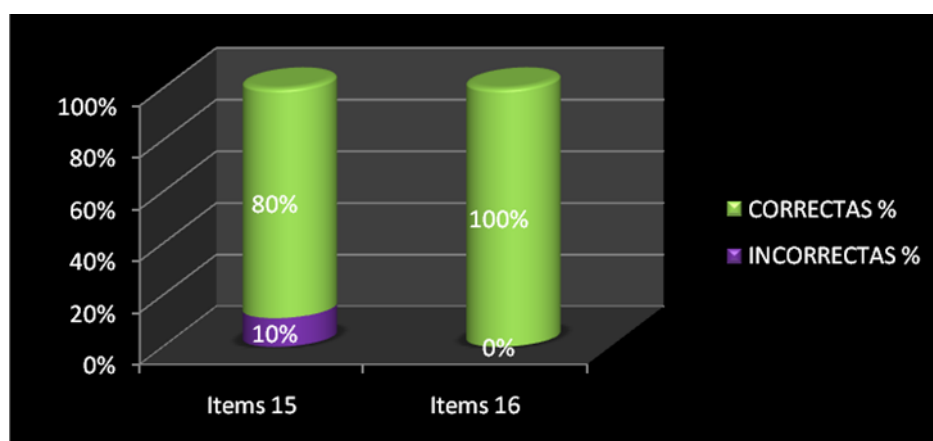
- Items 12: en este Items se determina la información sobre la autonomía de la mujer en el momento de parto y si tiene derecho a decidir en la posición en la cual desea parir, se obtuvo que un 55% de la población respondió de forma correcta determinando que puede decidir en cual posición parir, con una frecuencia de 11 encuestados. El 45% restante respondió de forma incorrecta, donde identificaron que no tiene derecho a decidir sobre la posición en el momento de parir.
- Items 13: en este Items se identificó que el 60% de los encuestados determinó que la posición de litotomía o ginecológica es adecuada en el proceso de parto con una frecuencia de 12 personas respondieron de forma incorrecta, mientras que por el contrario 40% respondió de forma correcta, determinando que las posiciones antes mencionadas no son las adecuadas en el proceso de parto.
- Items 14: en relación a este Items se encontró que el 100% de la población no promueve diferentes posiciones durante el trabajo de parto (lateral, de pie o sentada) en su mayoría prefieren mantenerlas en la posición de litotomía y ginecológica, respondiendo de forma Incorrecta 20 encuestados. Esto ocurre por protocolos antiguos o costumbres del médico o medica a cargo, para prevenir supuestas complicaciones.

TABLA N°7 PARTE III

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Items: 15-16 Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre inmediatamente al nacer.

	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Items 15 Luego del nacimiento del neonato en buenas condiciones la Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece:	18	80%	2	10%	20	100%
Items 16 ¿La madre pueda cargar y amamantar al neonato inmediatamente después de nacer? Ambos en buenas condiciones generales.	20	100%	0	0%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras 2008



Fuente: Tabla n°7. Parte III.

ANALISIS TABLA Y GRAFICO N° 7. PARTE III

Se puede observar en la tabla y gráfico n°7, donde se evalúa el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el apego precoz madre e hijo.

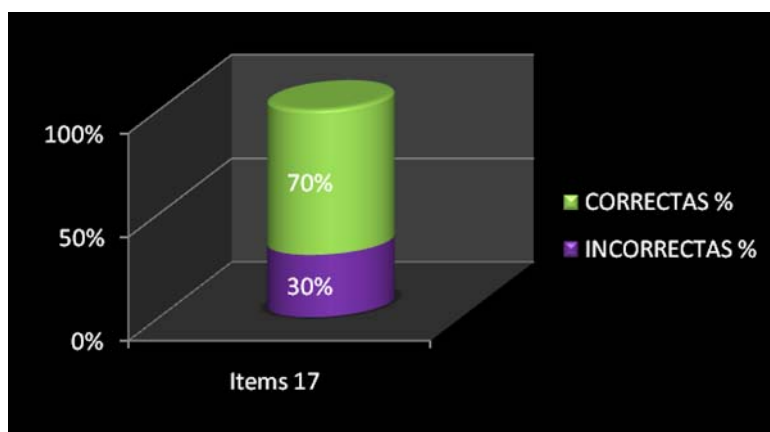
- Items 15: en este ítems se identifica que 80% de los encuestados respondió de manera correcta que según lo que decreta la ley orgánica de los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia, se debe favorecer el apego precoz madre e hijo (a) y solo el 20% restante respondió de manera incorrecta.
- Items 16: se evidencio que las 20 personas que fueron encuestadas respondieron de manera correcta que l madre puede cargar y amamantar al neonato inmediatamente después de nacer ambos en buenas condiciones generales representando el 100% de las personas como conocedoras del tema.

TABLA N°8 PARTE III

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Items: 17 Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración.

	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Items 17: Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo con el uso de oxitócicos es un acto de violencia obstétrica	14	70%	6	30%	20	100 %

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras.



Fuente: Tabla n°8. Parte III

ANALISIS DE TABLA N°8 PARTE III

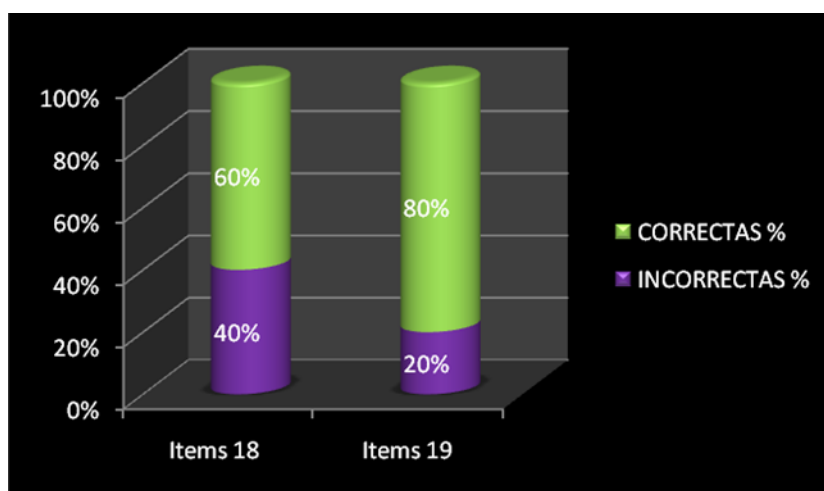
Se puede observar en la tabla y gráfico n°8, donde se evalúa el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el uso de oxitócicos. Items 17: el 70% del personal de enfermería respondió de forma correcta con respecto a que si se altera el proceso natural del parto de bajo riesgo con el uso de oxitócicos es un acto de violencia obstétrica, teniendo en cuenta que queda un 30% que respondió de forma incorrecta donde determinan que no es un acto de violencia obstétrica, con una frecuencia de 6 encuestados.

TABLA N° 9 PARTE III

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 18 -19 Practicar la cesárea existiendo condiciones para el parto natural.

	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Ítems 18: ¿Es un delito el nacimiento por cesárea existiendo condiciones para el parto natural?	12	60%	8	40%	20	100%
Ítems 19: Según la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una Vida Libre de Violencia se justifica la práctica de cesárea porque:	16	80%	4	20%	20	100%

Fuente: Instrumento aplicado por las autoras



Fuente: Tabla n°9. Parte III

ANALISIS TABLA N° 9 PARTE III

Se puede observar en la tabla y gráfico n°9, donde se evalúa el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre la práctica de la cesárea.

- Ítems 18: Donde se identificó que el 60% de la población respondió de forma correcta, determinando que si es un delito la práctica de cesárea existiendo posibilidades de parto natural, sin embargo el 40% restante determinó que no es un delito.
- Ítems 19: 80% con una frecuencia de 18 personas respondió de forma correcta de acuerdo a la Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia donde se justifica la práctica de la cesárea por que no existen posibilidades de parto natural, solo un 20% con frecuencia de 2 personas encuestadas identifico que según la ley no es necesario que existan posibilidades de parto natural.

TABLA N° 10 PARTE III

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas por el personal de enfermería de la emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P. D`Bellard Guatire- Edo. Miranda. Durante el tercer trimestre del 2008. Dimensión: Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica. Indicador: Actos constitutivos de Violencia Obstétrica. Ítems: 20 Sanciones.

	CORRECTAS		INCORRECTAS		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Ítems 20: Según la Ley Orgánica Sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se penalizara al personal de salud ante actos de violencia obstétrica con:	0	0%	20	100%	20	100%

Fuente: Instrumento realizado por las autoras.



Fuente: Tabla n°10. Parte III.

ANALISIS DE TABLA N° 10 PARTE III

Se puede observar en la tabla y gráfico n° 10, donde se evalúa el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre las sanciones en relación a los actos constitutivos de violencia obstétrica. El 100% de la población, con una frecuencia de 20 encuestados, desconoce y respondió de forma incorrecta, las sanciones establecidas por la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la respuesta marcada con mayor frecuencia es que desconocen la Ley.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones que surgieron de los aportes obtenidos a través de cada etapa de la investigación señalando de forma breve los resultados y aspectos más relevantes, así como el logro de los objetivos propuestos y la resolución de las interrogantes planteadas en la investigación.

CONCLUSIONES:

Una vez analizados e interpretados los resultados de la investigación, se observa que los mismos le dan respuesta al objetivo general y por consiguiente, a los objetivos específicos de la misma.

Dando respuesta a la dimensión que mide información del personal de enfermería, incluidos profesionales y auxiliares en relación a violencia contra la mujer, presente este delito a diario y cuyas cifras se incrementan de forma considerable y acelerada; se evidenció que los encuestados si poseen información sobre este tema en lo que respecta a concepto de violencia contra la mujer, no obstante, es necesario recalcar que se halló falta de información en cuanto al sub indicador de ciclo de violencia, donde las respuestas incorrectas abarcan más del 80% de la población.

De forma consecutiva, se sigue con el indicador de violencia obstétrica, donde los resultados arrojan que si existe conocimiento en relación al tema, específicamente sobre el concepto, la aceptación de que la violencia obstétrica es un delito y la identificación de las emergencias obstétricas, pero se consigue un porcentaje mayor al 50% de desconocimiento

en cuanto a los actos de violencia obstétrica, de tal forma que desconocen los actos que como personal de salud se pueden ejercer sobre la mujer embarazada.

Siguiendo un mismo orden de ideas, con relación al indicador de actos constitutivos de violencia obstétrica, se obtuvo que existen altos porcentajes de desconocimiento relacionado con no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas y el obligar a la mujer a parir en posición supina, sin embargo, con respecto a los demás actos constitutivos obtiene de conocimiento. La obstaculización del apego precoz de la niña o niño con su madre inmediatamente al nacer, obtiene el más alto índice de respuesta correcta, en los actos restantes tienen menos porcentajes pero se evidencia conocimiento por parte de los encuestados.

RECOMENDACIONES:

Posterior a las conclusiones obtenidas en el desarrollo del presente trabajo especial de grado, se considera de vital importancia presentar las siguientes recomendaciones:

- Diseñar y aplicar un taller, en base a las necesidades planteadas al centro de salud objeto de estudio dirigido al personal de enfermería.
- Diseñar y aplicar un taller, en base a las necesidades planteadas al centro de salud objeto de estudio dirigido a las madres. De esta forma las mujeres que asistan a dicho centro podrán conocer sus derechos y reclamar cuando se violente alguno de ellos.
- Diseñar y aplicar taller (es), a los estudiantes de enfermería sobre violencia contra la mujer y violencia obstétrica, con el fin de sensibilizar precozmente a los futuros profesionales de la salud.
- Incluir el tema de violencia contra la mujer en especial la violencia obstétrica, como tema de apertura en la cátedra de Materno Infantil y Comunitaria I y II, con el fin de sensibilizar precozmente a los futuros profesionales de la salud y adicionalmente de esta forma motivar a la realización de posteriores trabajos especiales de grado sobre este tema.
- Elaborar un programa educativo dirigido al personal de enfermería, con el fin de la promoción y sensibilización de la violencia contra la mujer y la violencia obstétrica, el cual pueda ser aplicado a nivel nacional en todos los centro de salud que tengan sala de parto o sala de emergencias obstétricas.

- Realizar campañas de sensibilización en centros de salud y centros de formación profesional de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Burroughs, A. (2002)

Enfermería Materno Infantil

8va. Edicion. Editorial Mc Graw Hill

México- D. F.

Boscan, U. (2006).

Programa de Sensibilización Sobre la Violencia Domestica

Dirigida a los estudiantes Universitarios de la U. C. V. Facultad de Psicología

Caracas- Venezuela. Trabajo Especial de Grado.

Camacaro, M. (2006).

Voces Sobre la Violencia y Atención del Aborto. Facultad

de Medicina Witremundo Torrealba de la Universidad de Carabobo.

Valencia- Edo. Carabobo. Trabajo Especial de Grado.

Camacaro, M. (2007).

Revista Venezolana Estudios de la Mujer.

La Distorsión de la Concepción de la Violencia obstétrica

4ta. Edición.

Caracas- Venezuela.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000)

Chacón, C. García, N. Vallejos, C. (2005).

Violencia Estudiantil en los Adolescentes

de la Escuela Técnica Industrial Antonino Díaz

Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar. Trabajo Especial de Grado UCV/ E. E.

Dickanson, E. Silverman, B y Kaplan, J. (1999)

Enfermería Materno Infantil

3era. Edición. Editorial Harcourt Brace.

España.

Escuela de Gerencia Social del Ministerio del Poder Popular Para la Planificación
y Desarrollo. (2006). Muertes Maternas

[Transcripción en línea]. Disponible: www.mrv.gob/asoca/conferencia/4.doc

Heredia, I. (1999).

¿Es la Violencia de Género y el acceso a la justicia un asunto de
Derechos humanos?.

Universidad Católica Andrés Bello.

Caracas Venezuela

Hernández, R. Fernández, C. y Batista, P. (1.998).

Metodología de la Investigación.

Segunda Edición. Editorial McGraw Hill

México.

Hurtado, Jacqueline. (2.006).

El Proyecto de Investigación.

Metodología de la Investigación Holística.

Cuarta edición. Bogotá Colombia. Ediciones Quirón.

Ley Orgánica de los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Gaceta Oficial N° 38647

Lour Derwilk, D. Peny, S. Bobak, I. (1998)

Enfermería Materno Infantil

Harcourt Brace de España

Sexta Edición

Norma Integral para Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2004)

Decreto Presidencial N° 364. gaceta oficial N° 3770

Organización Mundial de la salud (2002)

Salud de la mujer

Portal No + violencia contra la mujer [Transcripción en línea]. Disponible:

Organización Mundial de la Salud (2002)

Conferencia Mundial de los Derechos Humanos

Organización Panamericana de la Salud (2006)

La violencia contra las mujeres, responde el sector salud

Editorial Trillas

México- D. F

Peña, D. (2005).

Emergencias obstétricas Asociadas a Violencia Intrafamiliar en
el Hospital Bertha Calderón. Universidad de Nicaragua

Managua- Nicaragua

Toro, J. (2006)

Interrupción del Embarazo. Riesgo para la Salud

Universidad Central de Venezuela

Facultad Medica Venezolana

Villegas, A. (2003)

Derechos Sexuales y Reproductivos

Defensoría del Pueblo

República Bolivariana de Venezuela

Walter, L. (1980).

El Patrón violento que a menudo toma una relación abusiva.

Editorial Mc Graw Hill

Argentina- Buenos Aires.

ANEXOS

INFORME DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

Titulo del Estudio:

Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica, en la unidad de emergencia obstétrica del Hospital Eugenio P D'Bellard durante el tercer trimestre del año 2008.

Variables a considerar:

Información que posee el personal de enfermería sobre la violencia obstétrica

Muestra para prueba piloto: 10 enfermeras

Tipo de instrumento de Medición o Recolección de Datos:

Cuestionario estructurado por preguntas dicotómicas y de selección simple

Valores de Confiabilidad obtenidos de los datos de la Prueba Piloto:

Los valores de confiabilidad obtenidos en la prueba piloto se obtuvieron por medio del método KR.20, cuya fórmula algebraica es la siguiente:

$$r_c = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}}{n-1}$$

Al sustituir los valores obtenidos, resulta:

$$r_c = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}}{n-1}$$

$$r_c = \frac{10 \cdot 50,4 - \frac{(10 \cdot 8,4)^2}{10}}{10 - 1} = 1$$

$$50,4 (10 - 1)$$

El índice de confiabilidad probable del instrumento es de 1, es decir, altamente confiable.

Conclusión General: Altamente confiable, se determina que esta confiabilidad puede ser extensiva a una población cuyas características sean similares a la muestra para el estudio de la prueba piloto.

Caracas, 10/11/2008

Estad. Pablo R. Arias

Estadístico

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA INFORMACION QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERIA
SOBRE LA VIOLENCIA OBSTETRICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTETRICA DEL HOSPITAL
EUGENIO P D´BELLARD GUATIRE- EDO. MIRANDA. TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2008.

Autoras

León V. Nathasha S.

Medina L. Ledy Z.

Tutora:

Licda. Vargas Yusmari

Caracas, Octubre de 2008

CUESTIONARIO

Apreciada (o) colega:

El siguiente cuestionario está diseñado con la finalidad de contribuir con una investigación en la cual se desea medir el conocimiento que posee el personal de enfermería acerca de la violencia obstétrica en la unidad de Emergencia Obstétrica del Hospital Eugenio P. D' Bellard.

Para la elaboración del mismo tenga presente:

- Ser sincera (o) al momento de responder
- Este cuestionario no tendrá ninguna evaluación o repercusión laboral
- Encierre en un círculo la letra de la opción que crea correcta
- La información será confidencial.

¡GRACIAS!

CUESTIONARIO

Encuesta para el personal de enfermería, sobre la violencia obstétrica.

- 1) **Es todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial a la mujer, se refiere a:**
 - a) Violencia infantil
 - b) Violencia domestica
 - c) Violencia contra la mujer
 - d) Violencia institucional
 - e) Violencia multidisciplinaria
- 2) **La violencia contra la mujer es un problema de:**
 - a) salud publica
 - b) administrativo
 - c) individual
 - d) privado
 - e) de pareja
- 3) **El ciclo de la violencia lo conforman las siguientes etapas:**
 - a) amor- golpe- amor
 - b) golpe- erupción-maltratos
 - c) gritos- malos- golpes
 - d) amor- tensión- amor
 - e) tensión-erupción-luna de miel
- 4) **La etapa del ciclo de la violencia donde se comienza con insultos, humillaciones y gritos se denomina:**
 - a) luna de miel
 - b) malos
 - c) golpes
 - d) tensión
 - e) erupción
- 5) **La etapa del ciclo de la violencia que se caracteriza por acciones románticas, donde la pareja trata de hacer cosas especiales para el otro, pidiendo disculpas y llevando flores para compensar una falta es:**
 - a) Amor
 - b) Luna de miel
 - c) Romanticismo
 - b) Calma
 - c) Latente
- 6) **Cuál es la etapa del ciclo de la violencia caracterizada por ataque verbal, ofensivo o humillante, bofetadas, golpes, asalto sexual donde el agresor pierde toda forma de comunicación y entendimiento**
 - a) tensión
 - b) cariño
 - c) arrepentimiento
 - d) maltrato
 - e) erupción
- 7) **La apropiación del cuerpo y el proceso reproductivo de las mujeres por el personal de salud es:**
 - a) Violencia sexual
 - b) Violencia física
 - c) Tráfico de mujeres
 - d) Violencia Obstétrica
 - e) Violencia Institucional
- 8) **La ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que la Violencia Obstétrica es:**
 - a) Un mito
 - b) no existe
 - c) un delito
 - d) un invento
 - e) una excusa

- 9) De los siguientes ¿cuales son actos de violencia obstétrica? :
- a) trato deshumanizador en el momento del parto
 - b) pérdida de autonomía de la mujeres sobre su cuerpo
 - c) Uso indiscriminado de Oxitócicos
 - d) Ninguna de las Anteriores
 - e) Todas las anteriores
- 10) Según la Ley Orgánica sobre los derechos de las mujeres a una vida libre de Violencia establece que las emergencias obstétricas deberían ser:
- a) Atendidas inmediatamente
 - b) Referidas a un ambulatorio
 - c) Atendidas después de un cesárea electiva
 - d) Citarla para luego , con un especialista
 - e) Ninguna de las anteriores.
- 11) ¿Cuál de las siguientes opciones son emergencias obstétricas?
- a) Aborto, Embarazo Ectópico, Pre-Eclampsia, trabajo de parto, DPP
 - b) Cefalea, Mareos, Emesis y edema en miembros inferiores.
 - c) Embarazo múltiple, esguince, Fibromatosis Uterina y TU de pulmón.
 - d) Síndrome de Down, alteraciones neurológicas y letargo.
 - e) Todas las anteriores.
- 12) ¿La mujer tiene derecho a decidir sobre la posición en la cual desea parir?
- a) No
 - b) Si
- 13) ¿La posición supina con las piernas levantadas es adecuada en el proceso de parto?
- a) No
 - b) Si
- 14) ¿Cuales posiciones le promueves a la mujer embarazada durante el trabajo de parto?
- a) Lateral
 - b) De pie
 - c) Sentada
 - d) A, B y C
 - e) Litotomía o ginecológicas
- 15) Luego del nacimiento del neonato en buenas condiciones la Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece:
- a) Ubicar al neonato en la incubadora
 - b) Alejar al neonato de la madre y solo mostrarlo cuando llegue a la sala de maternidad.
 - c) Promover apego precoz madre-neonato.
 - d) Solicitar al médico si ya se puede retirar de la sala.
 - e) Llevar a la madre a la sala de pos-parto

- 119

