Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia

Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Gabriela Jimena RODRÍGUEZ ESCUDERO

ASESORES

Yuly Raquel SANTOS ROSALES

Miriam Yoana CORREA-LOPEZ

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rodríguez G. Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Gabriela Jimena Rodríguez Escudero
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75530441
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-7311-0062
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Yuly Raquel Santos Rosales
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40387603
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4536-8293
Datos de coasesor	
Nombres y apellidos	Miriam Yoana Correa-Lopez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42670908
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8907-422X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Flor de María Alvarado Rodríguez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06114732
Miembro del jurado 1	

Nombres y apellidos	Elia Stephanie Ku Chung
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	42011887
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Verónica Antoinette Arnao Degollar
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10347747
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.1.2 Ética, Violencia de Género y otros
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Comas Latitud: -11.9189 Longitud: -77.0530
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Febrero 2026 - mayo 2026
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 11/ 08/ 2026

HORA INICIO : 11:00 hrs

HORA TÉRMINO : 12:00 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Mg. Flor de María Alvarado Rodríguez

MIEMBRO : Mg. Veronica Antoinette Arnao Degollar

MIEMBRO : Mg. Elia Stephanie Ku Chung

ASESOR (A) : Dra. Yuly Raquel Santos Rosales

3. DATOS DEL TESISTA

NOMBRES Y APELLIDOS : Gabriela Jimena Rodríguez Escudero

CODIGO : 22010388

TÍTULO DE LA TESIS: " Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026".

4. RECOMENDACIONES:

5. NOTA OBTENIDA: (18)

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	Nombres y apellidos	DNI
1	Sarita Escudero Rosario	42786899
2	Henry Francisco Rodriguez Tovar	40635545
3	Dayse Escudero Rosario	41784719

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

MG. FLOR DE MARIA ALVARADO RODRIGUEZ **D.N.I. 06114732**	**MG. VERONICA ANTOINETTE ARNAO DEGOLLAR** **D.N.I. 10347747**
PRESIDENTE	**MIEMBRO**

MG. ELIA STEPHANIE KU CHUNG **D.N.I.42011887**	**DRA. YULY RAQUEL SANTOS ROSALES** **D.N.I. 40387603**
MIEMBRO	**ASESOR (A)**

UNMSM Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 13.08.2026 16:33:18 -05:00	UNMSM Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 21.08.2026 21:58:08 -05:00
Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dr. Rolando Vásquez Alva Vicedecano Académico -Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	**VICEDECANO ACADÉMICO DE FACULTAD DE MEDICINA**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Yuly Raquel Santos Rosales en mi condición de asesora acreditado mediante Resolución Decanal N°004755-2025-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título "Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026", presentado por Gabriela Jimena Rodríguez Escudero para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **16%** de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.



Lima, 07 de agosto 2026

Firma de la Asesora_____

Nombres y Apellidos del asesor: Dra. Yuly Raquel Santos Rosales

DNI: 40387603

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi querida Escuela Profesional de Obstetricia por la formación académica durante todos estos cinco años.

Mi especial reconocimiento y admiración a mi asesora de tesis, Dra. Yuly Santos Rosales por toda su orientación y experiencia que fue vital para la culminación de mi tesis.

Asimismo, expreso mi agradecimiento a mi coasesora Mg. Miriam Correa por su apoyo durante estos años los diversos cursos que fue mi docente y en la elaboración de mi tesis.

Agradezco también a los profesionales que participaron como jueces expertos en la validación del instrumento de investigación.

Finalmente, manifiesto mi gratitud a las autoridades, profesionales de la salud y puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, quienes hicieron posible la ejecución del estudio.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, por guiar cada paso de mi vida y brindarme fortaleza para superar los desafíos durante mi formación profesional.

A mis padres, Sarita y Henry, por ser mi guía y mi inspiración de vida; ese motor que siempre me impulsa a salir adelante sin importar las adversidades de la vida.

A mis abuelitos, por siempre estar conmigo en cada logro paso importante en mi vida.

A mi hermano Steven, mi compañero de toda la vida, por ser un apoyo constante, un ejemplo de fortaleza y fuente de alegría.

A mis padrinos, Dayse y Stalin, por su cariño, confianza y apoyo incondicional a lo largo de mi vida. Asimismo, mi pequeña Cristina, por su compañía y apoyo desde siempre.

A Bailey, Coco y Daemon, mis fieles compañeros, por brindarme su cariño y lealtad en momentos de calma, alegría y compañía durante este proceso.

A la memoria de mi querido abuelito Máximo y mi amado Yaguito, quienes, aunque no estén físicamente a mi lado, permanecen siempre en mi corazón.

Índice

Agradecimiento ii
Dedicatoria iii
Índice iv
Índice de tablas v
Resumen vi
Abstract vii
I. INTRODUCCIÓN 1
I.1. Planteamiento del problema 1
I.2. Objetivos 5
I.3. Importancia y alcance de la investigación 5
I.4. Limitaciones de la investigación 6
II. MARCO TEÓRICO 8
II.1. Antecedentes 8
II.2. Bases teóricas 12
II.3. Definición de términos 18
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES 19
III.1. Hipótesis 19
III.2. Variables 19
III.3. Operacionalización de variables 20
IV. MATERIALES Y MÉTODOS 23
IV.1. Tipo de estudio 23
IV.2. Diseño de estudio 23
IV.3. Población 23
IV.4. Muestra 25
IV.5. Técnica 26
IV.6. Instrumento de recolección de datos 27
IV.7. Procedimientos 28
IV.8. Análisis de datos 30
IV.9. Consideraciones éticas 32
V. RESULTADOS 33
VI. DISCUSIÓN 45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 55
ANEXOS 65

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026 33

Tabla 2. Manifestaciones de violencia obstétrica según dimensiones 34

Tabla 3. Manifestaciones de violencia obstétrica relacionadas con las conductas del personal en el proceso del parto 35

Tabla 4. Manifestaciones de violencia obstétrica relacionadas con las conductas del personal durante el trabajo de parto 36

Tabla 5. Manifestaciones de violencia obstétrica relacionadas con procedimientos rutinarios 37

Tabla 6. Manifestación global de violencia obstétrica en puérperas 38

Tabla 7. Nivel de violencia obstétrica 38

Tabla 8. Ranking de las manifestaciones de violencia obstétrica más frecuentes en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026 39

Tabla 9. Características de los profesionales de la salud participantes 40

Tabla 10. Actitudes globales de los profesionales de la salud frente a la violencia obstétrica. 40

Tabla 11. Actitudes de los profesionales de la salud frente a la violencia obstétrica según dimensiones e ítems. Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026 41

Tabla 12. Nivel de actitud frente a la violencia obstétrica según dimensiones en los profesionales de la salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026 43

Tabla 13. Tabla Actitudes con mayor aceptación entre los profesionales de la salud frente a la violencia obstétrica 44

Resumen

Objetivo: Determinar las manifestaciones de la violencia obstétrica en las puérperas y las actitudes de los profesionales de la salud en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima, Perú, durante el año 2026.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Participaron 250 puérperas y 37 profesionales de la salud de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. En las puérperas se aplicó un cuestionario validado para identificar manifestaciones de violencia obstétrica mediante preguntas dicotómicas. En los profesionales se utilizó un cuestionario de actitudes validado por juicio de expertos con escala tipo Likert. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva utilizando frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: El 97,6% de las puérperas presentó al menos una manifestación de violencia obstétrica; principalmente en las conductas del personal durante el proceso del parto (88,4%), destacando la restricción del acompañamiento por un familiar durante el trabajo de parto o parto (71, 6%). Respecto a los profesionales, el 62,2% presentó una actitud de rechazo hacia la violencia obstétrica. Las actitudes más favorables se observaron en la dimensión estigma y discriminación; sin embargo, se evidenció la aceptación de algunas prácticas relacionadas con la reducción del acompañamiento individual por la alta demanda asistencial (56,8%).

Conclusión: Se determinaron manifestaciones de violencia obstétrica en las puérperas, así como una actitud de rechazo hacia la misma por parte de los profesionales de la salud en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima, Perú,2026.

Palabras clave: violencia obstétrica; puerperio; profesionales de la salud; actitud. (DeCS, BIREME)

Abstract

Objective: To determine the manifestations of obstetric violence among women in the postpartum period and the attitudes of health professionals at the Sergio E. Bernales National Hospital in Lima, Peru, during 2026.

Materials and methods: A quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study. Participants included 250 postpartum women and 37 health professionals from the Obstetric Center of the Sergio E. Bernales National Hospital. A validated questionnaire using dichotomous questions was administered to the postpartum women to identify manifestations of obstetric violence. For the health professionals, a questionnaire validated by expert judgment using a Likert-type scale was used to assess attitudes. Data were analyzed using descriptive statistics, specifically absolute and relative frequencies.

Results: 97.6% of women who had recently given birth experienced at least one manifestation of obstetric violence, primarily regarding staff behavior during the birthing process (88.4%), with the restriction of having a family member present during labor or delivery (71.6%) being particularly notable. Regarding healthcare professionals, 62.2% showed an attitude of rejection toward obstetric violence. The most favorable attitudes were observed in the stigma and discrimination dimension; however, there was evidence of acceptance of certain practices involving the reduction of individual support persons due to high care demands (56.8%).

Conclusion: Manifestations of obstetric violence among postpartum women were identified, as well as an attitude of rejection toward such practices among health professionals at the Sergio E. Bernales National Hospital in Lima, Peru (2026).

Keywords: obstetric violence; postpartum period; health professionals; attitude. (DeCS, BIREME)

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Planteamiento del problema

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia institucional ejercida por profesionales de la salud. Se manifiesta mediante un trato deshumanizado, el uso excesivo o injustificado de procedimientos médicos, intervenciones sin consentimiento informado y la patologización de procesos naturales de la mujer. Este fenómeno constituye una grave vulneración de los derechos humanos y un problema de salud pública que afecta el bienestar físico, emocional y psicológico de las mujeres [(1)].

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce la responsabilidad de los Estados en prevenir y sancionar estas prácticas en los servicios de salud. Este compromiso se sustenta en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer [(2)]. Pese a los avances derivados de acuerdos internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, la violencia obstétrica continúa vigente, especialmente en contextos con marcadas desigualdades sociales y de género [(3)].

A nivel mundial, un metaanálisis de 25 estudios realizados en 15 países de América, África, Asia y Europa con 57.119 participantes reportó que la prevalencia global de violencia obstétrica asciende al 59,0 %. La forma más frecuente fue la atención discriminatoria (36,0 %), lo que evidencia la magnitud del problema y la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a garantizar una atención obstétrica respetuosa [(4)]. De manera complementaria, la OMS identificó que las mujeres con

menores ingresos y bajo nivel educativo presentan mayor riesgo de sufrir maltrato, abuso físico y verbal, estigmatización y procedimientos sin consentimiento. En un estudio multicéntrico realizado en Ghana, Guinea, Myanmar y Nigeria, el 42,0 % de las mujeres encuestadas reportó haber experimentado al menos un tipo de violencia durante el parto [(5)].

En América Latina, la violencia obstétrica representa una problemática persistente que afecta la calidad de la atención materna y el ejercicio de los derechos de las mujeres. Una revisión sistemática publicada en 2025 reportó prevalencias variables según el tipo de violencia: violencia verbal de 1,4 % en México hasta 87,1 % en Brasil; violencia física de 0,6 % en Brasil hasta 39,5 % en Ecuador; violencia sexual de 0 % en Guatemala hasta 5,5 % en Brasil; y episodios de estigma o discriminación de 0 % en Argentina hasta 50,5 % en Brasil. Estos hallazgos reflejan la magnitud y heterogeneidad del fenómeno en la región [(6)].

En el Perú, la Norma Técnica para la Atención Integral de la Salud Materna del Ministerio de Salud (Minsa) promueve una atención humanizada y respetuosa durante el embarazo, el parto y el puerperio, basada en el respeto de los derechos humanos, la equidad de género y la interculturalidad [(7)]. Asimismo, en el marco de la Semana de la Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria 2026, el Minsa reafirmó su compromiso con la prevención de la violencia obstétrica y la promoción de una atención digna y respetuosa para las gestantes [(8)]. No obstante, pese a estos avances normativos e institucionales, la violencia obstétrica continúa siendo una problemática presente en los servicios de salud del país.

Según la Thomson Reuters Foundation, en el informe The World's Most Dangerous Places for Women (2017), el Perú fue ubicado en el décimo lugar en América Latina en relación con la violencia obstétrica. Asimismo, Lima fue considerada una de las ciudades más peligrosas para las mujeres en cuanto al acceso a servicios de salud de calidad, incluidos aquellos relacionados con la salud materna y reproductiva [(9).]

Por otro lado, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2024 evidenció un incremento en la cobertura de atención por médicos (69,9 %), obstetras (71,3 %) y enfermeras (77,0 %) durante la atención materna [10]. No obstante, el aumento de la cobertura no garantiza por sí mismo una atención libre de violencia obstétrica, ya que diversas prácticas irrespetuosas y de maltrato continúan reportándose en los servicios de salud.

En instituciones peruanas, también se han documentado cifras preocupantes. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, aunque solo el 25,2 % de las puérperas encuestadas reconoció inicialmente haber sufrido violencia obstétrica, una exploración más detallada reveló que el 100,0 % había experimentado algún tipo de violencia física y el 97,8 % violencia psicológica [11].

La persistencia de esta problemática está estrechamente vinculada a las actitudes de los profesionales de la salud. La evidencia internacional indica que una baja sensibilización y la normalización del maltrato favorecen su perpetuación. En Irán, un estudio con 255 profesionales reportó que más del 80,0 % tenía bajo conocimiento sobre el maltrato durante el parto y cerca del 70,0 % mantenía actitudes que justificaban prácticas abusivas [12]. En América Latina, un estudio en Ecuador encontró que, aunque el 79,0 % del personal reconocía qué prácticas constituyen violencia obstétrica, un 21,0 % aún no lo hacía, lo que refleja una persistente tolerancia hacia prácticas como la episiotomía rutinaria, los tactos vaginales repetitivos o la ruptura artificial de membranas [13]. De forma similar, en Brasil se ha señalado que, si bien los profesionales identifican estas prácticas, muchas veces no las consideran violentas debido a la normalización institucional, la falta de formación específica y la sobrecarga laboral [14].

En el contexto peruano, el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex) reportó que gran parte de las obstetras conocen el concepto de violencia obstétrica, pero algunas tienden a minimizarlo, atribuyéndole a las expectativas de las

usuarias. Incluso se mencionó que conductas como alzar la voz o ejercer presión psicológica se justifican ante gestantes consideradas poco colaborativas. Asimismo, las obstetras reconocieron que la responsabilidad no recae únicamente en ellas, sino en todos los profesionales que intervienen en la atención del parto [15].

La Defensoría del Pueblo y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han advertido que la violencia obstétrica no solo genera consecuencias físicas como lesiones permanentes o incluso la muerte materna o neonatal, sino también efectos emocionales y psicológicos de gran magnitud, incluyendo trastornos de salud mental y dificultades en el vínculo madre–hijo [16].

En este contexto, resulta fundamental identificar las manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por las puérperas y, de manera complementaria, evaluar las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención del parto. Analizar únicamente la experiencia de las mujeres permitiría describir la magnitud del problema, pero no comprender uno de sus principales determinantes: las creencias, percepciones y actitudes del personal que pueden favorecer, justificar o rechazar determinadas prácticas durante la atención obstétrica. La evaluación conjunta de ambas poblaciones proporciona una visión más integral del fenómeno, al contrastar la experiencia de las usuarias con la disposición del personal hacia conductas relacionadas con la violencia obstétrica. Esta información permitió identificar aspectos prioritarios para el fortalecimiento de una atención respetuosa del parto, orientar programas de capacitación y contribuir al diseño de estrategias institucionales dirigidas a prevenir la violencia obstétrica y promover una atención centrada en los derechos, la dignidad y la autonomía de las mujeres. En este contexto, el presente estudio se desarrolló en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, debido a que constituye un establecimiento de referencia con alta demanda asistencial en Lima Norte, registrando un promedio de 249 partos mensuales y contando con aproximadamente 112 profesionales de la salud. Asimismo, diversos

reportes periodísticos han informado sobre presuntos casos de violencia obstétrica en esta institución, lo que refuerza la pertinencia de investigar este fenómeno en dicho contexto.

Formulación del problema

¿Cuáles son las manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y cuáles son las actitudes de los profesionales de la salud en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima, 2026?

I.2. Objetivos

Objetivo general

Determinar las manifestaciones de la violencia obstétrica en las puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima, 2026.

Objetivos específicos

- Identificar las manifestaciones de la violencia obstétrica que han experimentado las puérperas.

- Identificar las actitudes sobre violencia obstétrica de los profesionales de la salud.

I.3. Importancia y alcance de la investigación

La violencia obstétrica constituye una problemática de salud pública porque vulnera los derechos humanos y afecta de manera directa el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sus consecuencias trascienden lo clínico al repercutir en el bienestar físico, psicológico y emocional, además de evidenciar la persistencia de prácticas institucionales deshumanizadas en los servicios de salud.

Desde el plano teórico, esta investigación aporta evidencia empírica sobre las manifestaciones de violencia obstétrica y la actitud de los profesionales de la salud en un hospital de referencia, contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento científico en el campo de salud materna y los derechos humanos.

En el ámbito práctico, los resultados obtenidos documentan las manifestaciones de violencia obstétrica reportadas por las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales y describen la actitud de los profesionales de la salud frente a esta problemática. Esta información constituye un insumo para la gestión hospitalaria, al proporcionar evidencia que puede ser utilizada en la planificación de actividades de capacitación, sensibilización y supervisión del personal.

Desde la perspectiva social, la investigación responderá a la necesidad de visibilizar una forma de violencia institucional aún normalizada, cuyas repercusiones incluyen lesiones físicas, depresión, ansiedad, disminución de la autoestima, desapego del recién nacido y desconfianza hacia el sistema de salud. De esta manera, se busca favorecer cambios sostenibles en la práctica obstétrica y mejorar de forma efectiva la calidad de la atención en salud materna.

I.4. Limitaciones de la investigación

Este estudio presentó algunas limitaciones que deben considerarse.
El estudio se desarrolló en un solo hospital, por lo que los resultados reflejan la realidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales y su generalización a otros contextos debe efectuarse con cautela.

Otra limitación fue el sesgo de respuesta, debido a la sensibilidad del tema y al temor de represalias tanto en puérperas como en profesionales de la salud.

Asimismo, los profesionales estuvieron sujetos al sesgo de deseabilidad social al intentar mostrar una imagen favorable.

Finalmente, el uso de la escala de Likert condicionó a seleccionar respuestas intermedias.

A pesar de estas limitaciones, el estudio buscó generar evidencia relevante sobre un problema poco visibilizado en el contexto de salud pública y servirá como base para futuras investigaciones de mayor alcance o con diseños metodológicos más robustos.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. Antecedentes

Farhat R, *et.al* en el año 2026, en Siria, realizaron un estudio observacional, correlacional, transversal. Participaron 1229 mujeres que tuvieron al menos 1 hijo al momento del estudio. Para la recolección de datos utilizaron un cuestionario sobre violencia obstétrica por medio de encuestas en línea y presencial. Como resultado se obtuvo que el 9,6% reconoció haber sufrido violencia obstétrica; sin embargo, al evaluar indicadores específicos, el 95,77% presentó al menos uno. Sumado a ello, el 47,2% fue obligada a estar en posición supina durante el parto y 21,6% manifestó sentir miedo por las conductas del personal. Como conclusión, el estudio muestra que existe una alta prevalencia de violencia obstétrica normalizada en Siria y se destaca la necesidad de implementar reformas para reforzar los derechos de las mujeres durante el parto [(17)].

Martínez L y Soto V en el año 2025, en Perú, realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal. Participaron 225 puérperas donde 131 eran del Hospital Docente de Belén y 94 eran del Hospital de Referencia de Ferreñafe. Para la recolección de datos utilizaron el Cuestionario de Violencia Obstétrica-CVO.Los resultados más relevantes evidenciaron que el 76,0 % pudo absolver todas sus dudas, pero un 24,0% que no, solo el 32,4% mencionó que cada profesional que ingresó se presentó y al 36,0% se le realizó episiotomía sin explicación. Como conclusión, el estudio menciona que en las 3 dimensiones se presentó violencia obstétrica y que existe una gran desinformación por parte de las puérperas, además no encontraron diferencias significativas en ambos hospitales [(18)].

Ozer y Sevimli en el año 2025, en Turquía, desarrollaron un estudio cualitativo constructivista. Participaron 21 mujeres que sufrieron violencia

obstétrica durante el parto entre el 1 de julio de 2023 y el 31 de junio de 2024.Para la recolección de datos utilizaron entrevistas semiestructuradas con siete preguntas abiertas. Los resultados evidenciaron que la violencia obstétrica estuvo presente en los relatos de las participantes en las categorías de impedimento de la participación en el proceso de parto, incapacidad para cumplir con los estándares profesionales de atención y el estado emocional de la mujer tras la violencia obstétrica. Como conclusión, las mujeres de Turquía están expuestas a la violencia obstétrica y es necesario mejorar la calidad de atención de las pacientes [(19)].

Marcos P, *et al*. en el año 2025, en Perú, desarrollaron un estudio mixto, descriptivo y transversal en su fase cuantitativa, y fenomenológico en la fase cualitativa. Participaron 160 puérperas, de las cuales 139 fueron encuestadas y 21 entrevistadas. Los resultados revelaron que el 25,2 % de las encuestadas percibió haber sufrido violencia obstétrica durante el parto y puerperio. No obstante, al evaluar manifestaciones específicas, el 100,0% refirió haber vivido al menos una forma de violencia física, y el 97,8 % manifestó haber experimentado algún tipo de violencia psicológica. La investigación concluyó que la violencia obstétrica fue percibida principalmente a nivel psicológico, debido a la calidad del trato recibido, y a nivel físico, por las prácticas aplicadas durante el parto [(11)].

Reyes Z, *et al*. en el año 2025, en España, realizaron un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Participaron 16 personas conformado por 6 madres y 6 profesionales de la salud. Utilizaron entrevistas semiestructuradas para explorar percepciones sobre violencia obstétrica. Los resultados más relevantes evidenciaron que existe una falta de información de las madres durante el embarazo, parto y puerperio, falta de comunicación con los profesionales y procedimientos sin su consentimiento. Además, las matronas reconocieron que existen prácticas que afectan la experiencia materna y mostraron resistencia al término de “violencia obstétrica”. Como conclusión, el estudio destaca la existencia de diferentes percepciones

entre las madres y los profesionales por lo que tiene que fortalecer la comunicación y el respeto [20].

Mirzania M, *et al.* en el año 2024, en Irán, llevaron a cabo un estudio transversal en el que participaron 255 profesionales de la salud del área materna. Se utilizó un cuestionario como instrumento de recolección de datos. Los resultados indicaron que el 82,7 % de los participantes tenía poco conocimiento sobre el maltrato durante el parto y puerperio, y el 69,4 % mostraba una actitud negativa frente al tema. Además, se encontró que el número de turnos nocturnos se asociaba significativamente con las actitudes hacia el maltrato (AOR = 0,45; IC 95 % = 0,22–0,89; p = 0,02). El estudio concluyó que el nivel de conocimiento y la actitud del personal fueron deficientes, aunque solo una minoría reconoció haber incurrido en prácticas de maltrato [12].

Yalley A, en el año 2023, en Ghana, realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Participaron 30 parteras de ocho establecimientos urbanos y rurales. Para la recolección de datos se emplearon entrevistas semiestructuradas. Los resultados evidenciaron que la violencia obstétrica se ha normalizado durante la atención del parto. Se identificaron conductas como gritos, abandono, discriminación, procedimientos sin consentimientos hacia las mujeres durante la atención del parto. Como conclusión, el estudio evidencia que la violencia obstétrica se encuentra bien marcada en los servicios enfocados a la atención del parto y que es necesario fortalecer la conducta de los profesionales a una conducta más respetuosa [21].

Martínez J, *et al*. en el año 2023, en España, realizaron un estudio observacional de tipo transversal con la participación de 286 matronas colegiadas. Se aplicó un cuestionario de respuestas múltiples sobre violencia obstétrica. Los hallazgos mostraron que el 92,6 % conocía el término, el 74,2 % lo distinguía de la mala praxis, y el 56,9 % había presenciado actos de violencia obstétrica, aunque solo en raras ocasiones. No obstante, el 26,5 % indicó que este tipo de violencia

ocurría regularmente en su unidad. Además, el 27,7 % no consideraba que la falta de información fuese una manifestación de violencia obstétrica, aunque sí lo identificaban como un trato inadecuado. Se concluyó que, si bien existe familiaridad con el concepto, persiste la subestimación de algunas de sus formas más sutiles [22].

Terribile D y Sartorao C en el año 2023, en Brasil, desarrollaron un estudio observacional, descriptivo y transversal donde participaron 506 obstetras y ginecólogos. Por medio de un cuestionario en línea por correo electrónico, los resultados mostraron que el 73,9% consideró que el término de violencia obstétrica es perjudicial para la práctica profesional, el 70,5% consideró que usar este término perjudica la relación con el paciente y el 55,3% le parece injusto o inapropiado el uso de este término. Este estudio concluyó que la gran mayoría de encuestados consideraron un término perjudicial pero que el abuso y la falta de empatía hacia la mujer debe reconocerse [23].

Aguilar L y Ospina M en el año 2023, en Colombia, realizaron un estudio transversal descriptivo donde participaron 250 mujeres que tuvieron parto natural institucionalizado de bajo riesgo. Se aplicó el cuestionario Humanity basado en violencia obstétrica para la recolección de datos. Como resultados se evidenció que el 70,8% manifestó que no la dejaron deambular, el 61,2% no le permitieron acompañante, el 44,8% no le administraron analgesia y al 46,4% le realizaron tactos bruscos como manifestaciones más recurrentes. Como conclusión, todas las maternas encuestadas sufrieron al menos uno de los signos que se evaluaron [24].

Cárdenas M y Salinero S en el año 2022, en Chile, desarrollaron una investigación transversal-descriptivo, con el objetivo de explorar cómo perciben las mujeres la violencia obstétrica y si existen diferencias según el tipo de establecimiento de salud. El estudio incluyó a 2105 puérperas, a quienes se les aplicó una escala específica para identificar manifestaciones de violencia obstétrica. Los resultados revelaron que el 79,3 % de las participantes consideraron haber vivido algún tipo de

violencia obstétrica, siendo esta más común en centros de atención públicos. Se concluyó que la violencia obstétrica representa una expresión de violencia de género dentro del ámbito institucional de salud, lo que hace necesario implementar estrategias que permitan su identificación, prevención y erradicación desde los servicios de salud materna [25].

II.2. Bases teóricas

Violencia obstétrica: marco conceptual y evidencias

La violencia contra la mujer constituye un fenómeno histórico presente en diversas culturas y contextos sociales a nivel mundial. Se origina en un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres, en el cual estas últimas han sido sistemáticamente desfavorecidas [26]. Este fenómeno se manifiesta en múltiples formas, entre ellas la violencia obstétrica, que afecta específicamente a las mujeres durante su experiencia reproductiva. Si bien la violencia obstétrica puede presentarse a lo largo de todo el proceso reproductivo, es en el parto y en momentos cercanos como el trabajo de parto y el puerperio inmediato donde se manifiesta con mayor frecuencia [27].

En 2023, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció formalmente la violencia obstétrica, definiéndose como “una forma de violencia basada en el género, ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes durante el acceso a los servicios que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto”. Esta definición evidencia que no se trata únicamente de actos individuales, sino de un problema estructural vinculado al sistema de salud [28].

En el caso de Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) conceptualiza la violencia obstétrica como una forma específica de violencia contra la mujer, caracterizada por un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de procesos naturales, lo que

repercute negativamente en la calidad de vida de las mujeres [29]. En línea con ello, la CEDAW, en su artículo 12, enfatiza la responsabilidad de los Estados de garantizar servicios de salud adecuados, respetuosos y en condiciones de igualdad durante el embarazo, parto y posparto, asegurando además nutrición apropiada y servicios gratuitos cuando sea necesario [30].

Desde la perspectiva de Foucault y su teoría del poder y la biopolítica, el sistema de salud ejerce un control disciplinario sobre el cuerpo femenino, limitando su autonomía y naturalizando prácticas que subordinan a la mujer [31]. Ejemplo de ello son los hallazgos en México, donde la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) reportó que más del 30,0% de mujeres en edad reproductiva que dieron a luz en los últimos cinco años experimentaron alguna forma de violencia obstétrica, cifras que se han mantenido constantes debido a la normalización de estas conductas [32]. En Perú, un estudio realizado en 14 hospitales de nueve ciudades reveló que el 97,4% de las mujeres encuestadas en las primeras 48 horas posparto reportaron haber vivido violencia obstétrica [33].

La Defensoría del Pueblo identifica como causas principales de esta problemática: los prejuicios sobre cómo deben comportarse las mujeres en procesos reproductivos, la insuficiencia de políticas sectoriales, la falta de regulación específica y la escasa capacitación del personal de salud en género, interculturalidad e interseccionalidad [34].

Consecuencias de la violencia obstétrica se dividen en físicas y psicológicas. Entre las primeras se incluyen: dificultades en la lactancia materna, hemorragias, desgarros por episiotomías e incontinencia urinaria. En el ámbito psicológico, destacan la depresión posparto, el síndrome de estrés postraumático y la ansiedad [35].

Estudios han demostrado que la violencia obstétrica se asocia con una disminución de la salud mental, la autoestima y la calidad de vida de las

mujeres en el posparto [36]. Según Bowlby, el vínculo temprano madre-hijo también puede verse afectado, repercutiendo en el desarrollo emocional de ambos [37].

De acuerdo con Fraiman, esta violencia puede clasificarse en física y psicológica [38]. La primera incluye prácticas invasivas, administración injustificada de medicamentos o falta de respeto por los tiempos biológicos, mientras que la segunda se manifiesta en tratos deshumanizados, minimización del dolor, discriminación o amenazas [34].

Manifestaciones de violencia obstétrica

Las manifestaciones de violencia obstétrica vulneran el derecho a la salud y contribuyen a la mortalidad materna [39]. Se evidencian especialmente durante el trabajo de parto, con prácticas como procedimientos sin consentimiento, uso de la fuerza o abandono de la atención [5].

En términos teóricos, la violencia simbólica descrita por Bourdieu explica cómo las conductas autoritarias del personal de salud son normalizadas y aceptadas como naturales por las mujeres [40]. Ejemplos internacionales y nacionales evidencian esta problemática: en Turquía, el 76,4% de las mujeres reportó alguna forma de violencia obstétrica, mientras que en hospitales peruanos se han documentado cifras superiores al 90,0% de mujeres sin acompañamiento, sin información adecuada o sometidas a intervenciones sin consentimiento [16,41,42].

Por otro lado, la Teoría de Género de Scott permite comprender cómo estas prácticas responden a un poder patriarcal que relega a la mujer a un rol pasivo frente al profesional de salud [43]. Asimismo, la Teoría del Conflicto de Galtung evidencia cómo muchos procedimientos rutinarios son parte de una “violencia estructural” justificada institucionalmente, aun cuando pueden causar daño [44,45].

Entre las dimensiones que se presentarán en el estudio, en primer lugar, las conductas del personal durante el proceso del parto hacen referencia a las acciones verbales o no verbales las cuales pueden favorecer a una atención respetuosa o evidenciar violencia obstétrica por parte de los profesionales de la salud [46] durante el preparto, parto y posparto. Esta perspectiva teórica se ve respaldada por diversos hallazgos; es así como en México, la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí 2020 menciona que no propiciar el apego precoz del recién nacido con la madre, sin causa médica justificada, es una manifestación de violencia obstétrica [47]. De forma similar, en un estudio de un hospital peruano, se identificó que 90,4% no tuvo acompañamiento durante el parto, el 65,2% solo a veces recibió una explicación sobre los procedimientos que le iban a realizar y solo el 18,0% mencionó que las dejaron deambular; además, que basta una sola forma de conducta, acción u omisión que afecte la atención de la gestante o puérpera para que se establezca la violencia obstétrica [42].

Como segundo punto, las conductas del personal en el trabajo del parto se refieren a las acciones verbales o no verbales durante el trabajo de parto, cuya presencia o ausencia de la atención humanizada puede favorecer o prevenir la violencia obstétrica por parte de los profesionales de la salud [46]. Este tipo de conducta ha sido documentada en investigaciones recientes, donde en un hospital peruano, el 47,5% de las puérperas manifestaron tacto vaginal repetitivo por más de una persona en un determinado momento, un 5,0% mencionó que le tomaron fotografías sin su consentimiento, un 7,9% recibió comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento [11].

Como último punto, los procedimientos rutinarios durante el trabajo de parto son intervenciones que se aplican de forma generalizada y no enfocada en cada caso en particular. La OMS señala que muchos procedimientos rutinarios aplicados durante el trabajo de parto, como el uso de oxitocina, la episiotomía o el monitoreo fetal continuo, carecen de

justificación clínica cuando se aplican sin individualizar el caso [47]. Tal como evidencian estudios realizados en contextos hospitalarios, se ha identificado que, en un hospital de Perú, el 63,6% tuvo una ruptura artificial de membranas sin previa comunicación, el 23,0% recibió medicamentos sin su conocimiento ni explicación previa, el 15,8% le realizaron maniobras como Kristeller sin explicación previa, el 70,5% tuvo intervenciones quirúrgicas (episiotomía, episiorrafia) sin explicación previa [11].

Actitudes de los profesionales de la salud

Las actitudes corresponden a predisposiciones aprendidas que determinan comportamientos en situaciones específicas. En el contexto de la violencia obstétrica, se expresan en la forma en que el personal de salud considera aceptables o inadecuadas ciertas prácticas [48].

Según la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen), las actitudes influyen directamente en las conductas, mientras que la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura plantea que los profesionales pueden reproducir estas prácticas al observarlas en sus colegas [49,50].

En Perú y otros países, también se documentan formas de abuso físico que se define como el uso intencional de la fuerza corporal contra la mujer como apretar los muslos mientras puja [51]. En India se evidenció que existe una mayor prevalencia de abuso físico como pellizcos en instituciones públicas a comparación de las privadas y que los profesionales presentan una actitud normalizadora [52].

Por otra parte, el abuso verbal va orientado a un lenguaje intimidante u ofensivo por parte de los profesionales de la salud; los gritos o regaños es la forma más común de abuso que sufren las gestantes en los centros de salud [51]. Es así como en un hospital de Etiopía, el 31,3% de los profesionales de la salud reportó haber presenciado el uso de insultos, intimidación, amenazas o coerción dirigida a una mujer o sus

acompañantes por parte de otro profesional y lo consideran como incorrecto [53].

En cuanto a incumplimiento de los estándares profesionales de atención se enfoca en la falta de los protocolos del sistema de salud como falta del consentimiento informado o ignorar a la paciente [4]. Un grupo de profesionales de la salud en Etiopía comentaron que solían abandonar a pacientes que eran poco colaboradoras pero que con las capacitaciones que están llevando en sus instituciones están aprendiendo a ser más tolerantes con ellas [53].

En relación con la mala relación entre mujeres y profesionales de la salud se refiere a la interacción deficiente entre la mujer y quienes la atienden. No permitir un acompañante, la falta de apoyo de los profesionales de la salud durante el tiempo que se encuentre en el centro de salud y las amenazas de retener el tratamiento son formas prevalecientes de esta relación[51].Si bien es cierto que la OMS desde el 2018 permite y recomienda la ingesta oral de líquidos y alimentos para las mujeres de bajo riesgo durante el parto, en Ghana solo el 54,0% y el 43,0% de las mujeres informaron que su profesional a cargo les aconsejó sobre la ingesta oral de líquidos y alimentos; a su vez estos profesionales consideran que se debe mejorar en ese aspecto[54].

En lo que concierne a condiciones y limitaciones del sistema de salud se define como las restricciones propias de las instituciones como la alta carga de trabajo, las circunstancias laborales desfavorables, la escasez y mala asignación de recursos y como el profesional de la salud percibe y responde ante estas condiciones [52]. Es así como el 39,1% de profesionales de la salud consideraron como maltrato a mujeres durante el parto a los exámenes sin privacidad y están en desacuerdo con ello [53].

Considerando ahora el estigma y discriminación implica tratar de manera desigual a las mujeres por una característica propia de la persona como

edad, raza o nivel social. En India se evidenció que la violencia obstétrica estaba asociada a factores sociodemográficos además que las mujeres que tienen menores ingresos experimentaban más discriminación [55]. Los profesionales de la salud en Ghana mencionan que deficiencias de infraestructura, personal inadecuado, discriminación y actitudes profesionales negativas son barreras que existen entre el sistema de salud y mujeres gestantes y consideran que debe cambiar ello [56].

Estas actitudes, al oscilar entre la normalización del maltrato y la búsqueda de mejorar la relación con la paciente, constituyen un obstáculo clave para una atención humanizada. Reconocerlas y analizarlas resulta fundamental para diseñar estrategias de prevención y erradicación de la violencia obstétrica [57].

II.3. **Definición de términos**

Parto: Se define como la expulsión o extracción fuera del útero de un producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas) [58].

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas post parto, realizado por el equipo de atención del parto [59].

Trabajo de parto: Se caracteriza por contracciones uterinas fuertes y dolorosas que producen la dilatación del cuello uterino y hacen que el feto descienda por el canal del parto [60].

Violencia basada en género: Hace referencia a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género [61].

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

III.1. Hipótesis

Este tipo de estudio no requirió del planteamiento de una hipótesis por naturaleza del estudio descriptivo. Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista [61], los estudios descriptivos tienen como propósito especificar las características y propiedades de este fenómeno, por lo que no necesariamente requieren el planteamiento de una hipótesis, especialmente cuando no se busca establecer relaciones causales ni comprobar asociaciones entre variables.

III.2. Variables

Variable 1: Manifestaciones sobre violencia obstétrica en puérperas.

Variable 2: Actitud de los profesionales de la salud sobre violencia obstétrica.

III.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Valor final
Manifestaciones sobre violencia obstétrica	Situaciones que afectan el bienestar integral de la mujer, vulneran su derecho a la salud y contribuyen a la mortalidad materna[37].	Acciones percibidas como violencia obstétrica por puérperas durante el proceso de parto, trabajo de parto y en los procedimientos rutinarios, que serán evaluadas mediante un cuestionario estructurado con preguntas cerradas de tipo dicotómico.	Conductas del personal en el proceso del parto (preparto, parto y posparto)	Restricción para deambular o adoptar posiciones alternativas durante el trabajo de parto.	Cualitativo	Nominal	Si/No
				Separación innecesaria del recién nacido de la madre en condición estable (APGAR ≥8 al minuto).			
				Falta de acompañamiento y apoyo oportuno por parte del personal de salud.			
				Prohibición de estar acompañada por un familiar durante el trabajo de parto o parto.			
				Negación de alimentación a la gestante sin causa médica.			
				Negación de hidratación adecuada durante el trabajo de parto.			
				Falta de provisión de abrigo que mantenga la temperatura corporal de la gestante.			
				Instrucciones insuficientes o confusas sobre respiración, pujo y lactancia.			
				Comunicación ineficaz sobre el estado de salud de la gestante y del recién nacido.			
			Conductas del personal de salud en el trabajo de parto	Realización de tactos vaginales bruscos, reiterados o por múltiples personas.			
				Comentarios desagradables hacia la gestante.			

				Conductas inadecuadas del personal de salud durante el parto (fotos, burlas, etc.).			
				Sensación de vulnerabilidad como mujer y paciente durante la atención del parto.			
				Provocar sentimientos de culpa relacionados con el comportamiento durante el trabajo de parto.			
			Procedimientos rutinarios	Administración de analgésicos sin solicitud o retraso en la atención del dolor.			
				Aplicación de medicamentos para inducir o acelerar el parto sin información.			
				Presión reiterada para aceptar un método anticonceptivo postparto.			
				Uso de instrumentos para ruptura de membranas sin consentimiento ni explicación previa.			
				Aplicación de maniobra de compresión uterina (Kristeller).			
				Realización de episiotomía sin explicación previa.			
Actitudes sobre violencia obstétrica	Predisposición existente en el sujeto y adquirida por aprendizaje, que impulsa a éste a comportarse de una manera determinada en determinadas situaciones [46].	Predisposición que tiene el profesional de salud hacia la violencia obstétrica evaluado mediante una escala tipo Likert.	Abuso físico	Uso de contacto físico para forzar colaboración.	Cualitativo	Ordinal	Totalmente de acuerdo/de acuerdo/inseguro /en desacuerdo /totalmente en desacuerdo
				Maniobras físicas para acelerar el parto sin justificación clínica.			
			Abuso verbal	Uso de amenazas implícitas como herramienta de control.			
				Alzar el tono de voz para mejorar la colaboración.			
			Incumplimiento de los estándares profesionales de atención	Omisión de información relevante sobre procedimiento y consentimiento.			
				Limitación del acompañamiento por alta demanda.			
			Mala relación entre mujeres y	Restricción de presencia del acompañante.			

			profesionales de la salud	Restricción de alimentación o hidratación sin justificación médica.			
				Falta de comunicación con el acompañante.			
			Condiciones y limitaciones del sistema de salud	Falta de privacidad durante la atención.			
				Reducción de calidad de servicios por falta de personal.			
			Estigma y discriminación	Atención desigual según edad, nivel socioeconómico, raza o educación.			
				Negación de información por bajo nivel educativo de la gestante o puérpera.			

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

IV.1. Tipo de estudio

Este estudio se enmarcó dentro del enfoque cuantitativo, pues se orientó a la recopilación de datos expresados en valores numéricos que permitan medir con objetividad las variables planteadas [62].

IV.2. Diseño de estudio

Fue descriptivo porque respondió a la finalidad de detallar las particularidades de la población en estudio, sin establecer relaciones de causa y efecto. Asimismo, fue transversal, dado que la información se obtuvo en un único momento, ofreciendo una visión puntual de la situación estudiada. Finalmente, se consideró prospectivo porque los datos se recogieron directamente de los participantes tras la aprobación del proyecto, y no a partir de fuentes retrospectivas [63].

IV.3. Población

La población estuvo conformada por el conjunto de individuos que compartieron características comunes relacionadas con la atención obstétrica en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo del tiempo. En el caso de las puérperas, estuvo constituida por mujeres que culminaron su embarazo y recibieron atención del parto y puerperio en dicha institución durante el periodo de 4 meses(febrero-mayo) del 2026, siendo un total de 747 puérperas atendidas según Repositorio Único Nacional de Información en Salud, MINSA [64]. Asimismo, la población esperada fue 37 profesionales de la salud que laboraron en Centro Obstétrico de la misma institución, según el Cuadro de

Asignación del Personal del año 2024 de esa misma institución [65] y las estadísticas de Residentado Médico del Colegio Médico del Perú [66].

Unidad de análisis

Puérpera del HNSEB entre febrero-mayo del 2026
Profesional de la salud que brinda atención obstétrica del HNSEB entre febrero-mayo del 2026

Criterios de inclusión

Criterios de inclusión de las puérperas

- Con al menos 2 horas postparto.
- De parto vaginal.
- Mayores de 18 años.
- Que firmen su consentimiento informado.

Criterios de inclusión de los profesionales de la salud

- Que participen directamente en la atención obstétrica dentro del Centro Obstétrico al momento de hacer la encuesta (obstetras, médicos especialistas y médicos residentes).
- Que firmen su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Criterios de exclusión de las puérperas

- Diagnóstico de patología psiquiátrica activa.

- Diagnóstico de depresión posparto.

- Antecedente de pérdida fetal (óbito fetal o perinatal temprana) durante la investigación.

- Datos con registros incompletos o en blanco cuando se aplicó el instrumento.

Criterios de exclusión de los profesionales de la salud

- Profesionales asignados únicamente a labores administrativas.

- Profesionales en vacaciones, licencia o permiso durante la recolección de datos.

- Cuestionarios de actitudes sobre violencia obstétrica que presentaron registros incompletos, dado que las omisiones parciales o totales en las respuestas generan sesgos y afectan la validez estadística del análisis.

IV.4. **Muestra**

El tamaño de muestra fue 250 puérperas determinado según el cálculo del tamaño de muestra para población finita

$$n=\frac{NxZ^2x\ pxq}{e^2x(N-1)+Z^2xpxq}$$

$$n=\frac{747x(1{,}96)^2\ x\ 0{,}42\ x\ 0{,}58}{(0{,}05)^2x(747-1)+(1{,}96)^2x0{,}42x0{,}58}=\frac{698{,}445}{2{,}8}=250$$

Para el cálculo del tamaño muestral se consideró un nivel de confianza del 95,0% (Z = 1,96), una proporción estimada de 0,42 tomada del estudio “Prevalencia de violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el Hospital General de Zona No. 2, IMSS,

Chiapas” [67], su complemento (q = 0,58) y un margen de error de 5,0%(e=0,05).

Para los profesionales de la salud se empleó un muestreo censal, ya que se incluyó a todos los profesionales de la salud que conforman la población de estudio.

Tipo de muestreo

En puérperas

La selección se realizó por muestreo aleatorio simple entre las puérperas atendidas en el Centro Obstétrico durante cuatro meses. Para alcanzar el tamaño muestral de 250 participantes, se previó incluir en promedio 83 por mes y aproximadamente 3 por día, siempre que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para ello, diariamente se revisó el libro de partos atendidos y las historias clínicas de las puérperas, con el fin de identificar a aquellas elegibles en el estudio. Posteriormente, se asignó un número a cada puérpera que cumplía con los criterios de inclusión y se realizó el sorteo mediante una aplicación online, garantizando que todas tengan la misma probabilidad de quedar seleccionadas.

En profesionales de la salud

La selección de los profesionales de la salud se realizó por medio de muestreo censal, debido a que se incluyó la totalidad de los profesionales que laboraron en Centro Obstétrico durante la recolección de datos.En total participaron 37 profesionales de la salud, quienes constituyeron la totalidad de la población de estudio para este grupo.

IV.5. Técnica

Se empleó la técnica de encuesta, la cual permitió al investigador recopilar información directamente de las puérperas y de los profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica mediante preguntas cerradas. Esta técnica fue adecuada para obtener datos

precisos sobre las manifestaciones de violencia que experimentan las puérperas, así como sobre las actitudes adoptadas por los profesionales de la salud, proporcionando una visión integral y cuantificable de las variables de interés.

IV.6. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron fueron los cuestionarios. Ambos cuestionarios abordaron los aspectos principales del estudio, estructurados en dimensiones alineadas con las variables de interés: manifestaciones y actitudes. Cada dimensión estuvo compuesta por preguntas diseñadas que evaluó con precisión cada área correspondiente.

Para el cuestionario sobre manifestaciones de violencia obstétrica se utilizó un instrumento validado previamente en Colombia por Aguilar-Bernal, Ospina-González y Sierra-Matamoros titulado ¨Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia¨, con un Alfa de Cronbach de 0,87, que evaluó manifestaciones de violencia obstétrica en puérperas [27].

El primer cuestionario estuvo dirigido a las puérperas y constó de 20 preguntas cerradas de tipo dicotómicas relacionadas con las manifestaciones de violencia obstétrica. Donde las 9 primeras preguntas abarcaron conductas del personal en el proceso del parto, las 5 siguientes correspondieron a conductas del personal de salud en el trabajo de parto y las últimas 6 respecto a procedimientos rutinarios.

Por otro lado, para medir las actitudes de los profesionales de la salud, se utilizó un instrumento traducido del estudio “Knowledge, attitude and practice of healthcare providers on mistreatment of women during labour and childbirth: A cross-sectional study in Tehran, Iran, 2021” [12]. Este cuestionario fue traducido por una especialista en el área,

posteriormente validado mediante la revisión de cinco expertos (V de aiken=0,96) y una prueba piloto con el 10% de la población (12 participantes entre ellos 6 obstetras,3 médicos residentes y 3 médicos asistentes) correspondiente para que cuente con el alfa de Cronbach adecuado (α=0,811).

Este cuestionario estuvo estructurado con ítems tipo Likert, dirigido a los profesionales de la salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Este instrumento estuvo conformado por 13 ítems, distribuidos en seis dimensiones según la estructura planteada por sus autores:

La primera dimensión, denominada abuso físico, está compuesta por 2 ítems correspondientes a las preguntas número 1 y 2. La segunda dimensión, abuso verbal, incluye 2 ítems que corresponden a las preguntas número 3 y 4.La tercera dimensión, Incumplimiento de los estándares profesionales de atención, agrupa 2 ítems que corresponden a las preguntas número 5 y 6.La cuarta dimensión, mala relación entre mujeres y proveedores, está formada por 3 ítems (preguntas número 7,8 y 9).La quinta dimensión, condiciones y limitaciones del sistema de salud, está integrada por 2 ítems (preguntas número 10 y 11).Finalmente, la sexta dimensión, estigma y discriminación, comprende 2 ítems (preguntas número 12 y 13).

El ítem 5 utilizó puntuación inversa. Las puntuaciones se clasificaron como buenas (80-100%; 52-65 puntos), moderadas (60-79%; 39-51 puntos) y malas (menos del 60%; < 39 puntos).

IV.7. **Procedimientos**

En primer lugar, el proyecto de tesis fue presentado al Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Posteriormente, se realizó la validación del instrumento de los profesionales de la salud mediante juicio de expertos con la participación de 5 especialistas obteniéndose una V de Aiken de 0,96. Luego se efectuó una prueba piloto en 12 profesionales de la salud (6 obstetras, 3 médicos asistentes,3 médicos residentes) para evaluar la comprensión de los ítems y confiabilidad del instrumento, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,811.

El proyecto de tesis también fue presentado al Comité de Ética del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para garantizar el cumplimiento de las normas éticas y la protección de los participantes.

Se solicitó autorización al director del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para realizar el estudio en las instalaciones de la institución.

Se entregó el consentimiento informado a cada profesional de salud y a cada puérpera para autorizar su participación.

Una vez firmados los consentimientos, se realizó la aplicación del cuestionario de manera presencial en las salas designadas del establecimiento bajo la supervisión de la investigadora principal. El cuestionario tuvo una duración aproximada de 20 minutos por participante.

Los datos recolectados de los cuestionarios fueron digitalizados en un programa Excel, asegurando la transcripción exacta de cada respuesta. Luego, los datos fueron transferidos al programa de análisis estadístico SPSS (versión 26) para su análisis.

Los cuestionarios físicos fueron archivados de manera segura, asegurando la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. Se almacenaron en un archivo con acceso restringido y los datos digitalizados fueron protegidos mediante contraseñas en una base de datos encriptada. Los cuestionarios físicos serán destruidos una vez

finalizado el estudio, de acuerdo con las normas éticas del Comité de Ética del hospital.

IV.8. Análisis de datos

Los datos recolectados mediante los cuestionarios fueron codificados e ingresados en una base de datos utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 26. Previamente al análisis estadístico, se realizó un control de calidad de la información mediante la revisión de la consistencia, integridad de los registros, ausencia de datos duplicados y adecuada codificación de las variables, de acuerdo con la operacionalización establecida.

El análisis estadístico fue de carácter descriptivo, acorde con el diseño observacional y descriptivo del estudio. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). En el caso de las variables ordinales obtenidas mediante la escala tipo Likert aplicada a los profesionales de la salud, se calcularon adicionalmente medias y desviaciones estándar para resumir las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del instrumento.

En el cuestionario aplicado a las puérperas, cada manifestación de violencia obstétrica fue codificada de forma dicotómica (presencia o ausencia). Posteriormente, se obtuvo el número total de manifestaciones de violencia obstétrica mediante la suma de las respuestas afirmativas reportadas por cada participante. Asimismo, se construyó una variable denominada manifestación global de violencia obstétrica, la cual permitió identificar si la puérpera había experimentado al menos una manifestación durante la atención del parto.

Se consideró que una puérpera presentó manifestaciones de violencia obstétrica en una dimensión cuando reportó al menos una manifestación correspondiente a cualquiera de los ítems que integraban dicha dimensión, previa recodificación de las preguntas formuladas en sentido positivo (Tabla 2).

En los ítems formulados en sentido positivo, las respuestas negativas representan manifestaciones de violencia obstétrica y fueron recodificadas para la interpretación de los resultados.

Adicionalmente, el número total de manifestaciones de violencia obstétrica se agrupó en rangos (según el número de manifestaciones) con fines exclusivamente descriptivos, a fin de facilitar la presentación y análisis de resultados.

En el cuestionario dirigido a los profesionales de la salud se calcularon las frecuencias de respuesta para cada uno de los 13 ítems. Asimismo, se obtuvieron las puntuaciones de las seis dimensiones del instrumento y el puntaje total de actitud, considerando la recodificación del ítem con puntuación inversa. El puntaje total osciló entre 13 y 65 puntos. De acuerdo con el artículo original, la actitud se clasificó utilizando el punto de corte de Bloom, el cual establece categorías según el porcentaje del puntaje máximo del instrumento:80-100% para actitud buena, 60-79% actitud moderada y menos del 60% para actitud mala. Al aplicarse estos porcentajes al puntaje máximo del cuestionario (65 puntos, se obtuvieron los rangos de 52-65,39-51 y <39 puntos, respectivamente.

Los resultados se presentan mediante tablas de distribución de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, y fueron interpretados en función de los objetivos del estudio y de la evidencia científica disponible sobre violencia obstétrica.

Para cada una de las tres dimensiones del cuestionario de manifestaciones de violencia obstétrica (conductas del personal durante el proceso del parto, conductas del personal durante el trabajo de parto y procedimientos rutinarios), se construyó una variable dicotómica. Posteriormente, se clasificó a cada participante como "presentó manifestaciones" cuando registró al menos una manifestación de violencia obstétrica dentro de la dimensión correspondiente, y como "no presentó manifestaciones" cuando no registró ninguna. Sobre esta base se calcularon las frecuencias y porcentajes presentados en la Tabla 2.

IV.9. **Consideraciones éticas**

En esta investigación se respetó los cuatro principios éticos fundamentales: **autonomía**, mediante el cual las puérperas y los profesionales de la salud tuvieron libertad de decidir su participación voluntaria en el estudio a través del consentimiento informado; **beneficiencia**, debido a que la información obtenida permitió contribuir a la generación y actualización de conocimientos sobre el tema abordado; **no maleficiencia**, garantizando que ningún participante estuviera expuesto a riesgos o daños durante el desarrollo de la investigación; y **justicia**, asegurando un trato equitativo, sin actitudes prejuiciosas ni discriminatorias hacia ninguno de los participantes.

El proyecto fue revisado y aprobado por el comité de ética del Hospital Nacional Sergio E. Bernales con la constancia N 0005-2026(Anexo 10) que verificó que se cumplieran los requisitos éticos y científicos para proteger a las participantes.

V. RESULTADOS

Manifestaciones de violencia obstétrica en las puérperas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026

Característica	n=250	%
Edad		
18–24 años	94	37,6
25–29 años	60	24,0
30–34 años	44	17,6
≥35 años	52	20,8
Nacionalidad		
Peruana	237	94,8
Extranjera	13	5,2
Primer parto		
Sí	92	36,8
No	158	63,2
Estado civil		
Conviviente	191	76,4
Soltera	37	14,8
Casada	21	8,4
Divorciada	1	0,4
Personal que atendió el parto		
Médico asistente	5	2,0
Médico residente	18	7,2
Obstetra	227	90,8
Fase de trabajo de parto al ingreso		
Latente	1	0,4
Activo	243	97,2
Expulsivo	6	2,4
Total	250	100,0

Fuente: elaboración propia

Respecto a las características de las puérperas encuestadas, el grupo mayoritario de edad se concentró entre los 18 y 24 años (37,6%), aquellas que manifestaron tener nacionalidad peruana (94,8%), conviviente (76,4%) y multípara (63,2%). Asimismo, el 90,8% de los partos fue atendido por obstetras y el 97,2% de las mujeres ingresó durante la fase activa del trabajo de parto (Tabla 1).

Tabla 2. Manifestaciones de violencia obstétrica según dimensiones evaluadas

Dimensión	n=250	%
Conductas del personal en el proceso del parto	221	88,4
Conductas del personal durante el trabajo de parto	185	74,0
Procedimientos rutinarios	200	80,0

Fuente: elaboración propia

La mayoría de las puérperas reportó manifestaciones de violencia obstétrica en las manifestaciones evaluadas, predominando aquellas relacionadas con las conductas del personal en el proceso del parto (88,4%). Estos hallazgos evidencian que las experiencias de violencia obstétrica estuvieron principalmente vinculadas con la interacción y prácticas del personal de salud durante la atención del parto (Tabla 2).

Tabla 3. Manifestaciones de violencia obstétrica relacionadas con las conductas del personal en el proceso del parto

Preguntas	Sí		No	
	n	%	n	%
1. ¿Le permitieron la deambulación o adoptar otras posiciones?	141	56,4	109	43,6
2. ¿Le permitieron permanecer con su bebé todo el tiempo?	193	77,2	57	22,8
3. ¿Recibió acompañamiento y apoyo cuando lo necesitó?	232	92,8	18	7,2
4. ¿Se le permitió estar acompañada por algún familiar?	71	28,4	179	71,6
5. ¿Recibió alimentación cuando lo necesitó?	206	82,4	44	17,6
6. ¿Recibió hidratación cuando lo necesitó?	182	72,8	68	27,2
7. ¿Recibió abrigo o cobijo cuando lo necesitó?	187	74,8	63	25.2
8. ¿Recibió instrucciones claras sobre respiración, pujo o lactancia?	234	93,6	16	6,4
9. ¿Recibió información sobre su estado de salud y el de su bebé?	211	84,4	39	15,6

Fuente: elaboración propia

Las principales manifestaciones de violencia obstétrica estuvieron relacionadas con la restricción del acompañante durante la atención del trabajo de parto o parto (71,6%) y la limitación para deambular o adoptar otras posiciones (43, 6%). En menor proporción se identificó separación innecesaria del recién nacido (22,8%). Por otro lado, la mayoría de las puérperas refirió haber recibido apoyo, instrucciones claras e información durante la atención del parto (93,6%) (Tabla 3).

Tabla 4. Manifestaciones de violencia obstétrica relacionadas con las conductas del personal durante el trabajo de parto

Preguntas	Sí		No	
	n	%	n	%
10. ¿Durante el proceso de dilatación, le realizaron tactos vaginales bruscos o reiterados o realizados por distintas personas?	142	56,8	108	43,2
11. ¿El personal de salud le hizo comentarios desagradables respecto a su comportamiento (llorar, gritar) durante el parto?	69	27,6	181	72,4
12. ¿El personal de salud tuvo conductas inadecuadas durante su proceso de parto cómo tomar fotos, videos, comentarios de burla entre compañeros, entre otros?	15	6,0	235	94,0
13. ¿Se sintió vulnerada como mujer y paciente por el personal de salud durante la atención del parto?	54	21,6	196	78,4
14. ¿Tiene sentimientos de culpa por su comportamiento (llorar, gritar, solicitar ayuda) durante el trabajo de parto?	69	27,6	181	72,4

Fuente: elaboración propia

Respecto a la dimensión conductas del personal de salud durante el trabajo de parto, la manifestación más frecuente fue la realización de tactos vaginal bruscos, reiterados o por distintas personas (56, 8%). También se reportaron comentarios desagradables y sentimientos de culpa relacionadas al trabajo de parto (27,6% cada una), así como sensación de vulneración como mujer y paciente (21,6%) (Tabla 4).

Tabla 5. Manifestaciones de violencia obstétrica relacionadas con procedimientos rutinarios

Preguntas	Sí		No	
	n	%	n	%
15. ¿Le administraron algún medicamento para el dolor cuando lo solicitó en el trabajo de parto y/o puerperio?	157	62,8	93	37,2
16. ¿Si le administraron algún medicamento para acelerar el parto (oxitocina o misoprostol), le explicaron los motivos previamente?	150	60,0	100	40,0
17. ¿La persuadieron en reiteradas ocasiones (más de dos veces) para elegir algún método anticonceptivo, aunque usted no estuviera de acuerdo?	55	22,0	195	78,0
18. ¿En algún momento del proceso del parto utilizaron algún instrumento para romper las membranas sin su consentimiento o previa explicación?	20	8,0	230	92,0
19. ¿En algún momento durante el trabajo de parto realizaron maniobra de compresión en la parte superior del abdomen (Kristeller) para acelerar la expulsión?	97	38,8	153	61,2
20. ¿Durante el parto le realizaron algún tipo de corte en el canal del parto (episiotomía) sin haber explicado previamente los motivos?	37	14,8	213	85,2

Nota. En los ítems formulados en sentido positivo, las respuestas negativas representan manifestaciones de violencia obstétrica y fueron recodificadas para la interpretación de los resultados.

Fuente: elaboración propia

En la dimensión procedimientos rutinarios, las principales manifestaciones de violencia obstétrica fueron la falta de explicación previa sobre administración de oxitocina o misoprostol (40,0%) y la realización de maniobra de Kristeller (38, 8%). La manifestación que menos porcentaje tuvo fue el uso de algún instrumento para romper las membranas sin su consentimiento o previa explicación (8,0%) (Tabla 5).

Tabla 6. Manifestación global de violencia obstétrica en puérperas

Violencia obstétrica	n=250	%
Sí presentó al menos una manifestación	244	97,6
No presentó manifestaciones	6	2,4

Fuente: elaboración propia

Casi la totalidad de las puérperas evaluadas (97,6%) reportó al menos una manifestación de violencia obstétrica durante el proceso de atención, evidenciando una elevada frecuencia de prácticas percibidas como una vulneración a sus derechos durante el parto y puerperio inmediato (Tabla 6).

Tabla 7. Números de manifestaciones de violencia obstétrica

Nivel de violencia	n=250
1-5 manifestaciones	122
6-10 manifestaciones	109
11-20 manifestaciones	13
Ninguna manifestación	6
Total	**250**

Fuente: elaboración propia

Se aprecia que las manifestaciones de violencia obstétrica se concentraron principalmente en los niveles de 1-5 manifestaciones (122 puérperas) y de 6 a 10 (109 puérperas). En contraste, solo 6 puérpera reportaron no haber sufrido ninguna manifestación de violencia obstétrica, evidenciando que la mayoría experimentó múltiples manifestaciones durante la atención obstétrica.

Tabla 8. Manifestaciones de violencia obstétrica más frecuentes en las puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026

Orden	Manifestación	n=250	%
1	No se permitió el acompañamiento por un familiar durante el trabajo de parto o parto	179	71,6
2	Tactos vaginales bruscos, reiterados o realizados por diferentes personas	142	56,8
3	No se permitió la deambulación o adoptar otras posiciones	109	43,6
4	No recibió explicación previa sobre el uso de oxitocina o misoprostol	100	40,0
5	Se realizó la maniobra de Kristeller	97	38,8
6	No recibió analgesia cuando la solicitó	93	37,2
7	Comentarios desagradables durante el parto	69	27,6
8	Sentimientos de culpa relacionados con su comportamiento durante el trabajo de parto	69	27,6
9	No recibió hidratación cuando la necesitó	68	27,2
10	No recibió abrigo cuando lo necesitó	63	25,2

Fuente: elaboración propia

Las manifestaciones de violencia obstétrica más frecuentes fueron la restricción del acompañante familiar (71,6%), los tactos vaginales bruscos o reiterados (56,8%), la limitación de la movilidad durante el trabajo del parto (43,6%) y la falta de explicación sobre la oxitocina y/o misoprostol (40,0%) (Tabla 8).

Actitudes sobre violencia obstétrica y características de los profesionales de la salud

Tabla 9. Características de los profesionales de la salud participantes

Característica	N=37	%
Profesión		
Médico residente	12	32,4
Médico asistente	16	43,2
Obstetra	9	24,3
Edad	Media ± DE	
Edad (años)	40,9 ± 12,1	
< 30	4	10,8
30-40	20	54,1
40-50	6	16,2
>50	7	18,9

Fuente: elaboración propia DE: desviación estándar

Predominaron los médicos asistentes (43,2%), seguidos de médicos residentes (32,4%). La edad promedio fue de 40,9 ± 12,1 años (Tabla 9).

Tabla 10. Actitudes globales de los profesionales de la salud frente a la violencia obstétrica.

Actitud frente a la violencia obstétrica	N=37	%
Buena	23	62,2
Moderada	13	35,1
Mala	1	2,7
Total	37	100,0

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los profesionales presentó una buena actitud frente a la violencia obstétrica (62,2%)lo que indica una postura de rechazo hacia estas prácticas. Asimismo, el 35,1% presentó una actitud moderada, caracterizada por una postura intermedia ni buena ni mala. Solo el 2,7% mostró una mala actitud, evidenciando una mayor aceptación a estas prácticas asociadas a la violencia obstétrica (Tabla 10).

Tabla 11. Actitudes de los profesionales de la salud frente a la violencia obstétrica según dimensiones e ítems. Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026

Dimensión / Ítem	TA		DA		Inseguro		ED		TD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abuso físico										
1. Uso de contacto físico para motivar la colaboración	1	2,7	0	0,0	1	2,7	8	21,6	27	73,0
2. Uso de maniobra de Kristeller para acelerar el parto	2	5,4	4	10,8	5	13,5	9	24,3	17	45,9
Abuso verbal										
3. Uso de amenazas implícitas para lograr colaboración	0	0,0	3	8,1	4	10,8	4	10,8	26	70,3
4. Alzar la voz para fomentar la colaboración	1	2,7	4	10,8	3	8,1	12	32,4	17	45,9
Incumplimiento de estándares profesionales										
5. Explicar y solicitar consentimiento antes de repetir examen vaginal*	0	0,0	3	8,1	4	10,8	4	10,8	26	70,3
6. Reducir acompañamiento individual por alta demanda asistencial	2	5,4	7	18,9	10	27,0	11	29,7	7	18,9
Mala relación entre mujeres y proveedores										
7. El acompañante no debe estar presente durante el parto	3	8,1	1	2,7	5	13,5	14	37,8	14	37,8
8. Restringir alimentos y líquidos durante el trabajo de parto	4	10,8	12	32,4	2	5,4	5	13,5	14	37,8
9. Informar al acompañante sin autorización de la mujer	8	21,6	7	18,9	6	16,2	8	21,6	8	21,6
Condiciones y limitaciones del sistema de salud										
10. No garantizar privacidad por limitaciones de espacio	1	2,7	4	10,8	2	5,4	15	40,5	15	40,5

11. Justificar menor calidad de atención por falta de personal	2	5,4	1	2,7	1	2,7	9	24,3	24	64,9
Estigma y discriminación										
12. Ofrecer servicios diferentes según características de la mujer	2	5,4	2	5,4	2	5,4	6	16,2	25	67,6
13. Omitir información a mujeres con menor nivel educativo	0	0,0	1	2,7	0	0,0	10	27,0	26	70,3

Fuente: elaboración propia

TA: Totalmente de Acuerdo DA: De Acuerdo I: Inseguro ED: En Desacuerdo TD: Totalmente en Desacuerdo

La mayoría de los profesionales manifestó desacuerdo o total desacuerdo con prácticas asociadas a la violencia obstétrica. Los mayores niveles de rechazo se observaron en la omisión de información a mujeres con menor nivel educativo (70,3%), el uso de amenazas implícitas durante el parto (70,3%) y el empleo de contacto físico para forzar la colaboración (73, 0%). Estos hallazgos son consistentes con el resultado global de que el 62,2% de los profesionales presentó una buena actitud frente a la violencia obstétrica (Tabla 11).

Tabla 12. Nivel de actitud frente a la violencia obstétrica según dimensiones en los profesionales de la salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2026

Dimensión	Media ± DE	Nivel predominante
Abuso físico	1,72 ± 0,65	Buena actitud
Abuso verbal	1,75 ± 0,60	Buena actitud
Incumplimiento de los estándares profesionales de atención	2,43 ± 0,71	Actitud moderada
Mala relación entre mujeres y proveedores de salud	2,59 ± 0,84	Actitud moderada
Condiciones y limitaciones del sistema de salud	2,31 ± 0,68	Actitud moderada
Estigma y discriminación	1,52 ± 0,49	Buena actitud

Nota. Las medias fueron calculadas luego de recodificar el ítem 5. Valores cercanos a 1 indican mejor actitud y valores cercanos a 5 mayor aceptación de prácticas de violencia obstétrica.

Fuente: elaboración propia

DE: Desviación estándar

La mayoría de los profesionales presentó una buena actitud frente a la violencia obstétrica (62, 2%), mostrando criterios orientados a evitar y no aceptar este tipo de prácticas. Las actitudes más resaltantes se observaron en las dimensiones de estigma y discriminación, abuso físico y verbal, evidenciando mayor disposición para prevenir y evitar estas situaciones; mientras que las mayores dificultades se identificaron en la relación de usuarias y proveedores de salud y en el cumplimiento de estándares profesionales de atención (Tabla 12).

Tabla 13. Tabla Actitudes con mayor aceptación entre los profesionales de la salud frente a la violencia obstétrica

N°	Actitud	De acuerdo + Totalmente de acuerdo n (%)
1	Reducir acompañamiento individual cuando hay muchas pacientes	21 (56,8)
2	Restringir alimentos o líquidos durante el trabajo de parto	18 (48,6)
3	No informar siempre al acompañante sobre la evolución del parto	15 (40,5)
4	Presencia del acompañante en sala de partos no es necesaria	13 (35,1)
5	Maniobra de Kristeller puede utilizarse para acelerar el parto	9 (24,3)
6	Alzar la voz favorece la colaboración de la gestante	7 (18,9)
7	Utilizar amenazas implícitas para lograr cooperación	5 (13,5)
8	Palmadas o contacto físico para colaborar	3 (8,1)

Fuente: elaboración propia

Las actitudes más toleradas por los profesionales estuvieron relacionadas con restricciones al acompañamiento y apoyo continuo durante el trabajo de parto, así como con limitaciones vinculadas a la organización de los servicios. Más de la mitad consideró aceptable reducir el acompañamiento individual cuando existe alta demanda asistencial (56,8%). Asimismo, casi la mitad consideró apropiado restringir alimentos o líquidos durante el trabajo de parto (48,6%). En contraste, las actitudes vinculadas al abuso físico y verbal fueron ampliamente rechazadas.

VI. DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio evidencian que las manifestaciones de violencia obstétrica continúan presentes durante la atención del parto en un hospital público peruano, confirmando que este problema persiste como un desafío para la calidad de la atención materna. Los hallazgos evidencian que dichas manifestaciones no se circunscriben a un momento específico del proceso obstétrico, sino que pueden presentarse durante el trabajo de parto, el parto y la realización de procedimientos clínicos, comprometiendo la experiencia de atención de las mujeres. Estos resultados son consistentes con la evidencia nacional e internacional que reconoce a la violencia obstétrica como una expresión de violencia institucional que vulnera la autonomía, la dignidad y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres [4,11,17]. En este contexto, a pesar de los avances alcanzados mediante la implementación de políticas de parto respetado y de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud, los resultados sugieren que aún existen brechas importantes entre las recomendaciones basadas en evidencia y la práctica clínica cotidiana. Desde la perspectiva de la biopolítica propuesta por Foucault [31], esta situación refleja la persistencia de relaciones de poder que privilegian el control institucional del proceso reproductivo sobre la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su atención.

Las manifestaciones de violencia obstétrica relacionadas con las conductas del personal durante el proceso del parto evidencian que aún persisten prácticas que limitan la participación activa de las mujeres, especialmente en aspectos vinculados con el acompañamiento continuo, la libertad de movimiento y la satisfacción de necesidades básicas durante el trabajo de parto. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Farhat *et al*. [17], quienes la mayoría de puérperas identificaron que la restricción del acompañamiento y la imposición de determinadas posiciones durante el parto continúan siendo prácticas frecuentes en diferentes contextos hospitalarios. Del mismo modo, Marcos *et*

al. [11] encontraron que un buen número de puérperas atendidas en un hospital peruano experimentaron limitaciones para permanecer acompañadas y participar en las decisiones relacionadas con su proceso de atención. Esta situación resulta particularmente relevante, ya que la OMS reconoce el acompañamiento continuo, la libertad para adoptar la posición de preferencia y el respeto por las decisiones informadas de la gestante como componentes esenciales de una experiencia positiva de parto y como indicadores de una atención obstétrica de calidad [44].

En relación con las conductas del personal durante el trabajo de parto, los resultados muestran que aún persisten prácticas que comprometen la calidad de la interacción entre los profesionales de la salud y las mujeres, afectando la percepción de respeto, confianza y seguridad durante la atención obstétrica. La realización de procedimientos sin una adecuada consideración por el bienestar físico y emocional de la gestante, así como la presencia de formas de comunicación poco empáticas, ponen de manifiesto que la humanización del parto continúa enfrentando importantes desafíos en la práctica clínica. Estos hallazgos concuerdan con lo descrito por Özer y Sevimli [19], quienes documentaron que los exámenes vaginales repetidos y el trato deshumanizado incrementaban el sufrimiento físico y emocional de las mujeres durante el parto. Asimismo, Marcos *et al.* [11] señalaron que algunas puérperas consideraban estas prácticas como parte habitual de la atención, lo que evidencia un proceso de normalización que dificulta su reconocimiento como manifestaciones de violencia obstétrica. Esta naturalización representa un reto para los servicios de salud, ya que puede disminuir la capacidad de las mujeres para identificar vulneraciones de sus derechos y limitar la implementación de estrategias orientadas a promover una atención respetuosa. En consecuencia, resulta indispensable fortalecer las competencias del personal de salud en comunicación efectiva, consentimiento informado y atención centrada en la mujer, favoreciendo una experiencia de parto segura, respetuosa y alineada con los estándares internacionales de calidad.

Respecto a los procedimientos rutinarios, los resultados ponen de manifiesto que aún persisten intervenciones obstétricas realizadas con información

insuficiente o con una limitada participación de las mujeres en la toma de decisiones, especialmente en relación con el uso de uterotónicos, la administración de analgesia y otros procedimientos cuya indicación clínica debe ser estrictamente individualizada. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Aguilar y Ospina [24], quienes señalaron que una proporción importante de mujeres manifestó no haber recibido información suficiente antes de determinadas intervenciones obstétricas, limitando el ejercicio del consentimiento informado. De manera similar, Cárdenas y Salinero [25] encontraron que una alta proporción de puérperas refirió prácticas relacionadas con la medicalización del parto continúa siendo una práctica frecuente cuando las decisiones clínicas no incorporan las preferencias de las mujeres ni una adecuada comunicación entre el personal de salud y la paciente.

En contraste, Martínez y Soto [18] reportaron una menor frecuencia de algunas intervenciones obstétricas, diferencia que podría explicarse por la implementación de protocolos institucionales de atención humanizada y una mayor adherencia a las recomendaciones internacionales sobre parto respetado. Particularmente, la persistencia de la maniobra de Kristeller resulta preocupante debido a que la OMS desaconseja su uso rutinario por la ausencia de evidencia que demuestre beneficios clínicos y por el riesgo potencial de complicaciones maternas y neonatales [44]. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la adherencia a las recomendaciones basadas en evidencia, garantizando que toda intervención obstétrica responda a una indicación clínica claramente justificada y sea realizada previa información adecuada y con el consentimiento informado de la mujer.

Además de analizar las experiencias de las puérperas, el presente estudio permitió evaluar las actitudes de los profesionales de la salud frente a las manifestaciones de violencia obstétrica, identificándose un predominio de actitudes favorables hacia una atención respetuosa. Este hallazgo constituye un aspecto positivo, ya que sugiere que la mayoría de los profesionales reconoce que el maltrato físico, verbal, la discriminación y otras prácticas que

vulneran los derechos de las mujeres son incompatibles con una atención obstétrica de calidad. Resultados similares fueron descritos por Martínez *et al*. [22], quienes encontraron que las matronas españolas rechazaban diversas formas de violencia obstétrica, especialmente aquellas relacionadas con el abuso físico y la vulneración de los derechos de las mujeres durante el parto. En contraste, Mirzania *et al*. [12] reportaron que una proporción importante de profesionales de la salud presentaba conocimientos insuficientes y actitudes permisivas frente a determinadas prácticas de maltrato obstétrico. Estas diferencias podrían explicarse por las características de la formación profesional, la incorporación de contenidos sobre derechos sexuales y reproductivos en los programas académicos, así como por el grado de implementación de políticas de humanización del parto en cada sistema sanitario. En conjunto, estos resultados evidencian avances en el reconocimiento conceptual de la atención respetuosa; sin embargo, también ponen de manifiesto que dicho reconocimiento no siempre garantiza cambios efectivos en la práctica asistencial.

Asimismo, se evidenció que predominó una buena actitud frente la violencia obstétrica entre los profesionales de la salud. Este hallazgo tiene concordancia con Terribile y Sartorao [23] que señalaron que la percepción de los profesionales de la salud sobre este tema varía según el periodo de formación profesional, en donde los más jóvenes son los que aceptan que existe violencia obstétrica y tratan de dar una mejor atención a las pacientes, destacando la importancia de la formación académica en su abordaje. Estos hallazgos permiten considerar la formación universitaria como un aspecto relevante para interpretar las actitudes de los profesionales de la salud frente a esta problemática.

A pesar del predominio de actitudes favorables, el estudio identificó actitudes moderadas en dimensiones relacionadas con el cumplimiento de los estándares profesionales, la relación entre el personal de salud y las mujeres, así como con las condiciones del sistema de salud. Este hallazgo sugiere que

una pequeña parte de profesionales continúan considerando aceptables determinadas prácticas cuando enfrentan limitaciones organizacionales, elevada demanda asistencial o insuficiencia de recursos. Estos resultados son concordantes con lo descrito por Yalley [21], quien señaló que todas las parteras reconocían que la sobrecarga laboral y las limitaciones estructurales condicionaban la calidad de la atención brindada durante el parto. Del mismo modo, Dzomeku *et al*. [56] identificaron que la insuficiencia de recursos humanos, las deficiencias de infraestructura y la organización de los servicios representan barreras para ofrecer una atención verdaderamente centrada en la mujer. Estos hallazgos permiten inferir que las manifestaciones de violencia obstétrica no dependen exclusivamente de la voluntad individual de los profesionales, sino que también están influenciadas por factores institucionales que condicionan el comportamiento asistencial y dificultan la implementación de modelos de atención humanizada. Desde la teoría del aprendizaje social de Bandura [50], esta situación puede explicarse porque las prácticas observadas y reproducidas dentro de los equipos de trabajo tienden a consolidarse como normas implícitas de comportamiento profesional, favoreciendo la continuidad de conductas que han sido históricamente aceptadas dentro de los servicios de salud.

Un hallazgo particularmente relevante fue el rechazo manifestado por los profesionales hacia prácticas relacionadas con el estigma y la discriminación. Este resultado refleja el reconocimiento de que todas las mujeres deben recibir una atención basada en los principios de equidad, dignidad, respeto y no discriminación, independientemente de su edad, nivel educativo, condición socioeconómica, origen étnico o cualquier otra característica personal. Estos resultados coinciden con lo reportado por Terribile y Sartorao [23], quienes señalaron que los profesionales consideran inaceptable cualquier forma de discriminación durante la atención obstétrica por constituir una vulneración de los derechos humanos. Asimismo, Martínez *et al*. [22] describieron que la mayoría de los profesionales rechazaba conductas discriminatorias relacionadas con las condiciones sociales, culturales o personales de las gestantes. No obstante, al contrastar estos hallazgos con las experiencias

reportadas por las puérperas, se observa que la existencia de actitudes favorables no siempre se traduce en prácticas asistenciales plenamente respetuosas. Esta aparente discrepancia probablemente responde a la influencia simultánea de factores organizacionales, culturales y estructurales que condicionan el comportamiento cotidiano del personal de salud. En consecuencia, la prevención de las manifestaciones de violencia obstétrica requiere intervenciones que trasciendan la capacitación individual y promuevan cambios institucionales orientados a consolidar una cultura de respeto hacia los derechos de las mujeres durante todo el proceso reproductivo.

El presente estudio aporta evidencia relevante sobre las manifestaciones de violencia obstétrica y las actitudes de los profesionales de la salud en un hospital público peruano, incorporando de manera simultánea la perspectiva de las usuarias y del personal sanitario. Este enfoque permitió analizar el fenómeno desde una visión integral, contrastando las experiencias vividas por las puérperas con las actitudes declaradas por los profesionales responsables de la atención. La inclusión de ambos grupos constituye un aporte metodológico importante, ya que ofrece una comprensión más amplia de la complejidad de la violencia obstétrica y facilita la identificación de oportunidades de mejora tanto en la práctica clínica como en la gestión de los servicios de salud. Asimismo, el empleo de instrumentos sometidos a procesos de validación de contenido y consistencia interna incrementó la solidez metodológica del estudio y favorece la confiabilidad de los hallazgos obtenidos.

Al analizar de manera conjunta los resultados obtenidos en las puérperas y en los profesionales de la salud, se evidencia una aparente discrepancia entre las experiencias de atención reportadas por las mujeres y las actitudes declaradas por el personal sanitario. Mientras las puérperas continúan identificando manifestaciones de violencia obstétrica durante la atención del parto, la mayoría de los profesionales manifiesta actitudes favorables hacia una atención respetuosa. Estos hallazgos sugieren que las actitudes individuales, aunque indispensables, no son suficientes para modificar prácticas

asistenciales que han sido históricamente incorporadas a la dinámica de los servicios de salud. En consecuencia, la prevención de las manifestaciones de violencia obstétrica requiere intervenciones integrales que incluyan el fortalecimiento de las competencias profesionales, la revisión de los procesos asistenciales, la mejora de las condiciones organizacionales y la implementación de mecanismos permanentes de evaluación de la calidad de la atención obstétrica [5,7].

Entre las limitaciones del estudio debe considerarse que el diseño transversal descriptivo no permite establecer relaciones causales entre las manifestaciones de violencia obstétrica y las actitudes de los profesionales de la salud, limitándose a describir ambos fenómenos en el contexto evaluado. Asimismo, la información proporcionada por las puérperas se basó en la percepción de la atención recibida, por lo que no puede descartarse la presencia de sesgo de recuerdo o de deseabilidad social. Adicionalmente, no fue posible corroborar mediante observación directa las prácticas asistenciales desarrolladas durante el proceso de atención obstétrica ni evaluar variables organizacionales específicas que pudieran influir en la ocurrencia de estas manifestaciones. Finalmente, al tratarse de un estudio realizado en un único hospital público, los resultados deben extrapolarse con cautela a otros establecimientos con diferentes características institucionales o poblacionales. No obstante, estas limitaciones no disminuyen la relevancia de los hallazgos, ya que el estudio utilizó instrumentos con adecuada validez y confiabilidad, incorporó la perspectiva de dos actores fundamentales del proceso asistencial y aporta evidencia local útil para orientar intervenciones dirigidas a fortalecer la calidad de la atención obstétrica en el contexto peruano.

Los hallazgos del presente estudio tienen implicancias relevantes para la práctica clínica, la gestión sanitaria y la investigación. La persistencia de manifestaciones de violencia obstétrica evidencia la necesidad de fortalecer la implementación efectiva del parto respetado mediante estrategias institucionales orientadas a mejorar la comunicación, garantizar el consentimiento informado y promover una atención centrada en la mujer. Asimismo, futuras investigaciones deberían incorporar diseños analíticos y multicéntricos que permitan identificar los factores asociados a estas manifestaciones y evaluar intervenciones dirigidas a prevenirlas. En conjunto, estos resultados constituyen evidencia útil para orientar acciones destinadas a mejorar la calidad de la atención obstétrica y fortalecer el respeto de los derechos de las mujeres durante el proceso reproductivo.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Existe la presencia violencia obstétrica durante la atención del parto en las puérperas evaluadas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Asimismo, se identificó que, aunque los profesionales de la salud presentan en su mayoría actitudes favorables frente a esta problemática, estas no garantizan por sí solas una atención plenamente respetuosa, debido a la persistencia de prácticas que limitan el ejercicio de los derechos de las mujeres.
2. El estudio evidencia que las manifestaciones de violencia obstétrica más frecuentes correspondieron a prácticas que restringen la autonomía de las mujeres como no permitir el acompañante de su elección durante el trabajo de parto y/o parto y los tactos vaginales brucos o reiterados.
3. Se identificó que las actitudes de los profesionales de la salud fueron predominantemente favorables hacia el rechazo de la violencia obstétrica; sin embargo, persistieron actitudes de aceptación frente a determinadas prácticas como la reducción del acompañamiento por parte del profesional de la salud cuando hay demasiados pacientes y restringir alimentos o líquidos durante el trabajo de parto.

RECOMENDACIONES

- A la Dirección del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, considerando la elevada presencia de manifestaciones de violencia obstétrica identificada en las puérperas, se recomienda incorporar la evaluación periódica de la experiencia de las usuarias durante la atención del parto mediante un instrumento estandarizado sobre parto respetado y violencia obstétrica, cuyos resultados formen parte de los indicadores de calidad asistencial del servicio de Gineco-Obstetricia y sean utilizados para la implementación de acciones de mejora continua.
- Al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, debido a la frecuencia de manifestaciones relacionadas con el

acompañamiento y participación de la gestante durante el proceso de atención de parto, se recomienda implementar una estrategia institucional de atención humanizada que integre auditorías clínicas con enfoque de derechos, análisis de casos, retroalimentación al personal y monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones nacionales e internacionales sobre parto respetado, priorizando las prácticas relacionadas con el consentimiento informado, el acompañamiento durante el parto y la comunicación con la gestante.

- A la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte y a los establecimientos de salud del distrito de Comas, considerando la importancia del conocimiento de los derechos para favorecer una participación activa durante su atención, se recomienda fortalecer la preparación prenatal mediante sesiones educativas orientadas al reconocimiento de los derechos de las gestantes durante el trabajo de parto, parto y puerperio, favoreciendo que las mujeres lleguen al hospital con mayor conocimiento sobre el parto respetado y puedan ejercer un rol activo en las decisiones relacionadas con su atención.
- A las instituciones formadoras de profesionales de la salud y a futuras investigaciones, debido a la necesidad de profundizar en los factores relacionados con la presencia de violencia obstétrica, se recomienda desarrollar estudios analíticos y multicéntricos que permitan identificar los factores institucionales, organizacionales y profesionales asociados con la violencia obstétrica, así como evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a promover una atención centrada en la mujer y basada en el respeto de sus derechos.
- A los médicos y obstetras, considerando que la actitud favorable del personal de salud constituye un elemento fundamental para prevenir la violencia obstétrica, se recomienda fortalecer su compromiso con una atención ética, humanizada y basada en el respeto de los derechos de las gestantes, garantizando el consentimiento informado, una comunicación empática y la prevención de toda forma de violencia obstétrica; además, fortalecer su capacitación continua en atención humanizada y derechos de las gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defensoría del Pueblo. Violencia obstétrica en el Perú [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2021 [citado 27 de marzo de 2025]. Disponible en:https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/Violencia-Obstetrica-2021.pdf

2. Organización de las Naciones Unidas. La violencia generalizada y el maltrato hacia las mujeres en el parto son violaciones de los derechos humanos que deben terminar, dice experta de la ONU [Internet]. México: ONU; 2019 [citado 27 de marzo de 2025]. Disponible en: https://hchr.org.mx/comunicados/la-violencia-generalizada-y-el-maltrato-hacia-las-mujeres-en-el-parto-son-violaciones-de-los-derechos-humanos-que-deben-terminar-dice-experta-de-la-onu/

3. Organización de las Naciones Unidas. Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. Nueva York: ONU Mujeres; 2020 [citado 27 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women

4. Hakimi S, Allahqoli L, Alizadeh M, Ozdemir M, Soori H, Turfan EC, et al. Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. Int J Gynecol Obstet. 2025;169(3):1012-24. doi:10.1002/ijgo.16145

5. Organización de las Naciones Unidas. New evidence shows significant mistreatment of women during childbirth [Internet]. Ginebra: ONU; 2019 [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth

6. Oliveira S., Marques E., Mesenburg M., Leite T. Prevalencia de la violencia obstétrica durante el parto en América Latina y el Caribe:Una Revisión sistemática[Internet].2025[citado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-de-violencia-obstetrica-durante-o-parto-na-america-latina-e-caribe-uma-revisao-sistematica/19709

7. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna [Internet]. Perú: Minsa;2013 [citado el 1 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/busquedas?term=NTS+105&institucion=minsa&topic_id=&

8. Ministerio de Salud.Minsa: Semana de la Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria von tecnología de última generación y telemedicina [Internet]. Perú: Minsa;2026 [citado el 18 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1393447-minsa-semana-de-la-maternidad-saludable-segura-y-voluntaria-con-tecnologia-de-ultima-generacion-y-telemedicina

9. Defensoría del Pueblo. Propuesta de Defensoría del Pueblo para la implementación de una norma que prevenga la violencia obstétrica, fue acogida por el Minsa [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2018 [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/propuesta-de-defensoria-del-pueblo-para-la-implementacion-de-una-norma-que-prevenga-la-violencia-obstetrica-fue-acogida-por-el-minsa/

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. Perú: INEI; 2024 [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf

11. 11. Marcos-Garcés PM, Moran-Ruiz SM, Santos-Rosales YR, Correa-López MY. Percepción y experiencia de violencia obstétrica en puérperas de un hospital público en Perú: un estudio mixto. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2025;42(1):54-62. doi: 10.17843/rp-mesp.2025.421.14281

12. Mirzania M, Shakibazadeh E, Bohren MA, Babaey F, Hantoushzadeh S, Khajavi A, et al. Knowledge, attitude and practice of healthcare providers on mistreatment of women during labour and childbirth: a cross-sectional study in Tehran, Iran, 2021. PLoS One. 2024;19(10): e0311346. doi: 10.1371/journal.pone.0311346.

13. Tufiño J., Sánchez S., Alban G. M, Piedra K., Alcocer I., Saul S., et al. Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la Amazonia ecuatoriana. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 2022;6(5):4387-4410. doi:10.37811/cl_rcm. v6i5.3402

14. Bitencourt A de C, Oliveira SL de, Rennó GM. Obstetric violence for professionals who assist in childbirth. Rev Bras Saúde Materno Infant. 2022;22: 943-51.doi:10.1590/1806-9304202200040012

15. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Informe final: La otra mirada: Desafíos y oportunidades en la salud sexual y reproductiva en el Perú narrada desde la voz de las obstetras [Internet]. Perú: Promsex;2024 [citado 20 de septiembre de 2025]. Disponible en:https://promsex.org/publicaciones/informe-final-la-otra-mirada-desafios-y-oportunidades-en-la-ssr-en-el-peru-narradas-desde-la-voz-de-las-obstetras/

16. Defensoría del Pueblo: Violencia obstétrica hacia mujeres sigue siendo una agenda pendiente para el Estado [Internet]. Perú: Defensoría del Pueblo; 2020 [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-violencia-obstetrica-hacia-mujeres-sigue-siendo-una-agenda-pendiente-para-el-estado/

17. Farhat, R., Al-Deeb, R., Almansour, S. et al. Prevalencia de la violencia obstétrica contra las mujeres durante el embarazo y después del parto en Siria: un estudio transversal. BMC Pregnancy Childbirth.2026; 26, 268 doi: 10.1186/s12884-026-08776-0

18. Martínez-Soplapuco LE, Soto-Cáceres V.Violencia obstétrica experimentada en pacientes durante el proceso de parto en dos hospitales de la región Lambayeque.RICSA. 2025 ;2(1):20-8. doi:10.57188/ricsa.2025.004

19. 19.Özer, E., Sevimli Güler, D. «Heridas invisibles del parto»: experiencias de violencia obstétrica en mujeres: un estudio cualitativo fenomenológico. Reprod Health.2025 22 , 148 doi:10.1186/s12978-025-02109-8

20. Reyes-Amargant Z, Fuentes-Pumarola C, Roqueta-Vall-Llosera M, Garre-Olmo J, Ballester-Ferrando D, Rascón-Hernán C, et al. Obstetric violence: perspectives from mothers, midwives, and obstetricians. Front Glob Womens Health. 2025 5; 6:1609632. doi: 10.3389/fgwh.2025.1609632.

21. 21.Yalley, A.A. “We Beat Them to Help Them Push”: Midwives’ Perceptions on Obstetric Violence in the Ashante and Western Regions of Ghana. Women 2023, 3, 22-40. doi:10.3390/women3010002

22. 22.Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Rubio-Álvarez A, Ortiz-Esquinas I, Ballesta-Castillejos A, Hernández-Martínez A, et al.

Obstetric violence from a midwife perspective. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(6):4930. doi: 10.3390/ijerph20064930.

23. 23.Terribile D, Sartorao C. Perceptions of the Brazilian obstetrics physicians about the term obstetric violence: a cross-sectional study. Revista da Associacao Médica Brasileira.2023;69(2), 252–256. doi:10.1590/1806-9282.20220945

24. Aguilar L, Ospina M. Manifestaciones de violencia obstétrica en un grupo de mujeres colombianas. Paradigmas Socio-Humanísticos.2023;5(2),21-31. doi:10.26752/revistaparadigmassh.v5i2.700

25. Cárdenas-Castro M, Salinero-Rates S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Rev Panam Salud Publica. 2022;46: e24. doi: 10.26633/RPSP.2022.24

26. Orozco L. Violencia contra la mujer en el entorno de la atención obstétrica. Rev Peru Ginecol Obstet. 2022;68(4). doi: 10.31403/rpgo.v68i2469

27. Aguilar-Bernal LA, Ospina-González ML, Sierra-Matamoros FA. Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia. MedUNAB. 2024;27(2):164-176. doi:10.29375/01237047.4807

28. Human Rights Watch. La violencia obstétrica viola derechos humanos [Internet]. Nueva York: Human Rights Watch; 2023 [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.hrw.org/es/news/2023/03/08/la-violencia-obstetrica-viola-derechos-humanos

29. Decreto Supremo que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021", Decreto Supremo Nº 008-2016-MIMP [Internet].

Diario El Peruano. 2016 [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/decreto-supremo-que-aprueba-el-%E2%80%9Cplan-nacional-contra-la-violencia-de-g%C3%A9nero

30. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. Nueva York: ONU; 1981 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

31. Foucault M. The history of sexuality, volume 1: an introduction [Internet]. Estados Unidos: Vintage Books; 1976 [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://archive.org/details/foucault-the-history-of-sexuality-volume-1/page/n3/mode/2up

32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [Internet].México: INEG; 2022 [citado 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf

33. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, et al. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. Int J Gynaecol Obstet. 2018;140(2):184–190. doi: 10.1002/ijgo.12353

34. Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía n.° 023-2020-DP/ADM: Violencia obstétrica en el Perú. Serie Igualdad y No Violencia n.° 013 – Autonomía física [Internet]. Perú: Defensoría del Pueblo; 2020 [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en:

https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2021/07/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf

35. Laínez Valiente NG, Martínez Guerra GA, Portillo Najarro DA, Alvarenga Menéndez AF, Vélis Flores AM. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. Alerta. 2023;6(1):70-77. doi: 10.5377/alerta. v6i1.15231

36. Kohan S, Mena-Tudela D, Youseflu S. The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. Sci Rep. 2025;15(1):4799. doi:10.1038/s41598-025-88708-8.

37. Bowlby J. Attachment and loss: vol. 1 [Internet]. New York: Basic Books; 1969 [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://pep-web.org/browse/document/IPL.079.0000A?page=PR0007

38. Fraiman J. La violencia obstétrica como reflejo del especismo antropocéntrico. Rev Jurid Univ Palermo [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2025];18(1):171–192. Disponible en: https://www.palermo.edu/derecho/revista_juridica/pub-18-1/Revista-juridica-ano-18-N1-10.pdf

39. Solís-Falcón S, Mendoza-Cárdenas H. Violencia obstétrica, derecho a la salud y género: un análisis teórico y conceptual. Perspect Soc [Internet]. 2024 [citado 10 de abril de 2025];25(2):35–60. Disponible en: https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/203

40. Vázquez J. Poder simbólico, illusio y afectividad en la sociología de Pierre Bourdieu. Convergencia. 2022;29: e17878. doi: 10.29101/crcs.v29i0.17878

41. Aşci Ö, Bal MD. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: a

cross-sectional study. Midwifery. 2023; 124:103766. doi: 10.1016/j.midw.2023.103766.

42. Huarino S, Choque O. Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. Rev Méd Basadrina. 2021;15(3):3–10. doi: 10.33326/26176068.2021.3.1151

43. Scott JW. Gender: still a useful category of analysis? Diogenes. 2010 ;57(1):7-14. doi:10.1177/0392192110369316.

44. Organización Mundial de la Salud.WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience[Internet].Ginebra:OMS;2018[citado el 4 de agosto del 2025] Disponible en:https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

45. Galtung J. La violencia: cultural, estructural y directa. Cuadernos de estrategia [Internet]. 2016 [citado 29 de marzo de 2025];183:147-68 Disponible en:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5832797

46. Rodrigues DP, Alves VH, Paula CC, Vieira BDG, Pereira AV, Reis LC, et al. Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20210052.doi: 10.1590/0034-7167-2021-0052

47. Jasso Ramírez RM. Violencia obstétrica: la violencia invisible. Hechos y Derechos [Internet].2025 [citado 29 de marzo de 2025];16(86). Disponible en: https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/18254/18555

48. Sabater J. Sobre el concepto de actitud. An Pedagog [Internet]. 1989 [citado 1 de abril de 2025];(7). Disponible en: https://revistas.um.es/analespedagogia/article/view/287671

49. Ajzen I., Fishbein M. Actitudes y la relación actitud-comportamiento: Procesos razonados y automáticos. Revista Europea de Psicología Social.2000;11 (1), 1–33.doi:10.1080/14792779943000116

50. Bandura A., Walters R. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad [Internet]. Madrid: Alianza Editorial; 1974 [citado el 5 de agosto del 2025]. Disponible en:https://archive.org/details/bandura-a.-walters-r.-aprendizaje-social.-desarrollo-de-la-personalidad

51. Faheem A. The nature of obstetric violence and the organizational context of its manifestation in India: a systematic review. Sexual and Reproductive Health Matters. 2021 ;29(2):2004634. doi: 10.1080/26410397.2021.2004634

52. Sharma G, Penn-Kekana L, Halder K. An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: A mixed methods study. Reprod. Health. 2019;16(1): 7, doi:10.1186/s12978-019-0668-y

53. Asefa A, Morgan A, Bohren MA, Kermode M. Lessons learned through respectful maternity care training and its implementation in Ethiopia: an interventional mixed methods study. Reprod Health. 2020;17(1):103. doi: 10.1186/s12978-020-00953-4

54. Stephens B, Nanka-Bruce P., Lashtew, H. “We restrict certain things”: a cross-sectional study of health provider adherence to WHO’s recommendation for intrapartum oral intake of fluid and food in Greater Accra, Ghana. BMC Pregnancy Childbirth.2024;24(1):397 doi: 10.1186/s12884-024-06581-1

55. Shrivastava S, Sivakami M. Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review. J Biosoc Sci. 2020;52(4):610-628. doi: 10.1017/S0021932019000695

56. Dzomeku VM, Dassah E, Gyimah EM, Emikpe AO, Owusu LB, Dwumfour CK, et al. Providers perspectives on a team-based maternal health care delivery in Ghana: A qualitative study. PLOS Glob Public Health. 2025;5(6): e0004246. doi: 10.1371/journal.pgph.0004246

57. Gleason E, Molina D, López J, Mejía C. “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. Salud Colect. 2021;17: e3727. doi:10.18294/sc.2021.3727

58. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia cultural[Internet]. Perú: Minsa; 2016 [citado el 17 de julio de 2025]. Disponible en:https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf

59. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022. Cap. 21, Fisiología del trabajo de parto. p. 407–430.Disponible en: https://archive.org/details/williams-obstetrics-26th-edition

60. Organización de las Naciones Unidas. La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo [Internet]. España: ONU; 2023 [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/

61. Hernández Sampieri,Fernández,Baptista. Metodología de la investigación [Internet].México: McGRAW-HILL;2014 [citado el 18 de

julio de 2026].Disponible en: https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf

62. 62.Flores S, Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Rev Digit Investig Doc Univ. 2019;13(1):102–122. doi:10.19083/ridu.2019.644

63. Veiga J, De la Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab [Internet]. 2008 [citado el 30 de abril de 2025];54(210):81–88. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011

64. Ministerio de salud.REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información en Salud [Internet]. Perú: Minsa; 2025 [citado 22 julio de 2025]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=1&niv=3&tbl=1

65. Ministerio de Salud. Portal de Transparencia Estándar [Internet]. Perú: Minsa; 2024 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=13149&id_tema=5&ver=

66. 66.Colegio Médico del Perú. Residentado Médico CMP [Internet]. Perú: Colegio.Médico del Perú; 2025 [citado 22 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.cmp.org.pe/residentado-medico-cmp/

67. Martínez S, Yoe K de J. Prevalencia de violencia obstétrica en mujeres con puerperio inmediato atendidas en el Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Chiapas. AMU. 2025;3(03):108-15.Doi:10.31644/AMU.V03.N03.2025.A13

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para puérperas

Institución: Hospital Nacional Sergio E. Bernales
Investigadora: Rodríguez Escudero Gabriela Jimena
Título: Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y las actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano,2026

Propósito del estudio:

La presente investigación titulada “Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y las actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano,2026” es realizada por Rodríguez Escudero Gabriela Jimena estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para obtener el título de Licenciada en Obstetricia.
El propósito de la presente investigación es identificar las manifestaciones de la violencia obstétrica en las puérperas y actitudes que asumen los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026.

Procedimientos

Si usted acepta participar se le entregará un cuestionario para ser llenado, se le pedirá datos sociodemográficos y el llenado del cuestionario del cual marcará con un aspa (x) dentro del paréntesis que usted crea conveniente, su participación será de 20 minutos aproximadamente.

Beneficios

El manejo de datos personales durante su participación en el llenado del cuestionario será totalmente confidencial de igual modo durante el análisis correspondiente para la publicación de la investigación. Asimismo, terminado el cuestionario recibirá por parte del investigador información sobre manifestaciones de violencia obstétrica en puérperas.

Riesgos

Esta investigación no conlleva ningún riesgo para su salud ni para la salud de su bebé ya que solo se está utilizando un cuestionario como instrumento de investigación.

Incentivos

La participación en esta investigación no implica el pago económico por parte de usted ni por parte del investigador.

Derechos del participante

Después de haber leído el presente consentimiento, su participación es voluntaria y

tiene derecho a no participar o retirarse en cualquier momento asimismo de recibir una copia del presente documento. Si usted tiene alguna duda o consulta puede comunicarse con la investigadora Gabriela Jimena Rodríguez Escudero a través de mensajes o llamada telefónica al número 977457290. Asimismo, usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio sin perjuicio alguno.

Su participación es anónima, solo deberá colocar las iniciales de su nombre.

( ) Sí acepto participar

( ) No acepto participar

_____ _____

Firma del participante Firma del investigador

_____

Iniciales de su nombre

Anexo 2. Consentimiento informado para profesionales de la salud

Institución: Hospital Nacional Sergio E. Bernales
Investigadora: Rodríguez Escudero Gabriela Jimena
Título: Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y las actitudes de los profesionales de la salud de un hospital peruano,2026

Propósito del estudio:

La presente investigación titulada “Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y las actitudes de los profesionales de la salud de un hospital peruano,2026” es realizada por Rodríguez Escudero Gabriela Jimena estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para obtener el título de Licenciada en Obstetricia.

El propósito de la presente investigación es identificar las manifestaciones de la violencia obstétrica en las puérperas y actitudes que asumen los profesionales de la salud en un hospital peruano,2026.

Procedimientos

Si usted acepta participar se le entregará un cuestionario para ser llenado, se le pedirá datos sociodemográficos y el llenado del cuestionario de. el cual marcará con un aspa (x) dentro del paréntesis que usted crea conveniente, su participación será de 20 minutos aproximadamente.

Beneficios

El manejo de datos personales durante su participación en el llenado del cuestionario será totalmente confidencial de igual modo durante el análisis correspondiente para la publicación de la investigación. Asimismo, terminado el cuestionario recibirá por parte del investigador información sobre actitudes de violencia obstétrica en el personal de salud.

Riesgos

Esta investigación no conlleva ningún riesgo para su salud ya que solo se está utilizando un cuestionario como instrumento de investigación.

Incentivos

La participación en esta investigación no implica el pago económico por parte de usted ni por parte del investigador.

Derechos del participante

Después de haber leído el presente consentimiento, su participación es voluntaria y tiene derecho a no participar o retirarse en cualquier momento asimismo de recibir una copia del presente documento. Si usted tiene alguna duda o consulta puede comunicarse con la investigadora Gabriela Jimena Rodríguez Escudero a través de mensajes o llamada telefónica al número 977457290. Asimismo, usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio sin perjuicio alguno.

Su participación es anónima, solo deberá colocar las iniciales de su nombre.

( ) Sí acepto participar

( ) No acepto participar

_____	_____
Firma del participante	Firma del investigador

_____

Iniciales de su nombre

Anexo 3: Cuestionario de manifestaciones sobre violencia obstétrica en puérperas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Buen día, mi nombre es Gabriela Jimena Rodríguez Escudero, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en esta oportunidad me encuentro realizando la investigación "Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y las actitudes de los profesionales de la salud un hospital peruano,2026".el cual tiene como objetivo identificar las manifestaciones de la violencia obstétrica en las puérperas y actitudes que asumen los profesionales de la salud en un hospital peruano,2026.Recuerde que sus respuestas serán tratadas de manera anónima y confidencial.

Datos generales (no identificatorios)

1. Edad: ____ años
2. Nacionalidad: _____
3. Primer parto:
    a) Si
    b) No
5. Estado civil:
    - Casada
    - Divorciada
    c) Soltera
    d) Viuda
    e) Conviviente

Lee cada uno de los enunciados, responde y marque de manera sincera la respuesta que considere adecuada.

	ITEMS	SI	NO
Conductas del personal en el proceso del parto (preparto, parto y posparto)			
1	¿Durante su estancia en la sala de trabajo de parto o parto, le permitieron la deambulación o adoptar otras posiciones diferentes a estar recostada en la camilla?		
2	Una vez nació el bebé (si este no tuvo ninguna complicación, APGAR 8/10 o condición que justifique alejarlo), ¿le permitieron permanecer con él todo el tiempo?		

3	¿El personal de salud le brindó acompañamiento y apoyo cuando lo necesitó?		
4	¿Se le permitió estar acompañada por algún familiar?		
5	¿El personal de salud le brindó alimentación cuando lo necesitó y no tenía ninguna contraindicación para hacerlo?		
6	¿El personal de salud le brindó hidratación cuando lo necesitó?		
7	¿El personal de salud le brindó abrigo/cobijo para mantener estable su temperatura cuando lo necesitó?		
8	¿El personal de salud le dio instrucciones claras en cuanto a la forma de respirar, pujar o amamantar, entre otras, que le facilitaran el proceso de parto?		
9	¿El personal de salud y administrativo le brindaron a usted y su familia información pertinente sobre el estado de salud suya y de su bebé?		
	Conductas del personal de salud en el trabajo de parto		
10	¿Durante el proceso de dilatación, le realizaron tactos vaginales bruscos o reiterados o realizados por distintas personas? Si le sucedió, responda sí.		
11	¿El personal de salud le hizo comentarios desagradables respecto a su comportamiento (llorar, gritar) durante el parto?		
12	¿El personal de salud tuvo conductas inadecuadas durante su proceso de parto como tomar fotos, videos, comentarios de burla entre compañeros, entre otros?		
13	¿Se sintió vulnerada como mujer y paciente por el personal de salud durante la atención del parto?		
14	¿Tiene sentimientos de culpa por su comportamiento (llorar, gritar, solicitar ayuda) durante el trabajo de parto?		
	Procedimientos rutinarios		
15	¿Le administraron algún medicamento para el dolor cuando lo solicitó en el trabajo de parto y/o puerperio?		
16	¿Si le administraron algún medicamento para acelerar el parto (Oxitocina) (Misoprostol), le explicaron los motivos previamente?		
17	¿La persuadieron en reiteradas ocasiones (más de dos veces) para elegir algún método anticonceptivo, aunque usted no estuviera de acuerdo?		
18	¿En algún momento del proceso del parto utilizaron algún instrumento para romper las membranas sin su consentimiento o previa explicación?		
19	¿En algún momento durante el trabajo de parto realizaron maniobra de compresión realizada en la parte superior del abdomen con fuerza hacia abajo (Kristeller) para acelerar la expulsión?		
20	¿Durante el parto le realizaron algún tipo de corte en el canal del parto (episiotomía) para facilitar la expulsión sin haber explicado los motivos previamente?		

Anexo 4: Cuestionario de actitudes sobre violencia obstétrica en los profesionales de la salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Buen día, mi nombre es Gabriela Jimena Rodríguez Escudero, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en esta oportunidad me encuentro realizando la investigación "Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y las actitudes de los profesionales de la salud un hospital peruano,2026".el cual tiene como objetivo identificar las manifestaciones de la violencia obstétrica en las puérperas y actitudes que asumen los profesionales de la salud en un hospital peruano,2026.Recuerde que sus respuestas serán tratadas de manera anónima y confidencial. Le agradezco responder con sinceridad. La información será utilizada únicamente con fines de investigación.

Lee cada uno de los enunciados, responde y marque de manera sincera la respuesta que considere adecuada.

Datos generales (no identificatorios)

Profesión: _____

Edad: _____

Tiempo rotando en Centro Obstétrico: _____

Escala de respuesta:

1 = Totalmente de acuerdo
2 = De acuerdo
3 = Inseguro
4 = En desacuerdo
5 = Totalmente en desacuerdo

N°	ÍTEMS	1	2	3	4	5
1	En ciertas ocasiones, se considera adecuado que se debe utilizar contacto físico (por ejemplo, palmadas en los muslos) para motivar la colaboración de la mujer durante el trabajo de parto."					
2	En determinadas situaciones, la maniobra de presión sobre el fondo uterino(maniobra de Kristeller) puede utilizarse para acelerar el parto.					

3	En algunas situaciones, se considera necesario que se puede emplear ciertas formas de amenazas implícitas(como apurar a la paciente o insinuar que 'el bebé se está quedando sin aire') para lograr la colaboración de la mujer durante el parto.					
4	En ocasiones, alzar la voz durante la atención del parto se considera una forma de fomentar la colaboración de la gestante.					
5	En situaciones donde la mujer ya fue evaluada previamente, por ejemplo, cuando se realizó un examen vaginal hace poco tiempo durante el trabajo de parto, se considera necesario volver a explicar el procedimiento y solicitar su consentimiento antes de repetirlo.					
6	En situaciones de alta demanda asistencial, se considera aceptable reducir el acompañamiento individual brindado por el profesional de salud que atiende a la mujer durante el trabajo de parto.					
7	Durante el trabajo de parto, se considera adecuado que la mujer no esté acompañada por el acompañante de su elección en la sala de partos.					
8	En determinadas situaciones del trabajo de parto, por ejemplo, ante la posibilidad de una intervención quirúrgica, se considera que es apropiado restringir la ingesta de alimentos y líquidos aun sin una indicación médica explícita.					
9	Es necesario informar al acompañante sobre la evolución del parto y el nacimiento; aunque la mujer no lo autorice.					
10	En determinadas situaciones de la sala de partos, por ejemplo, cuando el espacio es compartido,se considera aceptable que no se garantice completamente la privacidad de las mujeres durante los exámenes.					
11	Ante la falta de profesionales de salud, se considera justificable que la atención brindada a las mujeres durante el parto no mantenga el mismo nivel de cuidado.					
12	No siempre se pueden ofrecer los mismos servicios a todas las mujeres durante el parto y el nacimiento según su nivel socioeconómico, edad o procedencia.					
13	En ocasiones no es necesario explicar toda la información a las mujeres que tienen un nivel educativo inferior, puede que no se den cuenta, sentirse confundidas o no comprendan.					

Anexo 5. Esquema de la matriz de consistencia

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables y dimensiones	Metodología
¿Cuáles son las manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y cuáles son las actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026?	Determinar las manifestaciones de la violencia obstétrica en las puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026.	Este tipo de estudio no requirió del planteamiento de una hipótesis por naturaleza del estudio descriptivo.	Manifestaciones sobre violencia obstétrica en puérperas -Conductas del personal en el proceso del parto (preparto, parto y posparto) - Conductas del personal en el trabajo del parto - Procedimientos rutinarios Actitudes sobre violencia obstétrica en personal de salud - Abuso físico - Abuso verbal - Incumplimiento de los estándares profesionales de atención	Tipo de estudio: Cuantitativo Diseño de estudio: Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo Población: Estuvo conformada por 747 puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante 4 meses según Repositorio Único Nacional de Información en Salud, MINSA. Asimismo, estuvo integrada por una población esperada de 37 profesionales de la salud para el año 2026 que laboran en Centro Obstétrico, según el Cuadro de Asignación del
	Objetivos específicos			
¿Cuáles son las manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas de un hospital peruano, 2026? ¿Cuáles son las actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026?	Identificar las manifestaciones de la violencia obstétrica que han experimentado las puérperas. Identificar las actitudes sobre violencia obstétrica de los profesionales de la salud.			

			- Mala relación entre mujeres y profesionales de la salud. - Condiciones y limitaciones del sistema de salud - Estigma y discriminación	Personal del año 2024 de esa misma institución y según las estadísticas de Residentado Médico del Colegio Médico del Perú. Muestra: 250 puérperas que acudieron al Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Para los profesionales de la salud fue censal.

Anexo 6: Validación de Cuestionario de actitudes sobre violencia obstétrica en los profesionales de la salud

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO "CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES."

Nº	ITEMS	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Sugerencia
1	En ciertas ocasiones, se recurre al contacto físico, como dar palmadas en los muslos, con el propósito de motivar la colaboración de las mujeres embarazadas.	4	4	4	4	
2	Cuando sea necesario, se puede aplicar contacto físico, como la presión sobre el fondo uterino, para facilitar la aceleración del trabajo de parto.	4	4	4	4	
3	En algunas situaciones, el personal de salud considera necesario emplear ciertas formas de amenazas implícitas para lograr la colaboración de la mujer durante el parto.	4	4	4	4	
4	En ocasiones, alzar la voz a la mujer durante el parto se considera una forma de tranquilizarla y fomentar su colaboración.	3	3	3	3	Mejorar la pregunta. Cambiar el término de fomentar a promover.
5	Cada examen vaginal debe ser explicado a la mujer y se debe buscar su consentimiento.	3	3	3	3	Mejorar pregunta. Completar… y facilite su colaboración.
6	En ocasiones, cuando hay muchas mujeres en trabajo de parto, lo apropiado es reducir el tiempo de acompañamiento individual.	4	4	4	4	
7	Durante el parto, el esposo o pareja de la mujer no debe estar presente en la sala de partos.	4	4	4	4	

8	A las mujeres que están de parto no se les debe permitir consumir alimentos ni líquidos durante este proceso.	4	4	4	4	
9	No siempre es necesario informar al acompañante de la mujer sobre la evolución del parto y el nacimiento.	3	3	3	3	Mejorar la pregunta. Parafrasear la parte de no siempre es necesario.
10	Está bien si no es posible crear privacidad para las mujeres que serán examinadas en la sala de partos.	4	4	4	4	
11	Es común que la calidad de los servicios disminuya cuando el hospital no dispone del personal necesario para ofrecer una atención adecuada a las mujeres durante el parto.	3	3	3	3	Mejorar la pregunta. Cambiar la palabra adecuada por calidad.
12	No siempre se pueden ofrecer los mismos servicios a todas las mujeres durante el parto y el nacimiento.	4	4	4	4	
13	En ocasiones no se considera necesario explicar toda la información a las mujeres que tienen un nivel educativo inferior, puede que no se den cuenta o sentirse confundidas.	3	3	3	3	Mejorar la pregunta. Aumentar la frase que comprenda.

Observaciones: Levantar las sugerencias.

Opción de aplicabilidad:

Aplicable (.) | Aplicable después de corregir (x) | No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez evaluador: Barrantes Cruz Nelly María Esperanza

DNI: 25621624



FIRMA DEL EXPERTO

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO "CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES."

Nº	ITEMS	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Sugerencia
1	En ciertas ocasiones, se considera adecuado que se debe utilizar contacto físico (por ejemplo, palmadas en los muslos) para motivar la colaboración de la mujer durante el trabajo de parto.	4	4	4	4	
2	En determinadas situaciones, la maniobra de presión sobre el fondo uterino(maniobra de Kristeller) puede utilizarse para acelerar el parto.	4	4	4	4	
3	En algunas situaciones, se considera necesario que se puede emplear ciertas formas de amenazas implícitas(como apurar a la paciente o insinuar que 'el bebé se está quedando sin aire') para lograr la colaboración de la mujer durante el parto.	4	4	4	4	
4	En ocasiones, alzar la voz durante la atención del parto se considera una forma de fomentar la colaboración de la gestante.	4	4	4	4	
5	Cada examen vaginal debe ser explicado a la mujer y se debe buscar su consentimiento para facilitar su colaboración.	4	4	4	4	
6	En ocasiones, cuando hay mucha demanda de mujeres en trabajo de parto, lo apropiado es reducir el tiempo de acompañamiento individual del profesional que atiende.	4	4	4	4	
7	Durante el parto, el acompañante de la mujer no debe estar presente en la sala de partos.	4	4	4	4	
8	Debe restringirse la ingesta de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, incluso sin indicación médica.	4	4	4	4	

9	Es necesario informar al acompañante sobre la evolución del parto y el nacimiento; aunque la mujer no lo autorice.	4	4	4	4	
10	Está bien si no se garantiza privacidad para las mujeres que serán examinadas en la sala de partos.	4	4	4	4	
11	Es aceptable que ante la falta de profesionales la atención a las mujeres durante el parto sea menos cuidadosa.	4	4	4	4	
12	No siempre se pueden ofrecer los mismos servicios a todas las mujeres durante el parto y el nacimiento según su nivel socioeconómico, edad o procedencia.	4	4	4	4	
13	En ocasiones no es necesario explicar toda la información a las mujeres que tienen un nivel educativo inferior, puede que no se den cuenta, sentirse confundidas o no comprendan.	4	4	4	4	

Observaciones: .....

Opción de aplicabilidad:

Aplicable (x) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez evaluador: Cuenca Jaque Cintia Rosmeri

DNI: 42726263

Firma recuperable

X

Cintia Rosmeri CUENCA JAQUE

Firmado por: 1a790045-9405-4db1-b600-bdc110464ef0

Firma del juez evaluador

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO "CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES."

Nº	ITEMS	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Sugerencia
1	En ciertas ocasiones, se considera adecuado que se debe utilizar contacto físico leve (por ejemplo, palmadas en los muslos) para motivar la colaboración de la mujer durante el trabajo de parto.	4	4	4	4	
2	En determinadas situaciones, la maniobra de presión sobre el fondo uterino(maniobra de Kristeller) puede utilizarse para acelerar el parto.	4	4	4	4	
3	En algunas situaciones, se considera necesario que se puede emplear ciertas formas de amenazas implícitas, como insinuar sanciones, para lograr la colaboración de la mujer durante el parto.	4	4	4	4	
4	En ocasiones, alzar la voz durante la atención del parto se considera una forma de fomentar la colaboración de la gestante.	4	4	4	4	
5	Cada examen vaginal debe ser explicado a la mujer y se debe buscar su consentimiento para facilitar su colaboración.	4	4	4	4	
6	En ocasiones, cuando hay mucha demanda de mujeres en trabajo de parto, lo apropiado es reducir el tiempo de acompañamiento individual del profesional que atiende.	4	4	4	4	
7	Durante el parto, el acompañante de la mujer no debe estar presente en la sala de partos.	4	4	4	4	
8	Debe restringirse la ingesta de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, incluso sin indicación médica.	4	4	4	4	
9	Es necesario informar al acompañante sobre la evolución del parto y el nacimiento; aunque la mujer no lo autorice.	4	4	4	4	

10	Está bien si no se garantiza privacidad para las mujeres que serán examinadas en la sala de partos.	4	4	4	4	
11	Es aceptable que ante la falta de profesionales la atención a las mujeres durante el parto sea menos cuidadosa.	4	4	4	4	
12	No siempre se pueden ofrecer los mismos servicios a todas las mujeres durante el parto y el nacimiento según su nivel socioeconómico, edad o procedencia.	4	4	4	4	
13	En ocasiones no es necesario explicar toda la información a las mujeres que tienen un nivel educativo inferior, puede que no se den cuenta, sentirse confundidas o no comprendan.	4	4	4	4	

Observaciones: .....

Opción de aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez evaluador: Guillen Calle Brandon Emerson

DNI: 70582258



FIRMA DEL EXPERTO

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO "CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES."

Nº	ITEMS	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Sugerencia
1	En ciertas ocasiones, se recurre al contacto físico, como dar palmadas en los muslos, con el propósito de motivar la colaboración de las mujeres embarazadas.	4	4	4	4	
2	Cuando sea necesario, se puede aplicar contacto físico, como la presión sobre el fondo uterino, para facilitar la aceleración del trabajo de parto.	4	4	4	4	
3	En algunas situaciones, el personal de salud considera necesario emplear ciertas formas de amenazas implícitas para lograr la colaboración de la mujer durante el parto.	4	3	4	4	
4	En ocasiones, alzar la voz a la mujer durante el parto se considera una forma de tranquilizarla y fomentar su colaboración.	4	4	4	4	
5	Cada examen vaginal debe ser explicado a la mujer y se debe buscar su consentimiento.	4	4	4	4	
6	En ocasiones, cuando hay muchas mujeres en trabajo de parto, lo apropiado es reducir el tiempo de acompañamiento individual.	4	4	4	4	
7	Durante el parto, el esposo o pareja de la mujer no debe estar presente en la sala de partos.	4	3	4	4	
8	A las mujeres que están de parto no se les debe permitir consumir alimentos ni líquidos durante este proceso.	4	3	4	4	

9	No siempre es necesario informar al acompañante de la mujer sobre la evolución del parto y el nacimiento.	4	3	4	4	
10	Está bien si no es posible crear privacidad para las mujeres que serán examinadas en la sala de partos.	4	3	4	4	
11	Es común que la calidad de los servicios disminuya cuando el hospital no dispone del personal necesario para ofrecer una atención adecuada a las mujeres durante el parto.	4	3	4	4	
12	No siempre se pueden ofrecer los mismos servicios a todas las mujeres durante el parto y el nacimiento.	4	3	4	4	
13	En ocasiones no se considera necesario explicar toda la información a las mujeres que tienen un nivel educativo inferior, puede que no se den cuenta o sentirse confundidas.	4	3	4	4	

Observaciones: .....

Opción de aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez evaluador: Estrada Chiroque Luisa Mirtha

DNI: 40028388



FIRMA DEL EXPERTO

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO "CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES."

Nº	ITEMS	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Sugerencia
1	Algunos profesionales consideran adecuado utilizar contacto físico leve (por ejemplo, palmadas en los muslos) para motivar la colaboración de la mujer durante el parto.	4	4	4	4	
2	En determinadas situaciones, la maniobra de presión sobre el fondo uterino puede utilizarse para acelerar el parto.	4	4	4	4	
3	Algunos profesionales consideran necesario emplear ciertas formas de amenazas implícitas para lograr la colaboración de la mujer durante el parto.	4	4	4	4	
4	En ocasiones, alzar la voz a la mujer durante el parto se considera una forma de tranquilizarla y promover su colaboración.	4	4	4	4	
5	Cada examen vaginal debe ser explicado a la mujer y se debe buscar su consentimiento para facilitar su colaboración.	4	4	4	4	
6	En ocasiones, cuando hay muchas mujeres en trabajo de parto, lo apropiado es reducir el tiempo de acompañamiento individual.	4	4	4	4	
7	Durante el parto, el esposo o pareja de la gestante no debe estar presente en la sala de partos.	4	4	4	4	
8	A las mujeres que están en labor de parto no se les debe permitir consumir alimentos ni líquidos durante este proceso.	4	4	4	4	
9	En determinados casos no resulta necesario informar al acompañante de la mujer sobre la evolución del parto y el nacimiento.	4	4	4	4	

10	Está bien si no es posible crear privacidad para las mujeres que serán examinadas en la sala de partos.	4	4	4	4	
11	La falta de profesionales justifica que la atención a las mujeres durante el parto sea menos cuidadosa.	4	4	4	4	
12	No siempre se pueden ofrecer los mismos servicios a todas las mujeres durante el parto y el nacimiento según su nivel socioeconómico, edad o procedencia.	4	4	4	4	
13	En ocasiones no se considera necesario explicar toda la información a las mujeres que tienen un nivel educativo inferior, puede que no se den cuenta, sentirse confundidas o no comprendan.	4	4	4	4	

Observaciones: .....

Opción de aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez evaluador: Ku Chung Elia Stephanie

DNI: 42011887



FIRMA DEL EXPERTO

Anexo 7. Coeficiente V de Aiken

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Item	Criterio	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5						promedio	vaiken	A	B	C	ICMIN	ICMAX
2	Item1	Relevancia	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
3	Item1	Representatividad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
4	Item1	Claridad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
5	Item2	Relevancia	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
6	Item2	Representatividad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
7	Item2	Claridad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
8	Item3	Relevancia	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
9	Item3	Representatividad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
10	Item3	Claridad	3	3	3	3	2						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
11	Item4	Relevancia	3	3	3	2	3						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
12	Item4	Representatividad	3	3	3	2	3						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
13	Item4	Claridad	3	3	3	2	3						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
14	Item5	Relevancia	3	3	3	2	3						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
15	Item5	Representatividad	3	3	3	2	3						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
16	Item5	Claridad	3	3	3	2	3						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
17	Item6	Relevancia	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
18	Item6	Representatividad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
19	Item6	Claridad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
20	Item7	Relevancia	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
21	Item7	Representatividad	3	3	3	3	3						3	1	43.8416	17.8392305	47.68	43.4675	44.2157
22	Item7	Claridad	3	3	3	3	2						2.8	0.9	39.8416	17.8499945	43.68	39.4329	40.2503
23	item 8	Relevancia	3	3	3	3	3						Promedi	0.9619					
24	item 8	Representatividad	3	3	3	3	3												
25	item 8	Claridad	3	3	3	3	2												
26	item 9	Relevancia	3	3	3	2	3												
27	item 9	Representatividad	3	3	3	2	3												
28	item 9	Claridad	3	3	3	2	2												
29	item 10	Relevancia	3	3	3	3	3												
30	item 10	Representatividad	3	3	3	3	3												
31	item 10	Claridad	3	3	3	3	2												
32	item 11	Relevancia	3	3	3	2	3												
33	item11	Representatividad	3	3	3	2	3												
34	item 11	Claridad	3	3	3	2	2												
35	item 12	Relevancia	3	3	3	3	3												
36	item 12	Representatividad	3	3	3	3	3												
37	item 12	Claridad	3	3	3	3	2												
38	item 13	Relevancia	3	3	3	2	3												
39	item 13	Representatividad	3	3	3	2	3												
40	item 13	Claridad	3	3	3	2	2												
41																			

Anexo 8. Prueba de confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,721	,811	13

Anexo 9 RESOLUCIÓN DECANAL N° 004755-2025-D-FM

UNMSM
Firmado digitalmente por DEL CARMEN SARA Jose Carlos FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10.10.2025 09:57:04 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

Lima, 10 de Octubre del 2025

RESOLUCIÓN DECANAL N° 004755-2025-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital Nº F01B2-20250000243, de fecha 06 de octubre de 2025 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Decanal N° 002373-2023-D-FM/UNMSM de fecha 19 de junio de 2023 ratificada con Resolución Rectoral N° 003396-2024 de fecha 04 de marzo del 2024 se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo V. DE LA PLANIFICACION, Art. 8: establece que: "La tesis (T) podrá ser individual o grupal (máximo tres), compartiéndose las responsabilidades de la elaboración." así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento aprobación e inscripción del proyecto de tesis: Art. 23 establece que: "Con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación correspondiente y, de un Comité de Ética en Investigación, la Dirección de la EP solicitara al Vicedecanato Académico la Resolución Decanal de la aprobación del proyecto, y el tesista podrá iniciar la ejecución de su proyecto de tesis;

Que, mediante Oficio N°000328-2025-EPO-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, informa que los Proyectos de Tesis que figura en la propuesta cuenta con opinión favorable del Comité de Investigación de la citada Escuela para su ejecución; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

SE RESUELVE:

1°Aprobar los Proyectos de Tesis, según detalle:

Nº	AUTOR	CODIGO	ASESOR	TITULO
1.	Gabriela Jimena Rodríguez Escudero	22010388	Dra. Yuly Raquel Santos Rosales código N°0A4174 **COASESORA** Mg. Miriam Yoana Correa López	Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026
2.	Mellanie Viviana Aguilar Soriano	21010272	Dr. Emilio Oswaldo Vega Gonzales código N°0A9089	Influencia del índice de masa corporal y la ganancia de peso sobre el riesgo de la depresión prenatal en gestantes atendidas en un hospital de Lima metropolitana, 2026
3.	Aracelly Leidy Mariño Carrasco	17010323	Mg. Milagros Elizabeth Gonzales Falcón código N° 0A4185	Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, Perú 2024
4.	Alejandra Camila Lopez Vera	22010366	Mg. John Jesús Barja Ore código N° 0A7460	Factores asociados en la decisión de la no paternidad en jóvenes de Lima Metropolitana, 2025

UNMSM
Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 09.10.2025 21:10:41 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **YALAAOP**

Anexo 10:Constancia de autorización por parte del comité de ética

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

CONSTANCIA DE DECISIÓN ÉTICA

N° 0005- 2026

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado: "*Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026*" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigador:

Gabriela Jimena Rodríguez Escudero

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 01**, de **fecha 15 de enero**, presentado con fines académicos vinculados al proceso de obtención del **Título Profesional en Obstetricia.**

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un periodo de vigencia de 12 meses; desde el 15 de enero de 2026 hasta el 14 de enero de 2027, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 15 de enero de 2025.

MINISTERIO DE SALUD
HOSP. NAC. SERG. E. BERNALES
YESSICA IRIS SALAZAR QUIROZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

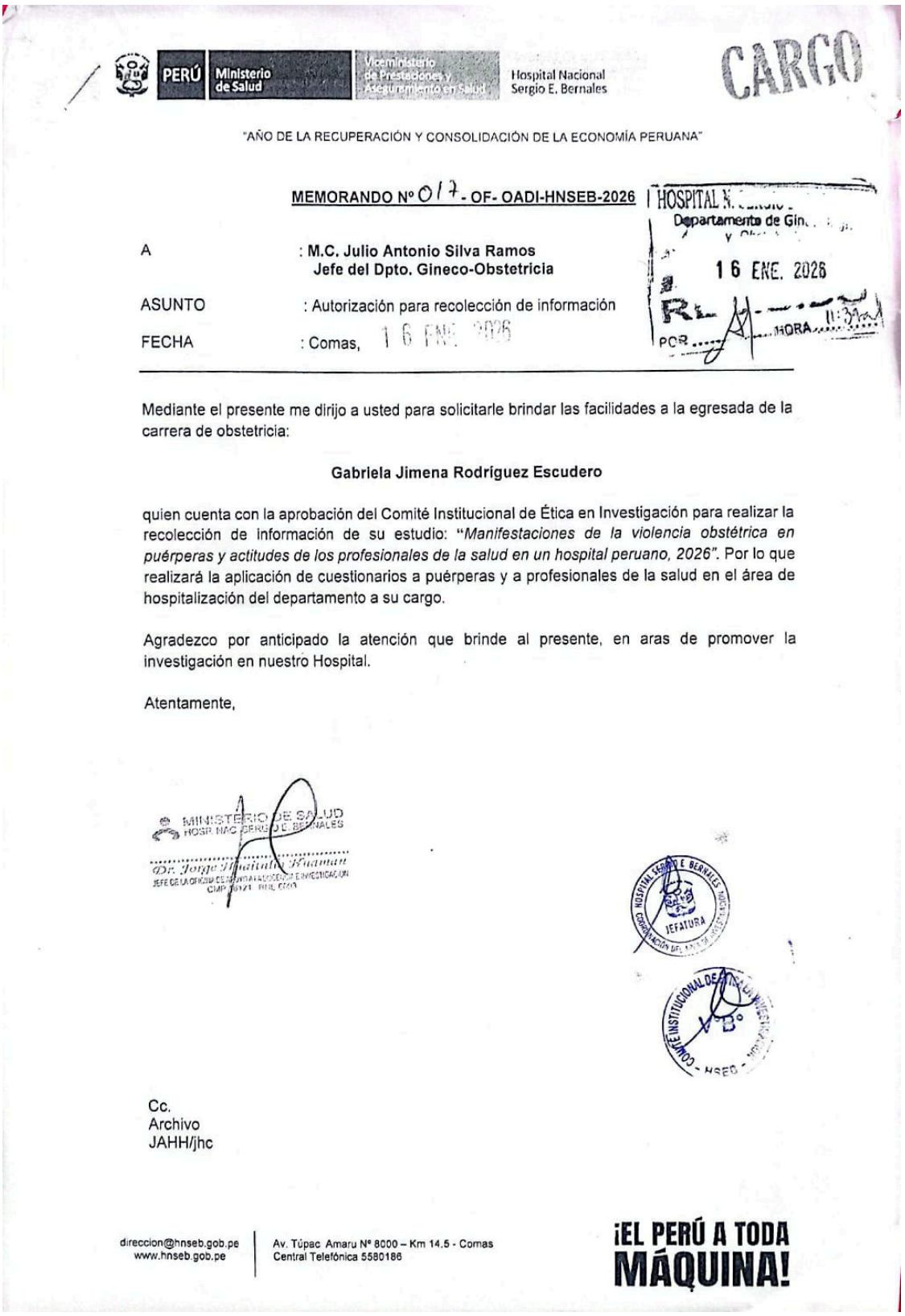
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN - HNSEB - V°B°

YSQ/jhc

CIEI-OADI: 15/01/2026

ciei.hnseb@gmail.com
Av. Túpac Amaru Nº 8000 – Km 14.5 - Comas
Central Telefónica 5580186

Anexo 11: Constancia de autorización por parte del Departamento de Gineco-Obstetricia



PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Hospital Nacional Sergio E. Bernales

CARGO

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

MEMORANDO Nº 017 - OF- OADI-HNSEB-2026

HOSPITAL N. ... Departamento de Gin... 16 ENE. 2026 HORA 11:37

A : **M.C. Julio Antonio Silva Ramos**
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetricia

ASUNTO : Autorización para recolección de información

FECHA : Comas, 16 ENE. 2026

Mediante el presente me dirijo a usted para solicitarle brindar las facilidades a la egresada de la carrera de obstetricia:

Gabriela Jimena Rodríguez Escudero

quien cuenta con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación para realizar la recolección de información de su estudio: "*Manifestaciones de la violencia obstétrica en puérperas y actitudes de los profesionales de la salud en un hospital peruano, 2026*". Por lo que realizará la aplicación de cuestionarios a puérperas y a profesionales de la salud en el área de hospitalización del departamento a su cargo.

Agradezco por anticipado la atención que brinde al presente, en aras de promover la investigación en nuestro Hospital.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD HOSP. NAC. SERGIO E. BERNALES
Dr. Jorge Jhaiñalo Huaman
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
CMP 76121 RNE 6049

JEFATURA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN - HNSEB

Cc.
Archivo
JAHH/jhc

direccion@hnseb.gob.pe
www.hnseb.gob.pe

Av. Túpac Amaru Nº 8000 – Km 14.5 - Comas
Central Telefónica 5580186

¡EL PERÚ A TODA MÁQUINA!