

Violencia obstétrica:

Conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes del pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín (2021)

Laura Cristina Patiño Ibáñez

Luisa Fernanda Morales Osorio

Paula Andrea Duque Loaiza

Asesora

Diana Patricia Molina Berrio

Magister en Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2021

Tabla de contenido

Lista de tablas	2
Lista de anexos	6
Glosario	7
Listado de siglas	9
Resumen y palabras claves	10
Introducción	11
Planteamiento del problema	12
Objetivos	16
General	16
Específicos	16
Marco teórico	17
Marco normativo	17
Marco referencial	20
Marco teórico conceptual	22
Marco contextual o territorial	24
Metodología	25
Tipo de investigación:	25
Tipo de estudio:	25
Población:	25
Unidad de análisis:	25
Muestra poblacional:	26
Fuente de datos:	26
Criterios de selección:	27
Criterios de inclusión.	27
Criterios de exclusión.	27
Listado de variables:	27
Procedimientos de recolección de la información	29
Solicitud de avales y permisos.	29
Diseño de instrumento de recolección de la información.	29
Entrenamiento y prueba piloto de los instrumentos.	30

Operacionalización de variables	31
Procesamiento de la información y análisis estadístico	42
Plan de análisis	42
Consideraciones éticas	45
Resultados	48
Discusión	75
Conclusiones	81
Recomendaciones	82
Agradecimientos	84
Referencias bibliográficas	85
Anexos	92

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de frecuencia de los temas abordados durante la capacitación recibida de los estudiantes acerca de parto humanizado de la Universidad de Antioquia, en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Tabla 2. Distribución de frecuencia del nivel de satisfacción que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre la formación recibida de parto humanizado en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Tabla 3. Distribución de frecuencia nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las recomendaciones de la OMS en atención del parto en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Tabla 4. Distribución de frecuencia de los conocimientos del estudiante de la Universidad de Antioquia sobre los procedimientos adecuados en periodo de dilatación recomendados por la OMS en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Tabla 5. Distribución de frecuencia del conocimiento que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre derechos sexuales en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Tabla 6. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los derechos sexuales en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Tabla 7. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre la definición sobre derechos reproductivos en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los derechos reproductivos en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Tabla 9. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre la definición de violencia obstétrica en el estudio, 2021.

Tabla 10. Distribución de frecuencia de las causas de violencia obstétrica reconocidas por los estudiantes de la Universidad de Antioquia participantes en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Tabla 11. Distribución de frecuencia sobre conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los tipos de violencia obstétrica en el estudio, 2021.

Tabla 12. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud de la materna, 2021.

Tabla 13. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las consecuencias que genera la violencia obstétrica en el neonato, 2021.

Tabla 14. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las prácticas adecuadas realizadas durante la atención del parto en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Tabla 15. Distribución de frecuencia que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia de los temas abordados sobre violencia obstétrica durante la formación en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Tabla 16. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los criterios que se deben tener en cuenta en la comunicación verbal entre médico y paciente en el estudio de violencia obstétrica, 2021

Tabla 17. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia acerca de la naturalización de violencia obstétrica en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Tabla 18. Razón de prevalencia de hombres a mujeres sobre los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes participantes en el estudio sobre violencia obstétrica en la Universidad de Antioquia, 2021.

Tabla 19. Razón de prevalencia de medicina y enfermería sobre los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes participantes en el estudio sobre violencia obstétrica en la Universidad de Antioquia, 2021.

Lista de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	76
Anexo 2. Cuestionario	82
Anexo 3. Aval comité de programa, Facultad Nacional de Salud Pública	89
Anexo 4. Carta solicitud aval comité de ética, Facultad Nacional de Salud Pública	90
Anexo 5. Aval comité de ética, Facultad Nacional de Salud Pública	92
Anexo 6. Carta datos requeridos Facultad de Enfermería	94
Anexo 7. Carta datos requeridos Facultad de Medicina	97
Anexo 8. Carta aval proyecto Facultad de Enfermería	100

Glosario

Atención del parto: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto.

Bienestar: Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.

Derechos sexuales: Los derechos sexuales son los mismos derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad. Están internacional y nacionalmente reconocidos para garantizar el desarrollo libre, seguro, responsable y satisfactorio de la vida sexual de todas las personas.

Derechos reproductivos: Son los mismos derechos humanos aplicados a la vivencia de la reproducción. Reconocen el derecho básico de todas las parejas e individuos a “decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Embarazo: periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido. En la raza humana este periodo es de unos nueve meses.

Invisibilización: Conjunto de mecanismos culturales dirigidos por un grupo social hegemónico para omitir a otro grupo social al que se pretende dominar y mantener ajeno a las decisiones y al control social y político. En otras palabras, borrar, tapar, ocultar, esconder, disimular, velar, hacer invisible.

Nacidos vivos: Es el producto de la concepción que después de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o manifiesta cualquier otro signo de vida, que sobrevive al menos las primeras 24 horas de vida.

Parto: Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación. Cuando la mujer ya está lista para dar a luz.

Percepción: forma en la que el cerebro interpreta las sensaciones que recibe a través de los sentidos para formar una impresión inconsciente o consciente de la realidad física de su entorno.

Posparto: período de tiempo que engloba las primeras seis u ocho semanas después del parto.

Procreación: proceso biológico que consiste en la reproducción y multiplicación de la propia especie.

Salud: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Listado de siglas

ACSC: Ginecología y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

DS: Derechos sexuales.

DR: Derechos reproductivos.

FECOLSOG: Federación Colombiana de Obstetricia.

MME: Morbilidad Materna Extrema.

NV: Nacidos vivos.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RAICES: Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior.

RMM: Razón de Mortalidad Materna.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

UdeA: Universidad de Antioquia.

VCM: Violencia contra la mujer.

VG: Violencia de género.

VO: Violencia obstétrica.

Resumen y palabras claves

Objetivo: Describir los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia frente a la violencia obstétrica, con el fin de aportar información relevante para el mejoramiento de los currículos de estas profesiones. **Metodología:** Estudio de tipo cuantitativo, transversal. Participaron 100 estudiantes, 95 cumplían con todos los criterios de inclusión. La población participante son estudiantes de medicina formados en ginecología y obstetricia y enfermería formados en adulez III: salud sexual y reproductiva. Llevado a cabo por medio del cuestionario en Google forms. La base de datos fue analizada en el software estadístico SPSS y EPI info, se realizaron cruces entre variables bivariadas, se realizó odds ratio y Valor P Mantel-Haenzel. **Resultados:** Todos los estudiantes creen que existe la violencia obstétrica. 73,7% de la población encuestada fue femenina. 75,8% han sido testigos de violencia obstétrica durante su formación. 61% considera que la violencia obstétrica se normaliza desde su formación. 40% aseguran no haber recibido capacitación en violencia obstétrica. 78,9% considera que tener empatía con las situaciones de la paciente durante la atención genera obligatoriamente un vínculo emocional. 99% de los estudiantes considera que durante la atención del parto algunos médicos toman posturas autoritarias. **Conclusión:** Es necesario profundizar en la formación en violencia obstétrica. La falta de una Ley a nivel nacional influye en la invisibilización de este fenómeno. Los estudiantes saben qué es la violencia obstétrica y reconocen algunos tipos y sus causas, sin embargo, algunos profesionales continúan ejerciendo prácticas inadecuadas.

Palabras clave: Violencia obstétrica, violencia de género, violencia contra la mujer, derechos, derechos sexuales, derechos reproductivos, salud materna, parto humanizado, invisibilización, materna, neonato, estudiantes, medicina, enfermería, Universidad de Antioquia, salud pública, derecho a la salud.

Introducción

Esta investigación tiene el propósito de describir los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes de medicina (semestre 11 en adelante) y enfermería (semestre 5 en adelante) de la Universidad de Antioquia (UdeA) frente a la Violencia Obstétrica (VO), con el fin de ayudar a generar información relevante para el mejoramiento de los currículos de formación de estas profesiones.

En general, la VO no está visibilizada en la sociedad, se desconocen o se ignoran las consecuencias que puede tener en el binomio madre-hijo, tampoco existen registros confiables de la presencia de VO en nuestro contexto. La VO se puede presentar por desconocimiento de la VO tanto de las maternas como del personal de salud, o por costumbres asociadas a la formación y/o la monotonía de la prestación del servicio, desconociendo los derechos de las mujeres en embarazo las cuales merecen un trato respetuoso donde se garanticen buenas condiciones de salud independientemente de su edad, raza, poder adquisitivo, aseguramiento, ideologías políticas, religiosas y/o culturales.

La VO es un tema difícil de abordar, algunos profesionales de salud niegan la existencia de la problemática y aseguran que esta los hace ser catalogados como responsables de la misma y no como experiencias individuales que van acorde al momento y al profesional de la salud que atiende (1). No existe una Ley en Colombia que sancione la VO, ya que algunos gremios, asociaciones de médicos y parlamentarios se han interpuesto ante los proyectos de ley propuestos (2). La VO ha sido investigada en diversos países (2), los estudios al respecto serán mencionados en el transcurso de la investigación, de los cuales no evidencian los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes en medicina y enfermería y cómo ésta formación influye en la VO. Esta es una de las pocas investigaciones de tipo cuantitativo sobre esta temática y es realizada en el marco de la pandemia Covid-19 con fuente de datos primarios. El instrumento de recolección de información no es adaptado de otros estudios, sino que fue creado exclusivamente para esta investigación ya que no hay una encuesta diseñada que responda a esta pregunta problema.

Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (3); dentro de este gran marco, la OMS ha tenido en los últimos años gran interés en la salud materna, que comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, parto, y posparto (4), la mujer tiene un rol preponderante en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente en el objetivo 3, metas 1 y 2 (5).

Al hablar de salud materna es necesario mencionar que esta hace parte del derecho a la salud en general y por tanto es un derecho fundamental enmarcado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (6). Por otro lado se encuentran los derechos sexuales (DS) y los derechos reproductivos (DR) cómo la esfera más íntima de las personas. Éstos últimos buscan, entre otras cosas, visibilizar los derechos de la mujer sin distinciones de raza, edad, origen, nacionalidad, religión o condición social. Una forma de desconocer los DS y DR es la violencia en función del género, lo que a su vez se configura en un abuso contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta especialmente a las mujeres (7). La mujer en estado de embarazo, tiene derecho a la seguridad, la integridad y a unas condiciones dignas, respetuosas y salubres para la sana evolución de su estado, la atención del parto y el proceso de recuperación o de posparto (8); sin embargo, para muchas mujeres el embarazo se convierte en sufrimiento, enfermedad e incluso en situación de muerte como la misma OMS lo plantea (9).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, define la VO como el tipo de violencia ejercida por el personal de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se expresa en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y postparto (10). Por ende, la VO es producto de la violencia institucional, realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública y privada, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y a ejercer los derechos de los que puede gozar según la ley (11).

Aunque no hay datos concretos de morbilidad materna asociados a la violencia obstétrica que permitan analizar de manera cuantitativa esta problemática, es importante recordar que éstas se consideran un problema de salud pública complejo, determinado no sólo por las condiciones individuales de la mujer, sino también por la calidad de los servicios médicos y los contextos culturales y sociales donde éstos se prestan. La práctica médica, al ejercer violencia obstétrica hacia las usuarias, refleja hechos que llevan a la morbilidad materna, ya que es posible una nula calidad de atención perinatal y el desplazamiento de la mujer como protagonista de su evento al momento del parto. Además, conlleva consecuencias

emocionalmente desagradables para la mujer por no ser parte activa de su proceso reproductivo y, por el contrario, tener un papel de espectadora (12).

Por otra parte y haciendo mayor énfasis en la mortalidad materna, el reconocimiento de la carga generada por las complicaciones de la gestación ha dado lugar al concepto de morbilidad materna extrema (MME), la cual se define como una complicación obstétrica grave que pone en riesgo la vida de la gestante y requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte. Pese a la importancia creciente de la MME, aún existen importantes lagunas de conocimiento sobre su dinámica y la influencia que ejercen las condiciones sociales, los sistemas de salud y la atención recibida por las madres, en la ocurrencia de dicho fenómeno (13).

En Colombia hasta la semana epidemiológica 22 de 2019 se notificaron 9.838 casos de MME. La razón de MME nacional preliminar es de 38,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos (NV) (14). En Medellín los últimos datos reportados de MME son de 575 casos, siendo el 20,32% por 1.000 NV (15). La MME sirve como un modelo para entender el escenario de condiciones y factores prevenibles que contribuyen a la muerte materna (16). Según la OMS aproximadamente 830 mujeres en el mundo mueren al día por causas Obstétricas, teniendo como cifra 303.000 descensos maternos para el año 2015, muchos de los cuales pudieron ser evitados (17). Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2017 la razón de mortalidad materna (RMM) por 100.000 NV en América Latina fue de 58,2 (18). En Colombia para 2017 la tasa de mortalidad materna fue de 51,01 muertes por cada 100.000 NV, así mismo en Antioquia la tasa de mortalidad materna en el mismo año fue de 27,3 decesos por 100.000 NV. De la misma manera la RMM en Medellín fue de 24.7 por 100.000 NV con 7 defunciones (19).

En la semana epidemiológica 09 del 2020 se notificaron 69 muertes maternas: 51 tempranas (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 14 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 4 por causas coincidentes (lesiones de causa externa) (20). Según las proyecciones para 2030, de acuerdo a lo establecido en los ODS, meta 3.1 “reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100.000 NV”, Colombia para 2030 planifica llegar a una razón de 32 muertes maternas por cada 100.000 NV (19). La mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer. Da cuenta de una cadena de vulneraciones de principios básicos, como el derecho a la vida y el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud. Por cada mujer fallecida, son 30 las mujeres que quedan con secuelas asociadas del embarazo, el parto y el puerperio. Las muertes de mujeres condicionadas por problemas ocurridos durante el proceso reproductivo tienen consecuencias profundamente negativas para la familia y para la comunidad en general. Dada la interrelación existente entre la salud de la madre y la de sus hijos e hijas, evitar las muertes maternas implica además mejorar la salud de la niñez y su supervivencia (21).

Ahora bien, no hay datos concretos de muerte materna por violencia obstétrica pero puede deducirse a partir de las causas oficialmente presentadas en estadísticas, que es posible que estas muertes maternas evitables, serían a causa de la violencia que de manera naturalizada se perpetúa en los cuerpos de las mujeres. Sin embargo, existen diversos estudios como “Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género” (21), “La violencia obstétrica es un problema de salud pública que contribuye a la mortalidad materna: especialistas” (22), “La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México” (23), “La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer” (24), “Prácticas de violencia obstétrica en Ecuador. Posibles acciones de la Cooperación Internacional” (25), “Mortalidad materna en las capitales de provincia de Brasil” (26), que muestran cómo este trato no digno es percibido por las mujeres antes, durante y después del parto, el porqué de la VO y las posibles consecuencias en la vida de las maternas (27). Lo que se evidencia es que a pesar de la relevancia de este fenómeno, durante muchos años se ha invisibilizado este tipo de violencia, lo que lleva a la escasez de datos existentes sobre indicadores en el ámbito sanitario que permita describir la violencia obstétrica (28).

La literatura existente sobre el tema ha señalado que el grado de conocimiento por parte del personal de salud sobre VO es tarea fundamental, la falta de conocimientos que tiene el personal de salud sobre esta, la escasez de empatía con las maternas y la invisibilización de este tipo de VO hace que el problema se siga presentando. Algunas maternas se han enfrentado a procedimientos innecesarios, maltrato, maniobras que lesionan su cuerpo, entre ellas el exceso de tacto vaginal, proceso que se realiza en ocasiones injustificadamente; sustitución del nombre por apelativos como: “mamita”, “mamacita”, “niña”; situaciones de estrés, intimidación, temor de preguntar al personal de salud por su condición, insultos, discurso que las culpabilizan, ridiculización, juzgamiento de su condición de salud, entre otras. A todas estas situaciones se suma el aislamiento de la familia durante el parto por institucionalización obligatoria, invalidando las creencias y valores culturales sobre formas alternativas de parir, especialmente en las poblaciones más vulnerables (29).

Se ha identificado además, que muchas de las prácticas que se ejercen con las madres durante el proceso de parto están influenciadas por la formación académica que el personal de salud ha recibido y que es reproducido en los ambientes hospitalarios. Si bien es cierto que la formación académica y el ambiente hospitalario contribuyen más no determinan la atención que se brinda a las madres, pues la formación continua también ayuda a los profesionales a tener una perspectiva más humanística e influyen los valores que se traen desde la formación familiar y desde la primera escuela, se reconoce que la formación académica recibida y el ambiente hospitalario no dejan de repercutir constantemente en muchas de las tareas que realiza o que deja de realizar el profesional de la salud (30).

Generalmente en las universidades se inculcan los más meticulosos criterios éticos, conceptos de cuidado, buen trato y respeto hacia sus pacientes, con el fin de fomentar una relación amable y duradera, sin embargo su formación se realiza de manera general y no se abarca en totalidad temas como derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, entre otros. De

esta manera, cuando los estudiantes llegan al hospital a realizar sus prácticas clínicas comienzan a ver, hacer y repetir acciones adecuadas e inadecuadas que son observadas en el diario vivir de las salas de maternidad, pues muchos de los docentes, médicos, enfermeras y demás personal de salud normalizan y transmiten algunas acciones que transgreden los derechos de la mujer sin estar al tanto de estas (27).

Aunque la VO ha sido investigada en diversos países, los estudios realizados al respecto no se han ocupado de los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes en medicina y enfermería sobre su ocurrencia. Existen investigaciones dirigidas a estos estudiantes como “Conocimientos y prácticas en anticoncepción de los estudiantes de medicina y enfermería de Manizales” (31), “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales” (32), “Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud” (33), pero no se ha identificado ningún estudio que logre rastrear cuáles son los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería sobre la violencia obstétrica y la manera como su formación frente a la VO influye en su práctica clínica, por todo lo anterior es necesario reconocer que una de las principales causas de la VO es la formación académica tanto por su déficit de contenidos teóricos específicos y prácticas inadecuadas adoptadas por parte de los estudiantes durante su formación, lo cual hace interesante esta propuesta de investigación.

Teniendo en cuenta que hay un problema por resolver y un interés por mejorar, este estudio se realizará con el fin de aportar información a las Facultades de Enfermería y Medicina, con el fin de contribuir en el mejoramiento de los currículos de formación de estas profesiones, además brindar información que puede ser de apoyo para la discusión que se da en el país y Medellín sobre este tipo de violencia.

Esta problemática nos lleva a formularnos la siguiente pregunta:

¿Qué conocimientos sobre concepciones y prácticas tienen los estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia frente a la violencia obstétrica?

Objetivos

General

Describir los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia frente a la violencia obstétrica, con el fin de aportar información relevante para el mejoramiento de los currículos de formación de estas profesiones.

Específicos

- Caracterizar a los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia, según variables socio demográficas y académicas.
- Identificar los conocimientos que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia acerca de salud materna y parto humanizado.
- Identificar los conocimientos que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia frente a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Describir los conocimientos que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia sobre violencia obstétrica.

Marco teórico

Marco teórico conceptual

Al hablar de *Salud Materna* es necesario mencionar que esta hace parte del derecho a la salud en general y por tanto es un derecho fundamental enmarcado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (6), se compone de un conjunto de actividades, procesos y procedimientos a los que debe someterse la paciente para mantener y asegurar el bienestar propio y del neonato, lo cual abarca desde el momento de la fecundación hasta el postparto, incluye las acciones de acceso, información, educación, capacitación familiar, cuidado durante y después del embarazo y toda acción que garantice sus derechos y permita afrontar su maternidad dignamente, entre otras. Por otro lado, se encuentran los *Derechos Sexuales* (DS), en Colombia las personas pueden tener el control sobre su sexualidad, decidir libre, seguro y responsablemente manteniendo el respeto, el consentimiento recíproco y asumiendo conjuntamente las consecuencias del comportamiento sexual, sin verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia, independientemente de su lugar de residencia, origen, color, religión, lengua y sexo (7), también se encuentran los *Derechos Reproductivos* (DR), cada pareja en Colombia decide el momento de tener hijos y es libre de disponer de la información y los medios para ello, permitiendo adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción y violencia (7). Estos derechos se visualizan cómo la esfera más íntima de las personas, buscan, entre otras cosas, visibilizar los derechos de la mujer sin distinciones de raza, edad, origen, nacionalidad, religión o condición social, por consiguiente la mujer embarazada tiene derecho, por tanto, a la integridad, la seguridad y a unas condiciones dignas y salubres para la sana evolución de su estado que garantice un *parto humanizado* (7), realizando intervenciones estrictamente necesarias y con pleno consentimiento de la materna, además de contar con un buen proceso de recuperación o de posparto, para ello la OMS con base a una serie de consultas técnicas emitieron 56 recomendaciones, estas se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante la atención del trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, el período expulsivo, el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto, las recomendaciones de esta directriz tienen por objeto informar acerca del desarrollo de políticas de salud, prácticas adecuadas en las instituciones prestadoras del servicio y protocolos clínicos pertinentes a nivel local y nacional (34)*49. Entre sus pilares más importantes se encuentra la necesidad de la mujer y del bebé de permanecer juntos después del nacimiento, debido a que la leche materna es el mejor y único alimento que una madre le puede ofrecer a su hijo desde el momento de su nacimiento, su contenido nutricional permite que estos desarrollen su propia inmunidad contra las enfermedades de origen infeccioso y alergias obteniendo anticuerpos y enzimas a través de la leche materna suministrada, también es fundamental por su contribución emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa, que vincula al padre y a la familia (35).

A pesar de esto, el embarazo para muchas mujeres se convierte en sufrimiento, enfermedad e incluso en situación de muerte como la misma OMS lo plantea (9) y pasa a ser una de las formas de **violencia contra la mujer (VCM)** que ha sido definida como “todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto en el ámbito público como en el privado” (36). De esta manera se llega a hablar entonces de **violencia obstétrica**, que según la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia hace referencia a la apropiación del cuerpo de las mujeres y de sus procesos reproductivos por personal de salud, se constituye como una violación a los Derechos Humanos y una manifestación de la violencia de género contra las mujeres, desde el enfoque del derecho a la protección de la salud como un derecho humano, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que generen pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente la calidad de vida de ellas (37), o “Violencia ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo de la materna y los procesos en el embarazo, parto y posparto” (38), este tipo de violencia hace parte de los casos de **violencia de género (VG)**, la cual se refiere a cualquier acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de las personas, tanto en el ámbito público como privado (39).

De las múltiples formas de violencia cabe resaltar que la **violencia física** y la **violencia psicológica** son las dos más mencionadas en la vida cotidiana cuando nos referimos a violencia de género, donde la primera nos expone el daño o sufrimiento material causado a la mujer, tales como golpes, lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras o cualquier otro maltrato que la dañe físicamente, y la segunda nos remite a toda conducta que por hacerse o dejarse de hacer vaya en deshonra, descrédito o menosprecio de la mujer como tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, celos enfermizos, comparaciones destructivas, amenazas, perjudicar o perturbar su sano desarrollo, disminuir su autoestima, causarle depresión y que incluso la puedan llevar al suicidio. Entre otras formas de violencia contra la mujer se encuentra la violencia económica, patrimonial, simbólica, sexual, política, religiosa (37) y el feminicidio (40).

De la poca información documentada, se identifica que las maternas en muchas ocasiones piensan que su cuerpo requiere del apoyo tecnológico para dar a luz, por este motivo, consideran que el elevado número de intervenciones a las que se ven sometidas durante su proceso de parto es algo normal y natural, aun desconociendo las consecuencias que dichas actuaciones pueden producir física y psicológicamente sobre la materna (28), entre estas consecuencias se encuentran los problemas en la lactancia materna, incontinencia, hemorragias, depresión posparto, estrés postraumático, entre otros. A partir de estas complicaciones que suceden durante el nacimiento puede verse afectada la personalidad, la capacidad relacional, la autoestima y los esquemas de comportamiento a lo largo de la vida del neonato (41). El hecho de que las mujeres vean estos comportamientos como normales justifica

uno de los motivos por los cuales la VO aún permanece invisibilizada. Además, las mujeres consideran que recibir una atención poco respetuosa por parte de los profesionales sanitarios, es el precio que se tiene que pagar por beneficiarse de servicios de salud gratuitos. En estos casos, también influye el hecho de que las mujeres puedan estar acostumbradas a recibir una atención inadecuada y no ser vista como tal por ellas. También, la excesiva confianza en la medicina y en los profesionales que la ejercen (28).

La empatía se considera una de las competencias básicas en el aprendizaje de las profesiones de la salud en el siglo XXI, y se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes o sus familiares, así como sus perspectivas y experiencias. No consta sólo de contenido emocional sino que presenta 3 componentes básicos: cognición, comprensión y comunicación (42). La falta de información que se le brinda a las maternas son otras de las causas que justifican que este tipo de violencia permanezca enmascarada (18)*16, como consecuencia del autoritarismo que adoptan algunos profesionales de la salud sobre las maternas en el que no le es permitido a la paciente ser partícipe en la toma de decisiones lo cual contraría el principio de beneficencia (43).

La comunicación deviene un requisito indispensable para la existencia del hombre y uno de los factores más importantes en su progreso social, el ser humano se define por su condición de sociabilidad; y ello hace que pueda intercambiar de una parte sus ideas y sentimientos y de otra sus obras y destrezas. Por lo tanto las habilidades comunicativas en la relación médico(a)/paciente influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes (43). Para una mejor calidad en la prestación del servicio a la materna resulta imprescindible conocer y considerar los deseos y valores de la mujer. Es necesario e importante fomentar una buena comunicación entre ambas partes con la finalidad de conseguir su implicación en el proceso y en la toma de decisiones. Una buena comunicación entre la usuaria y los profesionales sanitarios está relacionada con un descenso de los niveles de miedo, estrés e incluso de dolor (28). Las mujeres embarazadas no sólo deben contar con suficiente información para tomar una decisión informada, sino también recibir "información escrita, basada en la evidencia de las necesidades de las mujeres." Además, los cuidados y las instrucciones durante las interacciones deben ser personalizados y culturalmente apropiados (44).

El aumento de los conocimientos de las usuarias y la postura adoptada por diferentes profesionales que deciden tener en cuenta las nuevas evidencias científicas, han conseguido obtener ciertos cambios en el modelo de atención obstétrica actual, sin embargo, se sabe que aún queda mucho por hacer. En primer lugar, para conseguir la erradicación de la VO resulta fundamental que deje de ser invisible para la sociedad y muy especialmente para los profesionales que asisten a estas mujeres. Como recoge Ibone Olza en su artículo, Susan Hodges considera que *“nombrar el abuso que sufren muchas mujeres en el parto es el primer paso para erradicar el problema”* (45). Una adecuada asistencia al parto estaría caracterizada por prácticas basadas en la evidencia científica disponible, en la que los profesionales no realicen determinadas intervenciones de forma indiscriminada, sino que limiten su uso a

aquellas situaciones en las que sea estrictamente necesario. Ejecutar ciertas prácticas de forma rutinaria carece de justificación si se tiene en cuenta la necesidad de individualizar los cuidados y la atención a las características de cada materna. De esta forma se conseguirían reducir los altos niveles de intervencionismo que caracterizan el modelo de atención obstétrica actual (28).

Marco normativo

La normatividad sobre VO a nivel internacional es variante y depende de cómo lo asuma cada país teniendo presente sus costumbres y arraigos culturales, sin embargo, se pueden nombrar algunos señalamientos por organismos internacionales que tienen relación directa con la violencia contra la mujer y la concierne violación de sus derechos humanos que están íntimamente relacionados con la VO y en los cuales se rigen muchas de las normatividades de cada país.

En 1995 aparece la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en la que se adoptan la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción que dedica toda una sección a la violencia contra la mujer, considerando que su eliminación es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz (33).

Otras a saber son:

- Declaración Universal de Derechos Humanos: Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948 (6).
- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW adoptada por Colombia a través de Ley 051 de 1981, mediante el cual el Estado Colombiano toma medidas concretas para enfrentar la discriminación, expresada en Leyes y políticas públicas, que permitan no sólo la garantía de los derechos sino también el ejercicio real de éstos (46).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres - Belém do Pará: adoptada por Colombia a través de Ley 248 de 1995, establece la obligación del Estado Colombiano en materia de atención, prevención y sanción de la violencia contra las mujeres (47).

Además de las anteriores normativas, es de recordar que la OMS representa uno de los organismos internacionales que más aporta directrices sobre VO, ejemplo de ello son Los ODS y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. De las directrices más recientes, una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible N°3 consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100.000 NV y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial (5). Adicionalmente, la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran), sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida.

La mayoría de los países latinos no cuentan con una regulación que haga frente de manera directa a la VO, de ellos solamente Venezuela, Brasil, Argentina y México han aprobado Leyes directamente relacionadas con la VO que alientan a una humanización del parto, algunas de estas Leyes hacen hincapié en los derechos de las mujeres, los recién nacidos, los acompañantes durante el parto y los familiares, como es el caso de las Leyes de VO en Argentina (48).

La base de las Leyes y normas en Colombia es La Constitución Política de 1991, en su artículo 13 determina que “el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”, donde específicamente en el artículo 43 establece que “la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación” (49), también se hace mención en los artículos 49 y 50 donde menciona el derecho a que “las mujeres gestantes y sus hijos reciban los cuidados médicos pertinentes para que se garantice su acceso al derecho a la salud” (50), sin embargo, no posee actualmente una normatividad específica sobre VO. Se han hecho varios intentos al respecto, teniendo como base la constitución, uno de ellos es el proyecto de Ley número 147 de 2017 “por medio de la cual se reconoce la Violencia Obstétrica como una modalidad de violencia de género y se dictan medidas de prevención y sanción (contra la violencia de obstetricia)” (51), este fue presentado por Senadora Conservadora Nadya Blel Scaff y aprobado en primer debate en la Comisión Séptima del Senado constitucional de la República de Colombia en sesión ordinaria el 24 de abril de 2018, según el acta #37 de la legislatura 2017-2018. Sin embargo, este proyecto no fue aprobado como Ley, ya que ginecólogos y obstetras de Colombia y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas rechazaron dicho proyecto al encontrarlo irrelevante (52).

De manera similar ocurrió con:

- Proyecto de Ley número 063 de 2017, cuyo objetivo era garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos, y se dictan otras disposiciones o Ley de parto humanizado (53).

- Proyecto de Ley número C267 de 2019, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de parto digno, respetado y humanizado” (54).
- Proyecto de Ley número 191 de 2020 Senado, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de parto digno, respetado y humanizado” (55).

En cada uno de estos proyectos de Ley mencionados anteriormente, se pueden identificar las múltiples falencias en el sector salud en Colombia orientados en la atención materna, aunque estos buscan reconocer los derechos de las mismas y respaldar el parto humanizado, dichos proyectos no fueron aprobados aun cuando minimizan los casos de VO en Colombia y por ende las consecuencias derivadas de ellos.

.

Marco referencial

Según la OMS, en el mundo se producen al día aproximadamente 830 muertes de mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En el año 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto, o después de ellos. Se evidencia que la mayoría de estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos, de las cuales muchas de ellas podrían haberse evitado. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Alrededor de un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo (17).

En España la tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de muerte de las madres durante la gestación y el parto, estando influida por las condiciones socioeconómicas generales y las condiciones de la atención materno infantil. En 2016 ocurrieron 15 defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, manteniéndose aproximadamente en la media de las muertes maternas ocurridas anualmente desde el año 2000 (56). En este mismo país se realizó un estudio sobre VO “La Violencia Obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. el caso de Tenerife”, en el cual 56,4% de la muestra sufrió VO durante el parto, siendo los indicadores más frecuentes la participación de alumnado en prácticas sin el consentimiento de la mujer y el cambio de ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario. Como conclusión se dice que muchas veces la VO se genera debido a la alta tecnificación y la concepción del parto como un proceso en cadena, que lo despersonaliza y desnaturaliza. Esto provoca que las mujeres no sean tratadas como maternas en su globalidad sino como enfermas a las que hay que someter a procedimientos médico-quirúrgicos (57).

Otro estudio también sometido en España, tuvo como objetivo evaluar la percepción de los estudiantes de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica e identificar posibles cambios luego de una intervención educativa. Se diseñó una escala ad hoc de 33 ítems para medir las percepciones de los estudiantes. De los estudiantes encuestados, el 89,7% eran mujeres y la mayoría eran estudiantes de enfermería. De los 33 ítems, 28 (84,8%) mostraron cambios estadísticamente significativos en la medición pre-postintervención. Veinticinco de los 33 ítems (75,75%) mostraron relación con las variables sociodemográficas de género, campo, curso y haber estado embarazada alguna vez. Este estudio muestra el cambio en las percepciones de los estudiantes de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica luego de una intervención educativa. Además, se observó la normalización de este tipo de violencia con la progresión de la formación y con la experiencia obstétrica personal (58).

En un estudio realizado en India y el Reino Unido sobre “Violencia obstétrica: comparación de las percepciones de los estudiantes de medicina en la India y el Reino Unido”, tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y las actitudes hacia la violencia obstétrica incorporando un video que muestra un escenario dramatizado de violencia obstétrica y calificando respecto a

este, la encuesta evaluó la demografía de los participantes y el conocimiento previo de la violencia obstétrica, contó con 58 participantes del Reino Unido y 62 participantes de la India, el 26% de la población participante del país Europeo ya habían escuchado previamente el término violencia obstétrica, en comparación con 34% del país contrario. El 90% de los participantes del Reino Unido y el 38% de los participantes de la India habían recibido formación en conductas profesionales. Los estudiantes de medicina del Reino Unido e India pudieron identificar comportamientos asociados con la violencia obstétrica, aunque la mayoría desconocía previamente el término. Los estudiantes de medicina indios en este estudio fueron menos críticos con la violencia obstétrica en el video, lo que puede deberse a razones culturales, mayor número de estudiantes varones, mayor exposición a la violencia obstétrica o menos capacitación en conductas profesionales. La formación estandarizada para prevenir la violencia obstétrica debería formar parte de la formación médica de pregrado a nivel internacional (59).

De manera similar, se realizó un estudio en Qatar, donde se envió una encuesta en línea para completarla de forma anónima a las cuentas de correo electrónico del hospital del personal de enfermería obstétrica / partería y obstetras de Sidra Medicine, donde también se incorporó un video que muestra un escenario dramatizado de violencia obstétrica y se evaluaron las mismas variables, 50 obstetras y 167 personal de enfermería / partería obstétrica completaron la encuesta. El 52% había oído hablar previamente del término violencia obstétrica y el 48% podía definirlo correctamente. 136 (63%) habían sido testigos de violencia obstétrica en algún momento de su carrera. Se observaron diferencias significativas cuando se pidió a cada grupo profesional que informara sobre el comportamiento del equipo profesional opuesto como se muestra en el video. Los médicos que completaron la encuesta también fueron más críticos con los médicos en formación que el personal de partería / enfermería (60)

Lima-Perú realizó un estudio en el cual el 92.5% de los profesionales que participaron en el estudio fueron mujeres, el 85% eran Obstetras. Al evaluar los conocimientos relacionados a la atención de parto humanizado, de un total de 40 participantes, el 50% presentó un nivel alto, 35% un nivel medio y un 15% un nivel bajo de conocimientos. Las actitudes del profesional de salud frente a la atención de parto humanizado fueron en su mayoría positivas, sin embargo, las prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado fueron inadecuadas en un 70.8% (32).

En un estudio descriptivo y transversal en el cual se aplicaron 500 encuestas al equipo de salud de diferentes centros hospitalarios en Caracas - Venezuela, se obtuvo que el 87% de los encuestados conoce la existencia de una Ley que protege a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia; 45,7 % de ellos identificó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Un 89,2% conoce el término violencia obstétrica, señalando al ejecutor como cualquier personal de salud (82,4%). El 63,6% ha presenciado maltrato a una embarazada y de estos, 42,8% resultó ser por parte del médico y 42,5% por enfermería. En el 94,6% de los casos no existían los medios para la atención del parto vertical y solo se emplea

el consentimiento informado en un 54,4% de estos. Respecto a mecanismos de denuncia, 72,6 % desconoce los mismos y 71,8 % desconoce los organismos encargados de prestar ayuda. Un 5,4 % ha realizado denuncias por violencia de las cuales 7,4 % han sido de VO (33).

En la escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile se realizó un estudio financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud en el Hospital Sótero del Río, que tenía como objetivo implementar y evaluar un modelo de atención integral del parto en el sistema de salud público de la ciudad de Santiago, a partir de una muestra de 223 mujeres en posparto, se evidenció que el 26,4% de mujeres percibía que el profesional que le atendió no consideró su opinión en las decisiones tomadas en su parto. Esta investigación presenta una primera aproximación al tema de violencia obstétrica y, posteriormente, genera recomendaciones proponiendo la humanización en la atención del parto (27).

Finalmente, en Colombia y en la ciudad de Medellín al hacer un rastreo documental, a pesar de que se encuentran artículos de periódico, testimonios, algunas tesis de grado e incluso páginas de instituciones que hacen referencia a la VO, no se hayan artículos indexados relacionados con los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes de medicina y enfermería frente a la VO o similares. La investigación “Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 – 2016” se llega a la conclusión de que el personal asistencial presenta un concepto de salud desde su formación académica marcadamente institucional y centrado en la enfermedad que a partir de la experiencia y el contacto con los pacientes va ampliándose y tomando en cuenta otras dimensiones del ser humano, lo cual posibilita una atención más holística e integral de la gestante en proceso de parto (4).

Marco contextual o territorial

La Universidad de Antioquia es la institución de educación superior más importante del departamento de Antioquia, fundada en 1083, sujeta a inspección y vigilancia por medio de la Ley 1740 de 2014 y la Ley 30 de 1992 del Ministerio de Educación de Colombia. La Universidad de Antioquia cuenta con varias facultades, entre las cuales se encuentran las del área de la salud, algunas de ellas son la Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Medicina y Facultad de Enfermería, las cuales están involucradas en este proyecto investigativo.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia cuenta con tres programas de pregrado: Medicina, Instrumentación Quirúrgica y Técnica Profesional en Atención Pre hospitalaria; cuenta con una comunidad académica de más de 3.000 integrantes: 2.300 estudiantes de pregrado y posgrado, 700 profesores y 227 empleados administrativos, en una sede de 15.000 m². El pregrado de Medicina con registro calificado número 10163 del 15 de diciembre de 2009, la Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior RIACES, en 2011 le otorgó la acreditación internacional por 8 años, un hecho que lo convierte en el primer programa de medicina en el país que recibe una certificación de tal magnitud, lo cual facilita la movilidad profesoral, estudiantil y los trabajos de cooperación con universidades de todo el mundo. Este programa cuenta con una duración de 13 semestres, de los cuales los estudiantes se forman en ginecología y obstetricia en el décimo semestre tema que es incluido en el curso “Ginecobstetricia”.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia cuenta con un programa de pregrado de Enfermería con acreditación por medio de la Resolución Ministerio de Educación No.3244 del 5 de abril de 2013 y registro calificado por medio de la Resolución Ministerio de Educación No.4324 del 19 de abril de 2013. Este programa tiene una duración de 8 semestres de los cuales los estudiantes se forman en ginecología y obstetricia en el cuarto semestre tema que es incluido en el curso “Adulter III: salud sexual y reproductiva”.

Metodología

Tipo de investigación:

La investigación es de naturaleza cuantitativa, investigación que se usa con el propósito de recoger y analizar datos sobre determinado fenómeno o hecho, utilizando un enfoque estadístico y matemático. Emplea una gran cantidad de datos que provienen de diferentes fuentes para analizar y encontrar discrepancias en ellos, en este caso violencia obstétrica.

Tipo de estudio:

Estudio transversal.

Población:

La población de estudio son los estudiantes de enfermería a partir del 5 semestre y de medicina a partir del 11 semestre de la Universidad de Antioquia.

Unidad de análisis:

Estudiantes de la Universidad de Antioquia de enfermería que hayan cursado “Adulter III: salud sexual y reproductiva”, y estudiantes de medicina que hayan cursado en su respectivo pregrado el tema correspondiente a “Ginecología y Obstetricia”.

Muestra poblacional:

El procedimiento para calcular la muestra se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{(z)^2 * p * q * N}{(e)^2(N - 1) + (z)^2 * p * q}$$

Z= Nivel de confianza del 91.84% que equivale a 1.75 aproximadamente
P= Probabilidad de éxito, estudiantes que si conocen de Violencia Obstétrica 0.5
Q= Probabilidad de fracaso 0.5.
N= Población o muestra que equivale a 550 estudiantes.
E= Error muestral es de 8.16% aproximadamente.

$$n_0 = \frac{(1.75)^2 * 0.5 * 0.5 * 550}{(0.0816)^2(550 - 1) + (1.75)^2 * 0.5 * 0.5}$$

La muestra fue de 95 estudiantes.

Facultad de Enfermería.

- Total de los estudiantes matriculados en el pregrado: 438
- Total matriculados a partir del quinto semestre de la carrera (5,6,7,8): 202 estudiantes

Facultad de Medicina.

- Total de los estudiantes matriculados en el pregrado: 1669 estudiantes.
- Total matriculados a partir del onceavo semestre de la carrera (11,12,13): 348 estudiantes.

Fuente de datos:

Primaria.

Criterios de inclusión.

- Estudiantes del pregrado de enfermería de la UdeA a partir del 5 semestre que hayan cursado Adulterez III: salud sexual y reproductiva.¹
- Estudiantes del pregrado de medicina de la UdeA a partir del 11 semestre que hayan cursado Ginec obstetricia.²
- Estudiantes que hayan realizado prácticas con maternas en centros hospitalarios.
- Mayores de 18 años.

¹ Este es el nombre del curso sobre salud sexual y reproductiva que tiene el programa de enfermería de la UdeA, donde los estudiantes adquieren sus conocimientos y práctica acerca de la atención al parto.

² Este es el nombre del curso sobre Ginec obstetricia que tiene el programa de medicina de la UdeA, donde los estudiantes adquieren sus conocimientos y práctica acerca de la atención al parto.

Criterios de exclusión.

- Estudiante que no diligencie completamente el formulario.
- Estudiante que no acepte el consentimiento informado.

Procedimientos de recolección de la información

Solicitud de avales y permisos.

Para la realización de las encuestas en las facultades objeto se contó con permiso expreso de las respectivas facultades, para lo cual se envió a cada una de estas una carta solicitando la autorización para la difusión del cuestionario y recolección de los datos arrojados del mismo. El cuestionario se difundió con ayuda del departamento de comunicaciones de la Facultad de Enfermería y Bienestar Universitario de la Facultad de Medicina.

Diseño de instrumento de recolección de la información.

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue un cuestionario virtual, el diseño del cuestionario está estructurado con preguntas simples y múltiples, fue diseñado por las investigadoras del proyecto y sometido a evaluación por dos investigadores expertos en el tema con lo cual se realizaron ajustes al instrumento. Se difundió vía correo electrónico institucional a todos los estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos generales como edad, sexo, carrera y semestre que cursa están en la primera parte del cuestionario las cuales se realizaron con el fin de caracterizar la población, las preguntas de conocimientos sobre el tema se ven reflejados en la segunda parte y se realizó con el fin de dar cuenta sobre los conocimientos que tienen los estudiantes sobre VO para determinar cómo son llevados a la práctica por los futuros profesionales. El cuestionario incluyó inicialmente el consentimiento informado que describe el objeto de estudio y se solicitó autorización para hacer uso de la información entregada. Tal como se menciona en el consentimiento informado, cada variable fue medida.

Entrenamiento y prueba piloto de los instrumentos.

Se realizó una prueba piloto aplicando el cuestionario de manera virtual a una muestra de 49 personas de la población estudio con el fin de identificar, modificar y/o eliminar posibles problemas en la elaboración del cuestionario.

Recolección de la información.

En coordinación con el departamento de comunicaciones de la Facultad de Enfermería y Bienestar Universitario de la Facultad de Medicina, se envió un correo electrónico a los estudiantes que cumplan los criterios de inclusión, invitándolos a participar y continuamente se dió procedencia a la recolección de información, incluyendo el consentimiento informado que describe el objeto de estudio y solicitud autorización para hacer uso de la información entregada, de este mismo modo se explica que la investigación es completamente voluntaria y que se respeta el principio ético de la autonomía de los estudiantes quienes tuvieron la libertad de elegir participar o no en el estudio, se aclaró que podían retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusiones y que aunque el cuestionario no se realizó de manera anónima al ser mediado por sus correos electrónicos, se garantiza total confidencialidad de la información personal que el participante brindara, y sólo tendrán acceso a esta información las investigadoras del estudio y sus asesores. El cuestionario solo se pudo diligenciar una vez se acepte la participación voluntaria en el mismo.

Los resultados de la investigación se darán a conocer a los participantes del estudio después de presentado el trabajo de grado y se invitará a los directivos de las Facultades a conocer los resultados de la investigación por medio de una presentación académica al comité de currículo de cada una de ellas.

Sistematización de la información.

Las respuestas de la investigación quedaron guardadas en un archivo de excel que fue arrojado por el formulario de Google en el que se almacenaron las respuestas de cada uno de los participantes, la hoja de cálculo fue descargada para realizar la recodificación de variables, al ordenar los elementos se procedió a ejecutar la depuración y limpieza de datos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Para el análisis de datos se importó la base de datos en el programa estadístico SPSS, en el cual se obtuvo frecuencias, distribuciones, χ^2 , medidas de tendencia central y tablas de contingencia, de estas últimas se tomaron las variables dicotómicas y de estas variables se sacaron los datos para ser analizados en el programa estadístico Epi Info, en este aplicativo se realizó la razón de disparidad en estudios transversales, OR, el cual es una medida de asociación que compara las prevalencias de ocurrencia de un evento en una población. Se mide como un cociente en el cual en el numerador aparece la prevalencia de la primera categoría en consideración y en el denominador, la prevalencia de la segunda categoría; desde el cociente se calcula el OR que puede tener tres clases de valores con referencia al 1 que es el módulo de la división. Si el OR es igual a 1, ambas prevalencias son iguales; si es menor que 1, la prevalencia del denominador es mayor que la del numerador; si es mayor que 1, la prevalencia del numerador es mayor que la del denominador.

En estadística, tiene sentido comparar las prevalencias de dos categorías para determinar si hay diferencias o no; se utilizan dos formas de generalización, los intervalos de confianza o las pruebas de hipótesis. Aquí se utilizarán los intervalos de confianza para determinar si dos prevalencias son estadísticamente iguales o no. Determinar esta diferencia es importante para conocer la población objeto de una intervención para mejorar el indicador. Si el intervalo de confianza contiene al 1, las dos prevalencias son estadísticamente iguales; se interviene a toda la población. Si el intervalo de confianza no contiene al 1, las prevalencias son estadísticamente diferentes y se interviene a la población con mayor prevalencia o menor según sea el fenómeno. De tal manera se simplificó el contenido de los datos y se facilitó el análisis de la información obtenida.

Reglas de validación y restricciones.

- **Preguntas cerradas:** Debe haber opciones de respuesta y no permitir ser justificadas.
- **Preguntas abiertas:** El número de caracteres no debe ser mayor a 250.
- No se pueden ingresar símbolos.

Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medida	Categorización	Descripción
Sexo	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2.Femenino	Se refiere al sexo que viene determinado por naturaleza en las personas
Edad	Cuantitativa	Escala	_____	Edad en años cumplidos al momento de realizar la encuesta
Pregrado	Cualitativa	Nominal	1. Medicina 2. Enfermería	Pregrado en el que se encuentra matriculado al momento de realizar la encuesta.

Semestre	Cualitativa	Ordinal	<p>Medicina</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 11 semestre. 2. 12 semestre. 3. 13 semestre. 4. Ninguna de las anteriores 	Semestre de medicina perteneciente a pregrado en salud, el cual el estudiante cursa al momento de realizar la encuesta
	Cualitativa	Ordinal	<p>Enfermería</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5 semestre. 2. 6 semestre. 3. 7 semestre. 4. 8 semestre. 5. Ninguna de las anteriores 	Semestre de enfermería perteneciente a pregrado en salud, el cual el estudiante cursa al momento de realizar la encuesta
Conocimientos sobre salud materna	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y hasta el posparto. 2. Acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura. 3. Hecho biológico que tiene origen desde el momento de la fecundación. 	Conocimiento que tienen los estudiantes respecto a la definición sobre salud materna
Capacitación recibida parto humanizado	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Capacitación recibida frente al parto humanizado durante su pregrado.
Temas abordados durante la capacitación	cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad de la mujer y del bebé de permanecer juntos después del nacimiento. 2. Conexión de la paciente con los múltiples aspectos de sí misma, su sociedad y las personas que le proporcionan cuidados sanitarios. 	Temas abordados durante la Capacitación frente al parto humanizado durante su pregrado.

			<p>3. Tratar los síntomas físicos sin ocuparse de sus componentes psicológicos.</p> <p>4. Ofrecer a las mujeres espacios flexibles en los que puedan sentirse cómodas y parir como ellas elijan.</p> <p>5. Comprender la realidad del otro, percibir y sentir las necesidades de los otros incluso si están fuera de su propia experiencia.</p> <p>6. Posibilidades de responder desfavorablemente al deseo del paciente de probar métodos alternativos o de no querer recibir ningún tratamiento.</p> <p>7. Intervenciones y cuidados basados en la tradición médica</p>	
Nivel de satisfacción sobre información recibida de parto humanizado	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 	Nivel de satisfacción de los estudiantes objeto de estudio en las capacitaciones recibidas en parto humanizados durante su pregrado.
Nivel de conocimiento parto humanizado	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alto 2. Medio 3. Bajo 	Nivel de conocimientos que el estudiante considera que tiene frente al parto humanizado.

<p>Nivel de conocimientos sobre recomendaciones de la OMS en atención del parto</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables. 2. Rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal. 3. Masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto. 4. Acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección. 5. 1 y 4 son correctas. 6. 2 y 3 son correctas 7. Todas las anteriores 	<p>Conocimientos que tienen los estudiantes respecto a las recomendaciones dadas por las autoridades en salud sobre derechos sexuales y reproductivos, y la VO en la atención de las maternas y el parto.</p>
<p>Conocimiento recomendaciones OMS sobre procedimientos adecuados en periodo de dilatación</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto. 2. Informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. 3. Uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento. 4. 1 y 2 son correctas. 5. 1 y 3 son correctas. 	<p>Conocimientos de los estudiantes que tienen frente a las recomendaciones dadas por las autoridades en salud sobre atención del parto, derechos sexuales y reproductivos, y la VO en la atención de las maternas.</p>

Conocimiento definición teórica derechos sexuales	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Son los derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad. 2. Es el control de la sexualidad, decidir libre y responsablemente y verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia. 3. Es un derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos. 	Conocimiento teórico que tienen los estudiantes sobre la definición de derechos sexuales.
Conocimientos sobre cuáles son los derechos sexuales	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control respecto de la propia sexualidad. 2. Relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres. 3. Consentimiento individual. 4. Compartir las responsabilidades y consecuencias. 5. Derecho al placer. 6. Todas las anteriores. 	Conocimiento teórico que tienen los estudiantes sobre derechos sexuales.
Conocimiento definición teórica derechos reproductivos	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos. 2. Respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo. 3. Relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres. 	Conocimiento teórico que tienen los estudiantes sobre la definición de derechos reproductivos.
Conocimiento sobre cuáles son los derechos reproductivos	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos. 2. Derecho a elegir las parejas sexuales. 3. Decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar. 4. 1 y 3 son correctas. 	Conocimiento teórico que tienen los estudiantes sobre derechos reproductivos.

			5. Todas las anteriores.	
Conocimiento definición teórica de violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo de la materna y los procesos en el embarazo, parto y posparto. 2. Violación del derecho a la información y a la toma de decisiones, tratos crueles, inhumanos y degradantes, insensibilidad frente al dolor, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y buen trato. 3. Abuso de medicalización, trato humanizado y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía impactando negativamente la calidad de vida de ellas. 4. Acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado. 	Conocimiento teórico que tienen los estudiantes sobre la definición de violencia obstétrica.
Conocimiento causas de violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desinformación por parte de la materna. 2. Formación del personal en salud. 3. Invisibilización. 4. Continuidad de la atención 5. Discriminación por características sociodemográficas 	Conocimientos que tienen los estudiantes sobre las causas de violencia obstétrica.

			6. Atención organizada 7. Síndrome de burnout 8. Caso fortuito 9. Comunicación efectiva 10. Desconocimiento 11. Autoritarismo	
Conocimiento sobre tipos de violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	1. Física y psicológica. 2. Simbólica y sexual. 3. Económica y patrimonial. 4. Institucional y político. 5. Femicidio y religioso. 6. Todas las anteriores.	Conocimientos específicos que tienen los estudiantes sobre la tipificación de la violencia obstétrica
Conocimiento consecuencias en maternas de la violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	1. Depresión y síndrome de estrés postraumático. 2. Dolor genital y problemas de incontinencia. 3. Hemorragias y hemorroides. 4. 1 y 2 son correctas. 5. Todas las anteriores.	Conocimientos que tienen los estudiantes sobre las consecuencias que genera la violencia obstétrica en la salud física y psicológica de las maternas.
Conocimiento de consecuencias en neonatos de la violencia obstétrica.	Cualitativa	Nominal	1. Rechazo por parte de la madre. 2. Lesiones graves por uso de fórceps. 3. Sufrimiento fetal. 4. Rechazo por parte del neonato 5. 1, 2 y 3 son correctas 6. 2, 3 y 4 son correctas 7. Todas las anteriores.	conocimientos que tienen los estudiantes sobre las consecuencias que puede generar la violencia obstétrica en la salud física, emocional y psicológica del neonato.
Conocimiento prácticas adecuadas durante el parto.	Cualitativa	Nominal	1. Masaje uterino. 2. Pinzamiento tardío del cordón umbilical. 3. Asistir en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad (pujar).	Conocimientos que tienen los estudiantes respecto a las prácticas que consideran adecuadas durante la atención del parto.

			<p>4. Uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.</p> <p>5. Técnicas manuales para el tratamiento del dolor.</p> <p>6. 2, 3 y 5 son correctas</p> <p>7. 1 y 4 son correctas</p> <p>8. Todas las anteriores</p>	
Capacitaciones sobre violencia obstétrica recibidas durante la formación	Cualitativa	Nominal	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>	Capacitación recibida por el estudiante durante el pregrado sobre violencia obstétrica.
Temas abordados sobre violencia obstétrica en la formación	Cualitativa	Nominal	<p>1. Tipos de violencia</p> <p>2. Qué es violencia obstétrica</p> <p>3. Causas de la VO</p> <p>4. Consecuencias que genera la VO en la materna y neonato.</p> <p>5. Normatividad de la VO</p>	Temas abordados por los estudiantes durante su capacitación sobre violencia obstétrica.
Conocimientos sobre Leyes de VO	Cualitativa	Nominal	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>	Conocimientos de los estudiantes sobre Leyes, normas, reglamentos frente a la Violencia Obstétrica.
Leyes de VO	Cualitativa	Nominal	<p>¿Cuál es esa norma, Ley o reglamento que conoce sobre violencia obstétrica?</p> <p>_____</p>	Conocimientos de los estudiantes sobre Leyes, normas, reglamentos frente a la violencia obstétrica.

Grado de conocimientos sobre Leyes de VO	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy bajo 2. Bajo 3. Medio 4. Alto 5. Muy alto 	Grado de conocimientos de los estudiantes sobre Leyes, normas, reglamentos frente a la violencia obstétrica.
Criterio propio de violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Criterio propio de los estudiantes frente a una situación que puede representar violencia obstétrica.
Importancia sobre la comunicación entre médico y paciente	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Percepción que tienen los estudiantes acerca de la importancia de la comunicación entre médico y paciente durante el trabajo de parto.
Conocimientos sobre criterios de comunicación verbal durante la atención a maternas.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar el estado de salud y procedimientos 2. Notificar los involucrados en el proceso 3. Hablar sobre situaciones externas no ligadas al procedimiento 4. Hacer saber las situaciones de riesgo 5. Conversar sobre situaciones personales 6. Brindar información inexacta 7. Sostener una comunicación empática 	Conocimientos que tienen los estudiantes acerca de la comunicación entre médico y paciente durante la atención a la materna.
Percepción acerca de la empatía durante la atención a	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Percepción que tienen los estudiantes acerca de la empatía y posibles vínculos emocionales generados entre médico y paciente durante la atención a la materna.

la materna				
Percepción frente al autoritarismo médico durante la atención al parto	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Percepción que tienen los estudiantes acerca del autoritarismo médico sobre las maternas.
Conocimientos sobre los aspectos que contribuyen a la naturalización de la violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de términos comunes. 2. Procedimientos rutinarios. 3. Sumisión y conformidad de parte de las maternas. 4. Temor a la coerción por parte del profesional a la materna. 5. Carencia de reportes en la historia clínica de la materna sobre la calidad del servicio. 6. Invisibilidad de la violencia obstétrica. 7. Terminología médico-profesional. 8. Legitimación de prácticas inadecuadas hacia la materna. 9. Temor a la coerción entre colegas y superiores. 	Conocimientos que tienen los estudiantes frente a los aspectos que contribuyen a la naturalización de la violencia obstétrica
Percepción de suficiencia sobre capacitaciones de violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Percepción de suficiencia que tienen los estudiantes frente a la capacitación sobre violencia obstétrica.

Percepción normalización de violencia obstétrica desde la formación académica	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Percepción que tienen los estudiantes sobre la normalización de la violencia obstétrica desde la formación académica
Testigo violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Experiencias obtenidas por los estudiantes durante su formación académica.
Aspectos éticos	Cualitativa	Nominal	1. Lo adopta y lo practica. 2. Lo corriges frente al paciente. 3. Lo corriges en privado. 4. Lo ignoras. 5. Lo informas. 6. Ninguna de las anteriores	Cuestionamiento personal y ético que tienen los estudiantes al evidenciar casos de violencia obstétrica.
Percepción sobre existencia violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Percepción que tienen los estudiantes frente a la existencia de la violencia obstétrica.

Procesamiento de la información y análisis estadístico

Plan de análisis

Objetivo específico	Variables relacionadas	Tipo de análisis
---------------------	------------------------	------------------

Caracterizar los estudiantes de medicina y enfermería de la UdeA	Sexo	<p>Para cumplir el objetivo específico 1, se construyeron tablas de frecuencia para las variables cualitativas (sexo, pregrado y semestre) con 3 columnas: categoría, frecuencia y porcentaje.</p> <p>Para la variable cuantitativa edad, se construyó una tabla con estadísticos de resumen: media, mediana, moda, coeficiente de variación, desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo.</p> <p>Posteriormente se realizó un análisis describiendo los resultados encontrados.</p>
	Edad	
	Pregrado	
	Semestre	
Identificar qué conocimientos tienen los estudiantes de medicina y enfermería de la UdeA acerca de salud materna y parto humanizado.	Conocimientos sobre salud materna	<p>Para cumplir el objetivo específico 2 se construyeron tablas de frecuencia para las variables cualitativas con 3 columnas: categoría, frecuencia y porcentaje.</p> <p>Se realizó un análisis bivariado, haciendo cruces entre las variables dependientes (sexo, pregrado) e independientes, posteriormente se seleccionaron aquellas variables significativas de tipo dicotómica para hallar el OR, el intervalo del 95% de confianza para el OR y Valor P Mantel-Haenzel. Estos con el fin de identificar la prevalencia y la diferencia estadística entre ellas además de verificar si se debía intervenir sobre la población.</p> <p>También se realizó un análisis describiendo los resultados encontrados.</p>
	Capacitación recibida parto humanizado	
	Temas abordados durante la capacitación	
	Nivel de satisfacción sobre información recibida de parto humanizado	
	Nivel de conocimiento parto humanizado	
	Nivel de conocimientos sobre recomendaciones de la OMS en atención del parto	
	Conocimiento recomendaciones OMS sobre procedimientos adecuados en periodo de dilatación	
	Importancia sobre la comunicación entre médico y paciente	

	Conocimientos sobre criterios de comunicación verbal durante la atención a maternas	
	Percepción acerca de la empatía durante la atención a la materna	
Identificar los conocimientos que tienen los estudiantes frente a los derechos sexuales y derechos reproductivos.	Conocimiento definición teórica derechos sexuales	Para cumplir el objetivo específico 3, se construyeron tablas de frecuencia para las variables cualitativas con 3 columnas: categoría, frecuencia y porcentaje. Posteriormente se realizó un análisis describiendo los resultados encontrados.
	Conocimientos sobre cuáles son los derechos sexuales	
	Conocimiento definición teórica derechos reproductivos	
	Conocimiento sobre cuáles son los derechos reproductivos	
Describir los conocimientos que tienen los estudiantes de medicina y enfermería de la UdeA sobre violencia obstétrica.	Conocimiento definición teórica de violencia obstétrica	Para cumplir el objetivo específico 4 se construyeron tablas de frecuencia para las variables cualitativas con 3 columnas: categoría, frecuencia y porcentaje. Se realizó un análisis bivariado, haciendo cruces entre las variables dependientes (sexo, pregrado) e independientes, posteriormente se seleccionaron aquellas variables significativas de tipo dicotómica para hallar el OR, el intervalo del 95% de confianza para el OR y Valor P Mantel-Haenzel. Estos con el fin de identificar la prevalencia y la diferencia estadística entre ellas. También se realizó un análisis describiendo el hallazgo y los resultados encontrados
	Conocimiento causas de violencia obstétrica	
	Conocimiento sobre tipos de violencia obstétrica	
	Conocimiento consecuencias en maternas de la violencia obstétrica	
	Conocimiento de consecuencias en neonatos de la violencia obstétrica.	

	Conocimiento prácticas adecuadas durante el parto.	
	Capacitaciones sobre violencia obstétrica recibidas durante la formación	
	Temas abordados sobre violencia obstétrica en la formación.	
	Conocimientos sobre Leyes de VO	
	Leyes de VO	
	Grado de conocimientos sobre Leyes de VO	
	Percepción frente al autoritarismo médico durante la atención al parto	
	Percepción sobre la naturalización de la violencia obstétrica	
	Percepción de suficiencia sobre capacitaciones de violencia obstétrica	
	Percepción normalización de violencia obstétrica desde la formación académica	
	Aspectos éticos	

	Percepción sobre existencia violencia obstétrica	
--	--	--

Consideraciones éticas

El estudio se rigió por los principios éticos de la Resolución número 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que clasifica las investigaciones según su nivel de riesgo (61).

La categoría de riesgo de esta investigación fué mínima ya que solamente se aplicó un cuestionario. Aunque las preguntas pudiesen generar algún tipo de emotividad por parte de los participantes, lo cual influiría psicológicamente en las personas que dieran respuesta a este, es importante mencionar que no hubo ninguna modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio dando cumplimiento al artículo 11 de la resolución antes mencionada. Los principios éticos que el estudio consideró son los establecidos por el Reporte Belmont: respeto por las personas, justicia, beneficencia y no maleficencia (62).

Para dar cumplimiento al principio de respeto por las personas, se realizó un consentimiento informado, el cual se dió a conocer a cada estudiante antes de su participación en el estudio, la investigación fué completamente voluntaria y se respetó el principio ético de la autonomía de los estudiantes quienes tuvieron la libertad de elegir, se aclaró que podían retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusiones.

Los participantes al ser estudiantes universitarios, son personas subordinadas frente a la relación con la institución, por eso la difusión del cuestionario fue realizado por medio de Bienestar Universitario de la Facultad de Medicina y el departamento de comunicaciones de la Facultad de Enfermería, de esta manera el cuestionario no tuvo intervenciones de terceros y se garantizó el principio ético de confidencialidad.

Con respecto al cumplimiento del principio de justicia se diseñó un tipo de muestreo que no excluyó a ninguna persona de la posibilidad de hacer parte del estudio y que cumplió los criterios de inclusión.

Para el cumplimiento del principio de beneficencia y no maleficencia, el estudio buscó para beneficencia de los participantes, contribuir al reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y de esta manera contribuir con la salud materna y parto humanizado, lo que se verá reflejado en toda la sociedad.

En cuanto al cuidado de la no maleficencia, se reconoce que durante el diligenciamiento del cuestionario se pudo generar algún tipo de riesgo psicológico como lo mencionamos anteriormente, en tanto algunos participantes que podrían sentirse incómodos o afectados por

las temáticas que se abordaron en las preguntas diseñadas para el estudio. Sin embargo, después de realizado el estudio no se presentó dicho riesgo en ningún participante. Además, para controlar esta posible situación, las investigadoras sólo realizaron las preguntas que fueron necesarias para el estudio, y de haberse presentado algún caso de afectación emocional derivado de la participación en la investigación, los investigadores hubiesen procedido a remitir a la persona que así lo manifestará con la asesora asignada para la investigación quién es psicóloga de profesión y podría brindar escucha psicológica para contener la crisis generada por la situación.

El manejo de los datos personales como el correo electrónico y nombre, sólo fueron tenidos en cuenta a manera de evitar que una persona llene el formulario varias veces. La información recolectada se guardó bajo total confidencialidad y no se mostrará ninguna información que permita la identificación de quienes participaron en este estudio, sólo tendrán acceso a esta información personal las investigadoras directas. El formulario se realizó de manera virtual y fue difundido por medio del departamento de comunicaciones de la Facultad de Enfermería y Bienestar Universitario de la Facultad de Medicina, no se dispuso de la intermediación de los docentes.

El tiempo de custodia de los datos recolectados será de 5 años, serán almacenados en Google Drive, se creará una copia de seguridad en el mismo y solo tendrán acceso a ellos los estudiantes que realizaron el proyecto de investigación.

Este trabajo de grado fue sometido a revisión por el comité de ética y por el comité estudiantil de la facultad nacional de salud pública. Adicionalmente, se obtuvo autorización para la realización y difusión del cuestionario, la propagación del estudio se realizó por parte de comunicaciones de la facultad de enfermería y bienestar de las facultad de medicina de la UdeA. Cada una de las autorizaciones en las cuales se evidencia la aprobación por parte de las facultades involucradas se encuentra en los anexos de este trabajo.

Resultados

Características sociodemográficas

Este estudio fue realizado con los estudiantes del pregrado de medicina y el pregrado de enfermería de la Universidad de Antioquia, la población objeto fueron los estudiantes de medicina de 11, 12 y 13 semestre, es decir aquellos que hayan realizado el curso “Gineco Obstetricia” y los estudiantes de enfermería de la misma universidad de 5, 6, 7 y 8 semestre, es decir aquellos que hayan realizado el curso “Adulthood III: salud sexual y reproductiva”. La población estudio cuenta con un total de 550 estudiantes, 202 pertenecientes al pregrado de enfermería para un 36.7% y 348 pertenecientes al pregrado de medicina con un 63,3%. La población participante tuvo un total de 100 estudiantes, de los cuales 95 de estos contaban con todos los criterios de inclusión para participar en el estudio y respondieron la totalidad de la encuesta.

El 30,5% (29 estudiantes) de los participantes pertenecían a la facultad de enfermería y el 69,5% (66 estudiantes) restante a la facultad de medicina. La mayoría fueron mujeres con un total de 73,7%, el rango de edad estuvo entre los 20 y 51 años, con una media, mediana y moda de 24 años (desviación estándar 4,1). De los 66 estudiantes de medicina, 34,8% se encontraban en el semestre 11, 27,5% el semestre 12 y 37,8% el semestre 13. En enfermería la distribución fue la siguiente: 31,1% en quinto, 17,2% en sexto, 27,6% en séptimo, y 24,1% en octavo.

Conocimientos acerca de la salud materna y parto humanizado

La mayoría de los participantes respondieron que la definición de salud materna según la OMS era: “Acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura” correspondiente al 52,6%. Seguido por “Aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y hasta el posparto”, en un 46,3%, esta última es la definición según la OMS y por esto es considerada correcta (4).

Por otra parte, se encontró que 95,8% de los estudiantes aseguran haber recibido capacitación sobre parto humanizado. El contenido con mayor prevalencia durante la formación de los estudiantes sobre parto humanizado fue la “Necesidad de la mujer y del bebé de permanecer juntos después del nacimiento” (63), el cual corresponde a aproximadamente 23,5% de la población encuestada. Además, hay contenidos que se presentan como respuestas incorrectas debido a que contradicen lo que se debe enseñar en las capacitaciones sobre parto humanizado, pero se presentaron en busca de determinar si estos eran vistos durante la formación de los estudiantes participantes, y se encontró que: aproximadamente 3,4% de los estudiantes afirmaron que durante su formación se les enseñó “Las posibilidades de responder desfavorablemente al deseo de la paciente de probar métodos alternativos o no querer recibir ningún tratamiento”, aproximadamente 2,4% de los participantes confirman que durante su

formación se les enseñó a “Tratar los síntomas físicos sin ocuparse de sus componentes psicológicos”, y aproximadamente 8,7% de los estudiantes confirman que durante su formación se les enseñó “Intervenciones y cuidados basados en la tradición médica” los cuales contrarían los objetivos del parto humanizado. (**Tabla 1**)

Tabla 1. Distribución de frecuencia de los temas abordados durante la capacitación recibida de los estudiantes acerca de parto humanizado de la Universidad de Antioquia, en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Temas abordados durante la capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de la mujer y del bebé de permanecer juntos después del nacimiento.	89	23,5%
Ofrecer a las mujeres espacios flexibles en los que puedan sentirse cómodas y parir como ellas elijan.	81	21,4%
Comprender la realidad del otro, percibir y sentir las necesidades de los otros incluso si están fuera de su propia experiencia.	78	20,6%
Conexión de la paciente con los múltiples aspectos de sí misma, su sociedad y las personas que le proporcionan cuidados sanitarios.	71	18,9%
Intervenciones y cuidados basados en la tradición médica.	33	8,7%
Posibilidades de responder desfavorablemente al deseo del paciente de probar métodos alternativos o de no querer recibir ningún tratamiento.	13	3,4%
Tratar los síntomas físicos sin ocuparse de sus componentes psicológicos.	9	2,4%
No tuvieron capacitación	4	1,1
TOTAL	378	100,0%

De los estudiantes que han recibido capacitación en parto humanizado, se observa que aproximadamente 68.4% de estos califican su nivel de satisfacción entre 4 y 5, siendo estos niveles correspondientes a alto y muy alto (en una escala de 1 a 5 donde 1 es muy bajo y 5 muy alto). (**Tabla 2**)

Tabla 2. Distribución de frecuencia del nivel de satisfacción que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre la formación recibida de parto humanizado en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Nivel de satisfacción sobre formación recibida de parto humanizado	Frecuencia	Porcentaje
1*	4	4,2%
2*	9	9,5%
3*	17	17,9%
4*	35	36,8%
5*	30	31,6%
TOTAL	95	100,0%

*:es una calificación del nivel de satisfacción

De los estudiantes del pregrado de Medicina y Enfermería de la Universidad de Antioquia un 7,7% de los estudiantes dice que su nivel de conocimiento sobre parto humanizado es de nivel bajo. Adicionalmente de las consultas técnicas realizadas por la OMS resultaron 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Aproximadamente 87,4% de los estudiantes que participaron en el estudio identificaron dichas recomendaciones sobre la atención al parto (34), las respuestas que se consideran correctas son “Comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables” y “Acompañamiento de la mujer por una persona de su elección durante el trabajo de parto y el parto”. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de frecuencia nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las recomendaciones de la OMS en atención del parto en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Nivel de conocimientos sobre recomendaciones de la OMS en atención del parto	Frecuencia	Porcentaje
Comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables	5	5,3%
Rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal	0	0,0%
Masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto	3	3,2%
Acompañamiento de la mujer por una persona de su elección durante el trabajo de parto y el parto	1	1,0%
1 y 4 son correctas	83	87,4%
2 y 3 son correctas	1	1,0%
Todas las anteriores	2	2,1%
TOTAL	95	100,0%

De igual manera se evidencia en las recomendaciones durante el periodo de dilatación, donde 82,1% de los participantes identificaron completamente dichas recomendaciones sobre los procedimientos adecuados en dicho periodo, las respuestas que se consideran correctas son “1 y 2 son correctas” pertenecientes a “Anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto” e “Informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra” (34). (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los procedimientos adecuados en periodo de dilatación recomendados por la OMS en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Conocimiento recomendaciones OMS sobre procedimientos adecuados en periodo de dilatación	Frecuencia	Porcentaje
Anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto	4	4,2%
Informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra	11	11,6%
Uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento	0	0,0%
1 y 2 son correctas	78	82,1%
1 y 3 son correctas	2	2,1%
TOTAL	95	100,0%

Conocimientos acerca de derechos sexuales y reproductivos

Aproximadamente 61% de los estudiantes reconocieron la definición de derechos sexuales según el Ministerio de Salud, la cual es “Son los derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad” (7).

Tabla 5. Distribución de frecuencia del conocimiento que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre la definición de derechos sexuales en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Conocimiento definición sobre derechos sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Son los derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad	58	61,0%
Es el control de la sexualidad, decidir libre y responsablemente y verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia	16	16,8%
Es un derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos	21	22,2%

TOTAL	95	100,0%
--------------	-----------	---------------

Aproximadamente 91,6% de los estudiantes identifican las premisas sobre derechos sexuales. Las respuestas que se consideran correctas son “Todas las anteriores” (7). (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los derechos sexuales en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Conocimientos sobre los derechos sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Control respecto de la propia sexualidad	5	5,3%
Relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres	0	0,0%
Consentimiento individual	1	1,0%
Compartir las responsabilidades y consecuencias	0	0,0%
Derecho al placer	2	2,1%
Todas las anteriores	87	91,6%
TOTAL	95	100,0%

Aproximadamente el 94,7% de los participantes reconocen la definición de derechos reproductivos, que corresponden a los mismos derechos humanos aplicados a la vivencia de la reproducción, estos reconocen el derecho básico de todas las parejas e individuos a “Decidir libre y responsablemente el número y espaciamento de hijos” (7). (Tabla 7)

Tabla 7. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia acerca de la definición de derechos reproductivos en el estudio sobre violencia obstétrica, 2021.

Conocimiento definición sobre derechos reproductivos	Frecuencia	Porcentaje
Decidir libre y responsablemente el número y espaciamento de hijos	90	94,7%
Respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo	5	5,3%
Relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres	0	0,0%
TOTAL	95	100,0%

Aproximadamente el 43,2% de los estudiantes reconocen las premisas de los derechos reproductivos. Las respuestas que se consideran correctas son “1 y 3 son correctas”, pertenecientes a “Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos” y “Decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar” (7). (Tabla 8)

Tabla 8. Distribución de frecuencias de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los derechos reproductivos en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Conocimiento sobre los derechos reproductivos	Frecuencia	Porcentaje
--	-------------------	-------------------

Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos	2	2,1%
Derecho a elegir las parejas sexuales	0	0,0%
Decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar	0	0,0%
1 y 3 son correctas	41	43,2%
1 y 2 son correctas	3	3,2%
Todas las anteriores	49	51,5%
TOTAL	95	100,0%

Conocimientos sobre violencia obstétrica

Aproximadamente 63,2% de los estudiantes reconocen la definición de violencia obstétrica, la cual se define como “Violencia ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo de la materna y los procesos en el embarazo, parto y posparto” (38). (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre la definición de violencia obstétrica en el estudio, 2021.

Conocimiento definición teórica de violencia obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Violencia ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo de la materna y los procesos en el embarazo, parto y posparto	60	63,2%
Violación del derecho a la información y a la toma de decisiones, tratos crueles, inhumanos y degradantes, insensibilidad frente al dolor, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y buen trato	29	30,5%
Abuso de medicalización, trato humanizado y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía impactando negativamente la calidad de vida de ellas	3	3,2%
Acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado	3	3,1%
TOTAL	95	100,0%

Aproximadamente 17,5% de los estudiantes reconoce como causa de la violencia obstétrica el “Autoritarismo”, 14,6% de los mismos reconocen la “Discriminación por características sociodemográficas”, 14,4% reconoce como causa la “Formación del personal de salud” y el 14,2% la reconoce como “Invisibilización”.

Por otra parte, se presentaron premisas como respuestas incorrectas debido a que contradicen las causas de violencia obstétrica, con el fin de saber si los estudiantes consideraban si estas contribuyen a este fenómeno, se observó que: entre los encuestado el 2,3% de los estudiantes manifiesta que “la continuidad de la atención”, “la atención organizada” y “la comunicación afectiva” hacen parte de las causas de violencia obstétrica, contrariamente estas tres premisas

buscan evitar este tipo de violencia y al tiempo mejora la atención en salud sobre la materna. **(Tabla 10)**

Tabla 10. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia acerca de causas que reconocen de violencia obstétrica en el estudio, 2021.

Causas violencia obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Autoritarismo	91	17,5%
Discriminación por características sociodemográficas	76	14,6%
Formación del personal en salud.	75	14,4%
Invisibilización.	74	14,2%
Desconocimiento	71	13,6%
Síndrome de burnout	65	12,5%
Desinformación por parte de la materna.	48	9,2%
Caso fortuito	9	1,7%
Continuidad de la atención	6	1,1%
Comunicación efectiva	3	0,6%
Atención organizada	2	0,6%
TOTAL	520	100,0%

Aproximadamente 43,2% de los estudiantes reconocen la totalidad de los tipos de violencia obstétrica, los demás solo reconocen como violencia obstétrica aquellas manifestaciones de tipo físico y psicológico, esto demuestra que la mayoría de estudiantes desconocen las causas y medios por los que se puede llegar a ejercer este tipo de violencia ya que la respuesta que se considera correcta es "Todas las anteriores" (38-40). **(Tabla 11)**

Tabla 11. Distribución de frecuencia sobre conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los tipos de violencia obstétrica en el estudio, 2021.

Tipos de violencia obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Física y psicológica.	54	56,8%
Simbólica y sexual.	0	0,0%
Económica y patrimonial.	0	0,0%

Feminicidio y religioso	0	0,0%
Institucional y política	0	0,0%
Todas las anteriores	41	43,2%
TOTAL	95	100,0%

De acuerdo a las respuestas obtenidas por los estudiantes encuestados 54,7% de los participantes reconocen en su totalidad las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud de la materna (41). (Tabla 12)

Tabla 12. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud de la materna en el estudio, 2021.

Consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud de la materna	Frecuencia	Porcentaje
Depresión y síndrome de estrés postraumático.	14	14,8%
Dolor genital y problemas de incontinencia.	0	0,0%
Hemorragias y hemorroides.	0	0,0%
1 y 2 son correctas.	29	30,5%
Todas las anteriores.	52	54,7%
TOTAL	95	100,0%

Se puede identificar que 52,6% de los participantes del estudio reconoce la totalidad de las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud del neonato, las cuales son “1, 2 y 3 son correctas”, correspondiente a “rechazo por parte de la madre”, “lesiones graves por uso de fórceps” y “sufrimiento fetal” (41).(Tabla 13)

Tabla 13. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las consecuencias que genera la violencia obstétrica en el neonato en el estudio, 2021.

Consecuencias que genera la violencia obstétrica sobre el neonato	Frecuencia	Porcentaje
Rechazo por parte de la madre.	3	3,2%
Lesiones graves por uso de fórceps	0	0,0%
Sufrimiento fetal.	6	6,3%
Rechazo por parte del neonato.	0	0,0%
1, 2 y 3 son correctas	50	52,6%

2, 3 y 4 son correctas	8	8,4%
Todas las anteriores	28	29,5%
TOTAL	95	100,0%

De las consultas técnicas realizadas por la OMS mencionadas en la (Tabla 3), el 62,1% de los participantes de la población encuestada reconocen las prácticas adecuadas durante la atención al parto según la OMS, las respuestas que se consideran correctas son “2, 3 y 5 son correctas”, correspondiente a “Pinzamiento tardío del cordón umbilical”, “Asistir en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad (pujar)” y “Técnicas manuales para el tratamiento del dolor” (34). Sin embargo, se observa también que uno de cada cinco estudiantes no tiene totalmente claras las prácticas idóneas que se deben realizar. (Tabla 14)

Tabla 14. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre las prácticas adecuadas realizadas durante la atención del parto en el estudio de violencia obstétrica, 2021.

Prácticas adecuadas durante la atención al parto	Frecuencia	Porcentaje
Masaje uterino.	2	2,1%
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	10	10,5%
Asistir en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad (pujar)	6	6,3%
Uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto	1	1,0%
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	3	3,2%
2, 3 y 5 son correctas	59	62,1%
1 y 4 son correctas	4	4,2%
Todas las anteriores	10	10,6%
TOTAL	95	100,0%

Se observa que el 40% de los estudiantes aseguran no haber recibido capacitación sobre violencia obstétrica. De los temas vistos durante la capacitación en violencia obstétrica los ítems con mayor relevancia reconocidos por los estudiantes son “Que es violencia obstétrica” con aproximadamente 26,4% y “Consecuencias que genera la violencia obstétrica en la materna y el neonato” con aproximadamente 19,9%, además, aseguran que el tema menos conocido fue

“Normatividad de la violencia obstétrica”, donde aproximadamente 6% de los estudiantes afirman haber recibido capacitación sobre este tema. (Tabla 15)

Tabla 15. Distribución de frecuencia que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia de los temas abordados sobre violencia obstétrica durante la formación en el estudio, 2021.

Temas abordados sobre violencia obstétrica en la formación	Frecuencia	Porcentaje
Qué es violencia obstétrica	53,00	26,4%
Consecuencias que genera la violencia obstétrica en la materna y neonato.	40,00	19,9%
No tuvieron capacitación	38,00	18,9%
Causas de la violencia obstétrica	31,00	15,4%
Tipos de violencia	27,00	13,4%
Normatividad de la violencia obstétrica	12,00	6,0%
TOTAL	201	100,0%

Aproximadamente el 89,5% de los estudiantes de la población encuestada dicen no conocer normatividad relacionada con la violencia obstétrica o parto humanizado. Alrededor del 15,8% de los participantes en el estudio dice tener un nivel de conocimiento medio sobre este y también el 48,4% dicen que su nivel de conocimiento es bajo.

Práctica de los conocimientos sobre los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la VO

Aproximadamente el 96,8% de los estudiantes de medicina y enfermería participantes en el estudio creen que hacer chistes o comentarios relacionados con la materna o en su presencia puede vulnerar sus derechos.

El total de los estudiantes participantes en el estudio cree que la comunicación continua entre el médico y la paciente es importante y mitiga la tensión durante el trabajo de parto.

Aproximadamente el 92,5% de la población encuestada considera importante notificar empáticamente tanto a la materna como a los involucrados sobre el proceso realizado durante la atención, por el contrario 7% de los estudiantes de la población encuestada prefiere mantener diálogos diferentes a la información médica para reducir la tensión y romper el hielo con la

materna. Las respuestas que se consideran correctas son “Informar el estado de salud y procedimientos”, “Notificar los involucrados en el proceso”, “Hacer saber las situaciones de riesgo” y “Sostener una comunicación empática”. (Tabla 16)

Tabla 16. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia sobre los criterios que se deben tener en cuenta en la comunicación verbal entre médico y paciente en el estudio de violencia obstétrica, 2021

Conocimientos sobre criterios de comunicación verbal durante la atención a maternas	Frecuencia	Porcentaje
Informar el estado de salud y procedimientos	94	23,7%
Sostener una comunicación empática	94	23,7%
Hacer saber las situaciones de riesgo	92	23,2%
Notificar los involucrados en el proceso	87	21,9%
Hablar sobre situaciones externas no ligadas al procedimiento	18	4,5%
Conversar sobre situaciones personales	10	2,5%
Brindar información inexacta	2	0,5%
TOTAL	397	100,0%

Se identifica que aproximadamente el 78,9% de los estudiantes participantes en el estudio considera que tener empatía con las situaciones de la paciente durante la atención genera obligatoriamente un vínculo emocional. Adicionalmente, todos, excepto uno de los participantes considera que durante la atención al parto algunos médicos toman una postura autoritaria sobre las maternas.

Se puede observar que la naturalización de la violencia obstétrica según la perspectiva de los estudiantes encuestados radica y se perpetúa mayormente debido a la “Invisibilidad” de este fenómeno con un 16,6%, seguida de la “Legitimación de prácticas inadecuadas hacia la materna” y “Sumisión y conformidad de parte de las maternas” con un 14,5% y 14,1% respectivamente. Llama la atención que aproximadamente el 11,9% de esta población considere que el uso de la “Terminología médico - profesional” contribuye a la naturalización de dicho fenómeno. (Tabla 17)

Tabla 17. Distribución de frecuencia de los conocimientos que tienen los estudiantes de la Universidad de Antioquia acerca de la naturalización de violencia obstétrica en el estudio, 2021.

Premisas contribuyen a la naturalización de la violencia obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Invisibilidad de la violencia obstétrica.	88	16,6%
Legitimación de prácticas inadecuadas hacia la materna.	77	14,5%
Sumisión y conformidad de parte de las maternas.	75	14,1%
Procedimientos rutinarios.	68	12,8%
Terminología médico-profesional.	63	11,9%
Temor a la coerción entre colegas y superiores	52	9,8%
Carencia de reportes en la historia clínica de la materna sobre la calidad del servicio.	45	8,5%
Temor a la coerción por parte del profesional a la materna.	39	7,3%
Uso de términos comunes.	24	4,5%
TOTAL	531	100,0%

Aproximadamente el 73,68% de los estudiantes manifiestan que las capacitaciones recibidas sobre violencia obstétrica durante su formación no fueron suficientes, es necesario profundizar en este tema o hacer notar su importancia dentro del currículum académico, de manera que los estudiantes sean conscientes del tipo de capacitación recibida.

Adicionalmente, 61% de los estudiantes consideran que la violencia obstétrica se normaliza desde su formación lo cual demuestra que es un fenómeno altamente ocurrente dentro de los centros médicos y en las prácticas académicas por parte del personal de salud.

Aproximadamente el 75,8% de la población ha sido testigo de violencia durante su formación, este dato demuestra lo frecuente de este tipo de violencia durante la atención del personal de salud hacia la materna.

Aproximadamente el 45% de los estudiantes de la población encuestada manifiesta que, si durante las prácticas presencia que alguien del personal de salud está ejerciendo violencia obstétrica lo corrige en privado, lo que demuestra ética profesional en estos. Llama la atención que el 8% de los mismos, al ver este tipo de actos prefiere ignorarlos, sin embargo, alrededor del 38% de los estudiantes lo informaría. Se encontró adicionalmente que todos los participantes del estudio reconocieron la existencia de la violencia obstétrica.

Análisis bivariados

Los resultados en donde se explora la variable sexo con otras variables de estudio se presentan en la (Tabla 18). En resumen: la prevalencia del sí de las mujeres es *mayor* que la prevalencia del sí de los hombres en las siguientes variables:

- Capacitación recibida parto humanizado
- ¿Conoce alguna Ley, norma o reglamento que hable sobre violencia obstétrica o parto humanizado?
- ¿Cree usted que realizar chistes o comentarios relacionados con la materna o en su presencia puede vulnerar sus derechos?
- Percepción normalización de violencia obstétrica desde la formación académica
- ¿Ha sido testigo de violencia obstétrica durante su formación?

La prevalencia del sí de las mujeres es *igual* que la prevalencia del sí de los hombres en las siguientes variables:

- ¿Durante su formación recibió capacitación acerca de la violencia obstétrica?:

La prevalencia del sí de los hombres es *mayor* que la prevalencia del sí de las mujeres en las siguientes variables:

- ¿Considera que tener empatía con las situaciones de la paciente genera obligatoriamente un vínculo emocional?
- Percepción de suficiencia sobre capacitaciones de violencia obstétrica.

Según los resultados obtenidos por el OR, demuestra que ninguno es significativo, por lo tanto, no hay diferencia estadística entre hombres y mujeres. (Tabla 18)

Tabla 18. Razón de prevalencia de hombres a mujeres sobre los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes participantes en el estudio sobre violencia obstétrica en la Universidad de Antioquia, 2021.

	Valor OR	Intervalo del 95% de confianza para el OR	Valor P. Mantel-

				Haenzel
		Inferior	Superior	
Capacitación recibida parto humanizado	0.34	0.045*	2.54*	0.27
¿Durante su formación recibió capacitación acerca de la violencia obstétrica?	1	0.39*	2.54*	1.00
¿Conoce alguna Ley, norma o reglamento que hable sobre violencia obstétrica o parto humanizado?	0.67	0.13*	3.41*	0.63
¿Cree usted que realizar chistes o comentarios relacionados con la materna o en su presencia puede vulnerar sus derechos?	0.17	0.01*	1.92*	0.11
¿Considera que tener empatía con las situaciones de la paciente genera obligatoriamente un vínculo emocional?	1.26	0.42*	3.75*	0.68
Percepción de suficiencia sobre capacitaciones de violencia obstétrica	2.44	0.91*	6.53*	0.07
Percepción normalización de violencia obstétrica desde la formación académica	0.75	0.30*	1.90*	0.55
¿Ha sido testigo de violencia obstétrica durante su formación?	0.58	0.21*	1.60*	0.29

***: se comparan hombres (inferior) con mujeres (superior)**

El numerador es la prevalencia del sí de hombres y el denominador la prevalencia del sí de las mujeres.

Los resultados en donde se explora la variable pregrado con otras variables de estudio se presentan en la **(Tabla 19)**. En resumen: La prevalencia del sí del pregrado de medicina es *mayor* que la prevalencia del sí del pregrado de enfermería en las siguientes variables:

- Durante la formación recibió capacitación sobre violencia obstétrica.
- Testigo de violencia obstétrica.

La prevalencia del sí del pregrado de enfermería es *mayor* que la prevalencia del sí del pregrado de medicina en las siguientes variables:

- Conocimientos sobre Leyes de violencia obstétrica
- Criterio ético

- Criterio de la empatía con las situaciones con la paciente a tener un vínculo emocional
- Percepción de la normalización de la violencia obstétrica desde la formación.

Según los resultados obtenidos por el OR, demuestra que ninguno es significativo, por lo tanto, no hay diferencia entre medicina y enfermería. (Tabla 19)

Tabla 19. Razón de prevalencia de medicina y enfermería sobre los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes participantes en el estudio sobre violencia obstétrica en la Universidad de Antioquia, 2021.

	Valor OR	Intervalo del 95% de confianza para el OR		Valor P Mantel-Haenzel
		Inferior	Superior	
Durante la formación recibió capacitación sobre violencia obstétrica	0.88	0.36*	2.16*	0.79
Conocimientos sobre Leyes de violencia obstétrica	1.03	0.25*	4.30*	0.97
Criterio ético	1.14	0.10*	13.13*	0.92
Criterio de la empatía con las situaciones con la paciente a tener un vínculo emocional	3.01	0.81*	11.21*	0.09
Percepción de la normalización de la violencia obstétrica desde la formación	2.14	0.88*	5.22*	0.09
Testigo de violencia obstétrica	0.56	0.18*	1.68*	0.30

***: se comparan medicina (inferior) con enfermería (superior)**

El numerador es la prevalencia del sí del pregrado de medicina y el denominador la prevalencia del sí del pregrado de enfermería.

Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo describir los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la UdeA frente a violencia obstétrica. Para esto se crearon variables en torno a salud materna, parto humanizado, derechos sexuales, derechos reproductivos y violencia obstétrica, con estas se realizaron preguntas que nos permitieran determinar los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes. Conviene subrayar que solo fueron partícipe del estudio los estudiantes que recibieron capacitación en el pregrado de medicina sobre ginecología y en el pregrado de enfermería sobre adultez 3: salud sexual y reproductiva.

Como resultados más destacados de esta investigación se identificó que aunque todos los participantes reconocen la existencia de la VO, solo el 63,2% identifican la definición de VO y el 43,2% sus tipos, adicionalmente, el 45,3% no identifica las consecuencias de la VO en la salud de la materna y el 47,3% tampoco identifica las consecuencias de esta en la salud del neonato, aún cuando el 95,8% de los estudiantes aseguran haber recibido capacitación sobre parto humanizado; el 75,8% indicaron haber sido testigos de VO durante su formación y el 99% considera que durante la atención al parto algunos médicos tomaron una postura autoritaria, por demás, el 61% considera que la VO se normaliza desde su formación. También se observó que el 89,5% de la población indica no conocer normatividad acerca de la VO, que aunque no existe una Ley en Colombia que sancione este tipo de violencia, se han adelantado proyectos de Ley que han tenido avances importantes y que deberían ser temática base durante la formación del personal asistencial, entonces, es fundamental que los estudiantes tengan conocimiento sobre los proyectos de Ley vigentes y derogados en Colombia y/o leyes existentes internacionalmente.

Para empezar, se pudo detectar en los resultados que la mayoría de participantes del estudio sobre violencia obstétrica en la UdeA fue población femenina con un resultado de 73,7%, asimismo se ve reflejado en un estudio que se realizó en Lima-Perú sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales” (32), en este se estimó que el 95% de los participantes en este estudio fueron mujeres. Cabe resaltar que la población enfoque de ambos estudios corresponde al personal de salud en formación en la atención al parto y al personal profesional de salud con experiencia en ginecología, respectivamente.

Por otro lado, se encontró que el 37,7% de los participantes tienen un nivel alto de conocimiento en parto humanizado y un 7,4% de la población califica su nivel de conocimiento en parto humanizado como bajo. Con respecto a los resultados del estudio realizado en Lima - Perú (32), el 50% del total de profesionales participantes tiene un nivel alto de conocimiento sobre la atención de parto humanizado. Contrario a ello, un 15% tiene un nivel bajo de

conocimiento sobre el tema mencionado. Se puede deducir que en ambos estudios es necesario profundizar en el tema de parto humanizado dado que el 50% de la población o menos indica tener un nivel de conocimiento alto respecto a parto humanizado, y aproximadamente la mitad de dicha población aún consideran que no tienen el conocimiento suficiente frente al tema.

En el actual proyecto se identifica que aproximadamente 62,1% de los participantes de la población encuestada reconocen las prácticas adecuadas durante la atención al parto según la OMS, sin embargo, se observa también que el 7,3% de dicha población no reconocen las prácticas idóneas que se deben realizar durante la asistencia a la materna, el resto de la población las reconocen parcialmente. En referencia al estudio ya mencionado de Lima-Perú (32), un 70.8% de las prácticas clínicas realizadas por el profesional de la salud fueron inadecuadas, el resto fueron adecuadas lo cual da cuenta de que, si bien se están realizando acciones frente al tema desde la academia, aún no son suficientes para que todos lo practiquen. Estas recomendaciones son de gran importancia ya que promueven el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar un proceso de alta calidad antes, durante y después del parto y obtener mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina (34).

También se obtuvo como resultado que un 40% de los estudiantes asegura no haber recibido capacitación sobre violencia obstétrica, este resultado representa un dato alarmante considerando que el personal médico puede incurrir en tipos de violencia hacia la materna a causa del desconocimiento y puede ocasionar que se mantenga la invisibilización de este fenómeno. Aproximadamente el 43,2% de los estudiantes reconocen la totalidad de los tipos de violencia obstétrica, los demás solo reconocen como violencia obstétrica aquellas manifestaciones de tipo físico y psicológico, esto demuestra que la mayoría de estudiantes desconocen las diversas formas como se puede llegar a ejercer este tipo de violencia, lo cual hace notoria la falta de formación e invisibilización de esta problemática y las consecuencias que pueden llegar a tener sobre la materna y el neonato. Algo similar se evidenció en el estudio realizado en Bogotá, titulado “Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica”, muchas de las prácticas innecesarias y acciones que lesionan o patologizan a la mujer desde la gestación hasta el puerperio, se han normalizado durante la atención obstétrica, pues no se perciben como violentas o son obviadas por la mujer o el personal asistencial, generando que procesos de discriminación, limitación de la autonomía, violencia física, psicológica o exclusión, se cataloguen como un hecho “normal” o “natural”, y terminen siendo invisibilizadas como un problema (27).

En esta investigación también se obtuvo como resultado que aproximadamente 54,7% de los estudiantes reconoce en su totalidad las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud de la materna y el 52,6% de los estudiantes participantes en el estudio reconocen la totalidad de las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud del neonato (41), por lo cual se crea la hipótesis de que es necesario intervenir en la formación de los estudiantes ya que alrededor de la mitad de los participantes no tienen total dominio acerca de este fenómeno.

Respecto a conocimientos sobre Leyes acerca de la violencia obstétrica, se identifica que 89,5% de la población encuestada dice no conocer normatividad relacionada con la violencia obstétrica o parto humanizado, lo cual es muestra fehaciente de la invisibilización del fenómeno en Colombia. Cabe aclarar que en Colombia no existen Leyes específicas frente al tema, pero existen proyectos de Ley en busca de reconocer los derechos de la mujer en estado de embarazo, parto y posparto, estos pretenden efectuar un parto más humanizado y lograr la prevención de la violencia obstétrica. Así mismo, el 15,8% de los estudiantes participantes en el estudio dicen tener un nivel de conocimiento medio sobre la legislación de violencia obstétrica o parto humanizado y el 84,5% dicen que su nivel de conocimiento es bajo. En relación con un estudio elaborado en Caracas Venezuela sobre “Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud”, cuando se interrogó a los participantes si tenían conocimiento de alguna Ley que protegiera a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia, las respuestas obtenidas fueron: 87 % manifestaron que si tenían conocimiento de los cuales solo 45,7 % realmente conocen la existencia de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; y 13 % que desconocen dicha Ley (33). Por lo cual se llega a la conclusión de que en ambos estudios se debe profundizar en la capacitación sobre Leyes, normas, reglamentos o antecedentes normativos que hagan referencia a este tipo de violencia y que se puedan reconocer los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto y posparto para mitigar esta problemática que se presenta en los centros de salud durante la atención a las maternas.

También el 98,9% de los estudiantes de la población participante en el estudio considera que durante la atención al parto algunos médicos toman una postura autoritaria sobre las maternas. En el estudio “Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones” realizado en ciudad de Camagüey - Cuba, expresa que el autoritarismo es realizado por algunos profesionales y propone una situación de dominio lo que obliga al paciente a asumir un deber de obediencia. En esta relación el profesional no entrega respeto a las maternas, sino sometimiento y adopta una relación autoritaria, paternalista, sacerdotal, poseedores de toda la verdad y tratan al paciente como un objeto al que hay que cuidar sin darle participación alguna en la toma de decisiones. Ambas investigaciones reflejan esta conducta de los profesionales sobre las maternas en la atención al parto, además en la práctica diaria el equipo de salud puede correr el riesgo de establecer conductas autoritarias y de poder sobre la salud de la paciente, lo que constituye una situación de amenaza y alerta. Esta situación que se presenta con cierta frecuencia lleva a la discusión y a la reflexión a favor de una atención humanizada y respetuosa de las personas y su dignidad (64).

Por otro lado, se identifica la comunicación entre médico-paciente, el total de los estudiantes participantes creen que la comunicación continua entre el médico y la paciente es importante y mitiga la tensión durante el trabajo de parto. Esto responde a una actividad positiva y dirigida a situaciones en las cuales se disponga del consentimiento del paciente, con el propósito de compartir un bien, al considerar que el paciente no puede alcanzarlo por sí solo, la postura que el médico debe asumir es testimonio de la verdad por medio de una transmisión adecuada de conocimientos; inspirar confianza y seguridad; cumplir con un rol perfectivo, educativo y ético

(64). Estos resultados dan a entender que los participantes en esta investigación reconocen los actos autoritarios y los relacionan como una forma de la VO.

Un ejemplo paradigmático se refiere al contenido en la recomendación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) 091/1994: una mujer con diez semanas de embarazo que acudió a los servicios de salud en una clínica en la Ciudad de México, y donde le detectaron que el embrión había fallecido por lo que se procedió a extirparlo. Dos semanas después, ante la negativa de la propia clínica de recibirla en consulta por saturación de citas, acudió con un médico particular que le informó que traía un dispositivo intrauterino (DIU) colocado, sin que ella supiera ni lo hubiera autorizado, la institución respondió: el médico está autorizado para tomar decisiones en beneficio de la paciente por lo que, no obstante que ella manifestó que no aceptaba el método, le fue colocado el dispositivo con el fin de preservar su salud, y que ello no implicaba negligencia médica. En su recomendación, la CNDH les “recuerda” a los directivos que las políticas de planeación familiar del propio Instituto Mexicano del Seguro Social “no dan a las autoridades médicas atribuciones para decidir, sin acuerdo de las pacientes o de los esposos de éstas, aún a efectos de protegerlas, la aplicación de métodos anticonceptivos para espaciar los períodos intergenésicos”. Se trata de una concepción del profesionalismo médico profundamente autoritaria que sólo puede esgrimirse en propia defensa porque se está plenamente convencido de ella, estamos frente a un hábito, fruto y cómplice de un campo de poder, el médico, que se despliega con toda claridad ante nuestra mirada (65).

Los participantes de este estudio manifestaron haber sido testigos de violencia obstétrica en un 75,8% durante su formación, similar a los resultados de un estudio en Caracas-Venezuela (33), que reportó que el 63,6% de los encuestados presenciaron maltrato alguna vez durante la atención a las maternas por parte de alguno de los integrantes del equipo de salud. Estos resultados coinciden con los hallazgos de un estudio realizado en España (57), en donde se expone que un 56,4% de las mujeres durante el parto sufrió VO en su atención. Por consiguiente, los estudios reflejan la ocurrencia de la violencia obstétrica en los centros de salud y demuestran la necesidad de crear conciencia, estrategias y normas que permitan mitigar, prevenir y sancionar este tipo de violencia contra la mujer y que lleve a un parto más digno.

En relación a la definición de violencia obstétrica, aproximadamente el 63,2% de los participantes de los pregrados de medicina y enfermería en el estudio reconocieron dicha definición, alrededor del 75,8% de esta población fueron testigos de VO durante su práctica académica; respecto a los aspectos éticos que tendrían los estudiantes al presenciar VO fue que un 9,1% de medicina y un 6,9% de enfermería prefieren ignorarlos, se infiere que esto promueve la invisibilización de este tipo de violencia e incurre en actos que atenten contra la salud y la integridad de la materna, no obstante un 50% de medicina y 34,5% de enfermería expresan que en caso de ser testigos de VO lo corregiría en privado, este último demuestra colegaje o ética profesional en los estudiantes, si por el contrario el profesional continúa ejerciendo este tipo de actos puede contribuir al incremento de la VO; además aproximadamente 31,8% de los estudiantes de medicina y 51,7% de enfermería indicó que en

caso de presenciar VO lo informaría, lo que contribuye a que las instituciones manejen una óptima selección y capacitación del personal, además que se brinde una buena atención a la materna. En comparación con un estudio realizado en Qatar, titulado “Violencia obstétrica: percepciones del personal clínico a partir de un video de práctica simulada”, que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y las actitudes hacia la violencia obstétrica en una cohorte de personal multinacional de enfermería obstétrica / partería y obstetras en un hospital de maternidad privado en Qatar, el diseño de estudio implementado también se realizó de manera virtual y de forma anónima por medio de correo electrónico al personal que fue estudiado, la encuesta evaluó la demografía de los participantes y el conocimiento del término violencia obstétrica; se evidenció que el 48% podía definir correctamente el término VO, 63% de estos fueron testigos de VO en algún momento de su carrera y se identificaron diferencias significativas cuando se pidió a cada grupo profesional que informara sobre el comportamiento del equipo profesional opuesto (66).

Un dato de gran importancia es que toda la población participante en el estudio reconoce la existencia de la violencia obstétrica, pero se identifica que algunos de los estudiantes perciben que en ocasiones los profesionales asistenciales en ginecología aún realizan prácticas de este tipo, lo cual puede deberse a la falta de capacitación frente a sus medios y formas de ejercerla, como a las costumbres normalizadas adoptadas durante la trayectoria de la asistencia a las maternas.

En este estudio se creó un análisis exhaustivo en torno a la razón de disparidad en estudios transversales, OR, en el cual pudo evidenciarse que no hay diferencia significativa entre la variable sexo y pregrado, las prevalencias son estadísticamente iguales por lo que deben intervenir paralelamente a toda la población. Por ende se puede decir que la problemática acerca de los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes de los pregrados de medicina y enfermería de la UdeA sobre la violencia obstétrica evidencia no estar ligada a un pregrado o sexo en sí, al parecer es una debilidad en estos programas de formación en general. Puede deberse a falta de conocimientos y capacitaciones tanto del personal médico como de la materna, a la deficiencia de normatividad frente al tema y también a la regulación de la misma, a las tradiciones médicas perpetuadas a través del tiempo, la normalización de comportamientos no adecuados durante la atención de las maternas, al miedo que genera el procedimiento en general, a la escasez de pedagogía que engloba el tema y a un sin fin de causas debido a que la VO es un tema que hace poco tiempo se está permitiendo identificar y aún le falta trayecto para ser reconocido e invisibilizado.

En este estudio aproximadamente 61,0% de los estudiantes reconocieron la definición sobre derechos sexuales según el Ministerio de Salud; 91,6% identificaron las premisas sobre derechos sexuales. Aproximadamente 94,7% de los estudiantes reconoce la definición de derechos reproductivos y 43,2% de los estudiantes reconocen las premisas de los derechos reproductivos. Aunque en el estudio se evidencia que más del 60% de la población participante tiene conocimientos frente a los derechos sexuales y derechos reproductivos, es importante implementar estrategias que promuevan estos derechos reconociéndose como derechos

humanos fundamentales, ya que el derecho a la salud se encuentra enmarcado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Además, en el estudio “Violencia obstétrica como violencia de género” pretenden visibilizar los derechos de la mujer entre otros agentes sin distinción alguna (41), ya que estos derechos al ser infringidos deben ser tomados como violencia con enfoque de género y orientados hacia la atención a las maternas quienes son población vulnerable. Tal como se indica en CEDAW, adoptada por Colombia a través de la Ley 051 de 1981, mediante el cual el Estado Colombiano toma medidas concretas para enfrentar la discriminación, expresada en Leyes y políticas públicas, que permitan no sólo la garantía de los derechos sino también el ejercicio real de éstos (46). Para hacer efectivos los derechos de la mujer con respecto a la salud sexual y reproductiva es necesario que se cumplan las normas respecto de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud (34).

Se puede observar que la naturalización de la violencia obstétrica según la perspectiva de los estudiantes encuestados radica y se perpetúa mayormente debido a la “invisibilidad” de este fenómeno con un 16,6%, seguida de la “legitimación de prácticas inadecuadas hacia la materna” y “sumisión y conformidad de parte de las maternas” con un 14,5% y 14,1% respectivamente. Llama la atención que aproximadamente el 11,9% de los estudiantes de esta población consideró que el uso de la “terminología médico - profesional” contribuye a la naturalización de dicho fenómeno, dado que es necesario brindarles la información a las maternas de la manera más profesional posible, pues de lo contrario podría incurrir en casos reales de violencia obstétrica, por omisión o tergiversar información relevante para la paciente.

Conclusiones

La problemática acerca de los conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes en los pregrados de medicina y enfermería de la UdeA sobre la violencia obstétrica evidencia no estar ligada a un programa o sexo en sí, al parecer se debe, entre otros asuntos, a deficiencias que se presentan en el sistema educativo de estos pregrados.

La falta de leyes y de capacitación sobre VO influye directamente en la invisibilización de esta problemática, aun cuando se han realizado múltiples estudios y esfuerzos para que sea relevante y de importancia en la academia, ya que en Colombia no hay medidas que regulen, prevengan y sancionen la VO y den garantía de un trato digno y humanizado a las maternas. Se puede deducir que al no existir ningún tipo de Ley, norma o reglamento acerca de este tema las instituciones no cuentan con estos recursos para capacitar a los estudiantes, y los proyectos de ley que llegaron a tomar fuerza, al ser finalmente derogados no son una fuente lo suficientemente sólida o un ente regulador para que todas las instituciones del país puedan abordar de manera correcta este tema y erradicar este tipo de violencia.

Los estudiantes saben qué es la violencia obstétrica y reconocen algunos tipos y sus causas, sin embargo, contrasta con que los profesionales siguen ejerciendo prácticas violentas, y esto se evidencia en el hecho de que la mayoría de los estudiantes las han presenciado, por lo tanto, se concluye que la falta de normatividad frente al tema evita obtener información sobre la incidencia, prevalencia e invisibilización de este fenómeno.

Recomendaciones

Capacitar a los profesionales en salud frente a la problemática de la violencia obstétrica para así concientizar a los responsables de la atención al parto sobre las prácticas que son consideradas no adecuadas efectuadas sobre las maternas en el transcurso de su atención en los centros de salud, para así corregir aquellas prácticas incorrectas que han sido perpetradas en el tiempo debido a las costumbres.

Fortalecer la capacitación teórica y práctica del parto humanizado y la VO en el personal asistencial en formación por causa de que son quienes efectuarán la atención de las maternas en los centros de salud, por ende es necesario profundizar sobre violencia obstétrica y parto humanizado dentro del currículum académico, para mostrar la importancia y las consecuencias que genera en la población, de forma tal que los estudiantes sean conscientes del tipo de capacitación recibida.

Ahondar mayormente sobre la problemática de violencia obstétrica desde la academia, generando información relevante al respecto en Colombia para así hacerla visible ante los tomadores de decisiones, la academia, los centros de formación de recurso humano en salud, los profesionales de la salud, las maternas y la población en general, por consiguiente lograr crear conciencia en la población.

Generar e influir en la creación de normatividad que ayude a establecer medidas para regular, prevenir y sancionar la violencia obstétrica, con el fin de garantizar un trato digno en los procesos de asistencia a la maternidad, un embarazo y parto más humano, contribuyendo en la disminución de la ocurrencia e impacto que genera este tipo de violencia sobre la materna, su círculo familiar y regular la impunidad ante la presencia del hecho.

La atención a las maternas debe realizarse desde un enfoque de género, derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos con el fin de evitar cualquier forma de discriminación y maltrato, la violación de estos derechos es uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual. La mujer embarazada en particular, tiene derecho a la integridad, la seguridad y a unas condiciones dignas y salubres para la sana evolución de su estado, la atención del parto y el proceso de recuperación o de posparto por lo cual es necesario crear estrategias que permitan reforzar los conocimientos que tienen los profesionales con experiencia y aquellos en formación frente al tema para contribuir en la disminución de este tipo de violencia y promover el parto humanizado.

Implementar una política pública donde se brinde capacitación no solo a la materna en cuanto a los procedimientos médicos básicos sino también al núcleo familiar principal de la materna frente a posibles situaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y postparto

puesto que si la paciente y su núcleo directo son informados y capacitados al respecto desde un inicio puede disminuir la preocupación de la materna, incidentes graves de salud del binomio materno-neonatal, colapso de centros de salud por consultas innecesarias y en consecuencia contribuir a la disminución del síndrome de burnout o estrés laboral crónico que lleva a la alteración de la personalidad del trabajador a causa de agotamiento físico y mental, factores que pueden ser evitados desde la información presentada y discutida de manera adecuada y oportuna con la paciente y cuidadores principales del binomio materno-neonato, con el fin de aportar directamente en la disminución de la violencia obstétrica en cuanto al retraso de la asistencia médica por altos tiempos de espera durante la atención de la materna y/o neonato, comentarios despectivos por parte del personal médico a la paciente y su núcleo por falta de información adecuada y procedimientos innecesarios que atenten contra la salud materna y lleven a un parto no humanizado.

Crear estrategias que permitan que los estudiantes reconozcan la empatía como un asunto que mejora el proceso de atención, pues tener empatía hace posible el respeto y la dignidad de la relación médico-paciente.

Agradecimientos

- Diana Patricia Molina Berrio, asesora de trabajo de grado. por la asesoría y acompañamiento durante la ejecución del trabajo de grado.
- Ramón Eugenio Paniagua Suárez, profesor Facultad Nacional de Salud Pública. Por el acompañamiento metodológico durante la ejecución del trabajo de grado.
- Carlos Iván Pacheco Sánchez, experto en el tema de violencia obstétrica. Por el tiempo dedicado a la revisión del instrumento posteriormente utilizado en la recolección de datos.
- Cristina María Mejía Merino, experta en el tema de violencia obstétrica. Por el tiempo dedicado a la revisión del instrumento posteriormente utilizado en la recolección de datos.
- Alba Luz León Álvarez, profesor Facultad Nacional de Salud Pública. Por el tiempo dedicado en la revisión de resultados.

Referencias bibliográficas

- 1 Colegio Médico Colombiano. Posición del CMC frente al proyecto de ley de violencia obstétrica[Internet] [consultado: 22 de Septiembre de 2021] Disponible en: https://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/upload/docs/Comunicado-Proyecto-Violencia.pdf
2. Colombia. Senado de la República. proyecto de ley 147 de 2017 “Por medio del cual dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica”. Bogotá: El Congreso de la República de Colombia. 20 de octubre, 2017 [Internet] [consultado 22 de septiembre de 2021] Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 45a edición. Asamblea Mundial de la Salud; octubre de 2006 [consultado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Salud maternal [Internet]. [Consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/maternal-health>
5. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago, 2018 [consultado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
6. Francia. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948 [Internet]. Paris: Naciones Unidas. 10 de diciembre de 1948. [Consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/Declaracion-Universal-Derechos-Humanos-1948.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. 2014 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

8. La agencia de la ONU para los refugiados. ¿Cuáles son los derechos de la mujer embarazada? [Internet]. 2016 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/cuales-son-los-derechos-de-la-mujer-embarazada/>
9. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Salud Materna [Internet]. [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
10. Soto Toussaint L.H. Violencia Obstétrica . Revista Mexicana de Anestesiología[Internet]. Abril-Junio 2016; 39: 55-60. [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>
11. Perelman M, Tufró M. Violencia institucional. Tensiones actuales de una categoría política central [Internet]. 1-19. Buenos Aires (Argentina). 2017 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/11/Violencia-institucional_Perelman_Tufro.pdf
12. Chávez Courtois, M. L, Sánchez Maya N.A. Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. Revista de El Colegio de San Luis[Internet]. 2018,8(16): 103-119.[consultado 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-899X2018000200103
13. González Ortiz L.D, Gómez Arias R.D, Vélez Álvarez G.A, Agudelo Londoño S.M, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. Revista Panamericana Salud Pública [Internet]. 2014;35(1):15–22.[consultado 10 de noviembre de 2021].. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n1/15-22>
14. Ospina Martínez M.L, Prieto Alvarado F.A, Walteros D, Quijada Bonilla H. Mortalidad Materna Extrema. Boletín Epidemiológico semanal 2019[Internet]. Semana 23:1-29 [Consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2023.pdf>
15. Secretaría de salud de Medellín. Indicadores básicos [Internet]. Alcaldía de Medellín; 2017 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadsticas/Shared%20Content/Libros%20de%20indicadores/Libro%20indicadores%20%202017%20-%20Secretar%C3%ADa%20de%20Salud.pdf
16. Henaó L, Cañón M, Herrera M. Caracterización De La Morbilidad Materna Extrema En La Clínica Universitaria Colombia: Una Serie De Casos. Rev Medica Sanitas [Internet].

2016;19(2):66–77. [consultado 21 de septiembre de 2021] Disponible en: http://www.unisanitas.edu.co/Revista/59/CARACTERIZACION_DE_LA_MORBILIDAD_MATERNA_EXTREMA_EN_LA_CLINICA_UNIVERSITARIA_COLOMBIA_UNA_SERIE_DE_CASOS.pdf

17. Morales Andrade E, Ayala Hernández I, Morales-Valerdi H. F, Astorga Castañeda M, Castro Herrera G.A. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* [Internet]. 2018; 23:61-86 [consultado 21 de septiembre de 2021];26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2018/rmq182a.pdf>

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018 [Internet]. [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad materna. Departamento Nacional de Planeación [Internet]. [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.ods.gov.co/es/data-explorer?state=%7B%22goal%22%3A%223%22%2C%22indicator%22%3A%223.1.1.G%22%2C%22dimension%22%3A%22DES_GEO_DEPTOS%22%2C%22view%22%3A%22line%22%7D

20. Ospina Martínez M.L, Prieto Alvarado F.A, Walteros D, Quijada Bonilla H. Mortalidad Perinatal y Neonatal y Morbilidad Materna Extrema Neonatal. *Boletín Epidemiológico semanal 2020; Semana 9,1-31* [Internet]. [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf

21. Quevedo P. Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género [Internet]. Mendoza (Argentina): Universidad Nacional del Cuyo; 2012. [consultado 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf

22. Armendáriz K. La violencia obstétrica es un problema de salud pública que contribuye a la mortalidad materna: especialistas. *Portal de la red de género y salud colectiva* [Internet]. 2015. [consultado 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/genero/2015/07/22/la-violencia-obstetrica-es-un-problema-de-salud-publica-que-contribuye-a-la-mortalidad-materna-especialistas/>

23. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud pública Méx* [Internet].

2006; 48(2): 297-306. [Consultado 16 de noviembre de 2021] ;Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800010

24. Al Adib M M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina legal en costa rica. Costa Rica* [Internet]. 2017; 34 (1): 104-111 [consultado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en

25. Forero Santacruz A M. Prácticas de violencia obstétrica en Ecuador. Posibles acciones de la Cooperación Internacional. Valladolid(españa): Universidad de Valladolid[Internet]. 2020 [consultado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/45898>

26. Flores Ceccon R, Nazareth Meneghel S, de Menezes Portes V, Bueno A, Arguedas G, Hahn Bueno A. Mortalidad materna en las capitales de provincia de Brasil. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet].2019; 45(3): (1-16) [consultado 16 de noviembre de 2021] ; Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e835/es/>

27. Moreno Sierra P.E, Guzmán Castillo K.A. Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2017 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/39672/Documento.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
Haciendo visible lo invisible: prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica

28. Cobo Gutiérrez C. Violencia Obstétrica [Internet]. España: Universidad de Cantabria; 2016 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=4>

29. Retrepo Sánchez A, Rodríguez Martínez D, Torres Castro N.M. “Me des-cuidaron el parto”: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto [Internet]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2016 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezDaniela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Arango Urrea J.D. Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín para el año 2015 – 2016. [Internet] Medellín: Universidad de Antioquia; 2017[consultado 21 de septiembre de 2021] Disponible en:

http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8807/1/ArangoJuan_2017_SignificadosPersonalesParto.pdf

31. Moreno C.L, Sepúlveda L.E. Conocimientos y prácticas en anticoncepción de los estudiantes de medicina y enfermería de Manizales, Colombia. 2015. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2017;82(3):259–64.[consultado 21 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n3/0717-7526-rchog-82-03-0259.pdf>

32. Sevillano Roque M. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Febrero-marzo 2016[Internet] Lima: 2016 [consultado 21 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4741>

33. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. Marzo de 2012; 72(1): 4-12 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v72n1/art02.pdf>

34. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. [Internet]. 2019. [consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

35. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Importancia de la Lactancia Materna [Internet]. [consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ImportanciaLactanciaMaterna.aspx>

36. Organización panamericana de la salud y organización mundial de la salud. Violencia contra la mujer [Internet]. [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contramujer>

37. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. Rev Obstet Ginecol Venez 2013;73(3):171-180 [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

38. Adib Mendiría M. A, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blancob M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Medicinal Legal de Costa Rica-edición virtual. 2017; Vol. 34 (1) [Internet]. [consultado

23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-104.pdf>

39. Galimberti D, Mazzoli P. “Violencia Obstétrica” [Internet]. 2015 [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf

40. Bellon Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. DILEMATA[Internet]. 2015; 18:93-111. 2015 [consultado 22 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106936.pdf>

41. García E. M. La violencia obstétrica como violencia de género. Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. España; 2008 [consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf

42. Pedace M. El efecto de la empatía en la práctica asistencial. Hospital italiano de buenos aires[Internet]. 2018.[consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.fcchi.org.ar/el-efecto-de-la-empatia-en-la-practica-asistencial/>

43. de Dios Lorente J.A, Jiménez Arias M.E. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial [Internet]. MEDISAN 2009;13(1). [consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san10109.pdf>

44. Oran, R, "La Comunicación entre las Mujeres Embarazadas y el Personal Médico Durante el Control Prenatal en el Hospital Álvarez en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina = The Communication Between Pregnant Women and Their Doctors During Prenatal Care in Hospital Alvarez in the city of Buenos Aires, Argentina" . Independent Study Project (ISP) Collection[Internet]. 2013; collection 1581.[consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2609&context=isp_collection

45. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica Revista Iberoamericana De Psicología [Internet]. 2014; 111:79-83 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4906961.pdf>

46. Colombia. Asamblea General de las Naciones Unidas. Ley 51 de 1981, junio 2, por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y firmado en Copenhague el 17 de julio de 1980. Sistema Único de Información Normativa. [Internet]. Bogotá. Diario Oficial. No. 35794. 7, Julio, 1981. [consultado 21 de septiembre de 2021] Disponible en: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1605470>

47. Colombia. El Congreso de Colombia. Ley 248 de 1995, diciembre 29, Por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994. Santafé de Bogotá [Internet]. Diario Oficial No. 42.171; de diciembre 29 de 1995. [consultado 21 de septiembre de 2021] Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_248_1995.pdf
48. Williams C.R. Jerez C. Klein K. Correa M. Belizán J.M. Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. Rev BJOG-INT J OBSTET GY. [Internet] 04 May 2018. 1-8. [consultado en 2020 diciembre 18] Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.15270>
49. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Colombia 1991 [Internet] [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
50. Piedrahita Tamayo N. UdeA estudia violencia obstétrica en Medellín [Internet]. Universidad de Antioquia. 2018 [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/78vyq>
51. Colombia. Senado de la República. proyecto de ley 147 de 2017 “Por medio del cual dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica”. Bogotá: El Congreso de la República de Colombia. 20 de octubre, 2017 [Internet] [consultado 22 de septiembre de 2021] Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2017%20-%202018/PL%20147-17%20Violencia%20Obstetrica.pdf>
52. Barbosa S. El estado actual del Servicio Social Obligatorio. Colegio Médico Colombiano [Internet]. [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/controversia-ed-9.html
53. Colombia. Cámara de representantes. Proyecto de Ley 063 de 2017, por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o Ley de parto humanizado. Bogotá: El Congreso de la República de Colombia. [Internet] [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/cuatrenio-2018-2022/2018-2019/article/245-por-medio-de-la-cual-se-establecen-los-derechos-de-la-mujer-en-trabajo-de-parto-parto-y-postparto-y-se-dictan-otras-disposiciones-o-ley-de-parto-humanizado>
54. Colombia. Cámara de representantes. Proyecto de ley número 267 de 2019 Cámara, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y

posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado. Bogotá: El Congreso de la República de Colombia. 9 de octubre de 2019 [Internet] [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.andi.com.co/Uploads/PL%20271%20-2019%20C.pdf>

55. Colombia. Cámara de representantes. Proyecto de Ley No 191 de 2020 Senado “Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado” Bogotá: El Congreso de la República de Colombia. 2020 [Internet] [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-2021/1988-proyecto-de-ley-191-de-2020>

56. Ministerio de Sanidad. Situación de Salud Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. [Internet]. [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.2_SituacionSalud.pdf

57. Rodríguez Ramos PA, Aguilera Ávila L. La Violencia Obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer, el caso de Tenerife. *MUSAS Rev Investig en mujer, salud y Soc.* 2017;2:56–74. [Internet]. 7 de enero de 2017;2(2):56–74 [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/viewFile/vol2.num2.4/21984>

58. Mena Tudela D, González Chordá V.M, Soriano Vidal F.J, Bonanad Carrasco T, Centeno Rico L, Vila Candel R, et al. Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *National library of medicine* [Internet]. 2020; 21;88:104364.[consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32120084/>

59. Gray T, Mohan S, Lindow S, Pandey U, Farrell T. Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK. *N ational Library of medicine*[Internet]. 2021;261:98-102. [consultado 22 de septiembre de 2021].Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33932685/>

60. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *National library of medicine*[internet].[consultado 10 de noviembre de 2021] 2019;1:100007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31396594/>

61. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá [Internet]. [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en:

https://www.hospitalsanpedro.org/images/Comite_Investigacion/Resolucion_8430_de_1993.pdf

62. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Observatorio de Bioética y derecho [Internet]. Barcelona.: abril 18 de 1979 [consultado 22 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

63. Davis Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology & Obstetric* [Internet]. 2001;75: 5–23. [consultado 22 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-7292%2801%2900510-0>

64. Alfonso Presilla E.M. Nabalbo Aguilera Y.T. Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. [Internet]. *Humanidades Médicas*. 2012;12(2): 252-261. [consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v12n2/hmc08212.pdf>

65. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Primera edición [Internet] Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2015 [consultado 21 de septiembre de 2021] Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf

66. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *El savior*[internet], 2019.[consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en:<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2590161319300432?token=47ECC1E76F66C70B6E1380A7FC2E5F55B24CE95AC9F80BEB10BB151DFB70752886D7D3658BE7E8F1467A888B5B533F98&originRegion=us-east-1&originCreation=20211119051319>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

Violencia obstétrica: conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes en pregrado de medicina y enfermería de la UdeA, Medellín 2021

Investigadores:

Paula Andrea Duque Loaiza: Estudiante de Gerencia en sistemas de información en salud (facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia). Dirección: Carrera 28B #12-44. Teléfono: 3052273911. Correo electrónico: paula.duquel@udea.edu.co

Luisa Fernanda Morales Osorio: Estudiante de Gerencia en sistemas de información en salud (facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia). Dirección: Carrera 74B #98-70 (Medellín - Castilla). Teléfono: 3186094466. Correo electrónico: luisaf.morales@udea.edu.co

Laura Cristina Patiño Ibáñez: Estudiante de Gerencia en sistemas de información en salud (facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia). Dirección: Diagonal 43 B, avenida 33 B-09 (Bello Antioquia). Teléfono: 3127336901. Correo electrónico: lcristina.patino@udea.edu.co

Identificación del participante: Estudiantes de Medicina y Enfermería Universidad de Antioquia

Asesor del proyecto: Diana Patricia Molina Berrio

Sitio donde se llevará a cabo el estudio: virtual, por medio del correo electrónico académico

Entidad que respalda la investigación: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de salud pública “Héctor Abad Gómez”

Entidad que patrocina la investigación: No hay patrocinio de ninguna entidad.

La presente investigación pretende determinar los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de Antioquia sobre violencia obstétrica (VO), los resultados de esta investigación estarán al servicio de quienes administran la formación académica de estos programas para que tengan un medio para mejorar el proceso de formación, lo cual se verá reflejado en la prestación de servicio por parte

de estos futuros profesionales y la mejora de la atención brindada a las maternas en el área de ginecología y obstetricia, brindar información que puede ser de apoyo para la discusión que se da en Medellín y el país sobre este tipo de violencia, por lo tanto se espera cooperación de la universidad y las facultades involucradas para la obtención de la información, con la cual podrían realizar cambios a nivel institucional para la mejora del proceso de aprendizaje, generando un mejoramiento desde la base del proceso educativo para una buena implementación de este en las instituciones de salud.

Las universidades inculcan los más meticulosos criterios éticos, conceptos de cuidado, buen trato y respeto hacia sus pacientes, con el fin de fomentar una relación amable y duradera; Este estudio se lleva a cabo dado que es posible que los estudiantes lleguen al hospital a realizar sus prácticas clínicas y comiencen a ver, hacer y repetir las acciones violentas observadas en el diario vivir de una sala de maternidad, pues muchos de sus docentes, los médicos, enfermeras, y demás personal de salud las normalizan y transmiten, sin estar al tanto de que estas acciones transgreden los derechos de la mujer.

El estudio se ejecutará con los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia. Su importancia radica en que uno de los aspectos que influyen en la violencia obstétrica es la formación académica pues los profesionales están directamente vinculados con la atención a las maternas; y aunque la violencia obstétrica ha sido investigada en diversos países, los estudios realizados sobre este no tienen enfoque en los conocimientos sobre concepciones y prácticas de los estudiantes en medicina y enfermería; existen investigaciones dirigidas a estos estudiantes como: conocimientos sobre concepciones y prácticas en anticoncepción, relacionado con profesionales de gineco-obstetricia, conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Sin embargo, en este recorrido bibliográfico no se ha identificado ningún estudio que logre rastrear cómo ha sido la formación de los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería y cómo podría influir esta en la violencia obstétrica, lo cual hace importante esta propuesta de investigación y más aplicarla en nuestra Universidad y País.

La Universidad de Antioquia forma talento humano en salud y dada la poca o nula información que hay al respecto se justifica y es pertinente ahondar una investigación sobre este tema de cómo la formación que reciben los estudiantes se relaciona con la violencia obstétrica. Se invita a participar y ayudar en la realización de este proyecto a la población estudiada, ya que son los estudiantes quienes reciben la formación académica en este tema y son los futuros profesionales en los que ponemos en manos la salud de nuestras maternas.

La población a estudiar son los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia a partir de onceavo semestre y los estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia a partir

de quinto semestre, ya que son estos los estudiantes que han visto de manera teórica y práctica los cursos correspondientes al tema durante su formación académica.

Procedimientos del estudio.

El instrumento utilizado para la recolección de la información es el cuestionario virtual de Google forms en este se pedirán datos sociodemográficos. El formulario cuenta con preguntas simples y múltiples y se deberá responder acerca de los conocimientos sobre violencia obstétrica, será difundido por medio del correo electrónico a los estudiantes de dichas facultades de la Universidad de Antioquia que cumplan con los criterios de inclusión, este cuenta con una duración de 30 a 40 minutos, en el cual se estima el tiempo de respuesta y dudas sobre el cuestionario.

Solicitamos autorización para hacer uso de la información entregada, de este mismo modo se aclara que la investigación es completamente voluntaria y que se respeta el principio ético de la autonomía de los estudiantes quienes tienen la libertad de elegir participar o no en el estudio, se reitera que pueden retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusiones o sanciones, y que aunque el cuestionario no se realiza de manera anónima pues es por medio de sus correos electrónicos, se garantiza total confidencialidad de la información personal del participante, y que sólo tendrán acceso a esta información las encargadas del proyecto.

El manejo de los datos personales como el correo electrónico y nombre, sólo serán tenidos en cuenta a manera de evitar que una persona llene el formulario en repetidas ocasiones y realizar devolución de los resultados a los participantes, los resultados obtenidos de la investigación serán compartida mediante el correo electrónico a los que fueron partícipes de este. La información recolectada se guardará bajo total confidencialidad y no se mostrará ninguna información que permita la identificación de quienes participen en este estudio.

El diseño del cuestionario corresponde a un estudio descriptivo observacional - exploratorio, este cuenta con preguntas simples y múltiples, cada variable será medida y los resultados obtenidos quedarán consignados en un archivo de Excel el cual es arrojado por el formulario de Google. Con la información recolectada se hará la tabulación de los datos con la cual se procederá a hacer el análisis de los mismos por medio del software R studio y SPSS por el cual obtendremos los resultados de las pruebas estadísticas a las que dé lugar.

El tiempo de custodia de los datos recolectados será de 5 años, serán almacenados en Google Drive y allí mismo se creará una copia de seguridad, y solo tendrán acceso a ellos los estudiantes que realizaron el proyecto de investigación.

El riesgo en la participación es mínimo: Después de realizar un análisis de los riesgos institucionales, psicológicos (emocionales), políticos, académicos, biológicos, ambientales, tecnológicos y de seguridad de los participantes, se llegó a la conclusión de que puede existir el riesgo de que alguna pregunta pueda causar sensibilidad en los participantes (riesgo psicológico (emocional)), si este llegara a incurrir se les pide comunicarse telefónicamente con una de las investigadoras, quienes le remitirán con un profesional de la psicología para realizar contención de la situación, tampoco se efectuarán procedimientos invasivos que afecten su integridad física.

Al realizarse la encuesta de manera virtual existe un riesgo de tipo tecnológico, para mitigar este riesgo se guardará el archivo en Google drive y allí mismo se realizarán copias de seguridad en caso de pérdida de información, también se creará una clave de ingreso a los archivos con el fin de evitar que alguien ajeno al proyecto pueda ver los archivos o acceda a este y así evitar el robo de la información.

Beneficios para el participante.

Los participantes no recibirán ningún beneficio económico, los beneficios son indirectos ya que se espera que con los resultados de la investigación brindar el medio a las facultades establecidas para ayudar a mejorar los procesos formativos en la atención al parto en la Universidad de Antioquia, estos beneficios pueden ser aplicados a largo plazo, posiblemente para próximos estudiantes de estas carreras, este cuestionario no generará un costo al participante dado que el formulario es virtual y se podrá realizar voluntariamente en cualquier lugar desde dispositivos con acceso a internet.

Compromisos del participante

Cada participante se compromete a responder de manera sincera y consciente la encuesta realizada.

Compromisos del investigador

Los investigadores del proyecto se comprometen a:

- Buscar soluciones pertinentes a los problemas imprevistos que puedan surgir durante la investigación.
- Dar apoyo a los participantes del proyecto en cada duda o requerimiento que tengan, brindándoles la ayuda requerida.

- Se garantiza total confidencialidad de la información personal del participante y que solo tendrán acceso a los datos recolectados los encargados del proyecto o investigadores.
- Aclarar la situación de la investigación y del investigador frente a las entidades de salud y las instancias legales pertinentes.
- Informar al participante sobre cualquier hallazgo de la investigación que pueda significar riesgos o beneficios para él.
- Dar resultados de la investigación a las facultades involucradas para que estas puedan hacer uso de dicha investigación para su beneficio y los participantes del estudio.

Resultados esperados

1) Uso que se dará a los resultados: los resultados obtenidos son de carácter confidencial, y serán utilizados únicamente para fines académicos y de investigación, serán entregados a los participantes en la investigación (quienes llenen el formulario) y a las respectivas directivas de las facultades.

2) Utilidad de ellos para la ciencia: servirá de base para próximas investigaciones, es el punto inicial, pues durante la búsqueda de información referente al tema no se encontraron investigaciones similares en el país.

3) Probabilidades de aplicación y consecuencias derivadas de ella: los resultados obtenidos serán entregados a las decanaturas de la facultad de Enfermería y de Medicina, serán ellos quienes deciden si la información brindada será aplicada para el mejoramiento de la asignatura de “cuidado de la salud sexual y reproductiva” de la facultad de Enfermería y “Adulter III: salud sexual y reproductiva” en la facultad de Medicina.

4) Beneficios que pretende obtener la investigación a corto y largo plazo (tanto para el participante como para la ciencia y/o la sociedad):

Participante y ciencia: esta investigación pretende brindar elementos para fortalecer el pensum de la Facultad de Enfermería sobre “cuidado de la salud sexual y reproductiva” y de Medicina sobre “Adulter III: salud sexual y reproductiva” a largo plazo.

Sociedad: Al realizar el estudio sobre la formación académica se espera que los resultados sirvan de insumos para mejorar la formación recibida por los estudiantes, lo que a su vez redundará en una mejoría en la calidad de atención (más cálida, humana y libre de violencia obstétrica) que ellos brindan a las maternas.

Personas a contactar para información

Para resolver inquietudes relacionadas con el estudio cualquier participante o interesado en el proyecto puede contactarse con:

Paula Andrea Duque Loaiza: Investigadora principal del proyecto. Correo electrónico: paula.duquel@udea.edu.co

Luisa Fernanda Morales Osorio: Investigadora principal del proyecto Teléfono: 3186094466. Correo electrónico: luisaf.morales@udea.edu.co

Laura Cristina Patiño Ibáñez: Investigadora principal del proyecto. Teléfono: 3127336901. Correo electrónico: lcristina.patino@udea.edu.co

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de la investigación puede comunicarse con:

John Smith Arenas Asistente del Comité de Ética de la Investigación. Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Oficina 237 Teléfonos: 2196878, 2196830

Alba Emilse Gaviria Méndez presidente del Comité de Ética. Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co, Teléfono: 219 68 30.

Aceptación de la participación

He leído y comprendido la información anterior.

Reconozco que la información que se obtenga durante el desarrollo del mismo es de carácter confidencial y será utilizada para fines académicos y de investigación. Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; igualmente, tengo claro que no recibiré beneficios individuales. Por lo anterior, consiento voluntariamente participar en esta investigación y contestar el cuestionario en pleno uso de mis facultades mentales, de forma consciente, autónoma y libre, sin encontrarse bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas.

Acepto voluntariamente participar en este trabajo de investigación, comprendo claramente los procedimientos del mismo y que puedo retirarme en cualquier momento.

() Acepto los términos y condiciones.

Anexo 2. Cuestionario.

Marque con una X La respuesta que considere correcta

Caracterización de la población:

1. Sexo:

Masculino

Femenino

2. Edad:

3. Pregrados:

Medicina

Enfermería

4. Semestre:

- Medicina

1. 11 semestre

2. 12 semestre

3. 13 semestre

- Enfermería

2. 5 semestre

2. 6 semestre

3. 7 semestre

4. 8 semestre

- Conocimientos sobre salud materna

5. De las siguientes premisas sobre salud materna, elija la que considere correcta.

Aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto, y hasta el posparto

Acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura.

Hecho biológico que tiene origen desde el momento de la fecundación.

- Capacitaciones recibidas durante la formación sobre el parto humanizado

6. ¿Durante su formación recibió capacitación acerca de parto humanizado?

1. si

2. no

7. De la capacitación recibida ¿qué temas fueron abordados? Elija una o varias respuestas.

- Necesidad de la mujer y del bebé de permanecer juntos después del nacimiento.
- Conexión de la paciente con los múltiples aspectos de sí misma, su sociedad y las personas que le proporcionan cuidados sanitarios.
- Tratar los síntomas físicos sin ocuparse de sus componentes psicológicos.
- Ofrecer a las mujeres espacios flexibles en los que puedan sentirse cómodas y parir como ellas elijan.
- Comprender la realidad del otro, percibir y sentir las necesidades de los otros incluso si están fuera de su propia experiencia.
- Posibilidades de responder desfavorablemente al deseo del paciente de probar métodos alternativos o de no querer recibir ningún tratamiento.
- Intervenciones y cuidados basados en la tradición médica.

8. Durante su formación, en las capacitaciones recibidas sobre parto humanizado ¿considera que fueron suficientes?

Responda, 5: siendo suficiente y 1 siendo insuficiente)

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5

9. ¿Cómo califica su nivel de conocimiento sobre parto humanizado?

1. Alto 2. Medio 3. Bajo

- Conocimientos sobre las recomendaciones de la organización mundial de la salud sobre la atención del parto.

10. Según las siguientes premisas sobre las recomendaciones de la OMS sobre la atención del parto. Seleccione la respuesta que considere correcta.

- 1. Comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
- 2. Rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.
- 3. Masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto.
- 4. Acompañamiento de la mujer por una persona de su elección durante el trabajo de parto y el parto.
- 5. 1 y 4 son correctas
- 6. 2 y 3 son correctas
- 7. Todas las anteriores

11. Durante el periodo de dilatación, la OMS considera adecuados los siguientes procedimientos. Elija el que considere correcto.

- 1. Anestesia epidural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto.
- 2. Informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra.
- 3. Uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento.
- 4. 1 y 2 son correctas.
- 5. 1 y 3 son correctas.

- Conocimiento sobre derechos sexuales y derechos reproductivos

12. ¿Cuál de las siguientes premisas recoge la definición de derechos sexuales?

1. Son los derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad.
2. Es el control de la sexualidad, decidir libre y responsablemente y verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia.
3. Es un derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos.

13. Cuál de las siguientes premisas considera que hacen parte de los derechos sexuales:

1. Control respecto de la propia sexualidad.
2. Relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres.
3. Consentimiento individual.
4. Compartir las responsabilidades y consecuencias.
5. Derecho al placer.
6. Todas las anteriores.

14. Según las siguientes premisas elija la que corresponda a derechos reproductivos

1. Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos.
2. Respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo.
3. Relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres.

15. ¿Cuál de las siguientes premisas considera que hace parte de los derechos reproductivos? Elija la respuesta correcta.

1. Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos.
2. Derecho a elegir las parejas sexuales.
3. Decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar.
4. 1 y 3 son correctas.
5. 1 y 2 son correctas
6. Todas las anteriores.

- Conocimientos sobre violencia obstétrica:

16. ¿Cuál de las siguientes premisas recoge la definición de violencia obstétrica?

- a. Violencia ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo de la materna y los procesos en el embarazo, parto y posparto.
- b. Violación del derecho a la información y a la toma de decisiones, tratos crueles, inhumanos y degradantes, insensibilidad frente al dolor, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y buen trato.
- c. Abuso de medicalización, trato humanizado y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía impactando negativamente la calidad de vida de ellas.
- d. Acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado.

17. ¿Cuáles de las siguientes considera que son causas de violencia obstétrica?

- a. Desinformación por parte de la materna.
- b. Formación del personal en salud.
- c. Invisibilización.
- d. Continuidad de la atención
- e. Discriminación por características sociodemográficas
- f. Atención organizada
- g. Síndrome de burnout
- h. Caso fortuito
- i. Comunicación efectiva
- j. Desconocimiento
- k. Autoritarismo

18. ¿Cuáles son los tipos de violencia obstétrica?

- 1. Física y psicológica.
- 2. Simbólica y sexual.
- 3. Económica y patrimonial.
- 4. Institucional y política
- 5. Femicidio y religioso.
- 6. Todas las anteriores

19. ¿Cuáles son las consecuencias de la violencia obstétrica sobre la salud materna?

- 1. Depresión y síndrome de estrés postraumático.
- 2. Dolor genital y problemas de incontinencia.
- 3. Hemorragias y hemorroides.
- 4. 1 y 2 son correctas.
- 5. Todas las anteriores.

20. ¿Cuáles son las consecuencias que genera la violencia obstétrica sobre el neonato? Elija una respuesta

- 1. Rechazo por parte de la madre.
- 2. Lesiones graves por uso de fórceps.
- 3. Sufrimiento fetal.
- 4. Rechazo por parte del neonato
- 5. 1, 2 y 3 son correctas
- 6. 2, 3 y 4 son correctas
- 7. Todas las anteriores.

21. ¿Cuál de las siguientes prácticas realizadas durante la atención del parto considera adecuadas? Elija la que considere correcta.

- 1. Masaje uterino.
- 2. Pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- 3. Asistir en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad (pujar).
- 4. Uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.
- 5. Técnicas manuales para el tratamiento del dolor.
- 6. 2,3 y 5 son correctas.
- 7. 1 y 4 son correctas.
- 8. Todas las anteriores.

- 5. () Conversar sobre situaciones personales
- 6. () Brindar información inexacta
- 7. () Sostener una comunicación empática

30. ¿Considera que tener empatía con las situaciones de la paciente genera obligatoriamente un vínculo emocional?

- 1. () si
- 2. () no

31. ¿Considera que se producen actos autoritarios por parte de los médicos sobre las maternas?

- 1. () si
- 2. () no

32. ¿Cuáles de las siguientes premisas contribuyen a la naturalización de la violencia obstétrica?

- 1. () Uso de términos comunes.
- 2. () Procedimientos rutinarios.
- 3. () Sumisión y conformidad de parte de las maternas.
- 4. () Temor a la coerción por parte del profesional a la materna.
- 5. () Carencia de reportes en la historia clínica de la materna sobre la calidad del servicio.
- 6. () Invisibilidad de la violencia obstétrica.
- 7. () Terminología médico-profesional.
- 8. () Legitimación de prácticas inadecuadas hacia la materna.
- 9. () Temor a la coerción entre colegas y superiores.

33. ¿Considera que las capacitaciones sobre violencia obstétrica recibidas durante formación fueron suficientes?

- 1. () si
- 2. () no

34. ¿Cree que la violencia obstétrica se normaliza desde la formación académica?

- 1. () si
- 2. () no

35. ¿Ha sido testigo de violencia obstétrica durante su formación?

- 1. () si
- 2. () no

36. ¿Qué haría si durante las prácticas se da cuenta que alguien del personal de salud está ejerciendo violencia obstétrica?

- 1. () Lo adopta y lo practica.
- 2. () Lo corriges frente a la paciente.
- 3. () Lo corriges en privado.
- 4. () Lo ignoras.
- 5. () Lo informas.
- 6. () Ninguna de las anteriores

37. ¿Cree usted que existe la violencia obstétrica?

1. () si

2. () no

Anexo 3 Aval comité de programa facultad nacional de salud pública



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”

Medellín, 05 de febrero de 2021

Señores
COMITÉ DE ÉTICA
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Reciban un cordial saludo.

La presente, es con el fin de informar que las estudiantes Paula Andrea Duque Loaiza, Luisa Fernanda Morales Osorio y Laura Cristina Patiño Ibañez, presentaron ante el Comité de Programa de Gerencia de Sistemas de Información, el proyecto de Trabajo de Grado titulado: **“Violencia Obstétrica: Conocimientos y prácticas de los estudiantes en pregrado de medicina y enfermería de la U de A, Medellín (2021)”**, el cual, fue avalado por el Comité de Programa el día 7 de diciembre de 2020, por medio del acta No 12.

Se nombró como asesora académica a la profesora Diana Patricia Molina Berrío.

Agradezco su atención

Cordialmente,

ALFONSO HELÍ MARÍN ECHEVERRY
Coordinador de Programa
Gerencia de Sistemas de Información en Salud

Anexo 4. Carta solicitud aval del comité de ética, Facultad Nacional de Salud Pública

Medellín, 3 de febrero de 2021

Doctor(es)

COMITÉ DE ÉTICA.

Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”

Universidad de Antioquia

Cordial saludo,

Por medio del presente sometemos a evaluación del comité de ética el trabajo de grado titulado: “Violencia obstétrica: conocimientos y prácticas de los estudiantes en pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín 2021”, desarrollado en el marco del curso Metodología de la Investigación y trabajo de investigación y que ahora se ejecuta en el curso trabajo de grado, por las estudiantes Paula Andrea Duque Loaiza, Luisa Fernanda Morales Osorio y Laura Cristina Patiño Ibáñez, investigadoras del proyecto y estudiantes del programa Gerencia en sistemas de Información en Salud. El trabajo de grado tuvo revisión técnica de la profesora Diana Patricia Molina Berrio, asesora del trabajo de grado de las estudiantes.

El trabajo de grado tiene como objetivo general describir los conocimientos y prácticas que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia frente a la Violencia Obstétrica (VO), con el fin de ayudar a generar información relevante para mejoramiento de los currículos de formación de estas profesiones después del periodo 2021.

La recolección de información en esta investigación se hará por medio de una encuesta electrónica enviada al correo institucional de los estudiantes de medicina a partir de onceavo semestre y de enfermería a partir de quinto semestre, ya que son estos los estudiantes que han visto gineco obstetricia en el pregrado de medicina y Adultez III: salud sexual y reproductiva en el pregrado de enfermería ya que son la población con la que se llevará a cabo la investigación.

Las encuestas serán enviadas a través de la coordinación de bienestar en cada facultad, incluirá el consentimiento informado que describe el objeto de estudio y solicita autorización para hacer uso de la información entregada, de este mismo modo explica que la investigación es completamente voluntaria y que se respeta el principio ético de la autonomía de los estudiantes quienes tienen la libertad de elegir participar o no en el estudio, se aclara que pueden retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusiones y que aunque el cuestionario no se realiza de manera anónima pues es por medio de sus correos electrónicos, se garantiza total confidencialidad de la información personal del participante, y que sólo tendrán acceso a esta información las encargadas del proyecto. A cada facultad donde se aplicará el estudio ya se envió una carta solicitando los datos necesarios y pidiendo permiso para la aplicación del estudio en las mismas, las cartas fueron revisadas y firmadas por Nelson Armando Agudelo Vanegas, jefe del departamento de ciencias básicas de la Facultad Nacional de Salud Pública y por Diana Patricia Molina Berrio, asesora del proyecto. Las cartas fueron recibidas en cada una de las facultades donde se aplicará el estudio y no se ha solicitado que fuera sometido a comité de ética de dichas facultades, sin embargo se requiere el aval del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública.

Muchas gracias por su atención

Cordialmente,

Diana Molina

DIANA PATRICIA MOLINA BERRIO

Docente - investigadora, asesora.

Paula Andrea Duque L.

PAULA ANDREA DUQUE LOAIZA

Estudiante de Gerencia de Sistemas de Información en Salud

Investigadora principal del proyecto

Luisa Fernanda Morales Osorio

LUISA FERNANDA MORALES OSORIO

Estudiante de Gerencia de Sistemas de Información en Salud

Investigadora principal del proyecto

Laura Cristina Patiño Ibañez

LAURA CRISTINA PATIÑO IBAÑEZ

Estudiante de Gerencia de Sistemas de Información en Salud

Investigadora principal del proyecto

Anexo 5. Aval comité de ética. facultad nacional de salud pública



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Héctor Abad Gómez

21030002-0052-2021

Medellín, 06 de abril del 2021

Estudiantes

PAULA ANDREA DUQUE LOAIZA
LUISA FERNANDA MORALES OSORIO
LAURA CRISTINA PATIÑO IBÁÑEZ

Gerencia en Sistemas de Información en Salud
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asunto: Responsabilidades del Investigador principal.

Cordial saludo,

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez - CEI en la sesión 260 del 26 de marzo de 2021 avaló el proyecto de investigación *Violencia Obstétrica: Conocimientos y prácticas de los estudiantes en pregrado de Medicina y Enfermería de la U. de A, Medellín (2021)*.


Según la capa de riesgo el proyecto fue catalogado como de riesgo mínimo.

De acuerdo con las responsabilidades establecidas por esta clasificación usted debe:

1. Dar cumplimiento al protocolo de investigación tal como fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI). En caso de requerir cambios solicitar su aprobación al Comité antes de realizar tales cambios (solicitud de enmienda al protocolo).
2. Presentar un informe de avance e informe final cuando lleve el 50% de ejecución del proyecto, sobre el cumplimiento de las consideraciones éticas aprobadas, el cuál será solicitado por el Centro de Investigación.

Estaremos atentos a resolver cualquier duda o solicitud.

Atentamente,


ALBA E. GAVIRIA MÉNDEZ
Presidente


BEATRIZ E. CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Proyctó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI
Teléfono: 219 68 78
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co

21030002-0053-2021

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez - CEI en la sesión 260 del 26 de marzo de 2021 avaló el proyecto de investigación *Violencia Obstétrica: Conocimientos y prácticas de los estudiantes en pregrado de Medicina y Enfermería de la U. de A, Medellín (2021)*.

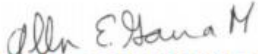
El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.


Si el proyecto de investigación no ha iniciado ejecución en un año después de la expedición del presente aval, se deberá remitir nuevamente al Comité de Ética para su renovación.

Este aval es válido durante toda la vigencia del proyecto de investigación.

Dado en Medellín, 06 de abril del 2021.

Atentamente,


ALBA E. GAVIRIA MÉNDEZ
Presidente


BEATRIZ E. CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Anexo 6. Carta datos requeridos Enfermería



Medellín, 20 de enero de 2021

Doctora
LESLIE GARCÍA BLANQUICETT
Vicedecana
Facultad de Enfermería
Universidad de Antioquia

Cordial Saludo,

De la manera más atenta solicito su colaboración para que las estudiantes Paula Andrea Duque Loaiza, Luisa Fernanda Morales Osorio y Laura Cristina Patiño Ibáñez, estudiantes de gerencia en sistemas de información en salud de la Facultad nacional de salud pública y quienes actualmente se encuentran desarrollando su trabajo de grado titulado: "Violencia obstétrica: conocimientos y prácticas de los estudiantes en pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín 2020", desarrollado en el marco de los cursos: "metodología de la investigación" y "trabajo de investigación" y que ahora se ejecuta en el curso "trabajo de grado" se les permita el acceso a la siguiente información.

-Total de estudiantes matriculados actualmente en el pregrado de enfermería.

-Total de estudiantes matriculados actualmente en el pregrado de enfermería clasificados por sexo.

-Total de estudiantes de quinto semestre en adelante matriculados actualmente en el pregrado de enfermería y que ya han cursado "Adulthood III: salud sexual y reproductiva".

-Total de estudiantes de quinto semestre en adelante matriculados actualmente en el pregrado de enfermería clasificados por sexo y que ya han cursado "Adulthood III: salud sexual y reproductiva".

Estos datos son requeridos ya que las estudiantes se encuentran realizando trabajo grado y esta es la población objeto, se tiene como objetivo general "Describir los conocimientos y prácticas que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia frente a la VO, con el fin de ayudar a generar información relevante para mejoramiento de los currículos de formación de estas profesiones después del periodo 2020". Esta investigación está siendo acompañada por Diana Patricia Molina Berrio, asesora de trabajo de grado de las estudiantes.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez**

La recolección de información será realizada por medio de una encuesta electrónica enviada al correo institucional de los estudiantes a través de la coordinación de bienestar en cada facultad, incluye el consentimiento informado que describe el objeto de estudio y solicita autorización para hacer uso de la información entregada, de este mismo modo explica que la investigación es completamente voluntaria y que se respeta el principio ético de la autonomía de los estudiantes quienes tienen la libertad de elegir si participar o no en el estudio, se aclara que pueden retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusiones y que aunque el cuestionario no se realiza de manera anónima al ser mediado por sus correos electrónicos, se garantiza total confidencialidad de la información personal del participante, y sólo tendrán acceso a esta información las encargadas del proyecto.

Los resultados de la investigación se darán a conocer a los participantes del estudio y se invita a los directivos de la facultad conocer los resultados de la investigación por medio de una presentación académica al comité de currículo.

Anexo. Aval comité de ética de la investigación FNSP - CEI.

Muchas gracias por su atención

Cordialmente,

NELSON ARMANDO AGUDELO VANEGAS

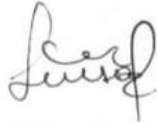
Jefe de Departamento Ciencias Básicas Facultad Nacional de Salud Pública

DIANA PATRICIA MOLINA BERRIO

Docente - investigadora, asesora

PAULA ANDREA DUQUE LOAIZA

Estudiante de gerencia de sistemas de información e salud
Investigadora principal del proyecto



LUISA FERNANDA MORALES OSORIO
Estudiante de gerencia de sistemas de información en salud
Investigadora principal del proyecto

Laura Cristina Patiño Ibañez

LAURA CRISTINA PATIÑO IBAÑEZ
Estudiante de gerencia de sistemas de información en salud
Investigadora principal del proyecto

Anexo 7. Carta datos requeridos Medicina



Medellín, 20 de enero de 2021

Doctor,
CARLOS ANDRÉS RUÍZ GALEANO
Coordinador de Programa de Medicina
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia

Cordial Saludo:

De la manera más atenta solicito su colaboración para que las estudiantes Paula Andrea Duque Loaiza, Luisa Fernanda Morales Osorio y Laura Cristina Patiño Ibáñez, estudiantes de gerencia en sistemas de información en salud de la Facultad nacional de salud pública y quienes actualmente se encuentran desarrollando su trabajo de grado titulado: "Violencia obstétrica: conocimientos y prácticas de los estudiantes en pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín 2020", desarrollado en el marco de los cursos: "metodología de la investigación" y "trabajo de investigación" y que ahora se ejecuta en el curso "trabajo de grado" se les permita el acceso a la siguiente información:

- Total de estudiantes matriculados actualmente en el pregrado de Medicina.
- Total de estudiantes matriculados actualmente en el pregrado de Medicina clasificados por sexo.
- Total de estudiantes de onceavo semestre en adelante matriculados actualmente en el pregrado de medicina que ya han cursado "Ginecobstetricia".
- Total de estudiantes de onceavo semestre en adelante matriculados actualmente en el pregrado de medicina clasificados por sexo que ya han cursado "Ginecobstetricia".

Estos datos son requeridos ya que las estudiantes se encuentran realizando trabajo grado y esta es la población objeto, se tiene como objetivo general "Describir los conocimientos y prácticas que tienen los estudiantes de enfermería y medicina de la Universidad de Antioquia frente a la VO, con el fin de ayudar a generar información relevante para mejoramiento de los currículos de formación de estas profesiones después del periodo 2020". Esta investigación está siendo acompañada por Diana Patricia Molina Berrio, asesora de trabajo de grado de las estudiantes.

La recolección de información será realizada por medio de una encuesta electrónica enviada al correo institucional de los estudiantes a través de la coordinación de bienestar en cada facultad, incluye el consentimiento informado que describe el objeto de estudio y solicita



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad Nacional de Salud Pública

Héctor Abad Gómez

autorización para hacer uso de la información entregada, de este mismo modo explica que la investigación es completamente voluntaria y que se respeta el principio ético de la autonomía de los estudiantes quienes tienen la libertad de elegir si participar o no en el estudio, se aclara que pueden retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusiones y que aunque el cuestionario no se realiza de manera anónima al ser mediado por sus correos electrónicos, se garantiza total confidencialidad de la información personal del participante, y sólo tendrán acceso a esta información las encargadas del proyecto.

Los resultados de la investigación se darán a conocer a los participantes del estudio y se invita a los directivos de la facultad conocer los resultados de la investigación por medio de una presentación académica al comité de currículo.

Anexo. Aval comité de ética de la investigación FNSP - CEL.

Muchas gracias por su atención

Cordialmente,

NELSON ARMANDO AGUDELO VANEGAS

Jefe de Departamento Ciencias Básicas Facultad Nacional de Salud Pública

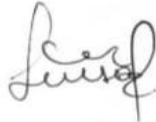
DIANA PATRICIA MOLINA BERRIO

Docente - investigadora, asesora

PAULA ANDREA DUQUE LOAIZA

Estudiante de gerencia de sistemas de información e salud
Investigadora principal del proyecto





LUISA FERNANDA MORALES OSORIO
Estudiante de gerencia de sistemas de información en salud
Investigadora principal del proyecto

Laura Cristina Patiño Ibañez

LAURA CRISTINA PATIÑO IBAÑEZ
Estudiante de gerencia de sistemas de información en salud
Investigadora principal del proyecto

Anexo 8. Carta aval proyecto facultad de Enfermería



20960001-0038-2021

Medellín, 26 de febrero de 2021

Profesores

NELSON ARMANDO AGUDELO VANEGAS

Jefe de Departamento Ciencias Básicas

DIANA PATRICIA MOLINA BERRIO

Docente - investigadora, Asesora

Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Respetados profesores:

El Consejo de Facultad en la sesión 802 del 10 de febrero de 2021, recibió y analizó su solicitud para que las estudiantes de Gerencia en Sistemas de Información en Salud; Paula Andrea Duque Loaiza, Luisa Fernanda Morales Osorio y Laura Cristina Patiño Ibáñez, desarrollen su trabajo de grado titulado: "Violencia obstétrica: conocimientos y prácticas de los estudiantes en pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín 2020" decidió compartir la información cuantitativa de:

- Total de estudiantes matriculados actualmente en el pregrado de enfermería.
- Total, de estudiantes matriculados actualmente en el pregrado de enfermería clasificados por sexo.
- Total, de estudiantes de quinto semestre en adelante matriculados actualmente en el pregrado de enfermería y que ya han cursado "Adulthood III: salud sexual y reproductiva".
- Total de estudiantes de quinto semestre en adelante matriculados actualmente en el pregrado de enfermería clasificados por sexo y que ya han cursado "Adulthood III: salud sexual y reproductiva".

Sobre la recolección de información para lo cual se invitará a los participantes que cumplan los criterios definidos en el estudio, este lo podrá hacer a través de Comunicaciones de la Facultad de Enfermería: Leydi Chayana Cano Hernández, comunicacionesenfermeria@udea.edu.co.

Quedamos atentos al cumplimiento del compromiso con la presentación de los resultados de esta investigación, en esta Unidad Académica.

Les deseamos muchos éxitos.

Atentamente,



LESLIE MARGARITA GARCÍA BLANQUICETT
Secretaria Consejo de Facultad

Copia: Leidy Chayana Cano Hernández, comunicadora Facultad de Enfermería

