



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Nombre del programa académico
Especialidad en Medicina Familiar

Título de la tesis

“Violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 en las usuarias puérperas de la UMF2”

Autor

Dra. Ana Itzel Castillo Reyes

Residente de medicina familiar

Director de tesis

Mtra. Isaí Apaez Sánchez

Médica Familiar adscrita a la UMF No. 2 Puebla, Pue.

Sede del estudio: Unidad de Medicina Familiar Numero 2 Puebla

No. de registro Sirelcis: 2021-2103024

Puebla, Puebla; Febrero 2023



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a Dios por esta meta cumplida, porque la culminación de esta etapa no la hubiera logrado sin su ayuda. Gracias a mis padres por estar presentes en cada paso, por ser mi sustento y aliento en cada momento, sobre todo en esos en los que quería rendirme. Gracias a mis hermanos, por apoyarme en cada decisión y proyecto emprendido.

Gracias al Instituto Mexicano del Seguro Social, en especial a la UMF2 por ser parte fundamental en mi formación como médico especialista, y proporcionarme sus instalaciones para la realización de esta tesis. Gracias a los médicos de cada rotación de la residencia por el conocimiento y consejos aportados. Un enorme agradecimiento a mi asesora Dra. Isaí Apaéz Sánchez por sus asesorías y recomendaciones para la realización de este proyecto de investigación.

También quiero agradecer a esos, amigos, amigas y a aquellas personas que de manera cercana y algunos aún en la distancia fueron parte fundamental para lograr este propósito: A mi tía Pili, a Andy, Ulis, Raque Joshi, Luz y Vero.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado para mi familia. A mi papá Edy, quien me ha enseñado a ser perseverante y que con amor y paciencia todo es posible. A mi mamá Evo por todo el amor y apoyo brindado durante mi formación profesional. A mis hermanos Edgar y Adri, quienes siempre me alentaron e impulsaron para lograr esta meta. A mi sobrina Ana Valeria quien aún a su corta edad me ha enseñado a ser valiente, y que sin saberlo alegra mis días en esos momentos de estrés y cansancio.

Esta tesis también está dedicada a una persona que aunque su presencia física ya no está con nosotros, sus sabios consejos de cada domingo estarán presentes en mi corazón, gracias abuelito Tacho por todos tus sabios consejos y enseñanzas. Al abuelito Tranqui por querer y cuidar a su niña de los frijoles. A abuelita Juanita quien sin duda estaría muy feliz de verme culminar la residencia. Y a la abuelita Panchita quien es un ejemplo de fortaleza y resiliencia.

INDICE

1.RESUMEN	3
2. ABSTRAC	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 ANTECEDENTES GENERALES	5
3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	12
4. JUSTIFICACIÓN	17
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
6. OBJETIVO	19
6.1 OBJETIVO GENERAL	19
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
7. HIPÓTESIS	19
8. MATERIAL Y MÉTODO	19
8.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	19
8.2 UBICACIÓN EN ESPACIO-TIEMPO	19
8.3 CRITERIOS DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	20
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	20
8.3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	20
8.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
8.5 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
8.6 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	21
8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN	22
8.7.1 VARIABLES DEL TRABAJO	22
8.7.2 ANÁLISIS DE DATOS	28
9. RESULTADOS	29
10.DISCUCIÓN	42
11.CONCLUSIÓN	44
12. PROPUESTAS	44
13. LINEAMIENTOS ÉTICOS	45
14. BIBLIOGRAFÍA	46
15. ANEXOS	47
15.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
15.2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	49
15.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (1)	51
15.4 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (2)	52
15.5 CARTA NO INCOVENIENTE	53
15.6 HOJA DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS	54

1.RESUMEN

VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HGZ20 EN LAS USUARIAS PUÉRPERAS DE LA UMF2

Introducción: De acuerdo con la OMS, en todo el mundo existen mujeres que han vivido situaciones de tratos irrespetuosos, abusivos y negligentes durante la atención del parto por personal de la salud, dichos actos amenazan sus derechos a una atención respetuosa, a la vida, a la salud, a la integridad física y a la no discriminación.

Planteamiento del problema: Pese a que existen adelantos en la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, también se siguen presentando casos de violencia obstétrica que directa o indirectamente contribuyen a la presencia de muertes maternas prevenibles. Tomando en cuenta la importancia que tiene el poder detectar la presencia de violencia obstétrica, en este estudio se pretende poder contribuir a estar conscientes de los actos y prácticas que son considerados violencia obstétrica para poder prevenirla.

Objetivo general: Determinar si sufrieron violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 las usuarias puérperas de la UMF2.

Hipótesis: Sufrieron violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 más del 60%de las usuarias puérperas de la UMF2

Material y método. Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. El estudio se llevó a cabo en la UMF N°2 Puebla, en el periodo abril 2021- septiembre 2021se captaron a las pacientes puérperas en los módulos de preventiva de la unidad. El tamaño de la muestra fue de 101 pacientes, con un nivel de confianza de 95%. Como instrumento de medición, se empleó la sección IX, apartado 9.8 de la encuesta nacional sobre la dinámica de la relación en los hogares (ENDIREH) 2016, constituida por 14 preguntas,13 dicotómicas y 1 politómica. Los datos se analizaron a través del programa SPSS 19, considerando como significativo un valor p menor a 0.05.

Resultados: En este estudio se encontró que el 60.4% de las mujeres usuarias estuvieron en el rango de edad entre 21-30 años de edad, en el rubro de escolaridad el grado de estudio de mayor porcentaje fue bachillerato con 35.6% , el estado civil más frecuente fue unión libre con un 42.6%, la ocupación más frecuente ama de casa en un 36.6%, los tipos de maltratos más frecuentes fueron: que fueron presionadas para aceptar que les pusieran algún método de planificación con 23.8% , así como el 13.9 % dijo las ignoraron cuando preguntaban sobre su bebé o parto y en un 13-5% dijeron que no les informaron que les realizarían una cesárea. Finalmente se encontró que el 52.5 % dijo que si tuvo algún tipo de maltrato durante la atención de su parto en el HGZ20

Palabras clave. (violencia obstétrica, parto, puerperio)

2. ABSTRACT SUMMARY

OBSTETRIC VIOLENCE DURING DELIVERY CARE AT HGZ20 IN PUERPERAL USERS OF UMF2

Introduction: According to the WHO, there are women all over the world who have experienced disrespectful, abusive and negligent treatment during childbirth by health personnel, and these acts threaten their rights to respectful care, life, health, physical integrity and non-discrimination.

Problem statement: Although there are advances in the care of women during pregnancy, childbirth and puerperium, there are still cases of obstetric violence that directly or indirectly contribute to preventable maternal deaths. Taking into account the importance of being able to detect the presence of obstetric violence, this study aims to contribute to being aware of the acts and practices that are considered obstetric violence in order to prevent it.

General objective: To determine whether obstetric violence was suffered during childbirth care at HGZ20 by postpartum users of the UMF2.

Hypothesis: More than 60% of the puerperal users of the UMF2 suffered obstetric violence during delivery care at HGZ20.

Method. Observational, descriptive, cross-sectional, prospective study. The study was carried out in UMF N°2 Puebla, in the period April 2021-September 2021, and the postpartum patients were recruited in the unit's preventive modules. The sample size was 101 patients, with a confidence level of 95%. As a measurement instrument, section IX, section 9.8 of the national survey on household relationship dynamics (ENDIREH) 2016 was used, consisting of 14 questions, 13 dichotomous and 1 polytomous. The data were analyzed through the SPSS 19 program, considering a p-value of less than 0.05 as significant.

Results: In this study it was found that 60.4% of the women users were in the age range between 21-30 years of age, the highest percentage of schooling was high school with 35.6%, the most frequent marital status was free union with 42.6%, the most frequent occupation was housewife with 36.6%. The most frequent types of mistreatment were: they were pressured to accept a planning method with 23.8%, 13.9% said they were ignored when they asked about their baby or childbirth and 13.5% said they were not informed that they were going to have a cesarean section. Finally, 52.5% said that they had experienced some type of mistreatment during their delivery at the HGZ20.

Key words (obstetric violence, childbirth, puerperium).

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES GENERALES

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

De acuerdo con la organización mundial de salud (OMS), en todo el mundo existen mujeres que han vivido situaciones de tratos irrespetuosos, abusivos y negligentes durante la atención del parto por personal de la salud, dichos actos amenazan sus derechos a una atención respetuosa, a la vida, a la salud, a la integridad física y a la no discriminación (1).

También, la OMS considera que el trato ofensivo durante el parto puede incluir abuso físico, abuso verbal, prácticas forzadas o sin consentimiento informado, negación a la analgesia, negación a la admisión a un centro de salud, entre otros (2).

En la bibliografía podemos encontrar diversas definiciones de violencia obstétrica. Arguedas la define como “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio” (3).

Existen diversas conferencias internacionales que han tratado de abordar este tema, dentro de las cuales podemos encontrar, la “Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer” efectuada en 1979, también en 1995 se llevó a cabo la “Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer”, en 1994 se realizó la “Declaración de las Naciones Unidas para la eliminación de la violencia contra la Mujer”, en 1994 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres realizó la “Convención de Belem Do Pará” con la finalidad de informar y generar conciencia a la población y al personal de salud, acerca de la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, la violencia obstétrica continúa siendo un grave problema de servicios de salud en el mundo (4).

En la “Convención De Belém Do Pará”, se entiende por violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado” (4).

La conceptualización de violencia obstétrica se originó en América Latina, la primera aparición legal del concepto de violencia obstétrica aconteció en Venezuela en el año 2006, cuando la Asamblea Nacional de la República Bolivariana aprobó la Ley Orgánica sobre el

Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En la cual el artículo 15 establece que: “La violencia obstétrica es la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (5).

En Argentina, en 2009, fue aprobada una ley similar que abogaba por la promoción del parto humanizado en los sistemas de salud pública, este hecho impulso la legislación violencia obstétrica en el país (5).

En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento de la violencia obstétrica han sido paulatinos. De acuerdo con el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) observó que, solo seis países contaban con leyes integrales de violencia contra la mujer, de los cuales sólo Venezuela y Argentina contenían el término “violencia obstétrica” (6).

Después de unos años de estancamiento, se generó un nuevo impulso a partir de 2015 y 2016. Durante el año 2018, Ecuador y Uruguay incluyeron la violencia obstétrica dentro de su marco legal, mientras que hay proyectos de ley en Colombia, Costa Rica, Chile, Perú y México (5).

Violencia obstétrica en México

En México la violencia ejercida hacia las mujeres durante la atención obstétrica, es una situación que ha estado presente desde hace décadas y en diferentes formas de expresión. Aunque aún no exista un término exclusivo para referirse a ella (7).

Cabe mencionar que, en México, este tipo de violencia está contemplado desde el 2008 en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz, y en Chiapas en el 2019 (6). Estos estados fueron los primeros en incluir la violencia obstétrica en las leyes estatales como una forma específica de violencia de género. En ambos casos, la violencia obstétrica fue considerada delito, y se incluyó en el código penal de las dos entidades. Sin embargo, el proceso de inclusión en las otras entidades federativas se detuvo, e inclusive en algunos casos hubo un retroceso (5).

En 2016, la Comisión Nacional de Derechos Humanos publicó un informe acerca de la situación de la violencia de género en la legislación mexicana. En dicho informe se encontró que 20 de las 32 entidades federativas habían incluido violencia obstétrica en sus respectivas legislaciones estatales, como una forma específica de violencia de género.

Exceptuando a los estados de Veracruz y Chiapas, el resto de los estados lo realizaron durante los años 2014 y 2016; al finalizar el 2018, ese número ascendió a 23 (5).

En Julio de 2017 la CNDH emitió una recomendación general sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud, en la cual definió a la violencia obstétrica como: “Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros” (6).

Finalmente, en diciembre 2018, se registra una nueva iniciativa para reformar a nivel federal la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica en el Senado de la República (5).

Puebla en la ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado, en el artículo 10 define los tipos de violencia, en específico a la violencia obstétrica la describe de la siguiente manera: “ Violencia Obstétrica: Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en ésta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer”(7).

La Secretaria de Gobernación elaboró el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014- 2018, en el que se plantearon dos estrategias relacionadas con la violencia obstétrica. En la primera se pretende promover la legislación nacional a través de tratados y convenciones internacionales, excluyendo prácticas discriminatorias hacia las mujeres. La segunda, tiene como finalidad promover la detección oportuna de la violencia de género y poder erradicarla de los servicios de salud, incluyendo violencia obstétrica (6).

La Secretaría de Salud también manifestó su rechazo a cualquier forma de violencia contra las mujeres y elaboró en 2008 un “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro” en el que propone la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y que la mujer sea la protagonista de su parto (6).

En cuestión a esta situación las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, elaboraron recomendaciones para la atención del embarazo, parto y puerperio, las cuales se encuentran recolectadas en la guía de práctica clínica actualizada en 2019 “Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo” (8).

La violencia obstétrica incluye, distintos tipos de violencia, entre ellas la violencia de género, violencia institucional, violencia estructural, así como violencia simbólica, por lo que es importante abordar sus conceptos y definiciones (7).

Violencia de género fue definida en 1993 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada” (9).

Por otra parte, se encuentra la violencia institucional, definida en términos legales como: “Aquellos actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia” (7).

La violencia simbólica de acuerdo Bourdieu,” Es aquella que está tan extendida y normalizada que no se reconoce como violencia de tan asumida que la tienen las personas sobre las que recae” (3).

La violencia estructural es “Una forma de sufrimiento social, estructurada por fuerzas sociales y procesos históricos y económicos que limitan la posibilidad de agencia, subestimando los límites y restricciones que impiden a un sujeto la toma de decisiones, la auto-gestión y la propia determinación frente a una determinada situación” (7).

D'Oliveira, clasificó los actos de violencia ejercida contra las mujeres en instituciones de salud en las categorías de negligencia, violencia verbal, violencia sexual y violencia física (7).

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), una asociación civil sin fines de lucro, que se encarga de promover y preservar los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, realizó un informe acerca de la violencia obstétrica con un enfoque de derechos humanos, en este documento describe el concepto de violencia obstétrica como: “Una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos”(10).

El Grupo de Información en Reproducción Elegida nos menciona dos modalidades de violencia obstétrica: la física y la psicológica. En cuanto a la violencia física, se refiere a las prácticas invasivas no justificadas, entre ellas podemos encontrar: no respetar los tiempos para poder llevar a cabo un parto biológico, el uso no justificado de medicamentos, intervenciones médicas innecesarias, por ejemplo: tricotomía, episiotomía, enemas, uso rutinario de oxitocina; realización excesiva de cesáreas, aplicación de métodos anticonceptivos sin una asesoría previa y sin consentimiento informado. Por otra parte, la violencia psicológica contempla: la omisión de información, un trato deshumanizado, actos u omisiones que involucren discriminación o humillación, puede ser cuando la mujer pide asesoramiento, requiere atención, o durante una práctica obstétrica (10).

De acuerdo con las publicaciones presentadas en el contexto mexicano, los autores mencionan que se trata de un concepto muy amplio, que puede incluir gritos, regaños, pellizcos, golpes, abandono de pacientes, discriminación, intervenciones sin consentimiento, entre otros (7). En México la violencia obstétrica ha estado presente desde hace décadas, de diversas formas, sin embargo, existe una falta de consenso sobre los términos utilizados para nombrarle (10).

Si bien aún no ha sido definida por organismos internacionales como Naciones Unidas, es importante la utilización del término violencia obstétrica para visibilizar que dichas conductas existen y que afecta principalmente a las mujeres embarazadas, y así poder tomar medidas para prevenir y erradicar dichas prácticas (10).

Cuando una mujer embarazada es víctima de violencia obstétrica, uno o varios de sus derechos humanos son quebrantados (10). Algunos de los derechos que podrían verse

implicados tomando en cuenta las conductas que son consideradas violencia obstétrica son: el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, a la vida y a la salud, en especial la salud reproductiva (8).

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una serie de recomendaciones, que resaltan la importancia de una atención de calidad centrada en la mujer para mejorar la experiencia del trabajo de parto, con un enfoque integral basado en los derechos humanos (11).

Fueron 56 las recomendaciones que emitió la OMS para los cuidados durante el parto, de las cuales 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones ya existentes, estas pueden ser incluidas en las siguientes categorías: la atención durante el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto (11).

En el apartado a atención durante el trabajo de parto y nacimiento, se encuentran incluidas las siguientes recomendaciones: atención respetuosa de la maternidad, comunicación efectiva, acompañamiento durante el trabajo de parto y continuidad de la atención (11).

En la categoría período de dilatación encontramos estas recomendaciones: el uso de las definiciones de las fases latentes y activas del período de dilatación, 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, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación no es exacto para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y no se recomienda para este fin, una velocidad de dilatación del cuello uterino menor de 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica, se recomienda una el ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, no se recomienda la pelvimetría clínica de rutina, se recomienda la auscultación por medio de un dispositivo de ecografía Doppler para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto, el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal no está recomendado, no se recomienda el uso de enemas, se recomienda realizar un tacto vaginal en un rango de cuatro horas para valoración del trabajo de parto activo, no se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto, se recomienda la anestesia

peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, están recomendadas las técnicas de relajación en mujeres embarazadas que solicitan alivio del dolor, se recomienda la ingesta de alientos en mujeres con bajo riesgo durante el trabajo de parto, se recomienda alentar la movilidad y la libre posición, no se recomienda el uso rutinario de amniotomía oxitocina y líquido intravenoso (11).

En el periodo expulsivo se recomienda alentar la libre posición para dar a luz, se recomienda que la mujer siga su propia necesidad de pujar, está recomendado el uso de compresas tibias y conducta de protección activa del periné para prevenir el traumatismo perianal, no está recomendado el uso rutinario de la episiotomía, no se recomienda la maniobra de kristeller (11).

En el alumbramiento se recomienda el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto, la oxitocina es el medicamento recomendado; también está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical, y la tracción controlada del cordón, el masaje uterino para prevenir la hemorragia posparto no está recomendado. En cuanto a la atención del recién nacido está recomendado el contacto piel con piel, no está recomendado el uso rutinario de aspiración de secreciones, se debe promover la lactancia materna tan pronto como sea posible, está recomendada la administración de la vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica, se recomienda el alojamiento conjunto. En cuanto a la atención de la mujer tras el nacimiento se recomienda la valuación del tono muscular del útero, no está recomendado el uso rutinario de profilaxis antibiótico, se recomienda que las madres y los recién nacidos sanos reciban atención en el centro de salud al menos 24 horas después del nacimiento (11).

3.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Santana y Da Silva, Brasil 2017, realizaron un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, sobre Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. En el que se entrevistó a 35 madres que dieron a luz por parto vaginal, con producto vivo, y en condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas propuesta. El instrumento que se utilizó contenía apartados acerca de las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, información del embarazo actual y un apartado referente a si las puérperas han sentido o se sienten intimidadas o avergonzadas por cualquier palabra o frase mencionada por los profesionales de la salud. Los informes de las puérperas representan las formas de violencia obstétrica que ellas sufrieron, las cuales se pueden englobar en palabras y actitudes. Palabras: refieren comentarios inapropiado provenientes del personal de salud, asimismo las puérperas refirieron críticas del acto de gritos o gemidos durante el parto. En cuanto a las actitudes la posición de parto y el dolor fueron actos reportados por las usuarias que les generaron incomodidad. En este estudio se identificó la violencia obstétrica manifestada a través de palabras y acciones provenientes de los profesionales de la salud durante el parto (12).

Rangel y Martínez, México 2017, publicaron el artículo usencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México, realizaron un estudio tipo cualitativo con la finalidad de saber cuál es la percepción que tienen las mujeres indígenas respecto al parto, el estudio se efectuó en seis municipios de la región huasteca en el periodo mayo- noviembre 2016, se realizó un muestreo por conveniencia, con un total de 57 mujeres , se consideraron mujeres que hubieran tenido un parto en los últimos 12 meses, independientemente del estado de salud del recién nacido, las antecedentes ginecológicos y la edad . Para la obtención de datos se diseñó una guía de preguntas sobre la experiencia que tienen las mujeres durante la atención del parto, las maniobras de intervención y el trato por parte de personal profesional, las encuestas se realizaron en grupos focales. En los resultados se identificó que las pacientes de esta región no reciben el servicio de anestesia epidural para aliviar el dolor del parto eutócico, este recurso se utiliza solo en los procedimientos de cesárea, también se identificó que en ninguno de los hospitales donde son atendidas se les permite la entrada de un acompañante durante el parto y trabajo de parto, el procedimiento que las mujeres detectaron como violento fue el tacto vaginal, el cual lo refieren como doloroso e incómodo principalmente porque lo realiza distintas personas, en cuanto a la episiotomía a la mayoría de las mujeres se les realizó dicho procedimiento y a muchas sin su consentimiento, también fue mencionada la práctica

de la maniobra kristeller sin embargo las pacientes no las refieren como un acto violento (13).

Figueroa y Hurtado México 2017, en su artículo violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses, en el que realizaron un estudio descriptivo cuantitativo y de cohorte transversal, su población de estudio incluyó mujeres con una gesta o más que hayan sido atendidas en una institución hospitalaria durante el parto, quedaron excluidas las mujeres que no tuvieron un embarazo completo. La muestra fue no probabilística, por la técnica de bola de nieve, la muestra estuvo conformada por 45 participantes, como instrumentó de medición se utilizó el Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños, consta de 22 preguntas, 11 dicotómicas y una pregunta de opción múltiple, con una fiabilidad por Alfa de Crobach de .829, para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS, el análisis fue con estadística descriptiva. En los resultados de los datos sociodemográficos, el 75.6% de las mujeres se incluyó en el grupo etario de 18 a 25 años, 46.2% estaban en estado civil soltera, 55.6% su estado laboral fue desempleadas, 88.9 practican religión católica. En cuanto antecedentes ginecológicos, el 51.1% refiere haber tenido una gesta, de las cuales 57.8% refiere haber tenido un parto. Los resultados obtenidos del test de violencia obstétrica 77.8% de las usuarias dijo no haber sido criticada por su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste. El 71.1% respondió que no la trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre. No obstante, el 44.4% dijo haber sido criticada por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto, 37.8% respondió que les fue difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus medios o inquietudes, en cuanto a los procedimientos que se les realizaron a las usuarias sin pedirles consentimiento o informarle sobre los riesgos, 46.7% fueron episiotomía, 42.2 prohibición de ingerir alimentos o bebidas, tactos vaginales 40.0% y 31.1% administración de medicación para acelerar el parto. En cuanto al trabajo de parto el 35.6% de las mujeres refirió que se le obligó a permanecer acostada boca arriba, aunque no estaban cómodas con esa posición, 51.1% dice que la privaron de la posibilidad de caminar, 71.1% indica que se le impidió estar acompañada durante el trabajo de parto. El 73.3% de las mujeres dijo que se le impidió el contacto inmediato con su hijo, 75.6% negó que la experiencia en la atención del parto la hubiera hecho sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura. En este estudio se demostró que, la violencia obstétrica es una realidad dentro de las instituciones de salud en Sonora. Aunque la mayoría de preguntas respondidas fueron negativas, las que fueron respondidas positivas existen en un considerable porcentaje (14).

Da Silva y Santana Brasil 2019, realizaron un estudio cuyo propósito fue evaluar la calidad de atención otorgada a las mujeres y los recién nacidos durante la atención de parto en dos maternidades públicas de Brasil, fue un estudio transversal, con un enfoque cuantitativo. En el que se incluyó a 314 mujeres puérperas, con hijo vivo obtenido por parto, en condiciones física y emocionales para poder responder las entrevistas. Se elaboró un instrumento de recolección de datos en base a las recomendaciones de la OMS, las preguntas realizadas fueron agrupadas en cuatro categorías: Categoría A: prácticas que son claramente útiles y deben promoverse; Categoría B: prácticas claramente ineficaces o dañinas y que deben ser eliminadas. Categoría C: prácticas en relación con las cuales no hay evidencia científica suficiente para apoyar una recomendación clara y deben usarse con precaución, y en la categoría D: prácticas a menudo utilizadas incorrectamente. Para el análisis de datos se utilizó Microsoft OfficeExcel® versión 2010 y posteriormente los datos fueron exportados al programa IBM SPSS Statistics® versión 20.0. los resultados mostraron que la oferta de líquidos a las mujeres durante el trabajo parto ocurrió en menos del cincuenta por ciento en las dos maternidades, en cuanto a la falta privacidad fue la practica más mencionando por las puérperas, en cuanto la presencia de un acompañante se percibió que es una práctica que comienza a integrarse como parte de la rutina institucional en estas unidades, en cuanto el uso del partograma se reportó un bajo porcentaje en su utilización en estas maternidades. En este estudio se concluyó que las prácticas de la categoría A necesitan ser más promovidas en ambas maternidades, como el uso de partograma, oferta de líquidos y la sugerencia a las posiciones no supinas (15).

Lansky S, Souza , Brasil 2019, publicaron el artículo “Violencia obstétrica: influencia de la exposición en la experiencia de las mujeres embarazadas”, realizaron un estudio transversal multicéntrico y multimétodo con un componente cuantitativo y cualitativo, cuyo propósito fue analizar el perfil de las mujeres embarazadas que visitaron Sentidos do Nascer, su percepción de violencia durante el parto y el nacimiento y los factores socioeconómicos demográficos y de atención asociados con los informes de Violencia obstétrica. Se ocuparon los datos recolectados en las entrevistas realizadas durante el embarazo y después del parto a 555 mujeres que aceptaron y acudieron a la exposición “Sentidos do Nascer”. El cuestionario incluyo la recolección de datos socioeconómicos, demográficos, de embarazos previos y actuales, así como preguntas acerca del conocimiento, información y percepción sobre su experiencia del parto, el apartado principal de este estudio fue la percepción de la mujer de la violencia obstétrica, la cual fue detectada a través de la pregunta “¿Considera haber experimentado violencia /

maltrato durante el parto / cesárea / nacimiento del bebé? La mayoría de las mujeres tuvieron un parto en un hospital del Sistema de Salud, 53,8% de las mujeres tuvieron parto vaginal, en 23.7% se realizó la maniobra de Kristeller, en 30.4% se realizó la episiotomía, y al realizar este procedimiento no se informó al 35,6% de las mujeres, el 70.1% tuvo contacto inmediato piel con piel con su bebé. En este artículo se concluyó que la violencia obstétrica es una situación importante en la salud de las mujeres sin embargo el reconocimiento de prácticas de VO refleja la falta de conocimiento y la subestimación del problema. También menciona que iniciativas como los “Sentidos do nascer” pueden contribuir a aumentar el conocimiento y concientización de la violencia obstétrica (16).

Rodríguez y Aguilera 2019, realizaron un estudio con el objetivo de conocer si las mujeres que dieron a luz en los hospitales de la Isla de Tenerife sufrieron alguna forma de violencia obstétrica y su experiencia. Fue un estudio observacional descriptivo en el que se entrevistaron a 282 mujeres que fueron atendidas por parto normal en centros hospitalarios de Tenerife, utilizando una encuesta de elaboración propia basada en un test de violencia obstétrica de diversas organizaciones argentinas, la cual fue divulgada por redes sociales, aplicada a mujeres que han sido madres y algunos grupos de lactancia materna. La finalidad de esta encuesta fue detectar si las mujeres sufrieron violencia obstétrica. En este estudio se observó que más de la mitad de las mujeres que participaron en el estudio sufrió al menos un acto que podría considerarse como violencia obstétrica (3).

Joja Tobar, Cuchumbe y colaboradores en Colombia 2019, realizaron el estudio “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible” cuyo propósito fue caracterizar las diferentes modalidades de violencia obstétrica, fue un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, realizado en 16 mujeres que tuvieron un evento obstétrico en menos de dos años que acudieron a los hogares de familia pertenecientes al programa FAMI pertenecientes al Instituto Colombiano de bienestar familiar durante los primeros 6 meses del año 2016, para la recolección de datos se utilizaron entrevistas estructuradas para conocer las características sociodemográficas, para la obtención de las experiencias vividas en el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio, así como conocer los actos percibidos relacionados con las modalidades de violencia obstétrica, en sus resultados se encontró que con 69.5% de las participantes reportaron alguna forma de violencia obstétrica, en cuanto a los aspectos sociodemográficos se reportó lo siguiente: 12% de las participantes tenían entre 15 a 19 años, 57% de 20 a 25, 19% de 26 a 35 y 12% eran mayores de 36 años. Respecto al nivel educativo, el 31% cursó el bachillerato; el mismo porcentaje afirmó no haber culminado la primaria. De la información sociodemográfica, es

de resaltar que el 63% de las informantes refirió tener un hijo; con relación a la ocupación, la mayoría manifestó ser ama de casa. 12% de las participantes tenían entre 15 a 19 años, 57% entre 20 a 25, 19% tenían de 26 a 35 y el otro 12% eran mayores de 36 años. En cuanto al nivel educativo, el 31% refirió tener nivel bachillerato, y otro 31% aseveró no haber culminado la primaria. En relación a la ocupación, la mayoría de ellas dijo ser ama de casa. Referente a las modalidades de violencia obstétrica encontradas, se agruparon en los siguientes grupos: violencia institucional, violencia psicológica, violencia simbólica y violencia sexual (17).

4. JUSTIFICACIÓN

Todas las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso durante la atención del embarazo y el parto, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación, sin embargo, se sabe que en todo el mundo existen muchas mujeres que han sufrido malos tratos durante la atención médica en los procesos reproductivos, violando sus derechos a la salud, vida e integridad.

En México se han detectado prácticas que violan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención del parto, no obstante, no contamos con mucha investigación médica al respecto.

En este estudio se pretende identificar, así como hacer visible las prácticas y actos irrespetuosos que las mujeres padecen durante la atención de parto y que muchas veces no son identificados ya que la mayoría de estas prácticas han sido normalizadas.

Al hacernos conscientes de la existencia de esta problemática podemos ayudar a prevenir la violencia obstétrica, promoviendo las recomendaciones que nos otorgan diversas organizaciones para que las mujeres puedan llevar a cabo un parto humanizado, con un trato respetuoso y digno.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En septiembre del año 2000 se llevó a cabo, en Nueva York, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. En dicho evento, los líderes de 189 naciones se comprometieron con el contenido de la Declaración del Milenio, compuesta por los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. El objetivo número cinco nos habla acerca de mejorar la salud materna en base a las siguientes metas: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, así como lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Aunque en la actualidad se reportan informes de avances de las metas propuestas en los objetivos de desarrollo milenio, aún están lejos de las metas planteadas (7).

Si bien, se refiere que un mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva han contribuido a mejorar los índices globales de morbilidad materna, también se reconoce un aumento en las denuncias de tratos irrespetuosos, ofensivos y negligentes que sufren las mujeres en los servicios de salud, durante la atención del embarazo y particularmente en el momento del parto.

Es elemental tener en claro que la violencia de género es un grave problema de salud pública en todo el mundo, que abarca por tanto a distintos países, clases sociales, grupos económicos, culturales y religiosos. Al final tanto el factor social como el médico, contribuyen a la presencia de la violencia obstétrica. Y aunque existen diversos programas e iniciativas que establecen medidas para prevenir esta situación, la problemática aún prevalece.

A pesar de que existen adelantos en la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, es sabido que se siguen presentando casos de violencia obstétrica que directa o indirectamente contribuyen a la presencia de muertes maternas prevenibles. Por tanto, tomando en cuenta la importancia que tiene el poder conocer y detectar la presencia de actos considerados violencia obstétrica, en este estudio se pretende dar a evidenciar la existencia de la violencia obstétrica durante el trabajo de parto, y así poder ayudar a estar conscientes de los actos y prácticas que son considerados violencia obstétrica para poder prevenirla.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

**¿SUFRIERON VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA ATENCIÓN DE PARTO EN EL
HGZ20 LAS USUARIAS PUERPERAS DE LA UMF2?**

6. OBJETIVO

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si sufrieron violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 las usuarias puérperas de la UMF2

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-) Reconocer cuales son las prácticas más frecuentes de violencia obstétrica manifestadas por las usuarias puérperas de la UMF2 en la atención del parto en el HGZ20
-) Conocer cuáles son las condiciones sociodemográficas de las mujeres que manifestaron ser víctimas de violencia obstétrica.
-) Relacionar la violencia obstétrica con la edad de las usuarias puerperas de la UMF2 que fueron atendidas por trabajo de parto en el HGZ20

7. HIPÓTESIS

Sufrieron violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 más del 60% de las usuarias puérperas de la UMF2

HIPÓTESIS NULA

Sufrieron violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 menos del 60 % de las usuarias puérperas de la UMF2

8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

-) Según la intervención del investigador: **Observacional**
-) Según el propósito del estudio: **Descriptivo**
-) Según el número de mediciones: **Transversal**
-) Según la captura de la información: **Prospectivo**

8.2 UBICACIÓN EN ESPACIO-TIEMPO.

El estudio se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar N°2 de Puebla, se capturaron a las pacientes puérperas en los módulos de preventiva de la unidad, en el periodo comprendido abril 2021- septiembre 2021.

8.3 CRITERIOS DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN: Se consideraron a las usuarias de la UMF 2, que se encontraban en periodo de puerperio, y que su atención del parto se llevó a cabo en el HGZ20.

8.3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- Criterios de selección de la unidad de muestreo:

a) De inclusión

Se ingresaron al estudio quien cumplió los siguientes criterios:

-) Mujeres que acudieron al módulo de preventiva en periodo de puerperio
-) Mujeres puérperas de 18-49 años
-) Usuaris de la UMF2 que tuvieron su trabajo de parto en el HGZ20
-) Mujeres que en su trabajo de parto tuvieron producto vivo
-) Mujeres que usuarias de la UMF2 puebla
-) Usuaris que aceptaron participar en el estudio

b) De exclusión:

-) las puérperas que no tuvieron su trabajo de parto en el HGZ20
-) mujeres que no sean usuarias de la UMF2

c)De eliminación

-) Pacientes que una vez iniciado el estudio no desearonn seguir participando.
-) Pacientes que no contestaron el cuestionario al 100%

8.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Siendo un estudio descriptivo cualitativo, con población finita, el tamaño de muestra se obtuvo mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

n = 101

N = población (137 puérperas de primera vez en 6 meses de la umf2)

Z = Nivel de confianza (95%.....1.96)

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (50%...0-5)

q = proporción de la población que no presenta el fenómeno (1-0.5=0.5)

d=0.05

8.5 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Teniendo revisión, aprobación y registro del protocolo por parte del SIRELCIS se solicitó la autorización a las autoridades médico-administrativas de la UMF 2 del IMSS para la realización de éste estudio, posteriormente, a las usuarias puérperas de nuestra unidad que acudieron al módulo de preventiva y que cumplan con los criterios de selección, se les solicitó su permiso y autorización para participar en el estudio, que consistió únicamente en contestar 1 cuestionario (anexo 1) previa firma de consentimiento informado (anexo 2). Esto hasta completar el tamaño de muestra y la información fue vaciada a la tabla de recolección de datos para su análisis.

8.6 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para indagar las situaciones de violencia obstétrica se empleó como instrumento la sección IX, apartado 9.8 de la encuesta nacional sobre la dinámica de la relación en los hogares (ENDIREH) 2016, generada por Instituto Nacional de Estadística y Geografía Dirección General de Estadísticas de Gobierno, Seguridad Pública y Justicia Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Está constituida por 14 preguntas, de las cuales 13 son dicotómicas y 1 politómica.

8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN

8.7.1 VARIABLES DEL TRABAJO

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Tipo de variable de acuerdo a su clasificación	Valores de Medición.
Edad	Tiempo en que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años cumplidos hasta la fecha actual	Cuantitativa	razón	1. 18-20 años 2. 21-30 años 3. 31-40 años 4. 41-49 años
Escolaridad	Duración que se establece institucionalmente a los estudios que realiza el sujeto.	Grado de escolaridad referido por la persona encuestada	Cualitativa	ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Posgrado
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Estado civil referida por la persona encuestada	cualitativa	nominal	1. Madre soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Viuda 5. Divorciada
Ocupación	actividad desempeñada por el individuo para obtener remuneraciones	ocupación referida por la persona encuestada	Cualitativa	nominal	1. Ama de casa 2. Empleada 3. Profesionista 4. Otra

Gesta	número de embarazos	Número de embarazos referidos por la persona encuestada	cuantitativa	razón	1. 1 gesta 2. 2 gestas 3. 3 gestas 4. 4 gestas 5. >4 gestas
Paridad	número de partos vaginales	Número de partos por vía vaginal referidos por la persona encuestada	cuantitativa	razón	1. 1 parto 2. 2 partos 3. 3 partos 4. 4 partos 5. >4 partos
cesárea	Parto que tiene lugar a través de una intervención quirúrgica que permite la salida del feto mediante una incisión abdominal, y que se realiza cuando el parto vaginal no es posible por poder conllevar algún riesgo para la madre o el feto	Numero de parto por vía cesárea referidos por la persona encuestada	cuantitativa	razón	1. 1 cesárea 2. 2 cesáreas 3. 3 cesáreas 4. 4 cesáreas 5. >4 cesáreas
aborto	Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, seguida o no de la expulsión. Producto menor a 500 gramos.	Número de abortos referidos por la persona encuestada	cualitativa	razón	1. 1 aborto 2. 2 abortos 3. 3 abortos 4. 4 abortos 5. > 4 abortos
nacido vivo	Expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la	Número de hijos que nacieron vivos	Cuantitativa	razón	1. 1 hijo 2. 2 hijos 3. 3 hijos 4. 4 hijos 5. > 4 hijos

	concepción que, después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida, como latido cardíaco, pulsación del cordón umbilical o contracción definida de un músculo voluntario, tanto si se ha seccionado o no el cordón umbilical y se ha desprendido o no la placenta.				
Nacido muerto	la muerte de un feto a las 20 semanas o más de embarazo. El nacimiento de un niño muerto puede ocurrir en diferentes momentos del embarazo: Antes del trabajo de parto	Número de hijos que nacieron muertos	cuantitativa	razón	1. 1hijo 2. 2 hijos 3. 3 hijos 4. 4 hijos 5. > 4 hijos
Posición incomoda	manera de estar colocada una persona o cosa en el espacio, que no es confortable, que molesta o disgusta.	Durante el trabajo de parto la obligaron a estar en una posición incomoda	cualitativa	nominal	1.Si 2.No
Gritar	Reprender o mandar algo a alguien con gritos.	Gritos durante su último parto	cualitativa	nominal	1.si 2.no
Regañar	Reñir a una persona o expresar con tono, palabras y gestos de enojo la desaprobación a causa de su actuación o su comportamiento.	regaños durante la atención de su ultimo parto	cualitativa	nominal	1. Si 2. no

ofender	Hacer que una persona se sienta despreciada o humillada mediante palabras o acciones.	Ofensas o humillaciones en la atención del parto	cualitativa	nominal	1. si 2. no
ignorar	No hacer caso a una persona y actuar como si esta no estuviera presente	Ser ignorada al preguntar cosas sobre su parto	cualitativa	nominal	1.si 2.no
anestesia	Ausencia temporal de la sensibilidad de una parte del cuerpo o de su totalidad provocada por la administración de una sustancia química, por la hipnosis o como causa de una enfermedad	Negar la disminución del dolor	cualitativa	nominal	1.si 2.no
atención	Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien.	Falta de atención debido a estar gritando o quejándose	cualitativa	nominal	1.si 2.no
Método anticonceptivo	dicho de un medio, una práctica o un agente que evita el embarazo	Colocación de método anticonceptivo sin previo aviso	cualitativa	nominal	1.si 2.no
presionar	Ejercer influencia sobre alguien para determinar sus actos o su conducta	Ejercer influencia sobre alguien para aceptar colocación de un dispositivo u	cualitativa	nominal	1.si 2.no

		operaran para ya no tener hijos			
amenazar	Dar a entender a alguien la intención de causarle algún mal, generalmente si se da determinada condición.	Amenazar para firmar algún papel	Cualitativa	nominal	1.si 2.no
impedir	Hacer que una cosa no se ejecute, no se produzca o no sea posible.	Impedir ver, cargar o amamantar a su hijo	Cualitativa	nominal	1.si 2.no
Nacimiento por cesárea	intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.	Vía de nacimiento de ultimo hijo a través cesárea	Cualitativo	Nominal	1.si 2.no
informar	Enterar o dar noticia de algo.	Informar porque era necesario hacer la cesárea	Cualitativa	nominal	1.si 2.no
Permiso	Licencia o consentimiento para hacer o decir algo	Licencia o consentimiento para realizar cesárea	Cualitativa	nominal	1.si 2.no
Autorización	Acción y efecto de autorizar. Reconocer la facultad o el derecho de una persona para hacer algo	Quien dio la autorización para realizar la cesárea	cualitativa	nominal	1. 1.esposo o pareja 2. padre, madre o algún familiar 3. otra persona 4. nadie

Violencia obstétrica	conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio	Responder que si, sufrieron al menos una práctica de violencia obstétrica, preguntadas en el cuestionario empleado en este estudio	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
-----------------------------	---	--	-------------	---------	--------------

8.7.2 ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar la descripción de las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (mínimo, máximo y DE). Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Para analizar las variables cualitativas que interviene en la presencia de violencia obstétrica se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrada y para las variables cuantitativas se empleó la prueba “t” para muestra relacionadas.

Todos los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS 19, considerando como significativo un valor p menor a 0.05.

Con los resultados obtenidos se realizaron conclusiones y se hizo una discusión para poder emitir recomendaciones.

9. RESULTADOS

El presente estudio de investigación se realizó en una población de 101 usuarias puérperas. Encontrando las siguientes características sociodemográficas de las usuarias puérperas

En el rubro de edad, el 60.4% de las mujeres encuestadas se encuentran en el rango de 21 -30 años de edad. (Tabla 1)

EDAD (N=101)		
Edad	Frecuencia	Porcentajes
18-20 años	9	8.9
21-30 años	61	60.4
31-40años	31	30.7
Total	101	100.0

Tabla 1.

En la categoría de escolaridad, el 35.6% de las mujeres entrevistadas tienen como nivel de estudio bachillerato (tabla 2)

ESCOLARIDAD (N=101)		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	7	6.9
Secundaria	24	23.8
Bachillerato	36	35.6
Licenciatura	34	33.7
Total	101	100.0

Tabla 2.

El estado civil que predominó en las mujeres púerperas encuestadas fue unión libre con un 42.6%. (gráfico 1)

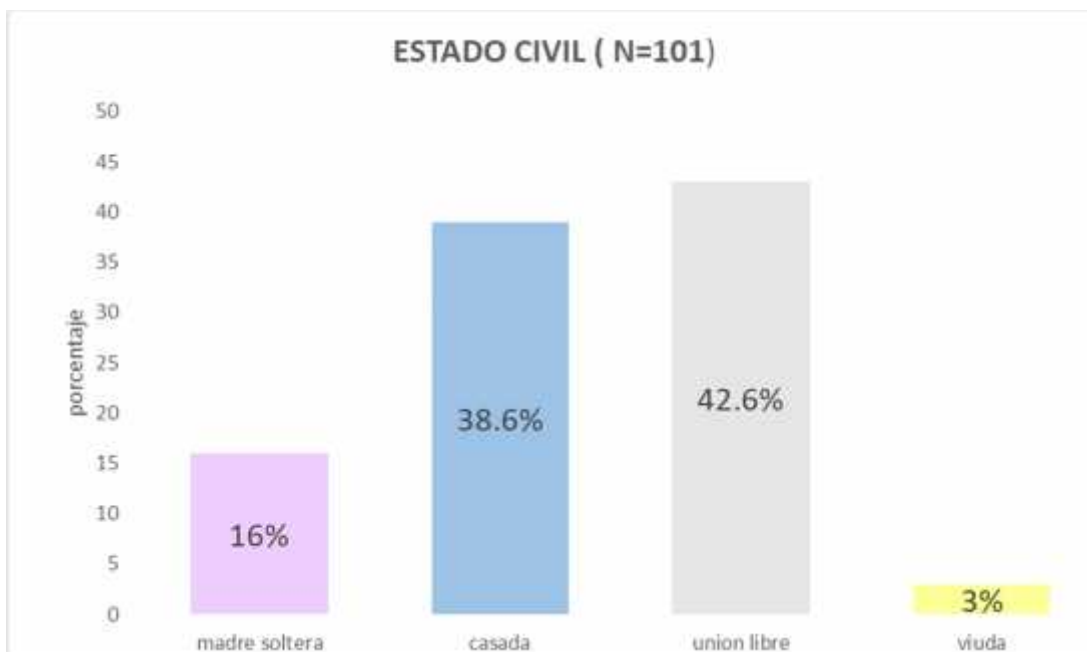


Gráfico1.

La ocupación que predominó en este estudio fue ama de casa con un 36.6%. (gráfico 2)



Gráfico 2.

En los antecedentes gineco-obstétricos, el 39.6% de las usuarias puérperas entrevistadas ha tenido 2 gestas, y tan solo el 2% ha tenido mayor a 4 gestas. (tabla3)

Número de gestas (N=101)		
Gestas	Frecuencia	Porcentaje
1 gesta	31	30.7
2 gestas	40	39.6
3 gestas	14	13.9
4 gestas	14	13.9
>4gestas	2	2.0
Total	101	100.0

Tabla 3.

De las 101 usuarias puérperas entrevistadas, 49.5% no ha tenido partos en todas sus gestas, mientras que el 19.8% ha tenido 2 partos, y tan solo el 2% ha tenido más de 4 gestas. (tabla 4)

Número de partos (N=101)		
Partos	Frecuencia	Porcentaje
0 partos	50	49.5
1 partos	19	18.8
2 partos	20	19.8
3 partos	6	5.9
4 partos	4	4.0
>4 partos	2	2.0
Total	101	100.0

Tabla 4.

Del total de mujeres entrevistadas en este estudio, el 37.6% de las mujeres dijo haber tenido en todas sus gestas al menos 1 cesárea. (tabla 5)

Número de cesáreas (N=101)		
Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
0 cesáreas	33	32.7
1 cesárea	38	37.6
2 cesáreas	26	25.7
3 cesáreas	4	4.0
Total	101	100.0

Tabla 5.

En este estudio, de las 101 mujeres entrevistadas, 88.1% respondió no haber tenido algún aborto en todas sus gestas, mientras que el 9.9% respondió que del total de sus gestas ha tenido 1 aborto. (tabla 6)

Número de abortos (N=101)		
Abortos	Frecuencia	Porcentaje
0 Abortos	89	88.1
1 aborto	10	9.9
2 abortos	2	2.0
Total	101	100.0

Tabla 6.

Solo el 4% % de las mujeres entrevistadas respondió haber tenido hijos muertos en todas sus gestas. (tabla 7)

Número de hijos de muertos		
H. Muertos	Frecuencia	Porcentaje
0 hijos muertos	97	96.0
1 hijo muerto	4	4.0
Total	101	100.0

Tabla 7.

El 44.6% de las mujeres entrevistadas respondió que ha tenido 2 hijos vivos, del total de sus gestas, siendo el número de 2 gestas el de mayor porcentaje. (tabla 8)

Número de hijos vivos (N=101)		
H. Vivos	Frecuencia	Porcentaje
0 hijos vivos	1	1.0
1 hijo vivo	30	29.7
2 hijos vivos	45	44.6
3 hijos vivos	16	15.8
4 hijos vivos	9	8.9
Total	101	100.0

Tabla 8.

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento empleado en este estudio (sección IX, apartado 9.8 de la encuesta ENDIRHE 2016) para indagar la violencia obstétrica fueron los siguientes:

En cuanto a la variable “Posición” encontramos que el 11.9% respondió que, si la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para ellas durante la atención del parto, mientras que el 88.1 % dijo que no. (gráfico 3)

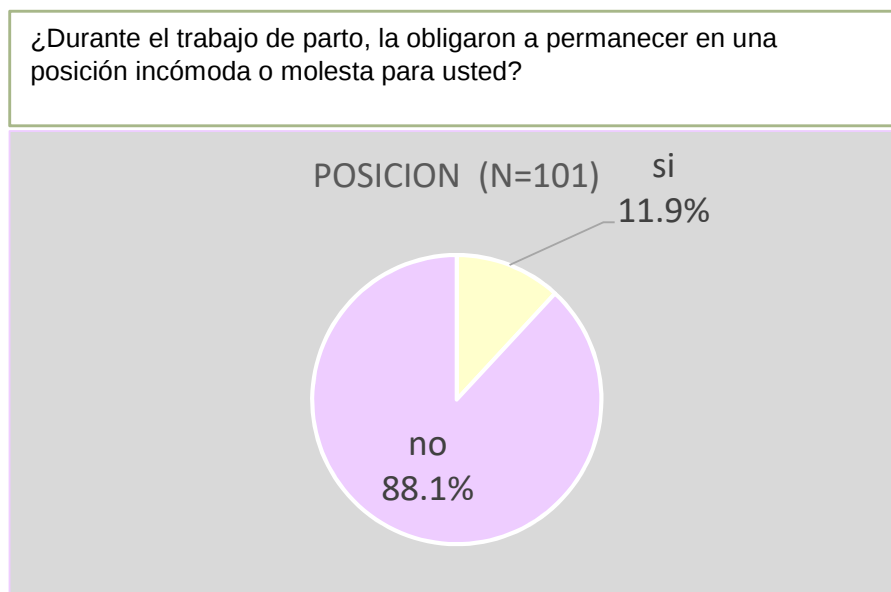


Gráfico 3.

De los resultados de la variable “gritar” 11.9% dijo que si la regañaron o le gritaron. (grafico 4)



Gráfico 4.

Acerca de la variable “ofender”, 4% dijo que si le dijeron cosas ofensivas o humillantes. (Gráfico 5)

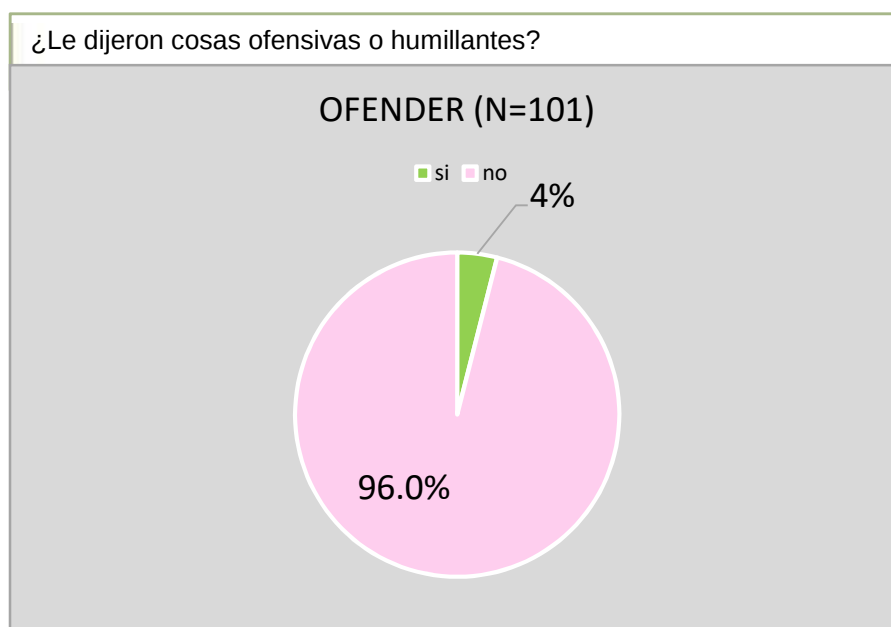


Gráfico 5.

El 13.9% de las encuestadas dijo que si la ignoraban cuando preguntaba sobre su bebe o su parto. Y el 86.1% dijo que no las ignoraban. (Gráfico 6)

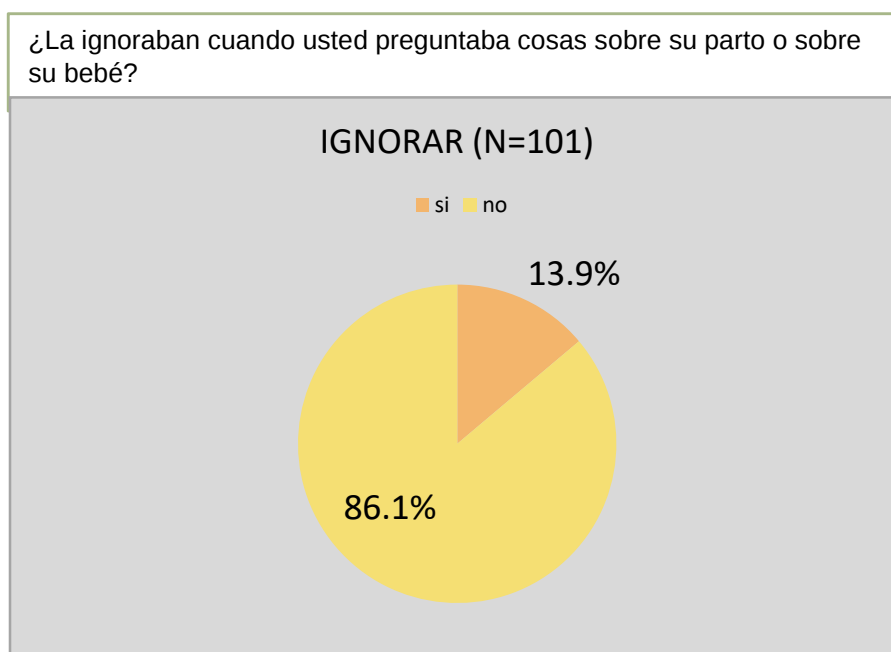


Gráfico 6.

De los resultados de la variable “anestesia” 100% dijo que **NO** se negaron a anestesiarla o aplicarle bloqueo para disminuir el dolor. (gráfico 7)

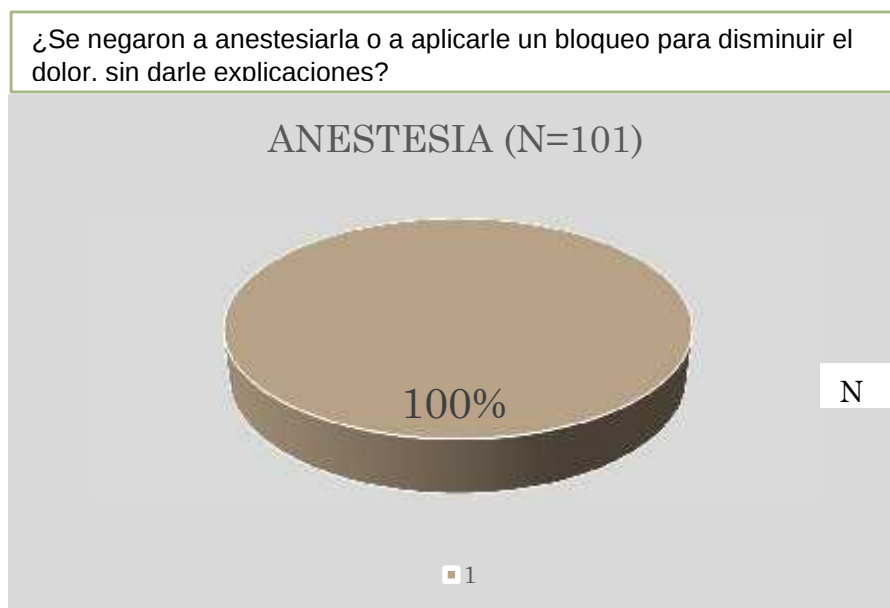


Gráfico 7.

En nuestra muestra a analizar la variable “atención” 4% dijo que **si** se tardaron en atenderla porque estaba gritando. (gráfico 8)

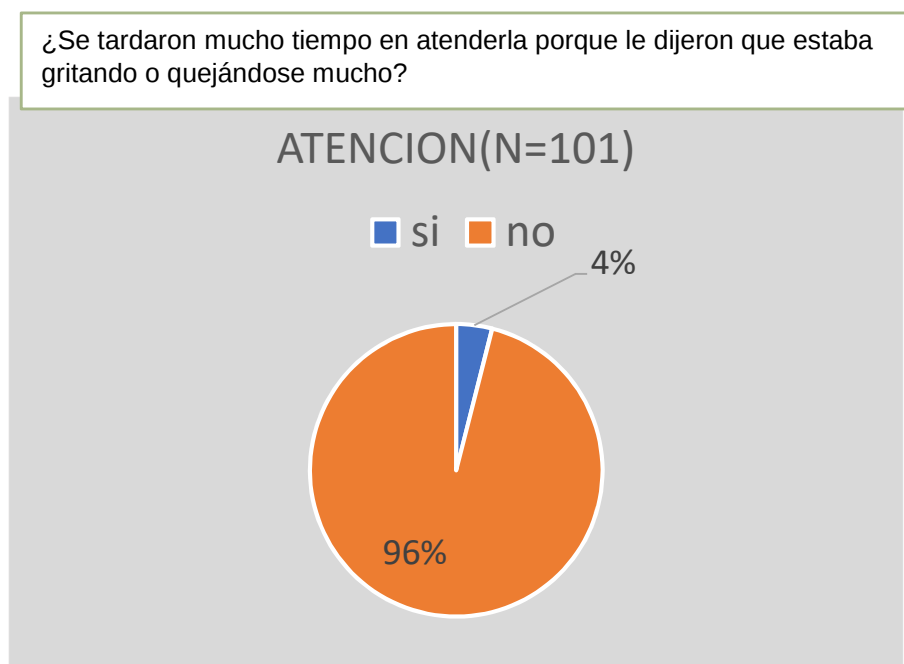


Gráfico 8.

Sobre la variable “MPF” solo el 1% dijo que si colocaron algún método anticonceptivo para ya no tener hijos sin preguntarle. (gráfico 9)

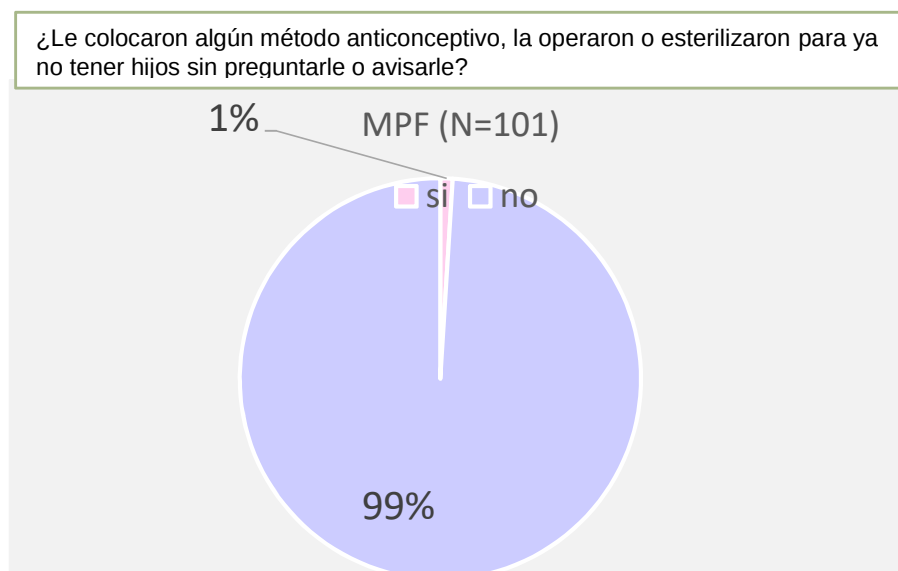


Gráfico 9.

En la pregunta “¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos?” se evidencia que el 23.8% dijo que si la presionaron (gráfico 10)

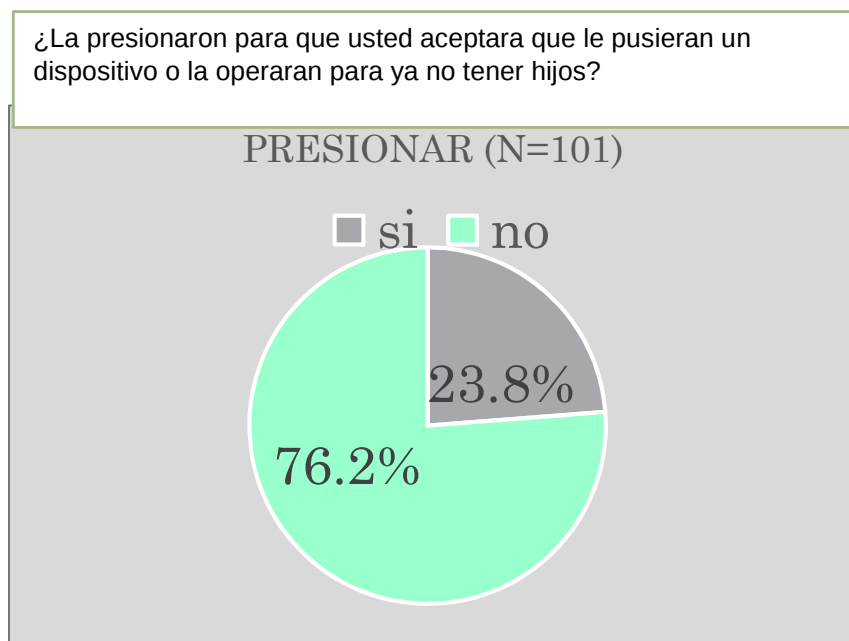


Gráfico 10.

Del total de nuestra muestra al analizar la variable “¿Su último hijo nació por cesárea?, el **68.3%** dijo que si nació por cesárea (gráfico 11)

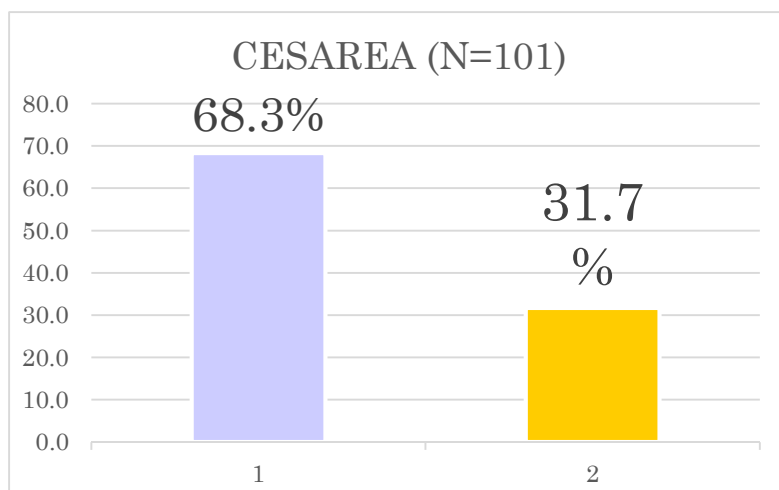


Gráfico 11.

Del total de mujeres que respondió que su último hijo nació por cesárea(N=69), el 86.9% dijo que si le informaron de manera que pudieran comprender por qué era necesario que le realizaran cesárea (tabla9). También se observó que el 94.2% de las usuarias respondió que si dio autorización para que les realizara cesárea. (tabla 10).

Informar (N=69)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	60	86.9%
no	9	13.05%
total	69	100%

Tabla 9.

Permiso (N=69)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	65	94.2%
no	4	5.8%
total	69	100%

Tabla 10.

A las usuarias entrevistadas que respondieron que ellas no dieron autorización para que se les realizara cesárea (n=4), se les preguntó “¿Quién dio el permiso o autorización para la cesárea?” encontrando que en un 75% dio autorización el esposo o pareja y un 25% dio la autorización su padre madre o algún familiar. (tabla 11)

Autorización (N=4)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esposo o pareja	3	75%
Padre, madre o algún familiar	1	25%
total	69	100%

Tabla 11.

Se encontró que las prácticas más frecuentes de violencia obstétrica manifestadas por las usuarias en este estudio fueron las siguiente: un 23.8% respondió que si las presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo, un 13.9 % mencionó que fueron ignoradas cuando preguntaban sobre su bebé o su parto, y un 13.5% dijo que no les informaron porque les realizarían cesárea. (gráfico 12)

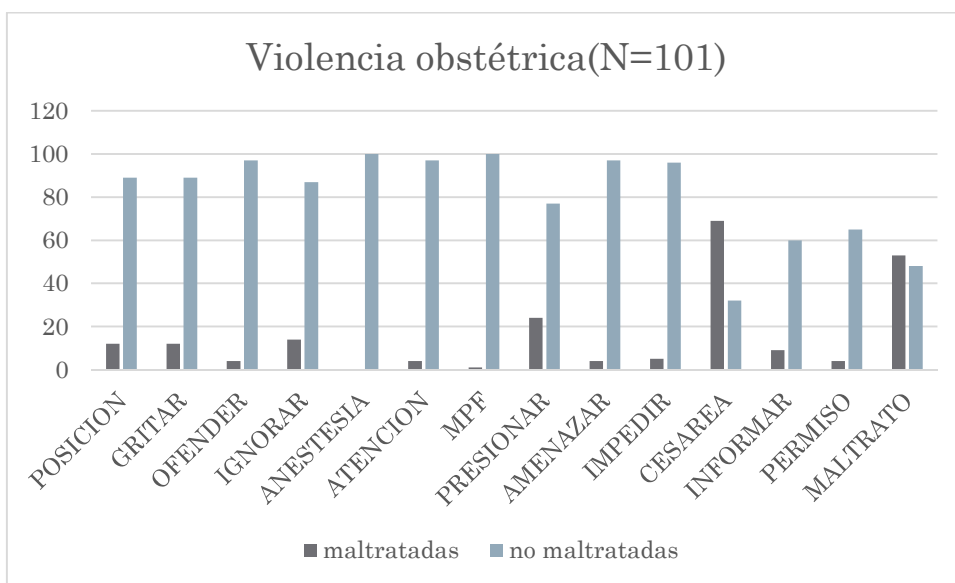


Gráfico 12.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, tomando como violencia obstétrica, el haber sufrido al menos un maltrato preguntado en la encuesta, el 52.5% de las mujeres encuestadas si sufrió algún tipo de violencia obstétrica durante la atención de su parto. (gráfico 12 y 13)

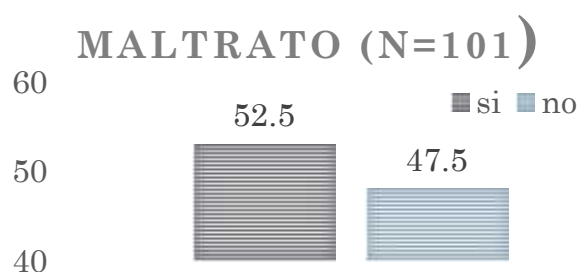


Gráfico 13.

Para conocer cuáles fueron las condiciones sociodemográficas de las mujeres que manifestaron ser víctimas de violencia obstétrica en este estudio, se relacionó el maltrato con cada una de las variables sociodemográficas.

Se realizó asociación de maltrato con edad, sin encontrar asociación significativa con un valor de $p=0.625$. Por lo que podemos decir que la violencia obstétrica en este estudio no está relacionada con la edad de las usuarias encuestadas. (tabla 12)

MALTRATO *EDAD tabulación cruzada (N=101)						
			EDAD			Total
			18-20 años	21-30	31-40	
MALTRATO	si	Recuento	4	32	17	53
		Recuento esperado	4.7	32.0	16.3	53.0
	no	Recuento	5	29	14	48
		Recuento esperado	4.3	29.0	14.7	48.0
Total		Recuento	9	61	31	101
		Recuento esperado	9.0	61.0	31.0	101.0
Pruebas de chi-cuadrado						
Asociación lineal por lineal		Valor .239		Gl 1		P=0.625

Tabla 12

En los resultados de escolaridad vs maltrato, encontramos que no hay asociación entre estas variables, con un valor de $P= 0.082$ no significativo. Evidenciando que la violencia obstétrica no está relacionando con el grado de escolaridad que tienen las pacientes que manifestaron sufrir maltrato obstétrico. (tabla 13)

MALTRATO *ESCOLARIDAD tabulación cruzada (N=101)							
			ESCOLARIDAD				Total
			primaria	secundaria	bachillerato	licenciatura	
MALTRATO	si	Recuento	2	13	15	23	53
		Recuento esperado	3.7	12.6	18.9	17.8	53.0
	no	Recuento	5	11	21	11	48
		Recuento esperado	3.3	11.4	17.1	16.2	48.0
Total		Recuento	7	24	36	34	101
		Recuento esperado	7.0	24.0	36.0	34.0	101.0
Pruebas de chi-cuadrado		Valor	3.034	G1 1		P= 0.082	

Tabla 13.

En este estudio se encontró asociación entre el maltrato y el estado civil. Con un valor significativo de $p= 0.033$. Siendo el estado civil casada el de mayor recuento de lo esperado. (tabla 14)

MALTRATO *EDO CIVIL tabulación cruzada (N=101)							
			EDO CIVIL				Total
			madre soltera	casada	unión libre	viuda	
MALTRATO	si	Recuento	8	28	17	0	53
		Recuento esperado	8.4	20.5	22.6	1.6	53.0
	no	Recuento	8	11	26	3	48
		Recuento esperado	7.6	18.5	20.4	1.4	48.0
Total		Recuento	16	39	43	3	101
		Recuento esperado	16.0	39.0	43.0	3.0	101.0
Pruebas de chi-cuadrado		Valor	4.560		G1 1		P= 0.033

Tabla 14

En la tabla que relaciona ocupación con maltrato, podemos observar que no hay asociación entre estas variables, con un valor de $p=0.464$ (tabla 15)

MALTRATO *OCUPACION tabulación cruzada							
			OCUPACION				Total
			ama de casa	empleada	profesionista	otra	
MALTRATO	si	Recuento	18	17	16	2	53
		Recuento esperado	19.4	18.9	12.6	2.1	53.0
	no	Recuento	19	19	8	2	48
		Recuento esperado	17.6	17.1	11.4	1.9	48.0
Total		Recuento	37	36	24	4	101
		Recuento esperado	37.0	36.0	24.0	4.0	101.0
Pruebas de chi-cuadrado		Valor	2.564	Gl 1		P= 0.464	

Tabla 15

10. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se interrogó sobre condiciones sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil y ocupación) de las usuarias puérperas entrevistadas. Y se encontró que el rango de edad con mayor porcentaje fue de 21 a 30 años con un 60.4%, similar al que encontró Jojoba E. en su estudio “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible” en donde el rango de edad más frecuente en su muestra fue de 20 a 25 años con un 57% (17) y Lansky S. en su artículo “Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience “ el grupo de edad dominante fue de 20 a 34 años (77,3%); observando que al igual que en otros artículos, en nuestro trabajo de investigación predominaron las mujeres jóvenes. Respecto al grado de escolaridad que más predominó en nuestro estudio fue bachillerato con un 35.6%, al igual que en el artículo de Jojoba E. siendo bachillerato el de mayor porcentaje 31% junto con escolaridad primaria incompleta (17). En relación al estado civil la mayoría manifestó estar en unión libre (42. %), en su artículo Lansky S. encontró que el rubro casada o con unión estable (84,5%) fue el más dominante (16), esto debido a que en un solo rango incluyó unión libre y casada, sumando estos dos rubros nosotros tenemos un porcentaje afín (81.2%). Evidenciado que la mayoría de mujer entrevistadas no están solteras. La ocupación con más porcentaje en nuestra investigación fue ama de casa con un 36.6%, de

igual manera que reporto Jojoba E. en su artículo “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible” (18)

En nuestro estudio encontramos que las prácticas más frecuentes de violencia obstétrica manifestadas por las usuarias puérperas de la umf2 en la atención del parto en el HGZ20, fueron haberse sentido presionadas para que aceptaran que les pusieran un dispositivo o las operaran para ya no tener hijos (23.8%), seguido de manifestar que las ignoraban cuando preguntaban sobre su bebe o su parto (13.9%), así como el 13.5% dijeron que no les informaron porque les realizarían cesárea.

Del total de nuestra muestra el 52% de las usuarias manifestó haber sufrido algún tipo de maltrato durante la atención de su parto, en un porcentaje menor al planteado en la hipótesis, en la que se mencionaba que sufrieron violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 más del 60%de las usuarias puérperas de la UMF2. Tal como se observó en el estudio de Jojoba E. encontrando en su muestra que el 69,5% de las mujeres que entrevistó se evidenció una o más formas de violencia obstétrica (17). Ramos P. en su artículo encontró que un 56,4% de las mujeres entrevistadas sufrió violencia obstétrica durante el parto, las practicas más frecuentes fueron 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 (3).

11. CONCLUSIÓN

El presente trabajo de investigación resulta de gran importancia debido a la falta de estudios sobre violencia obstétrica en la UMF2, por su naturaleza el tema suele ser muy subjetivo, ya que mucho depende de la perspectiva de las usuarias al sentirse o no agredidas con diferentes actos, también cabe mencionar que muchas prácticas obstétricas que ya son consideradas maltrato, en nuestro país está muy normalizadas y las usuarias no las perciben como violencia obstétrica.

En nuestro estudio se encontró que el 52% de las usuarias manifestó haber sufrido algún tipo de maltrato durante la atención de su parto, resaltando que es un evento muy frecuente, que, si bien se observó menos porcentaje de lo planteado en nuestra hipótesis, es evidente que aún existe violencia obstétrica en la atención de parto, vulnerabilizando los derechos de la mujer a una vida libre de violencia. Por lo que en nuestro estudio se rechaza la hipótesis alterna, aceptando la hipótesis nula

12. PROPUESTAS

Reforzar la difusión y capacitación acerca de la violencia obstétrica en el personal de la salud involucrado en la atención del embarazo parto y puerperio. Así como fomentar las recomendaciones que propone la Organización Mundial de la Salud para la atención de un parto humanizado

De igual manera es importante que el personal de salud esté informado acerca de las actualizaciones en cuanto al marco legal sobre la violencia obstétrica, ya que este concepto ya se encuentra incluido en la ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Puebla.

13. LINEAMIENTOS ÉTICOS

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, en base al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, conforme al artículo 17 del capítulo 1, está considerado como un estudio de riesgo mínimo, ya que se aplicará una encuesta como instrumento de medición, no se expone a los voluntarios a ningún riesgo de salud, sin embargo, es necesario el manejo de la información en forma confidencial y bajo la legislación de protección de datos y su uso será exclusivo para la propia investigación, se les informará a los participantes los motivos de la investigación y el manejo de la información, de tal forma que tendrán el derecho en todo momento de retirar su consentimiento y la libertad de participar o no, así como de suspender su participación según su conveniencia, así mismo, los cuestionarios aplicados a los pacientes no tendrán ninguna repercusión en la calidad de atención.

Principios éticos básicos (acuerdos de Belmont)

1. Respeto a las personas: Todos los participantes serán respetados como agentes autónomos, se les proporcionará la información adecuada y así poder decidir voluntariamente ingresar o no al estudio.
2. Beneficencia: No hacer daño, aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad sin menoscabo de la atención médica de calidad. Así mismo las personas serán tratadas éticamente respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar.
3. Justicia: los beneficios obtenidos durante la investigación serán otorgados de manera imparcial y equitativa.

En la selección de los sujetos para el estudio no habrá distinción entre clases de sujetos, y habrá imparcialidad y equidad por los investigadores.

De acuerdo a el código de Núremberg el cual plantea explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento Informado, así como la expresión de la autonomía del paciente. En este estudio será esencial el uso del consentimiento voluntario de las personas que participen, así como los sujetos podrán pedir que se suspenda su participación si se sienten afectados mental o físicamente. Así como se espera que los resultados de este estudio contribuyan para el bien de la sociedad.

En base a la declaración de Helsinki un documento que regula en el área médica lo relacionado a la investigación. Se considerarán en este estudio los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Jardim D.M.B., Modena C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018;26-30 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
2. Vacaflor C.H., Obstetric violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. Reproductive Health Matters 2016; 24:65-73. DOI: [10.1016/j.rhm.2016.05.001](https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001)
3. Ramos P.A.R., La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. Revista de Investigación en mujer, Salud, y Sociedad 2012;56-74 Recuperado de <https://revistes.ub.edu>
4. Pintado C.S., Penagos J.C., Casas M.A. Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. Ginecología y Obstetricia De México 2015; 83:173-178.
5. Quattrocchi P. Magnone N. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Remedios de Escalada: De la UNLA Universidad Nacional de Lanú 2020;1:978-987 <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
6. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación general sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud 2017; Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf
7. Flores J., Santiago S. G., Gutiérrez M. I. Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México 2016 Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagnostico_VO_port.pdf
8. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019 Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-052-19ER.pdf>
9. Llorente N.D.M. Violencia de género y Atención Primaria 2016; 12:517–23.
10. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos 2015; Recuperado de <https://gire.org.mx/wpcontent/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva 2019;12-17 recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
12. Da-Silva C. I., Santana B.R. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Enfermería Global 2017;16: 71-97 doi:10.6018/eglobal.16.3.250481
13. Rangel F.Y., Martínez A. G. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. Revista CONAMED 2017 22:166-169
14. Figueroa E. O., Hurtado R., Valenzuela D. G., Bernal J. D., Duarte C.D., Cazares F. A. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora 2017; 14-21
15. Da Silva C.I., Brito, Santana B.R. Prácticas obstétricas desarrolladas en dos maternidades públicas para parturientas de bajo riesgo. Enfermería Global 2019; 18: 210-249. DOI <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.317281>
16. Lansky S., Souza K. V., Peixoto E., et al.. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciencia & saude coletiva* 2019; 24: 2811–2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
17. Jojoba E., Chuchumbe Y., Brivith J., et al. Violencia obstétrica: hacienda visible lo invisible. Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud 2019; 51(2):135-146. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

15. ANEXOS

15.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)	
Nombre del estudio:	Violencia obstétrica durante la atención del parto en el HGZ20 en las usuarias puérperas de la UMF2
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Heroica Puebla de Zaragoza
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	En este estudio se pretende conocer si usted sufrió algún regaño o maltrato durante la atención de su parto, el poder saber si usted tuvo algún maltrato esto nos ayudará a prevenir que usted o que otra embarazada pase por la misma situación. Con esta información podremos sensibilizar y hacer conciencia en el personal de salud para que el trato que se le dé sea más humano.
Procedimientos:	Se le realizará un cuestionario en la sala de espera de la unidad o en el consultorio de medicina familiar, este cuestionario es de 12 preguntas de opción (sí/no) y una pregunta abierta, que podrá contestar en unos 15 min aproximadamente. Por medio de este cuestionario sabremos si durante la atención de su parto sufrió violencia obstétrica, también se recabarán otros datos personales, los cuales se mantendrán en confidencialidad.
Posibles riesgos y molestias:	Estimada paciente no corre usted ningún riesgo a su salud, físico, social, económico ni psicológico. Las molestias que podría presentar, es el tiempo para contestar el cuestionario que será aproximadamente de 15 minutos, dificultad en la comprensión de las preguntas, y alguna posición incómoda al momento de responder.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en el estudio usted podrá saber si fue víctima de violencia obstétrica y podrá solicitar información acerca del tema si así lo desea, así como también nos ayudará a detectar las prácticas mas comunes de maltrato y que podemos intervenir en ellas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado de la encuesta se le dará de manera verbal inmediatamente después de finalizarla. Los resultados finales de la investigación se podrán conocer al término del trabajo.
Participación o retiro:	Estimada paciente usted podrá decidir libremente si desea participar o no, así como también retirarse del estudio en el momento en que usted quiera, sin que se vean afectados sus derechos ante el IMSS, o la atención que usted recibe en esta Unidad de Medicina Familiar número 2.
Privacidad y confidencialidad:	En relación a la información que usted nos otorgue, nosotros como equipo de investigadores, resguardaremos la información de manera confidencial, nadie más tendrá acceso a la información sobre usted y la que nos proporcione durante su participación en este estudio. Toda información será de carácter confidencial y solamente utilizada para este estudio según las consideraciones Éticas internacionales para la investigación
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
☐	No acepto participar en el estudio.
☐	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
☐	Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Mta. Isaf Apaez Sánchez, Medica Familiar adscrita a la UMF2 No. 2 Puebla; Pue. Matrícula: 99223411 Teléfono: 2225379915 Correo electrónico: isaiaapaezsanchez@yahoo.com.mx
Colaboradores:	Dra. Ana Itzel Castillo Reyes, Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 2 Puebla. Matrícula: 97223010 Teléfono: 2221331344 Email: annitacr33@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Servicio de Medicina Familiar Número 2 de lunes a viernes de 08:00 a 15:00hrs avenida 9 oriente 420, Centro, 72000, Puebla, Pue. Investigador Dra. Ana Itzel Castillo Reyes, Teléfono de investigador: 2221331344, correo electrónico: annitacr33@gmail.com. 24 hrs del día con la Presidenta del Comité de Ética Institucional: Dra. Laura Sánchez Almaraz Medico Familiar Unidad de adscripción UMF 2, teléfono 2225361318, correo electrónico doclausan@hotmail.com En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del participante	_____ Dra. Ana Itzel Castillo Reyes 97223010
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013	

15.2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN PUEBLA UNIDAD DE MÉDICA FAMILIAR NÚMERO 2, PUEBLA.		
INSTRUMENTO DE MEDICION		
I. DATOS GENERALES		
NSS:		
Edad..... ☐ 1. 18-20 años 2. 21-30 años 3. 31-40 años 4. 41- 49 años	Escolaridad..... ☐ 1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Posgrado	Estado civil..... ☐ 1. Madre soltera 2. casada 3. unión libre 4. viuda 5. divorciada
Ocupación..... ☐ 1. ama de casa 2. empleada 3. profesionista 4. otra	Número de gestas.... ☐ 1. 1 gesta 2. 2 gestas 3. 3 gestas 4. 4 gestas 5. >4 gestas	¿Cuántos partos? ☐ 1. 1 parto 2. 2 partos 3. 3 partos 4. 4 partos 5. >4 partos
¿cuántas cesareas?..... ☐ 1. 1 cesárea 2. 2 cesáreas 3. 3 cesáreas 4. 4 cesáreas 5. >4 cesáreas	¿Cuántos abortos?..... ☐ 1. 1 aborto 2. 2 abortos 3. 3 abortos 4. 4 abortos 5. > 4 abortos	¿Cuántas hijas e hijos nacieron muertos?..... ☐ 1. 1 hijo 2. 2 hijos 3. 3 hijos 4. 4 hijos 5. > 4 hijos
¿Cuántas hijas e hijos nacieron vivos?..... ☐ 1. 1 hijo 2. 2 hijos 3. 3 hijos 4. 4 hijos 5. > 4 hijos		
II. ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES 2016. SECCIÓN IX. APARTADO 9.8		

Ahora le voy a preguntar sobre cómo la atendieron durante su último parto. SELECCIONE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE EN CADA CASILLA SÍ1 No.....2	
1. ¿Durante el trabajo de parto, la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?	
2. ¿Le gritaron o la regañaron?	
3. ¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes (por ejemplo, “¿así gritaba cuando se lo hicieron?” o “cuando se lo hicieron, ahí si abrió las piernas ¿no?”)?	
4. ¿La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé?	
5. ¿Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones? .	
6. ¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho?	
7. ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle?	
8. ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos?	
9. ¿La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era?	
10. ¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza?	
11. ¿Su último hijo(a) nació por cesárea?	
SI RESPONDIÓ "NO" (2). FINALICE LA ENCUESTA	
12. ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea?	
13. ¿Usted dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea?	
SI EN LA PREGUNTA 13 RESPONDIÓ "NO" (2), PREGUNTE: 14. ¿Quién dio el permiso o autorización para la cesárea? Esposo o pareja.....1 Padre, madre o algún familiar.....2 Otra persona.....3 Nadie4	

15.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (1)

NSS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	GESTAS	PARTOS	aborts	nacidos muertos
	1. 18-20 años 2. 21-30 años 3. 31-40 años 4. 41- 49 años	1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. BACHILLERATO 4. LICENCIATURA 5. POSGRADO	1. MADRE soltera 2. CASADA 3. UNION LIBRE 4. VIUDA 5. DIVORCIADA	1. AMA DE CASA 2. EMPLEADA 3. PROFESIONISTA 4. OTRA	1. 1 GESTA 2. 2 GESTAS 3. 3 GESTAS 4. 4 GESTAS 5. >4 GESTAS	1. 1 PARTO 2. 2 partos 3. 3 partos 4. 4 partos 5. >4 partos	1. 1 aborto 2. 2 abortos 3. 3 abortos 4. 4 abortos 5. >4 abortos	1. 1 hijo 2. 2 hijos 3. 3 hijos 4. 4 hijos 5. > 4 hijos
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

15.4 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (2)

	posicion		gritar		regañar		ofender		ignorar		anestesia		atencion		MPF		presionar		amenazar		impedir		cesarea		informar		permiso		autorizacio	
NSS	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO	1. SI	2. NO
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
21																														
22																														
23																														
24																														
25																														
26																														
27																														
28																														
29																														
30																														

15.5 CARTA DE NO INCONVENIENTE



COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA EN PUEBLA
Unidad de Medicina Familiar N° 02

CARTA DE NO INCOVENIENCIA PARA REALIZACION DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

02 de febrero 2021

A quien corresponda

Declaro al Comité Local de Investigación en Salud, que el protocolo de investigación con título **VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HGZ20 EN LAS USUARIAS PUÉRPERAS DE LA UMF2**, no tengo inconveniente en que se realice.

Se autoriza al responsable de la investigación **Dra. Isaí Apaez Sánchez**, realice el siguiente procedimiento como lo es, la aplicación de los cuestionarios a los participantes del estudio, uso de los recursos para el análisis de los datos, interpretación y presentación de los resultados en lo inconveniente. El responsable de la investigación podrá utilizar un espacio destinado para la realización de su proyecto así mismo declaro que este protocolo de investigación no interfiere con los procesos a carga de nuestra unidad.

Atentamente



Dr. José Humberto Contreras Domínguez



© 2019 IMSS. Todos los derechos reservados. IMSS, Puebla, México. Tel. 222 216 2000, C.A. 02021. www.imss.gub.mx

15.6 HOJA DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN PUEBLA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR NUMERO 2

PUEBLA, PUEBLA A 19 DE ENERO 2023

ASUNTO: HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago constar que en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 se realizó el trabajo de investigación con el título **"Violencia obstétrica durante la atención del parto en el HG220 en las usuarias púerperas de la UMF2"**, bajo la dirección del **Dra. Isai Apaez Sánchez** con número de Registro SIRELCIS **R-2021-2103-024**, cuyo autor principal es la **Dra. Ana Itzel Castillo Reyes** residente de la especialidad de Medicina Familiar. Por lo que hago constar que he revisado el contenido científico de la misma, autorizando su impresión.

Sin otro particular y expidiendo la presente para los fines relacionados con los procesos de titulación.

Asesor de tesis
Mtra. Isai Apaez Sánchez
Médica familiar adscrita a la UMF No. 2 Puebla, Pue