



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA
ATENCIÓN DEL PARTO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2, TUXTLA
GUTIÉRREZ, CHIAPAS”.**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. FRANCISCO LEONARDO PINEDA BOLAÑOS

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO 2022



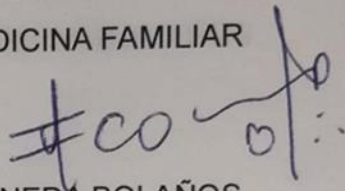
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13
 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

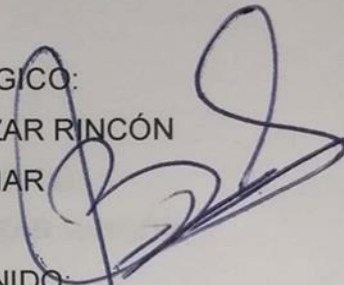


"VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DEL PARTO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS".

TESIS DE POSTGRADO

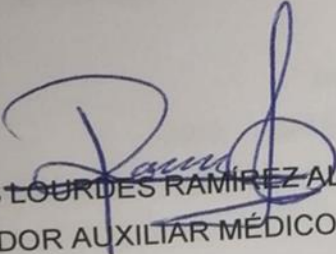
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

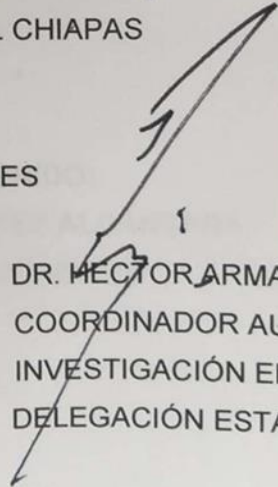
PRESENTA 
 DR. FRANCISCO LEONARDO PINEDA BOLAÑOS

ASESOR METODOLÓGICO:
 DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN
 MÉDICO NO FAMILIAR 

ASESOR DE CONTENIDO:
 DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
 DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS

AUTORIZACIONES


 DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
 EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN
 ESTATAL CHIAPAS


 DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEÓN
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
 INVESTIGACIÓN EN SALUD,
 DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS



DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE
 PLANEACIÓN Y ENLACE INSTRUCIONAL

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, FEBRERO 2022



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DEL
PARTO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

TESISTA DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. FRANCISCO LEONARDO PINEDA BOLAÑOS

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13
CORREO ELECTRÓNICO: drflpb_17@hotmail.com
TELÉFONO: 9611173434
MATRICULA: 98071288

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN

MÉDICO NO FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 2
CORREO ELECTRÓNICO: umqbalcazar@gmail.com
TELÉFONO: 961 658 19 84
MATRICULA: 99332495

ASESOR DE CONTENIDO:

DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
CORREO ELECTRÓNICO: yunisra@hotmail.com
TELÉFONO: 961 658 2278
MATRICULA: 99074474

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios por darme la fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado.

A mis padres Francisco y Loly por apoyarme en todo momento, por estar siempre para mí, por su amor y cariño, por siempre darme ánimos para nunca rendirme a pesar de las adversidades que se me presentan.

A mi esposa Martha por todo su amor, cariño y comprensión, porque a pesar de las adversidades que hemos enfrentado en esta etapa de mi vida ha estado siempre para mí, gracias amor por todo tu apoyo, sin ti esto no sería posible.

A mis hijas Martha y Mercedes que son lo más hermoso que me ha pasado en la vida y mi motor para seguir adelante.

A mis asesores Dr. Luis Ernesto y Dra. Yunis por hacer posible la realización de este trabajo, sus consejos y aportaciones fueron muy valiosos para poder llevar a cabo esta tesis.

Índice

Resumen.....	1
I.- Marco Teórico.....	2
II.- Justificación.....	19
III.- Planteamiento del problema.....	20
IV.- Objetivos.....	21
V.- Hipótesis.....	22
VI.- Material y métodos.....	23
Tipo del estudio y Diseño del estudio	23
Límites de tiempo y espacio del estudio.....	23
Universo.....	23
Muestra.....	23
Criterios de selección de la muestra.....	24
Características del instrumento.....	25
Análisis Estadístico.....	26
VII.- Procedimiento.....	27
VIII.- Definición Conceptual y Operacionalización de Variables.....	28
IX.- Recursos para el estudio	31
X.- Consideraciones éticas.....	32
XI.- Resultados.....	34
XII.-Discusión.....	39
XIII.- Conclusión.....	40
XIV.- Recomendaciones.....	41
XV.- Bibliografía.....	42
XVI.- Anexos.....	46
XVII.- Cronogramas de actividades.....	54

Resumen

Título: Violencia obstétrica en mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto al Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: Muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo cuando acuden a la atención del parto a los hospitales, amenazando los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.¹

En México se ha promulgado una Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual en su Art 1º establece: Esta Ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación.²

Objetivo: Identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Material y Métodos: Estudio tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, constó de una muestra de 321 encuestadas, se aplicó el test de Violencia Obstétrica de la Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria de Argentina; adaptado a población mexicana.

Resultados principales: La frecuencia de violencia obstétrica fué de 49.2%. El tipo de violencia que más se identificó fue la física con un 57.7%. El personal que más violencia ocasionó fue el médico adscrito de Ginecología y Obstetricia.

Conclusión: La frecuencia presentada para violencia obstétrica fue del 49.2%. Se identificaron más actos de la violencia Física.

Palabras clave: Violencia, parto obstétrico.

I.- Marco teórico

La violencia obstétrica es una forma específica de violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo la igualdad, la no discriminación, la información, la integridad, la salud y la autonomía reproductiva.³

Es creado en la atención del embarazo y parto y en los servicios de salud públicos y privados, es producto de una red multifactorial donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.³

Cuando las mujeres acuden a la atención del parto a las instituciones, las violaciones a los derechos humanos y reproductivos va desde humillaciones, llamadas de atención, burlas, insultos, amenazas, ironías, manipulación de la información y negación al tratamiento, no referencia oportuna a otros servicios para una adecuada atención, posponer la atención médica de urgencia, indiferencia a sus peticiones y quejas, no informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su integridad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y coacción para obtener su “consentimiento”, formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud, y que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.³

Existen dos formas de violencia durante el parto: física, es decir, cuando se practican métodos invasivos y se administran drogas sin evidencia suficiente del estado de salud de la mujer durante el parto, o cuando no se respeta el proceso reproductivo y la capacidad de procrear.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho del conocimiento público una serie de directrices que se han clasificado como:

1. Prácticas evidentemente útiles, que tendrían que ser promovidas.

2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces, que se tendría que eliminar.
3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
4. Las prácticas son a menudo mal utilizadas. Entre las prácticas recomendadas destacan: no realizar procedimientos médicos innecesarios, es decir, no realizar episiotomía, rasurado, seguimiento fetal y enema como de costumbre. Limite el uso de oxitocina, analgésicos y narcóticos. Mantener la tasa de cesáreas recomendada por la Organización Mundial de la Salud, hasta un 10 a 15% de los partos.³

La segunda forma de violencia en el parto es la psicológica: incluye el trato cruel, inhumano, discriminatorio y degradante de una mujer cuando busca atención o durante el parto. Además de omitir información sobre la evolución de su evento obstétrico.³

Como alternativa en los últimos años se ha fortalecido un modelo de “parto humanizado”, el cual: Tiene como objetivo considerar directamente las opiniones, necesidades y valoraciones psicológicas y emocionales de las mujeres y sus familias durante la atención del embarazo, parto y puerperio; Con su objetivo principal, la experiencia de vivir como un momento especial y placentero, en términos de dignidad donde la mujer es el sujeto del nacimiento de su hijo y su héroe, reconociendo el derecho a la libertad de la mujer o esposo para decidir dónde quiere que se lleve a cabo el parto.³

Además de las recomendaciones de la OMS, existe un marco legal internacional que sustenta la protección contra la violencia a la salud reproductiva de la mujer. Según el artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir y Eliminar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), se entiende como violencia contra las mujeres: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Esta Convención impone obligaciones

positivas a los Estados para eliminar las manifestaciones de violencia contra la mujer, debiéndose prestar atención cuando la mujer que es violentada se encuentra embarazada (artículo 9). En el escenario internacional, la violencia contra la mujer se reconoce como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades en igualdad de condiciones con los hombres. En la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) se estableció como requisito indispensable a los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de garantizar el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el puerperio. ³

Situación en México y en Chiapas

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Conociendo Chiapas. Séptima edición. 2017, el 18.4 % de las adolescentes menores de 20 años han tenido al menos un hijo, el promedio nacional es de 18.2%.⁴

Cada hora se registran 3 matrimonios y 17 nacimientos. De cada 100 personas, 82 están afiliadas a servicios de salud, datos similares al nacional. ⁴

En México en el año 2017 se obtuvo un registro de 2,234,039 nacimientos a comparación de años anteriores se ha visto una disminución con los nacimientos. ⁵

Los datos que se obtuvieron sobre el número de partos y cesáreas que fueron atendidos en el año 2009 confirman el aumento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% de todos los nacimientos que ocurrieron en el país fueron obtenidos mediante cesáreas. ⁵

Tabla 1. INEGI. Censos y conteos de población y vivienda.⁵

Indicador	Promedio						
	1970	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más			ND	2.6	2.5	2.3	
Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más solteras	0.1	0.2		0.2		0.3	0.3
Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más en unión libre	4.2	3.4		2.9		2.5	
Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 12 años y más viudas, divorciadas y separadas							

Marco jurídico

Varios países de Latinoamérica han incorporado a sus legislaciones el Derecho a una Vida Libre de Violencia, entre los que destacan Argentina y Venezuela.⁶

México también ha mostrado preocupación por regular y legislar leyes en contra de la problemática de la violencia obstétrica es por ello que en el año 2007 se publicó la “Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia” a la que se le han incorporado reformas, la última de ellas en febrero del 2014.⁶

Son dieciocho estados de los Estados Unidos Mexicanos (Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz) que cuentan con definiciones de violencia obstétrica

en sus respectivas “Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”.

6

Dichas leyes locales se basan en las propuestas que se realizaron en el país de Venezuela, algunas de ellas solo retomando el concepto, mientras que otras incorporan los actos constitutivos en la misma definición, modificando algunos puntos específicos. En seguida, se hará una breve narrativa de los conceptos o definiciones adoptadas en términos legales en el estado de Chiapas, conforme a las Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. ⁶

Chiapas

Como se cita en “La Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres del Estado de Chiapas”, en su artículo 5 fracción IX, define como Violencia contra las Mujeres “cualquier acción u omisión, que en razón de género, tenga como fin o resultado un daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual, moral, obstétrico y de los derechos reproductivos, en cualquier ámbito”. En el año 2009, los conceptos de violencia obstétrica se incluyeron en el artículo 6 fracción VII: ⁶

Como se cita en el Artículo 6.- “Los tipos de violencia contra las mujeres son:

VII. Violencia Obstétrica. - Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, 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; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente

después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural”.⁶

Dicha Ley también incorporó la violencia de los derechos reproductivos en la fracción VIII, del mismo artículo 6, que establece:⁶

Como se cita en artículo 6 fracción VIII. “Violencia de los derechos reproductivos. - Es toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como los servicios de atención prenatal, y obstétricos de emergencia”.⁶

Dicha ley contempla a la violencia obstétrica como una de las variantes de violencia en el ámbito familiar, y señala en el artículo 7, fracción I, lo siguiente:

Como se cita en el Artículo 7.- “Las modalidades de violencia son: ⁶

I. Violencia en el ámbito familiar: Es el acto de abuso de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, psicológica, patrimonial, económica, sexual, moral, obstétrica o derechos reproductivos; dentro o fuera del domicilio familiar, realizadas por el agresor que tenga o haya tenido algún vínculo de índole familiar con la víctima; parentesco por consanguinidad, afinidad o civil, tutela; o bien, que haya tenido o tenga alguna relación afectiva o sentimental de hecho”.⁶

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

(DOF 07 DE ABRIL DE 2016)

Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016: “Con fecha 17 de febrero de 2016, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 47, fracción III, el citado Comité Consultivo Nacional de Normalización, aprobó las respuestas a comentarios recibidos, así como las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas, las cuales, con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación recibidas por el mencionado Comité, y que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA”.⁷

Esta norma enfatiza la realización de actividades preventivas de riesgo durante el embarazo, así como las de prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o que son innecesarias. Asimismo, es necesario fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.⁷

Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “**objetivos:** Establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida”.⁷

Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “**Campo de aplicación:** Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el país, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado

del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas”.⁷

Disposiciones generales:

- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución”.⁷
- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio”.⁷
- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo”.⁷
- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto”.⁷

- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atenci3n m3dica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posici3n en que la embarazada se sienta m3s c3moda, en tanto no exista contraindicaci3n m3dica. Si la madre escoge recostarse deber3 recomendarse el dec3bito lateral izquierdo para prevenir hipotensi3n materna y riesgo de hipoxia fetal”⁷
- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “La prescripci3n de analg3sicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizar3 seg3n el criterio m3dico, basado en evidencias y con atenci3n personalizada previa informaci3n y autorizaci3n de la paciente de conformidad”.⁷
- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “La inducci3n y conducci3n del trabajo de parto, as3 como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar seg3n el criterio m3dico, basado en evidencias y con atenci3n personalizada previa informaci3n y autorizaci3n de la paciente, mediante el consentimiento informado”.⁷
- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “A la recepci3n de la embarazada en trabajo de parto, la tricotom3a vulva perineal y la aplicaci3n de enema evacuante, no ser3n de aplicaci3n obligatoria, excepto en los casos que por indicaci3n m3dica as3 se requiera. Asimismo, se debe reducir el n3mero de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota m3dica en el expediente cl3nico. Se recomienda realizar episiotom3a de manera selectiva dependiendo de la valoraci3n cl3nica”.⁷
- Como se cita en la NOM-007-SSA2-2016 “La atenci3n del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atenci3n m3dica de segundo nivel de atenci3n, mediante la adecuaci3n de espacios f3sicos, procedimientos de atenci3n, implementos utilizados y permitiendo la elecci3n de la posici3n por parte de la mujer. Esto se debe

efectuar de acuerdo con las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado”.⁷

VIOLENCIA OBSTETRICA

En México son pocos los estudios que abordan a la violencia obstétrica, uno de ellos realizado por estudiantes del Departamento de enfermería de la Universidad de Sonora en el año 2017, concluye que el 37.7% de las mujeres que fueron encuestadas recibieron algunas de las variantes de violencia obstétrica por parte del personal de salud. Lo relevante de este trabajo radica en que se empleó y valido un Test para medir la violencia obstétrica obteniendo una fiabilidad por alfa de Cronbach de 0.829⁸

Otro referente es el trabajo realizado en el año 2015, en la ciudad de San Andrés Cholula, Puebla, dicho trabajo fue realizado por personal médico en formación incluyendo a 29 médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia observando que durante su ejercicio profesional incurrieron en fallas en la atención de las pacientes siendo estas: negligencia médica y prácticas nocivas (35.71%), discriminación (35.71%) y ataques verbales (40%) logrando demostrar su asociación con la presencia del Síndrome de Burnout o desgaste profesional.⁹

El test de violencia obstétrica surge de “la ley nacional No. 26485” y “la ley nacional No 25929”, en dichas leyes se establece que los derechos de todas las madres a recibir información, tratarla con dignidad, respeto e individualidad, y apoyar su libertad para elegir quién la acompañará durante las visitas prenatales, el trabajo de parto, parto y postnatal. El test consta de 11 preguntas dicotómicas en donde si la respuesta de una ellas es “SI”, se dice que la persona sufrió violencia obstetrica.¹⁰

En un estudio que se realizó en 2 nosocomios rurales de la zona mixteca poblana y guerrerense determinaron la prevalencia de las formas de violencia obstétrica a partir de la percepción de las mujeres que se atendieron el parto en dichas instituciones, teniendo como resultado que 260 (87.8%) de las mujeres encuestadas no se les dio explicación del parto amigable, a 200 (67.5%) mujeres no se les permitió estar acompañadas en su trabajo de parto, a 216 (73%) mujeres no se les permitió movilizarse durante su trabajo de parto, a 116 (39,2%) mujeres no les pidieron autorización para realizar episiotomía, a 160 (87.8%) mujeres no se les permitió el contacto íntimo con el recién nacido; demostrando así que en dichos hospitales ocurren casos de violencia obstétrica.¹¹

Un artículo que se publicó en la revista CONAMED en 2014 “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, en este artículo se hace referencia que el personal de la salud ejerce muchas veces violencia obstétrica sin saber que lo están cometiendo, se habla acerca del desconocimiento de las leyes que existe por parte del personal de salud. En este mismo trabajo se hace referencia de que se han hecho leyes que incluyen los derechos que tienen las mujeres a gozar de una buena salud sexual y esta a su vez incluye los derechos al acceso a una vida sexual satisfactoria, el derecho de todas las mujeres a tener acceso a servicios de salud adecuados, incentivándolas a beneficiarse de una buena y de calidad atención durante el embarazo, parto y puerperio, sin riesgos ni complicaciones y asegurando las mejores condiciones para un niño sano¹²

En un estudio llamado “Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth” habla acerca de países de América latina que han incluido en sus leyes el tema de violencia obstétrica. Hace referencia a que Venezuela y Argentina son los pioneros en legislar leyes que protegen a las mujeres de una vida libre de violencia.¹³

Otro referente es el “Boletín Científico Sapiens Research: Algunas puntualizaciones acerca de los aportes clínicos de la teoría del trauma psíquico de S. Freud en la violencia gineco-obstétrica” realizado en la universidad Andrés Bello, Chile se hace referencia a la idea de relacionar el trauma psicológico y violencia obstétrica, apoyando que el trauma es un factor y componente importante, y se refiere al hecho de que ser violada en un momento tan específico y en una condición típica puede provocar un trauma psicológico preexistente en una mujer y afectar su salud. En este mismo boletín, refiriéndose a que en el país de Chile se han elaborado proyectos de ley que definen los derechos que toda mujer embarazada debe tener a su cuidado antes, durante y después del parto, y reformar el Código Penal para sancionar la violencia durante parto.¹⁴

Otro referente realizado es el trabajo que se publicó en la revista de la CONAMED en 2018 “Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México” dicho trabajo se realizó en el periodo que comprende el 1º de enero de 1990 al 31 de octubre del 2014 el cual consistió en 2 etapas, la primera etapa consistió en búsqueda de literatura en donde al final se identificaron 7 artículos que permitió conocer las acciones para afrontar el abuso y el maltrato hacia las mujeres que acudían a la atención del parto. La segunda etapa del estudio consistió en diseño de la intervención en donde se tuvo por estrategia un curso-taller cuyo objetivo fue: el de capacitar a las coordinadoras, facilitadoras/es y personal de salud de las entidades federativas que se seleccionaron en dicho momento para sensibilizar y contribuir a erradicar el trato irrespetuoso y violento hacia las mujeres en las salas de parto y posteriormente ser aplicadas a todas las entidades federativas del país.¹⁵

Otro estudio que se publicó en la revista CONAMED en 2017 “Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México” habla acerca de un estudio que se realizó en mujeres indígenas en San Luis Potosí en dicho estudio se dieron cuenta que muchas de las mujeres encuestadas veían

como normal los tactos vaginales repetitivos, el uso de medicamentos para la inducción del trabajo de parto, pero no veían como normal la violencia verbal y psicológica y el no tener a su lado en el momento de trabajo de parto a un familiar, en dicho estudio se hace referencia a países como Chile en donde se ha implementado leyes específicas sobre acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, Este estudio destaca la necesidad de educar a las mujeres sobre lo correcto y lo incorrecto en el cuidado reproductivo; Usando solo esta información, pueden identificar diferentes tipos de violencia que se vuelven invisibles cuando se encuentran en contextos específicos.¹⁶

Un estudio que se publicó en la revista CONAMED en 2016 “Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en la sala de parto” fue un estudio que se realizó en el estado de Morelos entre el 7 de mayo y 7 de junio del 2012 el cual se realizó en 2 hospitales de dicho estado en mujeres en puerperio inmediato en donde se obtuvo como resultado que el once por ciento de las mujeres manifestaron haber sido maltratadas por personal de salud de los cuales el 40% refieren haber sido enfermeras, 30% médicas, 23% médicos. En este estudio se reportó maltrato verbal en un 19%, maltrato físico en un 8% y un 29% reporto abuso total. Este fue el primer estudio que se realizó en nuestro país y que abordó el tema de Violencia Obstétrica el cual tuvo como aporte desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de las mujeres durante la atención de parto.¹⁷

En otro referente que se publicó en la revista CONAMED en 2016 “De que hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica” se habla acerca de los problemas que enfrentan las instituciones que proveen atención materna en las diferentes zonas rurales y comunidades indígenas como lo es la falta de infraestructura hospitalaria, la carencia de médicos especialistas y personal de enfermería, la inadecuada supervisión de los médicos en formación, la falta de medicamentos. Esta misma publicación trata sobre la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Eliminar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) adoptada el 9 de julio de 1994 y ratificada por México el 19 de julio de 1998, en lo que se aplica a

los estados en servicio activo. Abstenerse de cualquier acto de violencia contra la mujer y asegurar que las autoridades actúen de conformidad con esta obligación, así como con las medidas legales apropiadas para prevenir, sancionar y eliminar todas las formas de violencia contra la mujer, y prestar especial atención cuando las mujeres sometidas a violencia se conviertan en embarazada. Se hace referencia en que Venezuela fue el primer país que reconoce violencia obstétrica con la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” la cual fue aceptada el 25 de noviembre del 2006. En Argentina, la primera ley que se encargó y preocupó del tema fue la “ley 25.929” que es también conocida como “Ley de Parto Humanizado” sancionada en el año 2004. En México, en el ámbito federal, los diversos tipos de violencia contra las mujeres se regulan en la “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV)”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007.¹² La LGAMVLV enfatiza que el principal objetivo es prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra las mujeres, y establecer los principios para garantizar una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación.¹⁸

En otro referente que se publicó en la revista CONAMED en 2016 “El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos de México” dicho estudio se realizó en el estado de Morelos durante mayo y junio del 2012, se entrevistaron a 16 mujeres en puerperio inmediato donde se concluyó que hubo abuso físico, abuso verbal, ausencia de información y del consentimiento informado en la atención del parto.¹⁹

En otro referente que se publicó en la revista CONAMED en 2016 “Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México”. Señaló que las mujeres son objeto de violencia de género durante la atención obstétrica en los establecimientos de salud. El tipo de violencia más común es que las mujeres son vistas solo como objetos de reproducción. Identifican como

tema principal la capacidad absoluta del médico como representante de la autoridad patriarcal dominante, y subrayan la necesidad de implementar una agenda nacional, con recursos materiales y financiamiento privado, para tener acceso directo al personal que brinda atención de partería y en las escuelas que constituyen el capital humano; Que los clínicos comprendan la magnitud y las causas del fenómeno, medida que reduciría la violencia obstétrica comúnmente asociada a la muerte materna.²⁰

Otro referente es el “Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres. Violencia Obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016”. En este referente se habla de que por primera vez se realiza un cuestionario de 12 preguntas que evaluaron a mujeres de entre el rango de edad 15-49 años, son preguntas que evaluaron la violencia obstétrica y que tiene un Alpha Cronbach de 0.78. ²¹

Otro referente que se publicó en la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: “La gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica” en este referente se habla que algunos estados como Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz han incluido en las leyes locales el tema de violencia obstétrica, incluso en el estado de Veracruz la violencia obstétrica está contemplada como delito. En este mismo referente se habla que cada día son más las mujeres que realizan la especialidad de Ginecología, especialidad médica que se feminiza, la problemática de la violencia obstétrica obliga a analizar las opciones de cambio, los alcances y limitaciones, que la masiva entrada de mujeres acarrea. Las diferentes posiciones de los profesionales frente a la implementación de prácticas de parto humanizado y, sobre todo, las posiciones de las doctoras frente a la violencia.²²

En la Acta Medica Costarricense: “Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica” que se publicó en la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal en 2015 habla acerca

de que el trabajo médico debe consistir en brindar una atención profesional, protegiendo a los pacientes en cuanto a su privacidad, su intimidad, su confidencialidad, su atención rápida y eficiente y oportuna. Y con eso poder prevenir que se ejerza violencia obstétrica en la mujer.²³

Otro referente que se publicó en marzo del 2017 en Costarrica “La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer”, en él se habla acerca de la atención obstétrica moderna que frecuentemente somete a las mujeres a rutinas institucionales, esto que puede tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto. Durante el parto, las mujeres pueden ser más susceptible a las influencias ambientales; La atención obstétrica moderna a menudo expone a las mujeres a altas tasas de intervención, personal desconocido, falta de privacidad y otras condiciones potencialmente desafiantes. Estas condiciones pueden tener un impacto negativo en el flujo de trabajo de parto y, por lo tanto, en el desarrollo de un sentido de competencia y confianza; A su vez, estos efectos pueden afectar negativamente la regulación de la maternidad y la lactancia, además de aumentar el riesgo de depresión.²⁴

Otro referente es la “Recomendación General No. 31/2017 sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” que hizo la CNDH quién publicó 28 Recomendaciones en las que se hizo mención que la violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos que se comete en contra de la mujer embarazada (independientemente del número de casos conocidos por este Organismo Nacional, cualquier violación a los derechos humanos de la mujer o del producto de la gestación es inadmisibles), por el personal que presta servicios de salud²⁵

Otro referente es un estudio que se realizó en Venezuela en 2012 “La Violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres” en donde se hace referencia a que Dicho País fue el primero que otorgó una “carta

de ciudadanía” que se incluyó en la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, tipificándola como delito. ²⁶

II.- Justificación

El aumento de cesáreas innecesarias, el uso de procedimientos y practicas invasivas producen un trastorno de estrés en las mujeres; porque el cumplimiento de la ley de parto respetado brindará a todas las pacientes más seguridad, y una atención de calidad y calidez, respetando sus derechos, su cultura y su plan de parto, de tal manera que los equipos de salud sean los responsables de adaptarse a las pacientes brindándoles el espacio para que ellas sean las verdaderas protagonistas de su evento obstétrico.

En el Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas existe una gran afluencia de pacientes que requieren atención de parto, existiendo en el año 2018 un total de 2, 442 nacimientos, hecho que hace susceptible a las pacientes en el momento de la atención del parto a sufrir algunos de los de los tipos de violencia obstétrica. Siendo el hospital de alta resolución en el estado de Chiapas es importante ampliar el panorama sobre la situación actual de violencia obstétrica.

Con esta investigación se pretende identificar la frecuencia de violencia obstétrica en las mujeres embarazadas que acuden para la atención de parto y con ello poder realizar acciones oportunas para mejorar la calidad de la atención de las mujeres embarazadas que acuden para la atención de parto.

III.- Planteamiento del problema

En nuestro país existen investigaciones en donde se han identificado actos de diversa índole, en donde se han observado formas de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención médica en el proceso de la gestación, sin embargo solo se cuenta con un Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica que incluyen a dieciocho entidades federativas de la República (Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz). En Chiapas existe La Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres del Estado de Chiapas sin embargo en el Hospital General de Zona No. 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas no existen estudios que hablen de la frecuencia con que ocurre violencia obstétrica.

El Hospital General de Zona número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas es un hospital con mucha afluencia, actualmente existen 1, 870 mujeres en control prenatal, en el cual no se ha registrado cual es la frecuencia con que ocurre la violencia obstétrica en las embarazadas que acuden para la atención de parto.

Por lo anterior llegamos a la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la frecuencia con que se presenta la violencia obstétrica en las mujeres embarazadas que acuden para la atención del parto en el Hospital General de Zona número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

IV.- Objetivos

Objetivo General

- Identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Objetivos específicos

- Conocer la edad de las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer el estado civil de las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer la ocupación de las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Conocer la escolaridad de las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Describir el número de Gestas (Primigesta, Secundigesta, Trigesta, Multigesta).
- Tipo de evento obstétrico en el que culmina el embarazo actual (Parto, Cesárea, Aborto).
- Analizar qué tipos de violencia obstétrica existen en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Qué personal ejerce la violencia obstétrica en caso de existir.

V. Hipótesis

- En el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas la frecuencia de violencia obstétrica es del 50% del total de mujeres que acuden a la atención del parto.
- El grupo de edad más afectado son menores de 20 años.
- Las mujeres que sufren violencia obstétrica son solteras.
- Las mujeres que sufren violencia obstétrica se dedican a labores del hogar.
- Las mujeres que sufren violencia obstétrica son analfabetas.
- Las primigestas son las que más padecen de violencia obstétrica.
- En el parto es donde más se presenta violencia obstétrica.
- El tipo de violencia obstétrica que con mayor frecuencia existe es la física.
- Quien ejerce más violencia obstétrica son los Médicos Internos de Pregrado.

VI.- Material y métodos

TIPO DEL ESTUDIO

Diseño del estudio:

Se realizó un estudio de tipo Descriptivo, Prospectivo, Observacional, Transversal.

Periodo del estudio:

Periodo de Estudio: 01 marzo 2019 a 30 agosto de 2020.

Periodo de Recolección de datos: 01 de diciembre 2019 a 01 de mayo 2020

Lugar de Estudio:

Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Universo de trabajo:

Mujeres embarazadas que acudieron a la atención de parto al Hospital General de Zona Número.2, Tuxtla Gutiérrez Chiapas y que se encuentran en su puerperio.

Tipo de muestreo:

Probabilístico aleatorio simple.

Tamaño de muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + (Z^2 \cdot p \cdot q)} = \frac{1,870 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (1,870-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{1785.2}{5.58} = 321$$

N= 1, 870 (total de población)

Z a²= 1.96² (nivel de confianza)

p= 0.5 (ocurrencia/ probabilidad a favor)

q= 0.5 (prevalencia/ probabilidad en contra)

d²=0.05 (porcentaje de margen de error)

Muestra (n)= 321

Criterios de Selección de la Muestra

A). - Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas que acudieron a atenderse su parto al Hospital General de Zona Número 2 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Mujeres que sepan leer y escribir y que acepten participar en el estudio.

B). - Criterios de exclusión.

- Pacientes que cursen con complicaciones obstétricas como preeclampsia, eclampsia, síndrome de hellp.
- Pacientes sordomudas.
- Pacientes que fueron atendidas en hospitales rurales del programa IMSS Bienestar y que fueron referidas al HGZ No. 2 con acuerdo 126
- Pacientes con incapacidad física, mental o psicológica.

C). - Criterios de eliminación.

- Cuestionarios incompletos.
- Embarazadas que durante el estudio sean dados de baja de la institución.

Características Del Instrumento

Instrumentos de medición: La recolección de datos estuvo dividida en tres segmentos:

a). - Datos Socio demográficos:

En el cual se obtuvieron datos específicos de las pacientes como lo son la edad, estado civil. ocupación y escolaridad.

b). - Antecedentes Gineco Obstétricos:

En el cual se obtuvieron datos específicos como gestas, partos, abortos y cesáreas.

c). - Test de Violencia Obstétrica es un cuestionario estructurado validado en Argentina de acuerdo a un marco legal de este país Ley Nacional N°26485, Ley Nacional N°25929, modificado por cuestiones institucionales y socioculturales de la población estudiada, consta de 12 preguntas 10 dicotómicas con respuesta SI o NO y 2 de elección múltiple; si una de ellas la respuesta fue SI, se considera positivo para violencia obstétrica.

VI. Análisis Estadístico

Se usó estadística descriptiva y los datos que se obtuvieron del instrumento aplicado fueron analizados y presentados en forma de gráficas y tablas. Para el análisis de las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar, las cualitativas en frecuencia con sus porcentajes

Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para la ciencia sociales (SPSS) versión 22.

VII. Procedimiento

El presente estudio se sometió a revisión por el Comité Local de Investigación en Salud Número 703 y por el Comité Local de Ética en Investigación en Salud Número 7038 de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas. Fue aceptado y registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS) con registro institucional R-2020-703-005. Previa autorización y registro SIRELCIS se solicitó autorización mediante un documento al director del Hospital General de Zona Número 2 para poder aplicar encuestas a las derechohabientes a quienes se explicó ampliamente los motivos y objetivos del estudio, otorgándoles para su autorización el consentimiento informado. En los casos en donde las pacientes decidieron participar en el estudio, se realizaron las preguntas las cuales fueron contestadas y en las que hubo dudas fueron aclaradas. No se solicitó nombre ni número de seguro social para guardar la confiabilidad y anonimato de cada paciente. Para el análisis e interpretación de las encuestas, se realizó la captura de los resultados en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), mediante estos resultados se realizó el análisis y se pudieron otorgar propuestas de mejora en beneficio de los derechohabientes.

VIII. Definición Conceptual y Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Violencia obstétrica.	Las acciones u omisiones del personal del sistema nacional de salud causan daño físico y/o psicológico a una mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, resultando en la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva o en tratos crueles, inhumanos o degradantes o abuso médico.	Se evalúa de acuerdo al Test de Violencia obstétrica	Cualitativa Nominal	Positiva Negativa
Edad	Es el tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Años de vida cumplido al momento del cuestionario	cuantitativa	1. < de 20años 2. 20-35 años 3. >35 años
Estado civil	La situación de una persona por estado civil depende de si tiene pareja o no y de su situación jurídica en esta materia.	condición que presenta la paciente al momento del cuestionario	Cualitativa Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. viuda

Ocupación	Ocupaciones que componen la actividad cotidiana	Actividad o trabajo	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de Casa 2. Empleada 3. Estudiante
escolaridad	años escolares cursados	Ultimo grado de estudios de la madre hasta el momento del estudio.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura
Gestas	Número de embarazos	Número de embarazos hasta el momento del estudio	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta 2. Secundigesta 3. Trigesta 4. multigesta
Tipo de evento obstétrico	Finalización de la gestación,	Se evalúa en los datos recogidos de los antecedentes gineco obstétricos	Cualitativa. Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto 2. Aborto 3. Cesárea
Tipos de violencia obstétrica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicológica: Es el trato deshumanizado, grosero, discriminativo, humillante y carente de información oportuna durante la práctica obstétrica. Comprende la omisión de la información sobre 	Se evalúa de acuerdo al Test de Violencia obstétrica	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comentarios irónicos 2. Sobrenombres o diminutivos 3. Criticas por llorar o gritar

	<p>la evolución de su parto</p> <p>2. Física: caracterizada por prácticas invasivas y suministros de medicación que son injustificados, para el estado de salud de la paciente o la falta de respeto de los tiempos y posibilidades del parto fisiológico</p>			<p>4. Tricotomía</p> <p>5. Enema</p> <p>6. Posición durante el parto</p> <p>7. Amniotomía</p> <p>8. Tactos vaginales repetidos</p> <p>9. Maniobra de Kristeller</p> <p>10. Episiotomía</p> <p>11. Revisión de cavidad sin anestesia</p> <p>12. otros</p>
personal	<p>Conjunto de las personas que trabajan en el mismo lugar o en el mismo organismo o empresa</p>	<p>Colectivo de trabajadores</p>	<p>Categoría nominal</p>	<p>1. Personal no especificado</p> <p>2. Médico adscrito de ginecología y obstetricia</p> <p>3. Médico residente</p> <p>4. Enfermería</p> <p>5. Pediatra</p> <p>6. Anestesiólogo</p> <p>7. Estudiante</p>

IX.- Recursos para el estudio

Humanos:

- Médico Residente de Medicina Familiar
- 2 Asesores (Metodológico y de Contenido)

Materiales:

- Hojas de papel blancas.
- Bolígrafo
- Lápiz.
- Corrector.
- Goma.
- Sacapuntas.
- Grapas.
- Engrapadora
- Clips.
- Computadora
- Impresora.
- Memoria USB.
- Calculadora.

Financieros:

Los gastos generados durante el estudio serán financiados con recursos propios del investigador.

X.- Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y a las normas éticas. Tomando en cuenta lo establecido en el título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en materia de investigación para la salud en México (SSA 2018), los resultados obtenidos fueron confidenciales y se protegió la privacidad de cada participante en este estudio. Se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud N.703 y el Comité de Local de Ética en Investigación en Salud N. 7038 de la Unidad de Medicina Familiar de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se analizó para valorar su viabilidad y realización.

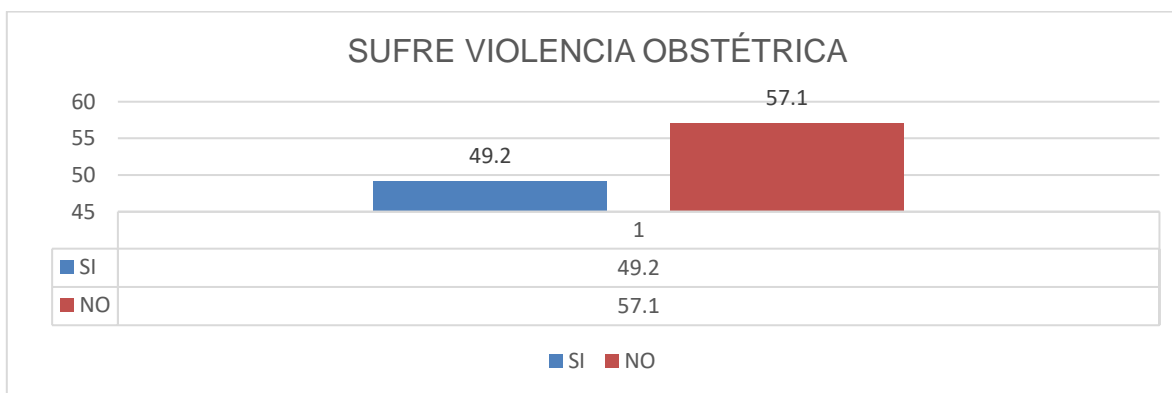
La presente investigación se clasifica como investigación sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1. De acuerdo al Artículo 23 del mismo Reglamento de la Ley General de Salud: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”. El proyecto se realizó tomando en cuenta el respeto a los derechos de privacidad de la información obtenida de cada participante, el cuestionario se aplicó de forma directa y confidencial sin necesidad de solicitar datos personales tales como nombre, dirección, teléfono. Previo a la aplicación del cuestionario se proporcionó una explicación rápida, clara y precisa del contenido de la encuesta, el objetivo del estudio y la importancia que tienen los resultados, garantizando aclarar cualquier duda y recibir respuesta a cada una de ellas, además de explicar que tiene la libertad de retirarse del estudio en el momento que decida sin tener repercusiones en su atención en los diferentes servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este proyecto se basó en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM); “Guía de recomendaciones para los médicos

biomédica en personas”. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983. 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989. 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

XI. Resultados

En referencia a la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acudieron a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, del total de muestra estudiada (n=321) 142 mujeres presentaron violencia obstétrica correspondiente al 49.2% (Grafica 1).



Fuente: Base de datos del estudio

Con respecto a la edad, del total de pacientes estudiadas la media fue de 27.15 años, con una desviación estándar de 5.605, con un rango de edad mínima de 16 y máxima de 42, con un predominio de edad de 24 años correspondiente al 9.4%.

Del total de mujeres estudiadas el 53.8% se encontraba en unión libre, el 43.32% casadas y el 3% solteras. (Tabla 1)

Tabla 1. Estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	10	3
Casada	143	43.2
Unión libre	178	53.8
Total	331	100

Fuente: Base de datos del estudio

En cuanto a la ocupación el 56.5% se dedica a labores del hogar, el 40.5% esta empleada y el 3% son estudiantes. (Tabla 2).

Tabla 2. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	10	3
Empleado	134	40.5
Labores del hogar	187	56.5
Total	331	100

Fuente: Base de datos del estudio

En relación a la escolaridad del total de mujeres estudiadas 169 mujeres presentaban escolaridad máxima de preparatoria correspondientes al 51.1%, el 23.6% secundaria, el 15.1% licenciatura, el 10% primaria y el 0.3% analfabeta. (Tabla 3).

Tabla 3. Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	0.3
Primaria	33	10
Secundaria	78	23.6
Preparatoria	169	51.1
Licenciatura	50	15.1
Total	331	100

Fuente: Base de datos del estudio

En relación a los antecedentes gineco obstétricos 115 mujeres dijeron ser Secundigesta (34.7%), 113 mujeres primigestas (34.1%), 57 mujeres multigestas

(17.2%) y 46 mujeres Trigesta (13.9%), (Tabla 4). En cuanto al tipo de evento obstétrico 181 mujeres presentaron parto (54.7%), 139 mujeres cesáreas (42%), y 11 mujeres abortos (3.3%), (Tabla 5).

Tabla 4. Gestas

Número de Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	113	34.1
Secundigesta	115	34.7
Trigesta	46	13.9
Multigesta	57	17.2
Total	331	100

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla 5. Evento Obstétrico

Tipo de Evento	Frecuencia	Porcentaje
Parto	181	54.7
Aborto	11	3.3
Cesárea	139	42
Total	331	100

Fuente: Base de datos del estudio

Dentro del personal que ejerce violencia obstétrica, de las 142 mujeres que dijeron haber sufrido violencia obstétrica, los médicos adscritos de Ginecología y Obstetricia fueron los que más violencia ejercieron con un total de 52 mujeres, siguiéndole los estudiantes con un total de 51 mujeres y por ultimo los médicos residentes con un total de 39 mujeres, (Tabla 6)

Tabla 6. Qué personal atendió tu parto

Personal que atendió el parto	Sufrir Violencia Obstétrica		Total
	Si	No	
Médico Adscrito de Ginecología	52	86	138
Médico Residente	39	74	113
Estudiante	51	29	80
Total	142	189	331

Fuente: Base de datos del estudio

En cuanto a las 142 mujeres que presentaron violencia obstétrica 82 mujeres dijeron haber presentado violencia física correspondiente al 57.7%, 60 mujeres dijeron haber presentado violencia psicológica correspondiente al 42.3% (Tabla 7). Dentro del personal involucrado los médicos adscritos de Ginecología y Obstetricia 14 mujeres declararon haber sufrido violencia física y 38 mujeres declararon haber sufrido violencia psicológica. En cuanto a los estudiantes 37 mujeres declararon haber sufrido violencia física y 14 mujeres declararon haber sufrido violencia psicológica. Con los médicos residentes 31 mujeres declararon haber sufrido de violencia física y 8 mujeres declararon haber sufrido violencia psicológica (tabla 8).

Tabla 7. Tipos de violencia obstétrica

Tipo de Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Física	82	24.8
Psicológica	60	18.4
Total	142	42.9

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla 8. Personal que ejerce violencia obstétrica.

Personal que ejerce violencia obstétrica	Tipos de Violencia Obstétrica		Total
	Física	Psicológica	
Médico Adscrito de Ginecología	14	38	52
Médico Residente	31	8	29
Estudiante	37	14	51
Total	82	60	142

Fuente: Bases de datos del estudio

XII.- Discusión

La violencia Obstétrica es cualquier acto u omisión por parte de un trabajador del sistema nacional de salud que cause daño físico y/o psicológico a una mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, que resulte en la denegación del acceso a los servicios de salud reproductiva, tratos crueles, inhumanos o degradantes, o abusar de condiciones médicas, impidiendo la capacidad de tomar decisiones informadas y libres sobre el proceso reproductivo descrito anteriormente.

El objetivo del estudio fue Identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; planteándose la hipótesis de que el 50% de las mujeres que acudían al Hospital General de Zona Número 2 para la atención del parto presentaban violencia obstétrica. Para la realización de este estudio se aplicó el test de violencia obstétrica; de este test se identificó que el 49.2% fueron víctimas de violencia obstétrica no cumpliéndose con la hipótesis planteada. Se planteó la hipótesis del grupo más vulnerable a presentar violencia obstétrica eran menores de 20 años sin embargo en este estudio el grupo más afectado fue el de mujeres de más de 20 años. Se identificó que las mujeres quienes se encontraban en unión libre presentaban más riesgo de padecer violencia obstétrica con un 56.5%. En relación a la escolaridad se planteó la hipótesis que las mujeres analfabetas presentaban más riesgo de padecer violencia obstétrica sin embargo en este estudio las mujeres con preparatoria presentaron mayor riesgo de padecer violencia obstétrica correspondiente al 51.1%. En este estudio se observó que las Secundigestas presentaron mayor riesgo de padecer violencia obstétrica correspondiente al 34.7%. De los tipos de violencia obstétrica el que más se identificó fue la física con un 57.7% y un 42.3% para la psicológica. El personal que más ejerce violencia obstétrica es el médico adscrito de Ginecología y Obstetricia con un total de 52 mujeres. Se identificó que existe más posibilidades de violencia obstétrica asociada a parto que a cesárea, sin embargo, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS la resolución abdominal sobrepasa el límite aceptado (15%) presentándose hasta en 42%.

XIII.- Conclusión

En cuanto a la hipótesis planteada se rechaza ya que la frecuencia presentada para violencia obstétrica fue del 49.2%. Sin embargo, a comparación de otros estudios realizados en el país el porcentaje de violencia que se presenta en este estudio es muy elevado, en promedio a nivel nacional el porcentaje ronda entre el 11% y el 40%. En este estudio se identificaron más actos de la violencia Física que Psicológica, se identificó a los tactos vaginales reiterados y la indicación de permanecer acostada todo el tiempo como los actos físicos más frecuentes y respecto al psicológico el ser criticada por llorar o gritar de dolor y la falta de contacto inmediato con el recién nacido especialmente en las cesáreas. El personal identificado como generador de violencia fue el médico adscrito de Ginecología y Obstetricia.

XIV.- Recomendaciones

- Se le invita al personal de salud involucrado en la atención del parto llevar el curso Atención Obstétrica Amigable el cual se encuentra disponible en innovaedu@imss.gob.mx.
- Incentivar un trato cordial y respetuoso del personal de salud con las derechohabientes, tomando en cuenta sus necesidades y expectativas.
- Brindar información clara, oportuna y completa de los procedimientos a realizar y en qué consistirán, de los beneficios que se esperan, así como de los eventos negativos que pudieran presentar a consecuencia del acto médico.

XV. - Bibliografía

1. – Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/...
2. – Revista Mexicana de Anestesiología: Aspectos Medicos-Legales en la Práctica de la Anestesia. Volumen 39. Suplemento 1 Abril-Junio 2016 pp S55-S60
3. – Violencia Obstétrica, (internet) Disponible en: informe.gire.org.mx/caps/cap4
- 4.- Conociendo Chiapas, Séptima Edición 2017, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- 5.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (internet) disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
- 6.- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas: Diagnostico sobre Victimización a Causa de Violencia Obstétrica en México, 2014-2018 :35-37
- 7.- Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF. Publicada el 7 de abril de 2016 Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.
- 8.- Osmar Efrén Figueroa Palomino, Rubén Hurtado Lagarda, Diana Guadalupe Valenzuela Coronado, José Daniel Bernal Cruz, Cristian David Duarte Gutiérrez, Fabiola Arantza Cazares González. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. Enero-junio 2017. Págs. 14-21
- 9.– Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo JC, Casas-Arellano MA. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. Ginecología y Obstetricia México 2015; 83:173-178.

10.- VV.AA. Test de violencia obstétrica [en línea]. Argentina: Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria. 2010. [Consulta: 15-04-2016]. Disponible en: <http://dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

11.-María Fernanda Gallego Mora, Indalecio Gustavo Martínez Velasco, Román Jiménez López. Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres. Violencia obstétrica: percepción de la mujer en la atención de parto en dos hospitales rurales de la zona nahua-mixteca. {Internet} 2017 Disponible en <http://dx.doi.org/10.22201/crim.UNAM000001c.2017.c6>

12.- Roberto Castro, Joaquina Erviti. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED, vol. 19, núm. 1, enero-marzo 2014, págs. 37-42.

13.- Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Beliz_an JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. BJOG 2018; 125:1208–1211.

14.- Paloma Andrea Álvarez Gómez. Algunas puntualizaciones acerca de los aportes clínicos de la teoría del trauma psíquico de S. Freud en la violencia gineco-obstétrica. BOLETÍN CIENTIFICO SAPIENS RESEARCH. ISSN-e: 2215-9312. VOL 7(2)-2017. PP. (26-38).

15.– Rosario Valdes Santiago, Anabel Rojas Carmona, Luis Alberto Villanueva Egan, Pilar Lomelin Aragón, Ana Carolina Ortega, Aurora del Rio Zolezzi et al. Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México Revista CONAMED 2018; volumen 23, numero 4: 190-197. www.conamed.gob.mx/revistaconamed.html

16.- Yesica Yolanda Rangel Flores, Alexia Guadalupe Martinez Ledezma. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. REVISTA CONAMED Volumen 22, No. 4, 2017.

17.- Rosario Valdez Santiago, Elisa Hidalgo Solórzano, Mariana Mojarro Íñiguez, Luz María Arenas Monreal. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en la sala de parto. REVISTA CONAMED Volumen 21, suplemento 1, 2016.

18.- Luis Alberto Villanueva Egan, María Ahuja Gutiérrez, Rosario Valdez Santiago, Miguel Ángel Lezana Fernández. ¿De que hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? REVISTA CONAMED Volumen 21, suplemento 1, 2016.

19.- Rosario Valdez Santiago, Yudy Salazar Altamirano, Anabel Rojas Carmona, Luz Arenas Monreal. El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos de México. REVISTA CONAMED Volumen 21, suplemento 1, 2016, pp. 42-48.

20.- María Teresa Silvia Tinoco Zamudio. Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. REVISTA CONAMED Volumen 21, suplemento 1, 2016:48-54.

21.- Roberto Castro, Sonia M. Frías. Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres. Violencia obstétrica en México: Resultados de la ENDIREH 2016: 1-13. Disponible en <http://dx.doi.org/10.22201/crim.UNAM000001c.2017.c55>

22.- Raquel Pozzio María. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. Revista Estudios Feministas, vol. 24, núm. 1, enero-abril, 2016, pp. 101-117

23.- Academia Nacional de Medicina de Costa Rica. Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica. Acta Médica Costarricense, vol. 57, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 143-144

24.- Miriam Al Adib Mendiri, María Ibáñez Bernáldez, Mariano Casado Blanco, Pedro Santos Redondo. La violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer vol. 34 (1), marzo 2017: 1-8.

25.- Comisión Nacional de los Derechos Humanos: Recomendación General No. 31/2017 Sobre la violencia obstétrica en el Sistema nacional de Salud. Disponible en: Recomendación General No. 31/2017 - cndh.org.mx

26.- Marbella Camacaro Cuevas. La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Revista Venezolana de estudios de la mujer-enero-junio 2013. Volumen 18/Nº40, pp 185-192

XVI.- ANEXOS



Buenas tardes, soy el Dr. Francisco Leonardo Pineda Bolaños médico residente de Medicina Familiar, ésta encuesta se realiza con fines de investigación para el proyecto titulado “Violencia obstétrica en mujeres embarazadas que acuden al HGZ N°2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas” los datos que proporcione serán anónimos y confidenciales.

No. Encuesta: _____

DATOS DE IDENTIFICACION Y CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS

1.- Edad en años cumplidos.

a) _____

2.- Estado Civil

a) Soltera _____ b) Casada _____ c) Unión Libre _____

d) Divorciada _____ e) Viuda _____

3.- Ocupación

a) Estudiante _____ b) Empleado _____ c) Labores del hogar _____

4.- Escolaridad.

a) Primaria _____ b) Secundaria _____ c) Preparatoria _____

d) licenciatura _____

Anexo 2

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

Gestas

a) Primigesta _____ b) Secundigesta _____ c) Multigesta _____

Tipo de evento obstétrico

a) Parto _____ b) Aborto _____ c) Cesárea _____

Test de Violencia Obstétrica

Mientras estabas internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto.

1. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?
Si_____ No_____
2. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?
Si_____ No_____
3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?
Si_____ No_____
4. ¿Te fué difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
Si_____ No_____
5. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
Rasurado de genitales____ Enema____ Indicación de permanecer acostada todo el tiempo____ Rotura artificial de membranas____
Administración de medicación o goteo para “apurar” el parto____
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas____
Compresión del abdomen en el momento de los pujos____

- Episiotomía____ Cesárea____ Raspaje del útero sin anestesia____
6. En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?
Si_____ No_____
7. ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?
Si_____ No_____
8. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?
Si_____ No_____
9. ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el pediatra para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)
Si_____ No_____
10. Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?
Si_____ No_____
11. Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?
Si_____ No_____
12. ¿Qué personal atendió tu parto?
Personal no especificado____ Médico adscrito de ginecología y obstetricia____
Médico residente____ Enfermería____ Pediatra____
Anestesiólogo____ Estudiante____

Anexo 4

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DEL PARTO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.
Patrocinador externo (si aplica):	No
Lugar y fecha:	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2, TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El propósito de este estudio es identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el HGZ No. 2, es importante resaltar un diagnóstico sobre la frecuencia con que ocurre la violencia obstétrica en el HGZ No.2, relacionando esta información con los resultados. Se utiliza el test de Violencia Obstétrica: es una herramienta de evaluación validada y confiable para determinar si hay violencia obstétrica.
Procedimientos:	CUESTIONARIOS
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el HGZ No. 2
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SI AL TÉRMINO DE LA INVESTIGACIÓN
Participación o retiro:	OPCIONAL
Privacidad y confidencialidad:	Si
En caso de colección de material biológico (si aplica): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. 	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No
Beneficios al término del estudio:	Si
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON / DR. FRANCISCO LEONARDO PINEDA BOLAÑOS	
Colaboradores: DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA.	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto _____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma _____	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____ 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	



**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 (padres o representantes
legales de niños o personas con discapacidad)**

Nombre del estudio:

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DEL PARTO AL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

Patrocinador externo (si aplica):

NO

Lugar y fecha:

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

El propósito de este estudio es identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el HGZ No. 2, es importante resaltar un diagnóstico sobre la frecuencia con que ocurre la violencia obstétrica en el HGZ No.2, relacionando esta información con los resultados. Se utiliza el test de Violencia Obstétrica: es una herramienta de evaluación validada y confiable para determinar si hay violencia obstétrica.

Procedimientos:

CUESTIONARIOS

Posibles riesgos y molestias:

NINGUNA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el HGZ No. 2

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

SI AL TERMINO DE LA INVESTIGACIÓN

Participación o retiro:

OPCIONAL

Privacidad y confidencialidad:

SI

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe 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: DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RINCON /DR. FRANCISCO LEONARDO PINDEDA BOLAÑOS

Colaboradores: DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA.

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 de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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: 2810-009-014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DEL PARTO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 2, TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Número de registro institucional _____

- Objetivo del estudio y procedimientos Identificar la frecuencia de violencia obstétrica que ocurre en las mujeres embarazadas que acuden a la atención del parto en el Hospital General de Zona Número 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Hola, mi nombre es Dr. Francisco Leonardo Pineda Bolaños y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de Violencia Obstétrica y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar el cuestionario

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Dr. Francisco Leonardo Pineda Bolaños
Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

XVII.-Cronograma de Actividades.

PERIODO DEL ESTUDIO: De marzo del 2019 a diciembre del 2019

RECOLECCIÓN DE DATOS: De enero del 2020 a junio del 2020.

	Marzo 2019	Abril- Mayo 2019	Junio - Agosto 2019	Septiembre- Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019	Enero- Junio 2020	Julio - Diciembre 2020
Elección del tema								
Revisión de la lectura								
Elaboración del protocolo								
Revisión del protocolo								
Presentación del protocolo								
Modificación del protocolo								
Evaluación del protocolo por el comité								
Recolección de datos								
Análisis y codificación de datos								
Interpretación de los resultados								
Conclusión del estudio								
Entrega del escrito final								