



BUAP

**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla
Facultad de Medicina**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No.57**

**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA: INCIDENCIA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL
SOCIOECONÓMICO”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Enrique Núñez Miranda

Director

Dr. Eduardo Huerta Fuentes

Asesor



**Dra. Gabriela Rodríguez Rodríguez
Dr. Daniel Huerta Montiel**

H. Puebla de Z. Febrero 2020|

ÍNDICE

1.-RESUMEN	- 3 -
2.- INTRODUCCIÓN.....	- 5 -
3.- ANTECEDENTES	- 6 -
3.1.- ANTECEDENTES GENERALES	- 6 -
3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	- 20 -
4.- JUSTIFICACIÓN.....	- 22 -
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	- 23 -
6.- HIPÓTESIS	- 24 -
7.- OBJETIVOS	- 24 -
7.1 OBJETIVO GENERAL:	- 24 -
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	- 24 -
8.- MATERIAL Y MÉTODOS	- 25 -
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	- 25 -
8.2 UBICACIÓN ESPACIO - TIEMPO	- 25 -
8.3 MUESTREO.....	- 25 -
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	- 25 -
8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	- 26 -
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	- 26 -
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	- 26 -
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	- 26 -
8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	- 26 -
8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	- 26 -
8.6.-TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	- 27 -
8.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	- 28 -
8.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	- 28 -
8.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	- 28 -
8.8 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	- 29 -
8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	- 30 -
8.10 ANÁLISIS DE DATOS	- 30 -
9. BIOÉTICA.....	- 31 -
10. RESULTADOS.....	- 33 -
11.- DISCUSIÓN.....	- 40 -
12.- CONCLUSION	- 42 -
13.- PROPUESTAS	- 43 -
14 ANEXOS:	- 47 -
15.- BIBLIOGRAFIA:.....	50

“VIOLENCIA OBSTÉTRICA: INCIDENCIA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO”

1.-RESUMEN

¹ Enrique Núñez Miranda, ² Gabriela Rodríguez Rodríguez, ³ Eduardo Huerta Fuentes
⁴Daniel Huerta Montiel

1. Residente de 3er año de Medicina Familiar UMF 57, **2.-** Médico Ginecobstetra adscrito al HGZ#20, **3,4.-** Médico familiar adscrito en UMF 57.

MARCO TEÓRICO: La violencia obstétrica es un problema importante relacionado con la atención médica del país, el cual se expresa por múltiples factores psicosociales, derivando en la coartación de los derechos humanos de las pacientes, dentro de su ámbito multifactorial podemos encontrar: el desconocimiento del tema por parte de las pacientes y médicos, el nivel socioeconómico e instrucción escolar de las pacientes, el síndrome de burnout por parte de los médicos relacionados en la atención médica de las pacientes, la falta de infraestructura o personal capacitado para la correcta atención médica, la minimización de los malos tratos del personal encargado de la atención médica. Múltiples estudios han demostrado el aumento de la muerte materno fetal derivada de la violencia obstétrica.

OBJETIVOS: Precisar el enlace entre la incidencia de violencia obstétrica con el nivel socioeconómico de las pacientes en el puerperio que solicitan a consulta médica en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS #57.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de de carácter estadístico y demográfico donde se limitó a observar y medir las variables, relacionando de forma única en el tiempo a la población de pacientes puérperas adscritas a la unidad de medicina familiar No. 57 IMSS de la capital de Puebla en el tiempo que ocurre entre el 1 de agosto del 2018 al 30 de enero del 2019. Se ejecuto una distinción consistente en el análisis de cada una de las variables sociodemográficas estudiadas por separado; con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencia (proporciones) para las variables categóricas. Se cuantifico a nivel descriptivo e inferencial el nivel de covarianza entre dos variables y de esta forma se da cuenta de la relación entre dos variables. (Nivel de investigación relacional), la finalidad fue mancomunar, con Ji-cuadrada, la conexión de la Violencia obstétrica con el nivel socio económico de pacientes puérperas, rechazando Ho si p es menor de 0.05.

EXPERIENCIA DE GRUPO: El Dr. Daniel Huerta Montiel ha sido asesor de diversos protocolos de investigación de residentes de Medicina Familiar. La Dra. Gabriela Rodríguez Rodríguez ha sido asesora de diversos protocolos de investigación de residentes de ginecología y obstetricia. El Dr. Enrique Núñez Miranda tomo el curso en metodología de investigación.

RESULTADOS: En la variable de edad identificamos una media de 27.42, una moda de 32 y desviación estándar de 5.362, en la ocupación, se encontró que el 68.4% (n=216) del grupo de estudio se encontraban laborando, en comparación a un 31.6% (n=100) de pacientes que no tenían un trabajo remunerado, en la variable de escolaridad el nivel de secundaria fue el más frecuente con el 41.5% (n=131), seguido del 33.2% (n=105) con preparatoria, 19.6%

(n=62) con licenciatura y por último primaria con un 5.7% (n=18). En el estado civil se encontró una distribución de 44.9% (n=142) se encuentra en unión libre, correspondiendo un 43.7% (n=138) a pacientes casadas, un 10.8% (n=3) y 0.6% (n=2) para solteras y divorciadas respectivamente. El índice de pobreza nos reporta que el 63.9% (n=202) presentó nivel bajo de pobreza, y un 3.2% (n=10) de nivel de pobreza media con un 0% (n=0) con nivel de pobreza alta y un 32.9% (n=104) de las pacientes no presentaron evidencia de pobreza. Se encontró violencia obstétrica en 21.8% (n=69) de las pacientes con un 78.2% (n=247) de pacientes las cuales no percibieron violencia obstétrica en su atención médica

CONCLUSIÓN: De acuerdo con el resultado de X² con una estimación de 14.268^a y un valor de probabilidad de 0.001 se afirma que se cuenta con evidencia estadística para aseverar que la violencia obstétrica tiene una relación con el nivel socioeconómico.

2.- INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que toda mujer tiene legitimado y debe recibir el cuidado a su salud de la mejor calidad posible, lo cual incluye una atención de calidad y calidez durante el periodo del embarazo, del parto, su puerperio, así mismo no ser violentada o discriminada. Esto implica una dificultad de atención en salud pública y en materia de los derechos humanos. Estudios de todo el mundo relacionadas con experiencias de las embarazadas durante la atención del parto y puerperio dan a conocer una falta de respeto a los derechos humanos. Es frecuente escuchar de las pacientes o familiares historias que evidencian actos de trato ofensivo, negligente o irrespetuoso durante la atención del parto o puerperio inmediato.

Se debe comprender que las mujeres pertenecen a un grupo vulnerable en México y en especial medida durante el parto, para lo cual la atención inadecuada puede tener consecuencias no gratas para la formación del bebe, así como un rechazo de la atención médica y miedo para acudir al sistema de salud al tener una experiencia negativa en su atención inicial. En tiempos recientes el adecuado acceso a la atención en salud reproductiva, métodos de planificación familiar y anticonceptivos sin costo y accesibles, así como una atención ginecoobstétrica por personal del primer nivel de atención pudo reducir de forma importante los índices de morbilidad materno-infantil. Programas de comunicación y movilidad de la comunidad, reglamentos y leyes por parte del gobierno, aunado con apoyos económicos han mejorado la asistencia a centros de salud de las pacientes en el embarazo.

Al estudiar los actos que se consideran maltrato dentro de los centros de salud se encuentra de forma frecuente el maltrato físico, verbal, la falta de consentimiento informado para procedimientos médicos, siendo también encontrado la coerción en métodos anticonceptivos ya sea temporales o definitivos, la falta de confidencialidad medico paciente, negación a administrar analgésicos, violación de la privacidad, rechazo de la atención e ingreso a los centros de salud, desidia durante la atención del parto con aumento de complicaciones potencialmente mortales pero prevenibles. Se encuentra actualmente que las mujeres adolescentes, solteras, con nivel socioeconómico desfavorable, los grupos indígenas, inmigrantes o de minoría, así como las seropositivas para virus de la inmunodeficiencia humana padecen con mayor frecuencia atención irrespetuosa y ofensiva.

Los puntos tratados anteriormente forman una forma de violación de los derechos humanos descritos en los principios internacionales y nacionales de derechos humanos. Aun cuando se ha encontrado estudios que sugieren una alta frecuencia de el maltrato, negligencia y falta de respeto en el parto, no hay un consenso internacional o un escrito que permita medir o definir la falta de respeto o maltrato en este ámbito. Se conoce muy poco sobre la incidencia y prevalencia, así como el impacto negativo en la salud, bienestar y autonomía de las mujeres. Para poder otorgar el mas alto nivel de cuidados en la salud de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio los sistemas de salud requieren organizar y realizan las medidas que garanticen el respeto a los derechos humanos.

3.- ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES

La violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que es la trasgresión más frecuente de los derechos humanos, y se constituye en un problema de salud pública que genera altos costos tanto económicos como sociales. (5)

Es imperativo que el personal de salud que labora en estas áreas comprenda los alcances de esta norma, las obligaciones que debe cumplir y las posibles penalidades en caso de infringirla, de igual manera las usuarias deben tener el conocimiento para hacer valer los derechos consagrados en ella y los lugares donde interponer las respectivas denuncias. A pesar de la enorme difusión sobre el espíritu de la ley existen dudas generales que perturban su correcta aplicación y no se conocen estadísticas oficiales que evalúen el impacto en la atención posterior a su puesta en vigencia. (5)

En las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la burocratización, la mercantilización y la medicina defensiva, han generado un entorno desfavorable para la relación médico-paciente. Cada vez con mayor frecuencia observamos un escenario caracterizado por un comportamiento poco afectivo, que se traduce en rapidez en las consultas, desinterés del médico por los aspectos subjetivos y por las condiciones de vida de las personas, un exceso de estudios de laboratorio y gabinete; ocultamiento o manipulación de la información, tanto la que se ofrece a familiares y pacientes, como la asentada en el expediente clínico. Todas ellas, manifestaciones de la medicina deshumanizada en la que el extremo del espectro, corresponde al maltrato ejercido por el personal de salud en contra de sus pacientes. Las carencias de la organización sanitaria, impregnada de productividad a costa de lo personal y con un tipo de racionalidad, que excluye lo emocional y lo relacional, confieren a la medicina institucional un carácter biologicista, excesivamente tecnificado y altamente burocrático. El lenguaje médico, cargado de categorías científicas y de órdenes, descalifica de entrada al interlocutor, bloquea sus posibilidades expresivas y hace a un lado las necesidades significativas del paciente, tan importantes para el proceso curativo y para las adaptaciones que debe realizar quien se encuentra acosado por la incapacidad. (14)

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como:

“el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto” (1)

Ante los alcances de este problema, es que muy diversos organismos internacionales preocupados por esta grave situación de vulnerabilidad sean revisada y analizada de manera muy acuciosa: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (Convención Belém do Pará), Convención Para la Eliminación de Todas

las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), Declaración de las Naciones Unidas Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993), IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Pekín (1995) la WHO, y en Latinoamérica, quien inicia con la acción punitiva a esta práctica fue la República Bolivariana de Venezuela: que emitió la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la República Argentina que emite la Ley 25.929 «Ley de Parto Humanizado», Ley 26.485 Art. 6° Inciso E. (Violencia Obstétrica); en México se ha promulgado una Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia(6), la cual en su Art 1° 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 y cuyos Principios Rectores establecen: «Para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia son: La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; El respeto a la dignidad humana de las mujeres; La no discriminación y la libertad de las mujeres” (1)

La LGAMVLV establece que

“Los Derechos Humanos de las Mujeres se refiere a los derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención Sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), la Convención Sobre los Derechos de la Niñez, La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia; y entre las que se señala que la 1) Violencia contra las mujeres es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público por tanto, 2) Víctima: Será toda mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia y por ende, 3) Agresor: Es la persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres, 4) Modalidades de violencia: Son las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres, 5) Tipos de violencia contra las mujeres: A) Psicológica: Se define como cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas (es quizá esta forma de violencia, la sea más frecuente en el ámbito de la prestación de salud en el Área Obstétrica), B) Violencia sexual, C) Violencia familiar, D) Violencia en la comunidad, E) Violencia institucional. [Art. 18o LGAMVLV: Son los 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 el 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] y
F) Violencia obstétrica (1)

Las ciencias de la salud comparten con el resto de las ciencias su propósito de control sobre los procesos naturales. Si bien resultaría ingenuo no reconocer los innegables beneficios que los avances en este campo han logrado conquistar, las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres. Se debe reconocer que, en estos tiempos, la concepción de la medicina es mucho menos mecanicista y unilateral que en décadas pasadas, sin embargo, los procesos de medicalización del parto siguen aún vigentes, ya que no se ha logrado tener en cuenta las particularidades de los sujetos y grupos sobre los cuales actúa esta ciencia. (Menéndez, 2003). El paradigma predominante de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho. (2)

En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas a menudo como enfermas, por lo que son susceptibles de recibir una asistencia perinatal, configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados, con un interés casi nulo por la vivencia integral del embarazo, el parto y el puerperio. Especialmente relevante es el momento del parto que es tratado como un trámite quirúrgico, cuya máxima expresión es la generalización de las cesáreas.² Un espacio particularmente reconocido por la asimetría en las relaciones de poder y que contrasta con el discurso oficial sobre el deber ser y los valores de una profesión, es la sala de partos. De aquí, la importancia de colocar este tema en la mesa de discusión sobre la ética y la calidad de la atención obstétrica. (14)

La relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer. La patologización del parto de bajo riesgo constituye de por sí un proceso en el que se ejerce la violencia simbólica y epistémica y se ocultan pluralidad de voces, especialmente aquellas que desafían esta mirada cientificista. Este tipo de atención obstétrica “reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica para afrontar su vida sexual y reproductiva” y resta protagonismo a las mujeres durante la vivencia de sus embarazos, partos y puerperios. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico, De este modo, se refuerza la idea de legitimización de la intervención y control por parte de los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres. (2)

“La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en

el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (2)

Definición:

La violencia obstétrica es una forma concreta de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Este tipo de violencia comienza en los servicios de salud públicos y privados y es toda acción u omisión por parte de cualquier persona que forme parte del Sistema Nacional de Salud que ocasione un daño psicológico y/o físico a cualquier mujer durante el embarazo, así como en el parto y puerperio. También se puede observar en la falta de acceso de servicios de salud, un trato cruel, degradante o inhumano, o incluso en un abuso en los medicamentos, perjudicando la capacidad de tomar una decisión libre e informada sobre sus procesos reproductivos.

Al hablar de violencia obstétrica debemos primero entender la severidad del tema, no solo es un mal trato al derechohabiente, sino que una forma de violación de los derechos humanos y una violación a la ley la mayoría de los países. (18)

Historia:

Originariamente, el pertenecer a un grupo, como la familia o alguna clase social, era la única forma en la que se otorgaba a los individuos derechos. Ciro el grande, en el año 539 a. C., después de conquistar la ciudad de Babilonia, realizó algo inesperado: liberó y les permitió volver a casa a todos los esclavos, pero no fue todo, declaró que las personas tenían derecho para elegir su propia religión. Así fue, como una tablilla de arcilla con estas proclamaciones escritas, se consideró la primera declaración de derechos humanos en la historia, y fue llamada “El cilindro de Ciro” (3)

La idea de los derechos humanos llegó muy rápido hasta Grecia e India, siendo Roma la última región. Entre los hitos más representativos se incluyeron los siguientes:

“1215: La Carta Magna, que otorgó a las personas nuevos derechos e hizo que incluso el rey estuviera sujeto totalmente a la ley.”³

1628: La Petición de Derechos, que estableció los derechos de la gente.

1776: La Declaración de Independencia de los Estados Unidos, que promulgaba el derecho a la libertad, la búsqueda de la felicidad y por supuesto la vida.

1789: La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, un pliego de Francia que instauraba la igualdad de todas las personas ante la ley.

1948: La Declaración Universal de Derechos Humanos, el 1er documento que proclama los treinta derechos de todo ser humano.”

Algunos países de América Latina han aprobado leyes o artículos de reforma para sancionar la violencia contra las mujeres y estos se encuentran en sus respectivos Códigos Penales: Bolivia, Colombia, Perú, México y Venezuela (1998); Nicaragua en el 96; Panamá en el año de 1995); Paraguay, Las Bahamas y República Dominicana hasta 1997.

La Declaración Universal de Derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948 en su Art.25- 539 a. C., menciona lo siguiente:

1. Cualquier persona tiene derecho a un nivel de vida totalmente adecuado. Este le debe asegurar tanto a su familia como al individuo, salud, bienestar y en especial alimentación, vivienda y vestido, además de servicios de salud y sociales necesarios. Asimismo, el individuo tiene derecho a una seguro de asistencia en caso de enfermedad, desempleo, vejez, invalidez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tiene prioridad y derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños tienen derecho a igual protección social, aunque hayan nacido fuera de matrimonio.

Características de la violencia:

La “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” instituye diecinueve formas de violencia que constituyen delito. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes: (4)

1. Violencia psicológica

“Cualquier conducta que por ejecutarse u omitirse vaya en descrédito, deshonra o menosprecio a la mujer. En este tipo de violencia se consideran tratos humillantes y vejatorios, constante vigilancia, celos enfermizos, perjudicar o perturbar su sano desarrollo, amenazas, disminuir su autoestima hasta causarle depresión y tener como consecuencia el suicidio” (4)

2. Acoso u hostigamiento:

“A las conductas abusivas, comportamientos, palabras, gestos, escritos o mensajes, persecuciones, intimidar, chantajear, apremiar, importunar que atenten contra la estabilidad emocional, dignidad, prestigio de cualquier mujer, incluso poner en peligro su empleo se le denomina acoso u hostigamiento” (4)

3. Se le denomina como amenaza a cualquier anuncio verbal o a través de acciones. Todo daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial que tenga el fin de asustar a la mujer.

4. Violencia física

Es el daño o sufrimiento físico causado a cualquier mujer. Pueden ser golpes, lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras o cualquier otro maltrato que la dañe físicamente, a este tipo de daño

5. Violencia doméstica: es el maltrato que esposo, concubino, o ex (de los dos), pareja o persona que comparta o haya compartido una relación afectiva realice contra una mujer.

6. Violencia sexual se denomina a toda conducta que vaya en contra de la voluntad de la mujer para tener relaciones sexuales, genital o no genital, tales como actos lascivos, acceso carnal violento, o simplemente violación.

7. Cuando el hombre obliga a la esposa o concubina, pareja, o mantenga relación estable de hecho o no, a un acto carnal por vía vaginal, anal u oral, o introduzca objetos de cualquier clase, por alguna de estas vías. A este tipo de violencia se le llama: Acceso carnal violento

8. Obligar a una mujer al acto sexual causándole temor, presión psicológica o abuso de poder, con el fin de obtener recursos materiales se le llama Prostitución forzada.

9. La privación ilegítima de libertad de la mujer, para su venta, compra, préstamo o cambio, con la obligación de tener encuentros sexuales se le denomina esclavitud sexual.

10. Se le llama acoso sexual a cualquier tipo de acercamiento no deseado que realice un hombre prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión del ejercicio profesional con chantaje de causarle un daño que parezca normal en la relación que tengan.

11. Violencia laboral: se trata de la discriminación hacia la mujer en los centros de trabajo tanto públicos como privados. Regularmente se ocasiona cuando a la mujer no le permiten acceder al empleo, ascenso o estabilidad de este.

12. Violencia patrimonial y económica

“Toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente que esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles de la mujer en menoscabo de su propiedad, o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, hurto, pérdida, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos, o la privación de los medios económicos precisos para vivir” (4)

13. Violencia obstétrica

”consiste en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud. Este maltrato se expresa deshumanizar, en un abuso de medicamentos y patologización de los procesos naturales. Esto ocasiona pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando de forma negativa en la calidad de vida de todas las mujeres.”

14. Realizar o causar con intención a la mujer, no brindarle la debida información y justificación de un tratamiento médico o quirúrgico que dé como resultado la privación de su capacidad biológica y reproductiva se le llama Esterilización forzada.

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

16. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define como Violencia Institucional

“los 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” (4).

17. Violencia simbólica: son mensajes, valores, iconos, signos que transmiten y copian relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan el sometimiento de la mujer en la sociedad.

18. Son todos los actos que implican reclutamiento o transporte dentro o entre fronteras, empleando engaños, o la fuerza, con el fin de conseguir un beneficio económico, o cualquier otro beneficio de tipo material fuera de la ley se le denomina tráfico de mujeres, niñas y adolescentes.

19. Trata de mujeres, niñas y adolescentes.

“A la captación o recepción, con transporte o no de damas, niñas y jóvenes, bajo amenaza, fuerza, rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre damas, niñas o jóvenes, con fines de explotación, como por ejemplo prostitución, explotación sexual, trabajos o servicios forzados, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, o la sustracción de órganos”(4)

Violencia obstétrica:

La violencia obstétrica es consecuencia de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

A lo largo de la vigilancia institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las damas va a partir de regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros

servicios para recibir ayuda oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia ante sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las elecciones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, usarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el funcionamiento del dolor a lo largo del trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su ‘consentimiento’, hasta maneras en las que es viable constatar que se ha provocado mal deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación todavía más grave de sus derechos.

La violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos, la cual está presente como una lamentable realidad que afecta a la mayoría de las sociedades y constituye un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.

En muchas partes del mundo, para las mujeres la violencia es una de las causas principales de discapacidad y lesiones, además representa un factor de riesgo de subir otros daños de salud física, sexual, mental y por supuesto reproductiva. Por tanto, tiene consecuencias a largo plazo para las mujeres y sus hijos, así como costos elevados en aspecto económico y social.

Muchos acuerdos internacionales han reconocido el derecho humano fundamental de las mujeres a vivir una vida libre de violencia incluso la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer Las Naciones Unidas definen en términos generales la violencia contra la mujer como todo acto que produce o puede producir un daño a la salud física, sexual o mental de las mujeres. Sin embargo, en muchos contextos los sistemas jurídicos y las normas sociales siguen tolerando o aun aprobando que los hombres usen la violencia contra las mujeres en muchas circunstancias. (5)

La identificación de la violencia obstétrica y el acceso a la justicia en casos de violación a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio aún se encuentra en una etapa incipiente tan solo en México.

A pesar de que existen muchas formas de procedimientos de queja y sanción, éstos no cuentan con una perspectiva de derechos humanos lo que ocasiona que una mujer sea obligada a recurrir a más de un procedimiento.

En el artículo 4º Constitucional se reconoce el derecho a la salud. Existen diversos ordenamientos internacionales que México ha suscrito, tales como el art. 12 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha identificado los siguientes como elementos básicos del derecho a la salud:

ACCESIBILIDAD: Se refiere a los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

ACEPTABILIDAD: Cada uno de los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; o sea, respetuosos de la cultura de los individuos, las minorías, los pueblos y las sociedades, a la par que susceptibles a los requisitos del género y el periodo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de los individuos de que se trate.

CALIDAD: Además de aceptables a partir de la perspectiva cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados a partir de la perspectiva científico y médico y ser de buena calidad. Ello necesita, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias correctas.

NO DISCRIMINACIÓN: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser asequibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

El artículo 12 de la CEDAW establece que los Estados: “eliminarán la discriminación contra la mujer en cuanto a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto”. Los servicios de salud reproductiva incluyen la salud materna, por lo que son parte de la obligación del Estado para proteger el derecho a la salud.

La Violencia obstétrica y muerte materna en México afecta de manera desproporcional a las mujeres indígenas, quienes enfrentan múltiples formas de discriminación: falta de acceso a los servicios de salud, ausencia de intérpretes que les permitan otorgar un consentimiento informado con respecto a los procedimientos médicos a los que se someten, maltratos y abusos. En efecto, en 2012, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Comité CERD) expresó su preocupación por las cifras de mortalidad materna entre la población indígena en México.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo se pueden dividir en esferas:

- Esfera individual:
 - Características demográficas:
 - Edad temprana
 - Nivel de estudios bajo
 - Estado civil: separada/divorciada/madre-soltera
 - Exposición al maltrato infantil:
 - Violencia en el núcleo familia
 - Trastorno mental:

- Depresión
- Consumo de sustancias tóxicas:
 - Consumo alto de alcohol
 - Consumo de drogas ilícitas
- Esfera comunitaria
 - Sanciones comunitarias débiles
 - Pobreza
 - Aceptación de la violencia
- Esfera social:
 - Normas tradicionales de género y sociales que de alguna forma propicien la violencia.

Las medidas preventivas que se han propuesto para disminuir la violencia obstétrica incluyen:

Incluir el concepto de violencia obstétrica en la ley. El legislador Abel Salgado destacó que los casos de mujeres que no han recibido atención médica en el parto representan ejemplos claros de la necesidad de incluir el concepto “violencia obstétrica” en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Explicó que la sola inclusión de la definición de violencia obstétrica en la ley ayudará a visibilizar el problema que existe en el ordenamiento mexicano en relación con la prestación de servicios de salud en ocasión del parto.

Por lo anterior, dijo, la propuesta legislativa es adicionar una fracción VI al artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, recorriéndose la subsecuente, para establecer la violencia obstétrica entre los diferentes tipos de violencia contra las mujeres.

La capacitación al personal de salud y la población en general sobre la violencia contra la mujer donde se incluye la violencia obstétrica, ya que la mayor incidencia es por desconocimiento de esta forma de violencia hacia la mujer

La Organización Mundial de Salud (OMS) dice que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, esto incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y también en su puerperio, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación en ningún momento. (6)

Foucault (1976) menciona que

“la experiencia de la maternidad conforma uno de los espacios de dominio de la biopolítica. La negación del beneficio de prácticas y saberes tradicionales relativos al parto sitúa a los expertos de la salud como los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres. La relación médico-paciente, entonces, se enraíza en las

prácticas sociales. A su vez, la institucionalización de los procesos reproductivos traslada a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso durante el puerperio, lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional.”

La violencia obstétrica es la violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, en estos también se incluyen los derechos a la igualdad, a la información, a la integridad, la salud, a la autonomía reproductiva y por supuesto a la no discriminación. Esto comienza en la atención del parto, puerperio y en los servicios salud públicos y privados y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. (7)

Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud consistentes en:

- a. No atender de forma oportuna y eficaz las emergencias obstétricas.
- b. Exigir a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- c. Entorpecer el apego precoz del niño o niña a su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- d. 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.
- e. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

El 30 de abril de 2014 el Senado aprueba sancionar violencia obstétrica, a través de su comunicado 749, en el cual, como primer punto, catalogan como violencia obstétrica la esterilización sin autorización de la paciente y cesáreas en casos innecesarios. Se refiere al trato médico que dañe, lastime o denigre a las mujeres embarazadas; incluye partos vía cesárea innecesarios. (8)

- Busca dar certeza, seguridad y tranquilidad a las mujeres durante la gestación, parto y puerperio
- Violencia laboral, exigir certificados de no embarazo y no respetar oportunidades de ascenso

Con fecha 16/04/2015 la Comisión de Igualdad de Género, aprobó el dictamen a la anotación que incorpora el concepto de violencia obstétrica en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

La violencia obstétrica considera 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.

Lo será también la negligencia en la atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización 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, cuando hay condiciones para llevarlo a cabo de forma natural, además del uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, se estableció de igual forma como violencia obstétrica.

Asimismo, 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.

La Reforma adiciona una fracción al artículo 6 de ese Marco Legal, con el fin dar certeza, seguridad y tranquilidad a las mujeres durante el tiempo que dure el embarazo y posterior al mismo. (9)

La ley publicada en la Segunda Sección al Periódico Oficial del Estado de Puebla, el lunes 26 de noviembre de 2007 con título de “LEY PARA EL ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE PUEBLA” nos clasifica los tipos de violencia contra las mujeres en: (10)

- I. Todo acto que causa daño no accidental, por medio del empleo de la fuerza física, algún tipo de arma, objeto o sustancia que pueda provocar o no lesiones internas, externas, o ambas se considera Violencia física
- II. Violencia psicológica: Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica de la mujer, puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, gritos, humillaciones, marginación y/o restricción a la autodeterminación, las cuales conllevan a la mujer a la depresión, aislamiento, desvalorización o anulación de su autoestima e incluso al suicidio.
- III. Violencia económica: Es toda acción u omisión de cualquier persona que afecta la supervivencia económica de la mujer. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.
- IV. Violencia patrimonial: Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la mujer. Se manifiesta en la sustracción, retención, destrucción o transformación de bienes, derechos u obligaciones o cualquier otro tipo de documentos comunes o propios de la ofendida destinados a satisfacer sus necesidades.

- V. Violencia sexual: Es cualquier acto que dañe o lesiona el cuerpo y/o la sexualidad de la mujer, por tanto, atenta contra su integridad física, libertad o dignidad.
- VI. Cualquier otra forma análoga que, por acción u omisión, tiendan a lesionar o sean susceptibles de dañar la integridad, libertad o dignidad, de las mujeres.

En el año 2015 se registraron 2.353.596 nacimientos a nivel nacional y 2,068,466 nacieron en Hospitales o Clínicas, de los cuales 141,121 nacieron en el Estado de Puebla, naciendo en hospitales o clínicas 129,716, como se observa en el cuadro siguiente:

Nacimientos

Año de registro: 2015

Consulta de: Nacimientos registrados

Según: Lugar atención del parto

	Total	Hospital o clínica	Domicilio	Otro	No especificado
Total	2,353,596	2,068,466	109,023	17,455	158,652
Puebla	141,121	129,716	5,993	1,039	4,373

CUADRO 1. FUENTE: INEGI. Estadísticas de natalidad. (11)

En el cuadro siguiente notamos que el número de asegurados del sexo femenino va en aumento, aumentando la demanda de servicios gineco-obstétricos:

Asegurados trabajadores totales en el IMSS según sexo, 2014 a 2015			
Año	Total	Hombres	Mujeres
2014	17,239,587	10,982,847	6,256,740
2015	17,884,033	11,349,885	6,534,148
CUADRO 2. Fuente:	IMSS. Consulta dinámica de información. www.imss.gob.mx (Consulta: 02 de junio de 2016).		

Sistema Nacional de Salud

Salud de la mujer por institución, 2014

Institución	Nacimientos atendidos					Usuaris Activas
	Total	Partos				
		Eutócicos	Distócicos	Cesáreas	No especificado	
Nacional	1 680 367	997 651	23 290	658 560	866	11 897 785
Población no derechohabiente	1 159 405	739 876	12 896	406 438	195	5 482 826
SSA	1 041 279	658 388	12 823	370 064	4	4 296 306

IMSS- Oportunidades	104 706	73 966	0	30 720	20	1 184 746
Otros	13 420	7 522	73	5 654	171	1 774
Población derechohabiente	520 962	257 775	10 394	252 122	671	6 414 959
IMSS	451 247	232 191	10 035	209 021	0	4 921 139
ISSSTE	37 396	11 236	289	25 871	0	1 290 208
PEMEX	4 241	1 137	28	3 038	38	60 139
SEDENA	10 280	6 287	0	3 931	62	0
SEMAR	2 762	1 154	7	1 601	0	13 944
Estatat	15 036	5 770	35	8 660	571	129 529

CUADRO 3. Fuente: SSA.DGIS. Boletín de Información Estadística Núm. 34, Vol. III. 2014. México, 2014.

En el cuadro anterior se observa que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupa el 2° lugar a nivel nacional en la atención de nacimientos y el primer lugar en las instituciones con derechohabientes, es notorio que proporcionalmente ocupa el primer lugar en partos distócicos y cesáreas. (12)

Nuestras tradiciones han señalado que la práctica de la medicina se encuentra inspirada del espíritu del beneficio común, de la no maleficencia y es portadora de intereses altruistas. Sin embargo, cuando se parte de cotidianidad, en la institución médica, ocurre una amplia gama de maltratos en contra de los pacientes. Esto se puede notar particularmente en los hospitales públicos, que se agrupan bajo la denominación de violencia institucional, entendida como aquella que provoca daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos. Junto al poder institucional frecuentemente se ejerce el poder derivado del género, la clase, la etnia, la raza, la edad, la subcultura o la nacionalidad. (13)

La CEDAW establece “la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para erradicar la discriminación contra la mujer en el globo del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el puerperio”. (14)

En la actualidad se toma en cuenta que existe una limitación de prestaciones sanitarias. Es necesario definir ciertos requerimientos mínimos en cuanto a la ética para los que labora en instituciones de salud. La pregunta es ¿cuáles son aquellos criterios que deben utilizarse para establecer estas limitaciones equitativas?

De acuerdo con lo establecido en el Pacto sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, debe lograrse el más alto estándar de salud.

“¿Qué significa el máximo estándar? ¿Qué vamos a considerar justo para la aplicación de los tratamientos médicos? Ninguna de estas preguntas tiene respuestas adecuadas todavía. Para responderlas se requiere comenzar por un intenso programa de educación dirigido a todo el personal de salud, pero además que incluya a los pacientes, sus familiares y a todos los miembros de la sociedad”. (15)

La calidad de atención médica debe enfocar al menos 4 aspectos fundamentales:

- Un adecuado tratamiento y/o prevención, basado en las evidencias, el cual deber ser aplicado de manera oportuna.
- Se debe evitar o reducir los posibles daños primarios o secundarios.
- Se debe respetar la dignidad y derechos de los enfermos.
- Se debe avalar una gestión de recursos eficiente.

Los especialistas en Ginecología en su labor institucional realizan labores diversas, como proporcionar consulta externa, efectuar operaciones de urgencia y programadas, pase de visita, entre otras actividades. Esto conlleva al agotamiento del médico, ya que en los servicios de salud existe una alta demanda institucional. Hay estudios hechos con médicos residentes donde se mide la satisfacción personal por la profesión escogida en relación con el desgaste, la depresión y la mala práctica; se reporta una relación inversamente proporcional al desgaste y la depresión.

El síndrome del quemado o síndrome de desgaste profesional deteriora la salud del médico, que incluye cansancio emocional, síntomas psicosomáticos, aislamiento social y familiar, incluso falta de compromiso en la atención del paciente, lo que da como resultado baja satisfacción del usuario de sus servicios. Siendo esto una probable causa de violencia obstétrica que en definitiva no es percibida por el personal de salud. (16)

En general percibimos y somos conscientes de la crisis por la que pasa el sistema de salud, se puede notar que hay carencias y que la infraestructura es inadecuada, además la escasez de recursos y la insuficiencia en el presupuesto, del apoyo tecnológico y del personal permea directamente en el problema. Sin embargo, ante su extrema gravedad en la situación no se puede justificar que existan malos tratos en un régimen jurídico basado en el respeto a los derechos humanos ya que ninguna desdicha a dañar y menos a lesionar por el género en los sexual y reproductivo. (17)

Al respecto cabe señalar que en 2014 el sector salud fue el segundo con mayor número de quejas presentadas ante la comisión nacional de los derechos humanos (CNDH) con un total de 2,243. El IMSS, en específico, fue la institución más señalada como autoridad responsable en los expedientes de queja presentados ante la Comisión en los años 2012, 2013 y 2014. Tan sólo en el trimestre de enero a marzo de 2015, la CNDH ha recibido cuatrocientas dos quejas en contra del IMSS. En este caso es importante reconocer que el IMSS atiende a una gran cantidad personas a nivel nacional, así que la magnitud de las quejas en su contra permite visualizar una problemática a nivel estructural con deficiencias en la atención.

Estos datos nos permiten vislumbrar las constantes violaciones al derecho a la salud que enfrentan las personas afiliadas en México, así como los problemas a nivel estructural del sistema público que deben atenderse para que dejen de ocurrir estas violaciones.

“Así, la garantía del derecho a la salud en relación con el acceso y la calidad de los servicios de salud obstétrica implicaría una mejora estructural del sistema de salud y no sólo la atención de casos específicos cuando se presenten. La violencia obstétrica, al igual que la muerte materna y el acceso al aborto legal y seguro, es un tema de justicia social, en el que convergen múltiples factores de discriminación como el género, el nivel socioeconómico, el idioma y la etnia, provocando que las mujeres más vulnerables enfrenten también mayores abusos en su acceso a servicios de salud obstétrica”. (18)

En general se pretenderá evitar el ingreso de aquellas gestantes que no cumplan los criterios para considerar que están en fase activa parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4 cm.) Al ingreso se realizará la valoración clínica y obstétrica habitual: (19)

- Evaluación del riesgo
- Toma de constantes
- Exploración vaginal
- Comprobación del estado fetal con monitorización cardiotocográfica.
- Verificar las analíticas previas y realizar, si fuera preciso, los estudios necesarios (grupo y Rh, serologías, pruebas de coagulación, etc.)

Valorar las necesidades de la mujer:

Es importante considerar que la paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija. La presencia de otros profesionales que hayan podido intervenir en el control de la gestante antes del parto y que sean ajenos al centro, dependerá de las posibilidades estructurales de cada unidad.

- Se debe dar las facilidades a la paciente de adoptar la posición (sentada, acostada, deambulando, etc.) que le reporte un mayor confort.
- Enema opcional (a solicitud de la mujer o por necesidad).
- No restringir la ingesta de líquidos (agua, te, zumo...) durante el trabajo de parto, sobre todo en procesos prolongados. Se deben evitar los lácteos y los alimentos sólidos.

- Se puede permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente ingieran comidas livianas si lo necesitan.
- Favorecer la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario.
- Permitir a la gestante el uso de ropa personal e interior, así como objetos personales, música, etc.,

La violencia de género suele ser muy complejo, ahí radica su importancia, sin embargo, desde un solo ámbito no sería posible dar solución. Canet y García (1999) detallan algunas de estas problemáticas dividiéndolas en nivel social y psicológico: (20)

“Nivel social: 1.- Déficit informativo (desinformación y desorientación en cuanto a recursos, presentar denuncias, derechos...), 2.- inconvenientes económicos (no tener trabajo remunerado, depender económicamente del agresor), 3.- falta de aptitud laboral (no contar con experiencia laboral que dificulta el acceso al mercado laboral) y 4.- escasez de apoyo familiar (aislamiento social).

Nivel psicológico: Baja autoestima, depresión, sentir que nada de lo que se hace puede modificar la realidad que se está viviendo, falta de reforzadores, ansiedad, preocupación, miedo, etc.” (20)

Los factores socioeconómicos como la edad, nivel de estudios, ocupación y estado civil además de desarrollo biológico (menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aceptación del embarazo, planificación del embarazo) son los más representados un aumento en la con la violencia en gestantes. El tipo de violencia más frecuente en gestantes adolescentes es la violencia psicológica, seguida de violencia física y en menor porcentaje violencia sexual. (21)

La satisfacción de las pacientes permite evaluar los servicios que reciben desde ámbitos diversos de acuerdo con sus percepción y experiencia, como la salud pública, equidad de género y calidad de vida. (22)

La medicina de calidad requiere de profesionales de salud capacitados para diagnosticar, atender adecuadamente los procesos patológicos y ofrecer a los pacientes un trato digno, ético y empático, así como para educarlos en el cuidado de su salud y en la adopción de estilos de vida saludables con el fin de evitar conductas riesgosas. (22)

En la base de datos científicos sobre la prevalencia, los factores de riesgo y protección, además de los impactos en la salud y test de eficacia provienen de lugares con altos ingresos, especialmente de Estados Unidos. Es necesario tener un amplio conocimiento sobre la situación actual de la eficacia de la prevención, en caso de que se espere que la investigación futura documenta las prácticas y las políticas de una manera apreciable. Además, es preciso construir una mejor base de datos con respecto a las variaciones encontradas en diferentes entornos culturales y religiosos y en los entornos rurales y urbanos. (23)

3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

En Montevideo se realizó un estudio en donde se problematizó de forma específica un tipo de violencia hacia las mujeres ejercida en el campo de la atención de la salud reproductiva: la violencia obstétrica.

“La concibo como producto de la confluencia de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud. Es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado en la sociedad uruguaya. Específicamente presento los resultados de la investigación cualitativa realizada en 2009-2010, en donde se entrevistó tanto a integrantes de equipos de salud como a mujeres puerperas, en relación con la calidad de la atención del parto en Montevideo. La investigación se realizó con motivo de finalización de la tesis de la maestría en sociología”

Las principales dimensiones analizadas son:

- Abuso de prácticas invasivas como la episiotomía y las cesáreas
- El tipo de control de embarazo mirado desde la perspectiva de derechos
- La violencia obstétrica física y psíquica
- El mandato compulsivo de medicalización de los cuerpos de las mujeres de nuestras sociedades.

Por otra parte, en el artículo titulado “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México” por Roberto Castro se presenta un resumen de la investigación social sobre violencia obstétrica que los autores y otros han realizado en México desde hace varias décadas.

“El principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización que suele hacerse de la misma, desde el campo médico, como un problema básicamente de “calidad de la atención”. Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un problema de calidad, pero el tema no se agota ahí. El predominio de esta errónea construcción del problema explica la falla sistemática que han enfrentado las campañas por la “calidad” de la atención y el reiterado fracaso de los esfuerzos de “sensibilización” de los médicos, fracaso que a su vez se demuestra por las estadísticas de la propia CONAMED. Los esfuerzos de prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de “calidad” y “calidez” de la atención desconocen la verdadera naturaleza del problema. La propuesta es que el objeto de estudio debe construirse con un enfoque de género, bajo una perspectiva de derechos, y con el auxilio de los conceptos sociológicos de hábitat profesional y campo médico. Tras argumentar la pertinencia de esta perspectiva, se muestra que la violación de derechos reproductivos de las mujeres es un epifenómeno de la estructura de poder del campo médico y

también una consecuencia del papel que juegan sus principales actores en el mantenimiento del orden social de género vigente”.

El artículo concluye ilustrando con publicaciones de los autores lo fructífera que resulta esta perspectiva para comprender mejor este problema y erradicarlo más eficazmente.

Por su parte Miriam Al Adib Mendirola y colaboradores en el estudio “La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer” menciona que

“resulta de un trabajo de revisión bibliográfica en el que analizamos la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer y de violación a los derechos humanos, con gran frecuencia ignorada, llegando a ser en ocasiones desestimado un tema de gran actualidad e interés para la bioética. La violencia obstétrica como violencia simbólica contra la mujer manifiesta la asimetría existente entre hombres y mujeres siendo imprescindible el desarrollo normativo encargado de regular el conjunto de prácticas en los procesos reproductivos de las mujeres a la par que permita alertar sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante, los logros conseguidos desde estas iniciativas, las desigualdades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.”

4.- JUSTIFICACIÓN:

La falta de conocimiento por parte del personal de salud y de las pacientes aumenta la incidencia, actualmente no se cuenta con suficiente información que permita entender o medir el grave problema de la violencia Obstétrica, pero dentro de los pocos estudios que se han realizado hasta el momento denotan un aumento importante y no valorado de esta forma de violación de los derechos humanos dentro del grupo de vulnerabilidad de las mujeres embarazadas.

La violencia obstétrica se considera también una forma de violencia institucional de los derechos humanos, se conoce que la mayoría de la población es atendida por el sistema de salud de México, aunado a la gran carga de trabajo por parte de los trabajadores de la salud se encuentra un problema de importancia biopsicosocial dejado aun lado por atención de otro tipo de patologías. La violencia obstétrica puede ir desde regaños, insultos, amenazas, burlas, humillaciones, ironías, la información incompleta de los procesos reproductivos y la negación del servicio o tratamiento, aplazamiento de la atención medica oportuna y especializada, la falta de empatía e indiferencia a las quejas, solicitudes o reclamos de las pacientes, no tomar en cuenta a la paciente sobre las decisiones que se toman durante la atención del parto, la utilización del paciente como recurso didáctico con una ausencia de la dignidad y pudor de las pacientes, la negación a el manejo del dolor como castigo o como forma de coacción para obtener un consentimiento informado.

El 13 de marzo del 2017 la revista proceso público, comunicado de prensa del IMSS por medio del cual se compromete la institución a dar “cabal cumplimiento” a las recomendaciones que emitió la Comisión Nacional d los Derecho Humanos por violación de los derechos humanos hacia 3 mujeres en nosocomios del Estado de México y Durango.

A través de un escrito el IMSS respondió que se investigaría y de tener conocimiento de los hechos se tomarías las medidas necesarias para prevenir y no volver a cometer las mismas faltas a los acuerdos con la CNDH.

Se comunico desde la Dirección General instrucciones a las oficinas centrales y a los hospitales y delegaciones correspondientes sobre el cumplimiento de los acuerdos tomados y las recomendaciones de la CNDH, comprometiéndose a reforzar las áreas de capacitaciones de personal de la salud, en estos hospitales y los demás hospitales sobre los derechos humanos con apego a las normas nacionales e internacionales.

Por lo que considero de importancia el estudio de la violencia obstétrica a nivel local para saber si el estrato socioeconómico es un factor de riesgo.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las organizaciones mundiales tanto de salud, como de derechos humanos consideran que la mujer se ve sometida a violencia durante el embarazo, parto y puerperio, existen denuncias y acusaciones ante las autoridades de salud en México, preocupantes son los casos de violencia por desconocimiento, la mujer puede ser violentada por su pareja, familia, laboralmente, y por parte del personal de salud que omite o ignora los protocolos de atención durante el parto, lo cual tiene implicaciones legales. No se cuenta con suficientes estudios sobre la violencia obstétrica y en Puebla no se tiene las cifras exactas principalmente por el desconocimiento del personal de salud y de los derechohabientes del IMSS, aunado al síndrome de Burnout del personal, la sobrecarga de los servicios de salud y el nivel socioeconómico de los pacientes.

En la ciudad de Puebla, el hospital con mayor atención a pacientes embarazadas con alguna patología y la atención de partos era el Hospital General de Zona #20, no obstante, las UMF son los principales lugares de atención para consulta prenatal por lo que no debe subestimarse la violencia obstétrica en estos lugares de atención y deberá ser capacitado el personal de atención médica y pacientes-familiares para disminuir la incidencia de la violencia obstétrica.

Considero de importancia conocer la incidencia de violencia obstétrica para poder establecer una base de datos de la situación actual dentro de la UMF #57 y comparar si el nivel socioeconómico es un factor que influya de manera importante para la misma.

Por lo cual surge la siguiente inquietud:

¿Cuál es la incidencia de violencia obstétrica y su relación con el nivel socioeconómico en pacientes puérperas de la unidad de medicina familiar #57?

6.- HIPÓTESIS

H0: No existe relación entre la incidencia de violencia obstétrica y el nivel socioeconómico en pacientes puérperas.

H1: Existe relación entre la incidencia de violencia obstétrica y el nivel socioeconómico en pacientes puérperas.

7.- OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la incidencia de violencia obstétrica y su relación con el nivel socioeconómico de la paciente.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Determinar características sociodemográficas dentro del grupo de estudio
 - a. Edad
 - b. Escolaridad
 - c. estado civil
 - d. ocupación
- b) Determinar el nivel socioeconómico de las pacientes.
 - a. Sin evidencia de pobreza
 - b. Pobreza familiar baja
 - c. Pobreza familiar media
 - d. Pobreza familiar alta
- c) Determinar la incidencia de violencia obstétrica en las pacientes.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Según la intervención del investigador: **Observacional.**

Según el número de muestras a estudiar: **Descriptivo**

Nivel de Investigación: **Relacional.**

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: **Transversal.**

Según planificación de la toma de datos: **Prospectivo.**

8.2 UBICACIÓN ESPACIO - TIEMPO

La presente investigación se llevó a cabo con la población de puérperas de la U.M.F No. 57 IMSS Puebla, Puebla en un periodo del 1 de agosto del 2018 al 30 de enero del 2019.

8.3 MUESTREO

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

Población Fuente. Toda paciente puérpera que acudió a consulta a la U. M. F. No. 57 IMSS en Puebla, Puebla durante el período del primero de agosto del dos mil dieciocho al treinta de enero del dos mil diecinueve.

Población Elegible. Toda paciente puérpera adscrita a la U. M. F. No. 57 IMSS en Puebla, Puebla durante el período del primero de agosto del dos mil dieciocho al treinta de enero del dos mil diecinueve que acuda a la consulta externa.

Población Estudio. Toda paciente puérpera adscrita a la U. M. F. No. 57 IMSS en Puebla, Puebla durante el período del primero de agosto del dos mil dieciocho al treinta de enero del dos mil diecinueve que acuda a la consulta externa ambos turnos y que reúnan los criterios de selección

8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 13 a 45 años.
- Sexo Femenino
- Que sean derechohabientes.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado.
- Que se encuentren en el puerperio inmediato, mediato o tardío.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Toda paciente que por patología obstétrica tuvieran complicaciones en la atención de su parto.
- Toda paciente que no haya recibido atención medica de su embarazo dentro de los servicios del IMSS.
- Toda paciente que por decisión propia haya realizado una alta voluntaria

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Sujetos que una vez iniciada la encuesta no desearon seguir participando.
- Todo paciente que no conteste el mínimo el 95% del instrumento aplicado.

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

- No probabilístico, de tipo incidental.

8.6.-TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se desconoce el universo de pacientes puérperas de la UMF #57 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla y con necesidad de estimar una muestra suficiente, con un nivel de fiabilidad del 95% ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96 y una precisión de 5% con proporción esperada del 29% que hayan tenido una prevalencia de violencia obstétrica según las estadísticas del artículo Violencia obstétrica realizado por el Dr. Luis Héctor Soto-Toussaint de junio del 2016. Se precisa una muestra de 316 individuos utilizando la siguiente medida matemática:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

α : Error alfa:	0.05
$1-\alpha$: Nivel de confianza	0.95
Z de $(1-\alpha)$:	1.96
P: proporción de	0.29
q: Complemento de P	0.71
d: Poder de precisión	0.05
n: obtenemos un tamaño de muestra de:	<u>316</u>

8.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

8.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- **EDAD:** Tiempo que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
- **OCUPACIÓN:** Trabajo, empleo, actividad o profesión a la que la persona se dedica.
- **ESTADO CIVIL:** Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.
- **NIVEL SOCIOECONÓMICO:** Es la jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto a otro o al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores educación y ocupación.
- **ESCOLARIDAD:** Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o algún otro centro de enseñanza.
- **VIOLENCIA OBSTÉTRICA:** Consiste en 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, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

8.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **EDAD:** La expresaremos en años cumplidos y será la referida por el paciente.
- **OCUPACIÓN:** Se expresará conforme al trabajo desempeñado por el paciente y será referida por el paciente.
- **ESTADO CIVIL:** Situación personal en que se encuentre la persona al momento de la encuesta (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre).
- **ESCOLARIDAD:** Último grado de estudio que el paciente nos refiera, se expresará en años estudiados, sin que se haya repetido alguno cuyo caso se tomará solo si aprobó.
- **NIVEL SOCIOECONOMICO:** Se calculará según el instrumento de índice simplificado de pobreza, que consta de 3 rubros (economía, educación y vivienda) de los cuales el primer rubro se subdivide en 2, teniendo 4 opciones de respuesta para cada rubro, con un puntaje, instrumento validado en el 2002 por la Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Medicina Familiar, México, Distrito Federal.
- **VIOLENCIA OBSTETRICA:** Se calculará según el instrumento "Cuestionario de violencia obstétrica" que consta de 13 preguntas con las respuestas "SI" o "NO" y de esto si fue "poco", "Regular" o "Mucho", instrumento utilizado en la tesis "Repercusiones en la calidad de atención por violencia obstétrica en pacientes en trabajo de parto con embarazo de término en unidad toco quirúrgica" del 2016 por la Universidad Nacional Autónoma de México

8.8 VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador	Medida Categoría/Unidad
1. Edad	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos	Años
2. Ocupación	Cualitativa	Nominal	Referido por paciente	1)Empleada 2)Ama de casa
3. Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Referido por el paciente	1)Primaria 2)Secundaria 3)Preparatoria 4)Licenciatura
4. Estado Civil	Cualitativo	Nominal	Referido por el paciente	1)Soltero 2)Casado 3)Unión libre 4)Divorciado 5)Viudo 6)Separado
5. Nivel socioeconómico	Cualitativo	Ordinal	Índice simplificado de pobreza familiar	1)Sin evidencia de pobreza 2)Pobreza familiar baja 3)pobreza familiar media 4)pobreza familiar alta
6. Violencia Obstétrica	Cualitativo	Ordinal	Cuestionario de violencia obstétrica	1) Si 2) No a. Poco b. Regular c. Mucho

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Una vez revisado y aprobado el Protocolo de Tesis por parte de los asesores (metodológico y experto) y previo registro ante SIRELCIS se solicitó la autorización al director de la U.M.F. No. 57 para la realización de dicho protocolo, posteriormente, se solicitó a pacientes puérperas que cumplan con los criterios de inclusión que se encuentren en las instalaciones de la U.M.F. No. 57 durante el periodo del 1 de agosto del 2018 al 30 de enero del 2019 su autorización a través del consentimiento informado para participar en el estudio, cuya participación consistió únicamente en contestar la encuesta.

Se entrevistó de inicio con una ficha de identificación y posteriormente se aplicaron los instrumentos de estudio índice simplificado de pobreza, que consta de 3 rubros (economía, educación y vivienda) de los cuales el primer rubro se subdivide en 2, teniendo 4 opciones de respuesta para cada rubro, con un puntaje, instrumento validado en el 2002 por la Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Medicina Familiar, México, Distrito Federal y el instrumento "Cuestionario de violencia obstétrica" que consta de 13 preguntas con las respuestas "SI" o "NO" y de esto si fue "poco", "Regular" o "Mucho", instrumento utilizado en la tesis "Repercusiones en la calidad de atención por violencia obstétrica en pacientes en trabajo de parto con embarazo de termino en unidad toco quirúrgica" del 2016 por la Universidad Nacional Autónoma de México.

8.10 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los valores de las mediciones se codificaron los mismos y se elaboró una matriz de datos que se introdujo al Programa Estadístico SPSS v 18. Realizando un análisis univariado de todas variables sociodemográficas con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y determinación de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Para el análisis bivariado (Nivel de investigación relacional), el objetivo estadístico fue asociar, con Chi cuadrada de independencia, relación de la Violencia obstétrica con el nivel socio económico en pacientes puérperas, rechazando H_0 si p es menor de 0.05.

9. BIOÉTICA

El estudio sistema de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales de esta investigación médica es identificar la relación entre la incidencia de violencia obstétrica y el nivel socioeconómico de las pacientes puerperas atendidas en la institución, de esta manera poder identificar dentro del grupo de vulnerabilidad, que factores pueden aumentar el riesgo de sufrir violencia obstétrica, identificando las características de la población estudiada para mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, siendo seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

De acuerdo con el manual de operación y funcionamiento del fondo de investigación en salud I.M.S.S establece en el punto 5.31 protocolo en investigación en salud establece un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, República de la Ciudad África, Octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas, y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16 donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del

individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. **Considerándose a ésta investigación como de Riesgo Mínimo** ya que es un estudio prospectivo que emplea el riesgo de datos a través de aplicación de encuestas donde se valorara el nivel de violencia obstétrica que la paciente pudo haber experimentado durante la atención de su parto o cesárea, así como una encuesta de nivel socioeconómico, estas pruebas psicológicas se realizarán a mujeres en edad reproductiva, en una etapa de puerperio donde no se manipulará la conducta del sujeto de acuerdo con lo establecido en su artículo 17º e incluirá la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22, al realizarse en menores de edad, éste se entregará a quien ejerza patria potestad o la representación legal del menor, tal y como se refiere en su artículo 36º.

Finalmente, en esta investigación todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les detallaron las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el comité local de investigación, y que su decisión de participar es libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en caso de aceptar participar se les realizara una entrevista sobre ellos y sus familias manejando sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de las familias y que en el transcurso del estudio podrán solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliéndose así, con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

10. RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se realizó en la población de puérperas de la U.M.F. No.57 durante el periodo del 1 de agosto del 2018 al 30 de enero del 2019 tomando una muestra de estudio de 316 mujeres en puerperio a quienes se les aplicó el instrumento “Cuestionario de violencia obstétrica” y el “Índice simplificado de pobreza”

Con respecto al grupo de edad se encontró una media de 27.42, una moda de 32 y Desviación Estándar de 5.362 como se muestra en el Cuadro 1.

 Cuadro 1.

Estadígrafo de edad.	
Media	27.42
Mediana	27.00
Moda	32
Desviación	5.362
Rango	25
Mínimo	15
Máximo	40

Fuente: Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico 2019.



Acorde a la ocupación, se reporta que el 68.4% (n=216) de las pacientes tenían un empleo al momento del estudio, correspondiendo un 31.6% (n=100) de pacientes que no tenían un trabajo remunerado, como se muestra en la Cuadro 2.

Cuadro 2.

Distribución por ocupación		
	n	%
Empleada	216	68.4
Ama de casa	100	31.6
Total	316	100

Fuente: Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico 2019.

En la variable de escolaridad primo el nivel de secundaria con el 41.5% (n=131), seguido del 33.2% (n=105) con preparatoria, 19.6% (n=62) con licenciatura y por último primaria con un 5.7% (n=18) como muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3.

Distribución por escolaridad		
	n	%
Primaria	18	5.7
Secundaria	131	41.5
Preparatoria	105	33.2
Licenciatura	62	19.6
Total	316	100

Fuente: Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico 2019.

En el estado civil se encontró una distribución de 44.9% (n=142) se encuentra en unión libre, correspondiendo un 43.7% (n=138) a pacientes casadas, un 10.8% (n=34) y 0.6% (n=2) para solteras y divorciadas respectivamente, (cuadro 4).

Cuadro 4.

Distribución por estado civil		
	n	%
Soltera	34	10.8
Casada	138	43.7
Unión libre	142	44.9
Divorciada	2	0.6
Total	316	100

Fuente: Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico 2019.

El índice de pobreza nos reporta que el 63.9% (n=202) presento nivel bajo de pobreza, y un 3.2% (n=10) de nivel de pobreza media y un 32.9% (n=104) de las pacientes no presentaron evidencia de pobreza como se muestra en el Cuadro 5.

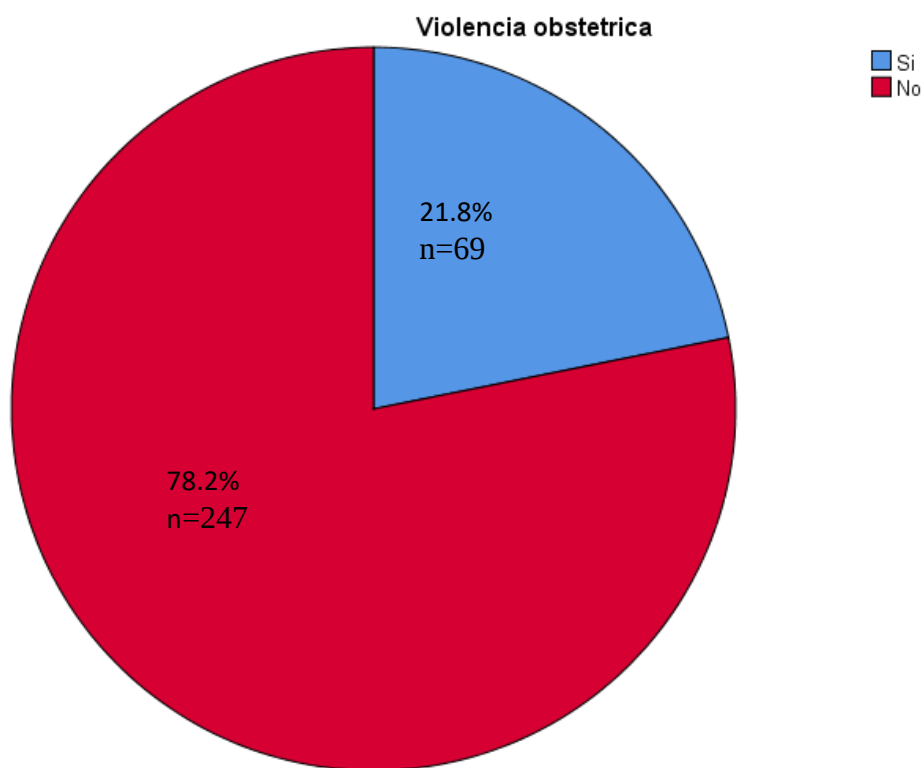
Cuadro 5.

Distribución por nivel socioeconómico		
	n	%
Sin evidencia de pobreza	104	32.9
Pobreza familiar baja	202	63.9
Pobreza familiar media	10	3.2
Total		100

Fuente: Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico 2019.

Se encontró violencia obstétrica en 21.8% (n=69) de las pacientes con un 78.2% (n=247) de pacientes las cuales no percibieron violencia obstétrica en su atención médica como se represente en la Figura 1.

Figura 1.



Percepción de violencia obstétrica	
	n
Poco	62
Regular	6
Mucho	1
Total:	69

Fuente: Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico 2019.

Se inicio una dicotomización de la variable de violencia obstétrica y se relacionó con el nivel socioeconómico para fines estadísticos obteniendo.

Cuadro 6.

Asociación entre violencia obstétrica y nivel socioeconómico								
Violencia Obstétrica	Nivel socioeconómico						Total	
	Sin evidencia de pobreza familiar		Pobreza familiar baja		Pobreza familiar media			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	35	11.1	34	10.8	0	0	69	21.8
No	69	21.8	168	53.2	10	3.2	247	78.2
Total	104	32.9	202	63.9	10	3.2	316	100

$$X^2=14.268^*$$

$$p=0.001$$

Fuente: Violencia obstétrica: incidencia y su relación con el nivel socioeconómico 2019.

De acuerdo con el resultado de X^2 con un valor de 14.268^a y p de 0.001 podemos decir que contamos con la suficiente evidencia estadística para aceptar que la violencia obstétrica tiene una relación con el nivel socioeconómico.

11.- DISCUSIÓN

En el grupo de edad se determinó una media de 27.42 y una medida de dispersión de datos con respecto a la media de 5.362 en comparación con el artículo “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias” del 2013 donde se encontró que el promedio de edad de las usuarias fue de 23,82 años con una desviación estándar de 6,50 años. El mínimo de edad fue 15 años y el máximo 42 años, mientras que en nuestro estudio la edad mínima fue igualmente de 15 y la edad máxima de 40 años estos resultados son muy parecidos ya que el estudio se realizó en Venezuela y al ser junto con México parte de la región de Latinoamérica se observa igualdad en los resultados.

Por su parte el artículo “Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses” publicado en 2017 reportó una distribución por ocupación de empleadas con frecuencia de 20 equivalente a un 44.4%, en comparación con las empleadas encontradas en nuestro estudio el cual fue de 216 equivalente a un 68.4% del total de pacientes entrevistadas, mientras que en la frecuencia de desempleadas fue de 25 equivalente al 55.6%, en comparación con nuestro estudio donde se encontró una frecuencia de 100 equivalente al 31.6% de pacientes que no tenían un trabajo remunerado. Llama la atención la diferencia ya que ambos estados forman parte de la república mexicana, sin embargo, el instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) nos dice que en Sonora se tiene una población de 1,410,419 de hombres y una población de 1,439,911 mujeres en comparación con los 2,943,677 hombres y 3,225,206 mujeres del estado de Puebla, este aumento en la población de mujeres probablemente se refleje en los porcentajes de mujeres empleadas.

En el artículo de Teran et al se encontró que 12 usuarias (2,8 %) señalaron que no poseían ningún nivel de estudios, 65 (15,3 %) habían cursado estudios de nivel básico, 291 (68,5 %) nivel medio, 20 (4,7 %) cursaron estudios de técnico superior y 37 (8,7 %) eran universitarias. En nuestro estudio se encontró que en cuanto a la escolaridad predominó la básica con 149 (47.2%), seguido de 105 (33.2%) con nivel medio y 62 (19.6%) con educación universitaria. Se puede observar que la escolaridad más común dentro del estudio fue la básica, siendo el nivel de secundaria el más observado en el estudio.

En el estado civil se encontró una distribución de 142 pacientes (44.9%) se encuentra en unión libre, correspondiendo a una frecuencia de 138 a pacientes casadas (43.7%), frecuencia de 34 (10.8%) y 2 (0.6%) para solteras y divorciadas respectivamente, en el artículo realizado por Figueroa Palomino se encontró solteras en 46.7% de su estudio, casadas en 42.2%, unión libre en 8.9% y 1 divorciada correspondiente al 2.2%. se observa igualdad en el porcentaje de pacientes casadas, pero una diferencia muy grande con las solteras, esto puede ser debido a las tradiciones de la población de nuestro estudio siendo más conservadoras.

El índice de pobreza nos reporta que el 63.9% presentó nivel bajo de pobreza, un 3.2% de nivel de pobreza media con un 0% con nivel de pobreza alta y un 32.9% de las pacientes no presentaron evidencia de pobreza esto es comparable con el nivel de pobreza en México reportado para el 2016 por el consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo

social (CONEVAL) en un 43.6% observando que es mayor de lo esperado en nuestro estudio probablemente debido a que el IMSS al ser una institución pública se encarga de la atención medica de la población obrera.

Teran et al nos comentan que 338 pacientes (79.5 %) percibieron violencia obstétrica, ya sean en trato deshumanizante o en omisión de consentimiento informado por parte del personal de la salud, y 87 pacientes (20,5 %) no reportaron ningún tipo de práctica violenta durante su atención. En comparación con nuestro estudio del cual se obtuvo que 69 pacientes (21.8%) percibieron violencia obstétrica en su atención dentro del instituto mientras que 247 pacientes (78.2%) no percibieron maltrato dentro de la institución. Esto probablemente debido a la distancia en tiempo y lugar de origen del artículo publicado por Teran.

Se encontró un artículo mexicano realizado por Figueroa Palomino OE et al del donde el 37.7% de las mujeres encuestadas percibieron algún tipo de violencia obstétrica por parte del personal de salud lo cual es más cercano a los resultados del 21.8% obtenidos en nuestro estudio. (24)

12.- CONCLUSION

El estudio aquí descrito tiene como objetivo determinar la incidencia de la percepción de violencia obstétrica por parte de las pacientes puérperas adscritas al IMSS y la relación que tiene con el nivel socioeconómico de las mismas, encontrando a partir de la muestra recolectada una edad media de 27.42 años. Los resultados refieren que el 31.6% se dedican al cuidado del hogar, respecto a la escolaridad el 5.7% de mujeres cuentan con nivel básico a nivel primaria y el 41.5% de la muestra con secundaria, esto constituye el 47.2% del total que solamente contaba con educación básica, agregándose el 33.2% con educación media y dejando un 19.6% de las pacientes con educación superior. Dentro de las variables medidas tenemos que las pacientes que refirieron encontrarse en una relación de pareja alcanzan el 88.6% del total de la muestra divididas en las casadas representan el 43.7% y las que viven en unión libre con un 44.9%, dejando un 10.8% a las pacientes que refirieron ser solteras. En México según la encuesta nacional de los hogares 2017 del INEGI el 54.2% de la población constituye a personas casadas y según las estadísticas de nupcialidad del INEGI observa un descenso en la tasa bruta descendiendo en 3 puntos en comparación con la estadística de hace 20 años, por lo que es lógico pensar en una relación con el aumento de personas que deciden vivir en unión libre.

Se observo que según el instrumento aplicado el 32.9% no se encontró evidencia de pobreza, mientras que un 63.9% obtuvieron suficiente puntaje para ser considerados con pobreza familiar baja y un 3.2% con pobreza familiar media, en comparación con los datos obtenidos de la CONEVAL que en 2016 reporto un 43.6% de personas en pobreza. Se observo que el 21.8% de la muestra percibió algún tipo de violencia obstétrica, dejando al 78.2% de las pacientes satisfechas con su trato durante la atención médica.

El estudio nos ofrece una base de apoyo para seguir previniendo la violencia obstétrica observándose una relación entre incidencia de violencia obstétrica y el nivel socioeconómico.

Se observo en el estudio que un gran porcentaje de las pacientes cuenta con datos de pobreza alcanzando más del 50% de la muestra. Se concluye que existe una relación entre el nivel socioeconómico y la incidencia de violencia obstétrica.

13.- PROPUESTAS

Los resultados de esta investigación arrojan que existe una relación entre las 2 variables de violencia obstétrica y nivel socioeconómico, por percepción del investigador principal se observó que a mayor nivel de marginación y pobreza menor percepción de la violencia obstétrica, aunado a los múltiples estudios que demuestran una violación de los derechos humanos con mayor medida en personas marginadas o con un nivel socioeconómico bajo, esto nos recuerda a los grupos de vulnerabilidad de los que forman parte las mujeres embarazadas por lo que parece importante reconocer el nivel de educación y el nivel económico de las embarazadas como forma de identificar factores de riesgo para violencia obstétrica para lo cual sería recomendable realizar un estudio estadístico para observar si existe una relación inversamente proporcional entre violencia obstétrica y nivel socioeconómico.

A su vez se recomienda aumentar el nivel de conocimiento de la violencia obstétrica con enfoque en pacientes con datos de pobreza o bajo nivel socioeconómico, para esto se propone:

- Dar sesiones educativas a los trabajadores de la salud.
- Dar sesiones educativas a pacientes embarazadas pudiendo tomar la visita guiada o Tour quirúrgico como oportunidad para la intervención educativa.
- Difusión por medios impresos.
- Realizar un estudio de la percepción de violencia obstétrica antes y después de una intervención educativa.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **2104** con número de registro **17 CI 21 114 137** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102**.
U MED FAMILIAR NUM 6

FECHA Lunes, 25 de junio de 2018.

DR. EDUARDO HUERTA FUENTES
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"VIOLENCIA OBSTÉTRICA: INCIDENCIA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2104-032

ATENTAMENTE

DR. JOSE DOMÍNGUEZ NARANJOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



GOBIERNO DE
MÉXICO



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NÚMERO 57

PUEBLA, PUE., A 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2019

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

Gabriela Rodríguez Rodríguez

Eduardo Huerta Fuentes

Daniel Huerta Montiel

DE LA TESIS TITULADA:

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: INCIDENCIA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Enrique Núñez Miranda

DE LA ESPECIALIDAD:

Medicina Familiar

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL:

R-2018-2104-032

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Gabriela

Rodríguez Rodríguez

DR. GABRIELA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
MÉDICO FAMILIAR
Ced. Prof. 51040
Mat. 99220173

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Eduardo

Huerta Fuentes

Dr. Eduardo Huerta Fuentes

Ced. Esp. 4723502
Mat. 99180509

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Daniel

Huerta Montiel

Dr. Daniel Huerta Montiel
Médico

Ced. Prof. 5224902
Mat. 99220173

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Dr. Prof. Guillermo G...
Ced. Esp. 4723502
Mat. 99220173



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"VIOLENCIA OBSTÉTRICA: INCIDENCIA Y SU RELACION CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	PUEBLA, PUEBLA JUNIO 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres, para este caso las que acuden después de tener a su bebé, es algo que no debería existir y se debe identificar oportunamente para evitarla. El objetivo de este estudio es conocer la relación que existe entre la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico.
Procedimientos:	Se llevará a cabo una encuesta donde se le preguntaran datos como su edad, escolaridad, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, número de embarazos y la forma en que ha sido tratada durante la atención de su embarazo y parto.
Posibles riesgos y molestias:	Señora este estudio trata de investigar si ha sufrido algún tipo de violencia durante la atención de su embarazo y parto y si tiene relación con su nivel socioeconómico por lo que las respuestas y lo que encontremos es totalmente confidencial, solamente se le hacen preguntas, no queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente alguna molestia o vergüenza tenga la confianza de expresarlo a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en este estudio usted podrá saber si sufrió algún tipo de violencia y que eso no debe suceder, dándole a conocer que existen organizaciones que la pueden apoyar para que esto no vuelva a pasar, además de saber si esto se relaciona con su nivel socioeconómico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informaran los resultados del estudio en forma confidencial, con el fin de que pueda recibir atención y orientación en este tipo de violencia y si fuera necesario se les enviará a otros servicios para que la apoyen como puede ser trabajo social.
Participación o retiro:	Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación.
Privacidad y confidencialidad:	Toda información otorgada será de carácter confidencial y solamente utilizada para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.
Beneficios al término del estudio:	Los beneficios que usted obtendrá será que podrá conocer los datos de violencia obstétrica para evitar que usted la sufra o apoyar a alguien más y evitarla.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Daniel Huerta Montiel U.M.F. No. 57 Matrícula 99229473 E-mail: nopotrix@hotmail.com Tel: (044) 2221851187
Colaboradores:	Dr. Enrique Núñez Miranda U.M.F. No. 57 Matrícula 98229828 E-mail: nareware747@msa.com Tel.: (044) 22 21 82 54 42 Dra. Gabriela Rodríguez Rodríguez Hospital General Regional No. 36 Matrícula 99326786 E-mail: gabriela.rodriguez.ndz@hotmail.com Tel: (044) 2221 54 88 11
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 de ambos padres o tutores o representante legal

Dr. Enrique Núñez Miranda U.M.F. No. 57
Matrícula 98229828 Tel: (044) 22 21 82 54 42
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

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



**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: INCIDENCIA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO”
Lugar y fecha:	PUEBLA, PUEBLA JUNIO 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres, para este caso las que acuden después de tener a su bebé, es algo que no debería existir y se debe identificar oportunamente para evitarla. El objetivo de este estudio es conocer la relación que existe entre la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico.
Procedimientos:	Se llevará a cabo una encuesta donde se le preguntarán datos como su edad, escolaridad, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, número de embarazos y la forma en que ha sido tratada durante la atención de su embarazo y parto.
Posibles riesgos y molestias:	Señora este estudio trata de investigar si ha sufrido algún tipo de violencia durante la atención de su embarazo y parto y si tiene relación con su nivel socioeconómico por lo que las respuestas y lo que encontremos es totalmente confidencial, solamente se le hacen preguntas, no queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente alguna molestia o vergüenza tenga la confianza de expresarlo a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en este estudio usted podrá saber si sufrió algún tipo de violencia y que eso no debe suceder, dándole a conocer que existen organizaciones que la pueden apoyar para que esto no vuelva a pasar, además de saber si esto se relaciona con su nivel socioeconómico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informarán los resultados del estudio en forma confidencial, con el fin de que pueda recibir atención y orientación en este tipo de violencia y si fuera necesario se le enviará a otros servicios para que la apoyen como puede ser trabajo social.
Participación o retiro:	Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación.
Privacidad y confidencialidad:	Toda información otorgada será de carácter confidencial y solamente utilizada para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.
Beneficios al término del estudio:	Los beneficios que usted obtendrá será que podrá conocer los datos de violencia obstétrica para evitar que usted la sufra o apoyar a alguien más y evitarla.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Daniel Huerta Montiel U.M.F. No. 57 Matricula 99229473 E-mail: nopotrix@hotmail.com Tel: (044) 2221851187
Colaboradores:	Dr. Enrique Núñez Miranda U.M.F. No. 57 Matricula 98229828 E-mail: rareware747@msn.com Tel: (044) 22 21 82 54 42 Dra. Gabriela Rodríguez Rodríguez Hospital General Regional No. 36 Matricula 99326786 E-mail: gabriela.rodriguez.rdz@hotmail.com Tel: (044) 2221 54 88 11
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 4º 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

Dr. Enrique Núñez Miranda U.M.F. No. 57
Matricula 98229828 Tel: (044) 22 21 82 54 42
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

14 ANEXOS:

14.1.- ANEXO

Edad: _____ **Escolaridad:** _____ **Estado civil:** _____

Número de embarazos: _____ **Partos** _____ **Cesáreas** _____

Considera su nivel socioeconómico: bajo () medio () alto ()

Mientras estaba internada en el hospital, con contracciones de trabajo de parto:

1.- ¿El personal hacía comentarios irónicos, descalificaciones o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

2.- ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estas atravesando?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

3.- ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o parto?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

4.- ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

5.- ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte autorización o explicarte porque eran necesarios?

- | | |
|--|--|
| • Rasurado de genitales | • Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas |
| • Enema | • Compresión del abdomen en el momento de los pujos |
| • Indicación de permanecer acostada todo el tiempo | • Episiotomía |
| • Rotura artificial de bolsa | • Cesárea |
| • Administración de medicamentos o goteo para “apresurar” el parto | • Raspaje del útero sin anestesia |

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

6.- En el momento del parto ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

7.- ¿Fuiste obligada a permanecer en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

8.- ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

9.- ¿Se te impidió contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle pecho, etc.)

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

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 ()

Poco () Regular () Mucho ()

11.- Podrías decir que la experiencia de la atención de parto ¿Te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

Si () No ()

Poco () Regular () Mucho ()

12.- ¿Cómo consideras la calidad de atención de parto que recibiste durante el trabajo de parto y parto?

Excelente () Buena () Regular () Mala () Pésima ()

13.- ¿Te paso algo que consideras violento, incorrecto, que vulneraba tus derechos, durante el embarazo, parto o puerperio que no haya mencionado?

14.2ANEXO

Favor de contestar con una X enfrente del número que más se acerque a su estado económico actual.

Economía	Ingreso familiar	< a 1 salario mínimo	
		1 a 2 salarios mínimos	
		3 a 4 salarios mínimos	
		> a 5 salarios mínimos	
	# de hijos dependientes	> 3 hijos	
		2 hijos	
		1 hijo	
		Ningún hijo	
Educación	Escolaridad materna	Sin educación	
		Primaria incompleta	
		Primaria completa	
		Post primaria	
Vivienda	# de personas por dormitorio	> a 5 personas	
		4 personas	
		3 personas	
		1 a 2 personas	

15.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Soto-Toussaint LH. Violencia obstétrica aspectos médico-legales en la práctica de la anestesia vol. 39. Supl. 1 abril-junio 2016 pp s55-s60
- 2) Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Red bioética/UNESCO 2013;1:25-34.
- 3) Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud; 2014.
- 4) Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos; 1948.
- 5) Teran P, Castellanos C, González M, et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez 2013;73:171-180.
- 6) Pan American Health Organization. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres; 2013.
- 7) Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer; 1993.
- 8) Grupo de información en reproducción elegida (GIRE). Violencia obstétrica; 2014;4:20-47.
- 9) Adib M, Ibáñez M, Casado M, et al. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. 34;2017:104-111
- 10) Cámara de Diputados, Congreso de la Unión. Boletín N°. 5462; 2015.
- 11) Gobierno del Estado de Puebla. Ley para el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de puebla; 2018.
- 12) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas de natalidad; 2015.
- 13) Secretaria de Salud. Boletín de Información Estadística; 2014.
- 14) Villanueva LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Rev CONAMED 2010;15:147-151.
- 15) Dador MJ. Mujer y salud in: La salud sexual y reproductiva y la igualdad de género en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos. 1er ed Lima: Promsex; 2007. Pp. 34-39.

- 16) D'empaire Gabriel. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioeth* 2010;16:124-132.
- 17) Palmer Y, Prince R, Sarcy R. Factores relacionados con el síndrome de Burnout en Ginecólogos. *Ginecol obstet mex* 2007;75:379-83.
- 18) Medina G. Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las personas* 2009;4:1-4
- 19) Grupo de información en reproducción elegida (GIRE). Niñas y mujeres sin justicia. *Derechos reproductivos en México*; 2015
- 20) Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto; 2007.
- 21) Borroto ML, Aguilera L. Percepción social sobre la violencia de género. Universidad de la Laguna; España: 2014
- 22) Yauri YP. Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé Lima; 2015
- 23) Rodríguez J. Worthy treatment, patient safety and self-care, *Rev CONAMED* 2010;15:115
- 24) World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence Geneva; 2010.
- 25) Figueroa Palomino OE, Hurtado Lagard R, Valenzuela Coronado DG et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses *SANUS* 2017; 7:14-21