



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE GINECO- OBSTETRICIA NO. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**EVALUACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL PUERPERIO
INMEDIATO POST PARTO**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

Dra. Montserrat Salmonte Esquivel

**Tutor de tesis
Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer**

**Investigadora asociada
Dra Paola Joanna Castro Alba**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informo de la Dra. Montserrat Salmonte Esquivel, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis titulada **Evaluación de la violencia obstétrica en el puerperio inmediato post parto**, No.R-2016-3606-64 por lo que le otorgo la autorización para su presentación y defensa de la misma.

Director General del Hospital de Gineco Obstetricia No 4

Dr. Óscar Moreno Álvarez

Director de Educación e Investigación en Salud y Tutor de Tesis

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Investigadora Asociada

Dra Paola Joanna Castro Alba

AGRADECIMIENTOS

A MI MAMÁ

Por siempre estar conmigo, por creer en mí, por darme todas las herramientas para crecer y ayudarme a convertirme en lo que soy el día de hoy; hoy soy todo lo que siempre soñé y todo te lo debo a ti mamá.

A MI FAMILIA

Katy por ser mi segunda mamá y todo el amor y apoyo incondicional que eso significa, mi hermano Toli, por todo el apoyo, mi figura y ejemplo más importante en mi vida, Liz mi más sincera y trabajadora hermana; Luy un ejemplo de disciplina y dedicación; mis bellos hermanos, gracias por su apoyo incondicional durante todo mi camino, por siempre creer en mí; por darme su apoyo incondicional; por amarme tanto, me siento muy afortunada por tener a grandes personas como ustedes a mi lado.

A Gus, Luis, Jonna, Vale, gracias por darme tanta alegría, vida, aprendizaje; Siempre contarán con mi apoyo y amor.

A MÓNICA

Por llegar a mi vida en el momento más perfecto y hacer que todo cobrara sentido.

A MIS AMIGOS

Por ser parte de mí, por mantener vivo mi espíritu, por su compañía y visión en el camino, por darme tantas alegrías, por inspirarme y creer en mí. Paul y Jean, Grace y Robert, Mike y Oyuki.

A MI DIRECTOR DE TESIS

Gracias por enseñarme que si amas tu trabajo, si tienes amor por el conocimiento, si existe bondad, honestidad y templanza en tu interior; si tienes la oportunidad de tener acceso a mayor conocimiento y preparación, no sólo es posible, si no, un deber moral hacer un cambio en la estructura, creer que los seres humanos podemos avanzar, evolucionar y con ellos, todo un sistema. Por todas sus enseñanzas, por su tiempo y apoyo para la realización de este trabajo, muchas gracias

ÍNDICE

I.	Resumen.....	5
II.	Antecedentes	7
III.	Planteamiento del problema.....	12
IV.	Justificación.....	13
V.	Pregunta de investigación.....	14
VI.	Hipótesis.....	15
VII.	Objetivos General.....	16
VIII.	Objetivos Particulares.....	16
IX.	Materiales y métodos.....	17
	1. Lugar donde se realizó el estudio.....	17
	2. Diseño de la investigación	17
	3. Muestra	18
	4. Criterios de inclusión.....	18
	5. Criterios de exclusión.....	18
	6. Criterios de eliminación	18
	7. Variables	19
	8. Análisis estadístico	19
	9. Consentimiento informado	19
X.	Consideraciones éticas.....	20
XI.	Resultados.....	21
XII.	Discusión.....	22
XIII.	Conclusiones.....	24
XIV.	Referencias bibliográficas.....	25
XV.	Tablas y gráficas.....	27
XVI.	Anexos.....	37

RESUMEN

Introducción. Se define como violencia obstétrica a los actos ejecutados por el personal de salud, que consisten en no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; obligar a la mujer a parir en posición de litotomía forzada; obstaculizar el apego inmediato del recién nacido; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo; practicar la cesárea, existiendo condiciones para parto natural. **Objetivo.** Evaluar la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las derechohabientes. **Diseño.** Estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal por medio de encuestas sobre aspectos relacionados con la violencia obstétrica **Método.** Se realizó en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia No 4, "Luis Castelazo Ayala". A mujeres cursando puerperio posparto inmediato. Considerando que el número de partos en el año 2015 fue de 4,410 pacientes, y suponiendo una prevalencia entre el 37- 50% en la percepción de violencia obstétrica por las pacientes según el marco de referencia en México, se obtuvo un número de 100 pacientes para un nivel de confianza del 99%. En el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables al igual que pruebas de comparación entre proporciones de acuerdo a las características sociodemográficas y las preguntas de la encuesta. Considerándose un nivel de significancia estadística del 5% ($p \leq 0.05$). **Resultados.** La percepción global de la violencia obstétrica fue de un 45%. Las características sociodemográficas de la población fueron: edad predominante entre 20-35 años, con predominio de multiparidad y una escolaridad minoritaria de licenciatura y posgrado; al compararlas con la violencia obstétrica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La principal causa identificada como violencia obstétrica fue no permitir la compañía de un familiar durante la atención del parto (80%), mientras que las otras 2 con un 73 y 68%, fueron inherentes a la atención médica. En ningún caso se realizó rasurado de genitales ni aplicación de enema evacuante. El apego inmediato se realizó en el 98% de los casos; cuando se comparó con las características sociodemográficas de la población solamente en los casos de compañía de un familiar, fue menor en quienes tuvieron menor escolaridad ($p < 0.05$). La episiotomía y los tactos vaginales se realizaron predominantemente a las primíparas ($p < 0.008$). Al igual que estos últimos se les realizaron más a quienes tuvieron menor escolaridad ($p < 0.002$). La ruptura artificial de membranas se practicó mayormente a las múltiparas ($p < 0.04$) al igual que la falta de analgesia obstétrica ($p < 0.04$). En relación a la experiencia del parto 68 pacientes no

emitieron un comentario favorable ni desfavorable. De quienes contestaron, el 69% opinó que su experiencia en el parto fue favorable y el 31% opinaron que su atención fue desfavorable. **Conclusiones.** La percepción de la violencia obstétrica de acuerdo a la evaluación individual de cada rubro explorado fue del 30%. Los actos obstétricos que se relacionaron en mayor frecuencia con violencia obstétrica fueron: no permitir la compañía de un familiar durante el trabajo de parto, la realización de episiotomía y tactos vaginales reiterados. En la primípara la violencia obstétrica se desprendió de un mayor número de tactos vaginales repetidos y por diferentes personas al igual que de la realización de la episiotomía. En la multípara la violencia obstétrica fue consecuencia de un mayor número de ruptura artificial de membranas y menor aplicación de analgesia obstétrica.

PALABRAS CLAVE: Violencia obstétrica, puerperio post parto

ABSTRACT

Introduction. Obstetric violence is defined as acts carried out by health personnel, which consist of failure to respond to obstetric emergencies in a timely and effective manner; to force the woman to give birth in a forced lithotomy position; to hinder the immediate attachment of the newborn; Alter the natural process of low risk childbirth; Practice cesarean section, existing conditions for natural childbirth. **Objective.** To evaluate the obstetric violence carried out by health personnel towards the beneficiaries. **Material and Methods.** Prospective, descriptive, exploratory, transversal study using surveys on aspects related to obstetric violence. It was performed in the medical unit: Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala". Women in the immediate postpartum. Considering that the number of births in 2015 was 4,410 patients, and assuming a prevalence of 37-50% in the perception of obstetric violence, according to the reference frame in Mexico, a number of 100 patients were obtained for a confidence level of 99%. Data analysis was performed using the SPSS statistical package. A descriptive analysis of all variables was performed, as well as comparative tests between proportions according to sociodemographic characteristics and survey questions. Considering a level of statistical significance of 5% ($p \leq 0.05$). Results. The overall perception of obstetric violence was 45%. The sociodemographic characteristics of the population were: predominant age between 20-35 years, with predominance of multiparity and minority schooling of undergraduate and postgraduate studies; When comparing them with obstetric violence, no statistically significant differences were found. The main cause identified as obstetric violence was not allowing a family member to attend during childbirth care (80%), while the other two with 73% and 68% were inherent in medical care. In no case was a genital shaving or evacuation enema applied. Immediate attachment was performed in 98% of cases; When compared to the socio-demographic characteristics of the population only in the cases of a family member's company, was lower in those who had lower schooling ($p < 0.05$). Episiotomy and vaginal pain were predominantly performed on primiparous women ($p < 0.008$). Similar to the latter, more were done to those who had less schooling ($p < 0.002$). Artificial rupture of membranes was practiced mainly to multiparous ($p < 0.04$) as was the lack of obstetric analgesia ($p < 0.04$). In relation to the delivery experience, 68 patients did not express a favorable or unfavorable comment. Of those who answered, 69% felt that their experience in childbirth was favorable and 31% felt that their care was unfavorable. **Conclusions.** The perception of obstetric violence according to the individual

evaluation of each item explored was 30%. The obstetric acts that were most frequently related to obstetric violence were: not allowing the companion of a relative during labor, episiotomy, and repeated vaginal explorations. In the primipara, the obstetric violence resulted from a greater number of repeated vaginal explorations and from different people as well as from the performance of the episiotomy. In the multiparous for obstetric violence was a consequence of a greater number of artificial rupture of membranes and less application of obstetric analgesia.

KEY WORDS: Obstetric violence, puerperium postpartum

I. ANTECEDENTES

La violencia de acuerdo a la OMS se define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.¹ Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".² Desde hace ya más de un siglo con el advenimiento de la medicina moderna, la idea de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico, fue tomando cada vez con más fuerza. El concepto de las maternidades intervenidas se desarrolla entorno de conocimientos científicos diseñados para su regulación y control.³

La experiencia en el momento del parto, sufre un cambio radical desde mediados del siglo XIX, debido a los nuevos procesos de tecnificación de la medicina, que ubican a la paciente en un lugar de subordinación en relación con los profesionales de la salud encargados de la atención médica.⁴ Con el traspaso de la experiencia de las mujeres de su maternidad a un proceso regulado por profesionales de la salud, la mujer embarazada en el momento del parto se encuentra vulnerable ante un sistema de atención médica.

El sistema de salud se coloca por encima de otras alternativas de atención, en los procesos reproductivos de las mujeres puede verse como el parto como escenario de familia pasó a ser un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria.

El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación. Este proceso obtuvo mayor legitimación valiéndose además de un discurso dirigido a remarcar la intervención médica como la manera más efectiva de disminuir la mortalidad materno-infantil durante el parto. El control del estado sobre los cuerpos de las mujeres antes, durante y después del parto, obtuvo de ese modo su legitimación.⁵

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 violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países. 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 los procesos reproductivos naturales y en su atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.⁶ Estas experiencias se han ido conceptualizando, aunque con variaciones, como abuso y maltrato de las mujeres durante la prestación de servicios de salud en su maternidad. Instituciones sanitarias internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha descrito durante el parto en centros sanitarios, fenómenos como "falta de respeto, abuso, y tratamiento negligente". La OMS, entre otros, considera que "una falta de respeto, trato abusivo y negligente "puede implicar abuso físico, humillación o abuso verbal, coercitivo o prácticas no consentidas en las mujeres, falta de confidencialidad o de consentimiento informado, así como la negación de la administración de medicamentos para el dolor, entre otros."⁷

Las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a través de su Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, reconoció que "la salud no depende únicamente del desarrollo científico, tecnológico y de investigación, sino también de factores psicosociales y culturales".⁸

En el ámbito nacional, México también desde hace varios años se ha venido acumulando conocimiento sobre la existencia de la violencia obstétrica⁹, el gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en su visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los derechos humanos bajo un enfoque de género.¹⁰ Así, el concepto de salud reproductiva incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos.¹¹ Incluye también el derecho al acceso informado a la variedad de todos los métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos.¹² De manera específica la ley en México declara que *la violencia contra la mujer constituye toda acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, por motivos de género, ejercida en el ámbito de atención de la salud en los servicios públicos o privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del sistema de salud.* En México sólo Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes.¹³ La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial, en

donde confluyen tanto la violencia institucional como la violencia de género.¹⁴ En el caso del parto, la violencia institucional, se refleja en su atención, toda vez que durante éste personal médico, basado en razones de género, viola los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, a través de conductas que van desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes ó reclamos, no consultarlas o informarlas sobre decisiones que van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su consentimiento, hasta formas en las que se cause daño deliberado a la salud de la afectada, se incurre a una violación de sus derechos.

De acuerdo con diferentes revisiones, se define como violencia obstétrica a los actos ejecutados por el personal de salud, que consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. 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.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Así mismo es posible identificar dos modalidades de violencia obstétrica: 1) La física, que se configura cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico, induciéndose éste mediante el uso de técnicas que van desde el aceleramiento del nacimiento sin el consentimiento de la madre (ya sea de manera verbal o escrita) o la práctica de operación cesárea existiendo condiciones para el parto natural. Están incluidas también dentro de esta categoría o a la práctica de la cesárea, existiendo condiciones para el parto natural. Están incluidas también dentro de esta categoría, la inadecuada atención a emergencias obstétricas y la esterilización forzada. 2) La psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación,

humillación cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información para la mujer y sus familiares sobre la evolución de su parto, la evasión a las opiniones o deseos de la paciente.¹⁵ Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en este sentido son: evitar la maniobra de Kristeller, la episiotomía de rutina, obligar a parir acostada en posición horizontal o inmovilizada, la maniobra de Hamilton, así como mantener la tasa de cesáreas en un rango máximo de entre 10 al 15 por ciento de los nacimientos.¹⁶ Desde el momento de su aparición en la norma jurídica, se ha intentado establecer mecanismos para la difusión del concepto de violencia obstétrica, y la aplicación de las recomendaciones de las diferentes organizaciones internacionales de salud, incluida la OMS, para una buena práctica médica que evite caer en éste tipo de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. Se han publicado estudios relacionados al grado de conocimiento por parte del personal de salud sobre la violencia obstétrica; a pesar de haber transcurrido varios años ya, desde la publicación del concepto, al parece ser no existe suficiente conocimiento por parte del personal de salud y específicamente no se cuentan con estadísticas oficiales que permitan cuantificar esta información.¹⁷

Existen pocos estudios sobre la percepción de la violencia obstétrica durante el proceso del parto por parte de la usuaria, existen trabajos relacionados al presente estudio como el de Castellanos C y cols. 2013; desarrollaron un estudio en Venezuela, titulado: "Violencia obstétrica: percepción de las usuarias", para lo cual se encuestó a 425 puérperas sobre aspectos relativos a violencia obstétrica. Se reportó un 49,4 % de trato deshumanizante y un 66,8 % para actos médicos realizados sin consentimiento y solo un 20,5 % reportó atención libre de violencia. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxicíticos (31,3%). Concluyendo que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.¹⁸

Orozco G. y Peña A. 2010, en México, realizaron un estudio titulado: "Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto". El 42,7% expresó que se les explicó poco o nada en qué consistía el trabajo de parto, el 60% manifestó que sí se les explicaron los procedimientos de la atención; el 70% de las pacientes refirió que el personal de salud le ayudó a controlar sus emociones y fue tolerante con ellas. La mayoría expresó que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto de sus derechos; por último, en el estudio las mayoría de pacientes expresaron que se sintieron satisfechas con la atención

recibida.¹⁹ Gonzáles J. y Quintero D. 2009, elaboraron un estudio en Colombia, titulado: "Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención", reportaron que el 73% de las mujeres atendidas en el servicio de hospitalización siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de salud, el 11% casi siempre percibieron un cuidado humanizado, el 12% algunas veces y el 4% nunca percibió un cuidado humanizado.²⁰ Gredilla E. y cols 2008, desarrollaron en Madrid el trabajo "Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto" para medir la satisfacción de las pacientes con la analgesia epidural para trabajo de parto. Se recogieron un total de 1067 encuestas. La edad media de la muestra fue 30,1 años, el 91.3% de las pacientes se mostraron satisfechas con el proceso de analgesia epidural; al entrevistarlas el 93.8% de las mujeres recomendarían la técnica y 94% de ellas volverían a solicitarla en el mismo centro hospitalario. Con estos resultados, se concluyó que el uso de analgesia epidural aumenta considerablemente la percepción de una buena atención de parto por parte de las usuarias, así como un indicador de satisfacción que superó el 90%.²¹ En otro estudio realizado en Perú, por Vela Coral, 2015; titulado: "percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal", se evaluó la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. Concluyendo que la más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular.²² Finalmente, en México se realizó uno de los primeros estudios que reporta estadísticas sobre violencia obstétrica, por Valdez-Santiago R y cols. 2013, titulado: Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Donde reportan que el 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud. La persona que ejerció maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). 19% reportó maltrato verbal, casi 8% maltrato físico. Correspondiendo a un 29% de violencia obstétrica total.²³

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia obstétrica es una condición que afecta cada vez más a las mujeres en situación de parto por lo cual se requiere conocer la percepción de la derechohabiente durante su estancia hospitalaria.

III. JUSTIFICACIÓN

La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública importante en nuestro país que constituye un acto que se da de forma cotidiana durante la atención institucional del parto con la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres, manifestándose con mala comunicación al no informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin consideración, coacción para obtener su consentimiento para algún procedimiento. Por lo que es importante conocer la situación de nuestro hospital en este contexto para hacer las correcciones pertinentes.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las derechohabientes son violentadas en sus derechos humanos sufriendo violencia obstétrica ejercida por el personal de salud de nuestro hospital?

V. HIPÓTESIS

El personal de salud ejerce algún tipo de violencia obstétrica hacia las derechohabientes.

VI. OBJETIVO GENERAL

Identificar la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las derechohabientes.

OBJETIVOS PARTICULARES

Identificar la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las derechohabientes de acuerdo a su edad

Identificar la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las derechohabientes de acuerdo a su paridad.

Identificar la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las derechohabientes de acuerdo a su escolaridad.

VII. METODOLOGÍA

1. Lugar donde se realizó el estudio

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Diseño de la investigación

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal por medio de una serie de encuestas que se realizaron a las pacientes al término de la atención médica, sobre aspectos relacionados con la violencia obstétrica para la valoración de los objetivos propuestos. La aplicación de las encuestas se realizó durante los meses de noviembre y diciembre 2016. La encuesta fue validada por varios profesionales de la salud con experiencia en violencia obstétrica y tomando en consideración las recomendaciones de la literatura científica. Consta de 28 preguntas, más la valoración de la edad, escolaridad y paridad de la paciente, así como el turno en el que se atendió el parto. Los dominios que abarcó esta encuesta fueron dos:

Parte 1- Identificación de la paciente, edad, escolaridad, paridad y turno de la atención del parto.

Parte 2- Cuerpo de la encuesta.

Donde se analizaron las opiniones frente a las actitudes del personal médico percibido como violencia por la paciente, mediante preguntas cerradas con dos únicas respuestas: sí ó no. Obligando el posicionamiento en una actitud concreta. (preguntas 1-9).

En una segunda parte de la encuesta se preguntó sobre los procedimientos que se realizaron en la atención médica considerados como violencia obstétrica, preguntando a la paciente si fueron realizados sin su consentimiento o sin explicación de la razón de los mismos. (preguntas 10- 28).

La pregunta 29 fue una pregunta abierta para comentarios acerca de la experiencia del parto. Se consideró violencia obstétrica cuando existieron **6 o más puntos afirmativos** en la encuesta (Anexo 1). Debido a que varios de los reactivos de la encuesta son muy parecidos e incluso se repiten y otros exploran opiniones de las pacientes de manera general, la encuesta para su análisis se redujo a 19 ítems. Para el resultado final del porcentaje de violencia obstétrica se tomaron en consideración 2 aspectos, el primero fue cuando existieron más de 6 reactivos respondidos de manera afirmativa (como ya fue señalado) y el segundo haciendo una sumatoria de la puntuación inherente a la violencia

obstétrica por cada pregunta. De tal manera que la suma total de dichos puntajes se contrastó proporcionalmente contra el total posible de los puntos, así, las 100 encuestas realizadas, 17 preguntas tuvieron una posibilidad de sumar un total de 1700 puntos. Este último aspecto no aplicó para los ítems 18 y 19 porque exploraron la experiencia del parto en términos de haber sido favorable ó desfavorable.

3. Tamaño de la muestra

Considerando que el número de partos durante el año 2015 fue de 4,410 pacientes, y tomando en cuenta una prevalencia entre el 37- 50% en la percepción de la violencia obstétrica según el marco de referencia en México, se obtuvo un número de 100 pacientes para un nivel de confianza del 99% .

Fórmula: Tamaño Muestral= $n/(1-(n/población))$

$n= Z*Z (P(1-P)) /D*D$

4. Universo de trabajo

Todas las pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

4.1 Grupo de estudio:

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Embarazo de bajo riesgo
2. Parto eutócico
3. Puerperio inmediato
4. Pacientes cuya atención médica se realizó en la UMAE Hospital de Ginecoobstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala”.

Criterios de exclusión:

1. Trabajo de parto prolongado
2. Parto con fórceps
3. Óbito
4. Condiciones neonatales que requirieron atención en UCIN
5. Muerte perinatal

Criterios de eliminación:

1. Encuestas incompletas

5. Variables

5.1 Variable independiente:

Violencia obstétrica

Definición

Todo acto ejecutado por el personal de salud, y que la paciente lo perciba como violencia.

5.2 Variable dependiente:

Definición

Evaluación de la violencia obstétrica mediante una encuesta de 17 ítems.

Criterios operativos.

Variable	Tipo	Definición	Unidad de medición	Instrumento de medición
Edad materna	Cuantitativa	Número de años de vida	1. < de 20 años 2. De 20-35 años 3. > de 35 años	Encuesta
Escolaridad	Cuantitativa	Años escolares cursados	1. Primaria y Secundaria 2. Preparatoria 3. Licenciatura y Postgrado	Encuesta
Paridad	Cualitativa nominal	Número de embarazos	1. Primípara 2. Multipara	Encuesta

6. Análisis estadístico

En el análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS en su versión 23.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables. La asociación entre las variables se realizó mediante pruebas de χ^2 . El nivel de significación estadística aceptado fue del 5% ($p \leq 0.05$).

7. Consentimiento informado

Durante el transcurso del estudio se solicitó a toda paciente su consentimiento informado para participar en el estudio, con previa explicación de la finalidad y objetivos del estudio, para garantizar la voluntariedad de su participación (anexo 2).

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

El protocolo y su desarrollo se apegaron a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y contó con la aprobación del Comité Local de Investigación y Ética de la Investigación en Salud No. 3606 el cual lo autorizó, otorgándole el número R-2016-3606-64.

Previo a la aplicación del cuestionario, se explicó a los sujetos de estudio sobre los objetivos, beneficios y propósitos de este protocolo de investigación, haciendo hincapié que el estudio pretendía mejorar la calidad de la atención de las pacientes.

Se informó que los datos personales serían protegidos, totalmente confidenciales, incorporados y evaluados en el sistema de datos personales denominado Bases de Datos de los Protocolos de Investigación con fundamento en la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

IX. RESULTADOS

En total se aplicaron 100 encuestas para la evaluación de violencia obstétrica a mujeres usuarias de acuerdo a los criterios de selección mencionados. Las características sociodemográficas revelaron una edad predominante entre 20-35 años, con una ligera diferencia en la paridad con predominio de multiparidad y una escolaridad minoritaria de licenciatura y posgrado (tabla 1). Al comparar la violencia obstétrica de acuerdo a las características sociodemográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 2). La principal causa identificada por las pacientes como violencia obstétrica es inherente al funcionamiento del Servicio Clínico –Unidad Tocoquirúrgica- (80%), mientras que las otras 2 con un 73 y 68% respectivamente son inherentes a la atención médica. Cabe mencionar que en ningún caso se realizó rasurado de genitales ni aplicación de enema evacuante. El apego inmediato se realizó en el 98% de los casos. (tabla 3). Cuando se comparó la violencia obstétrica de acuerdo a la edad, paridad y escolaridad de las encuestadas se apreciaron diferencias estadísticamente significativas solamente en los casos de compañía de un familiar, que fue menor en quienes tuvieron menor escolaridad ($p < 0.05$) (Gráfica 1). La episiotomía y los tactos vaginales se realizaron predominantemente a las primíparas ($p < 0.008$) (Gráfica 2 y 3). Al igual que estos últimos se les realizan más a quienes tuvieron menor escolaridad ($p < 0.002$) (Gráfica 4). La ruptura artificial de membranas se practicó mayormente a las multíparas ($p < 0.04$) al igual que la falta de analgesia obstétrica que también fue mayor en este grupo ($p < 0.04$) (Gráfica 5 y 6). En relación a la experiencia del parto 68 pacientes no emitieron un comentario favorable ni desfavorable. No obstante, de quienes contestaron, el 69% opinó que su experiencia en el parto fue favorable y el 31% de quienes respondieron opinaron que su atención fue desfavorable. No se encontró que la experiencia del parto estuviera relacionada con la edad, paridad ni escolaridad (tabla 4).

X. DISCUSIÓN

La deshumanización de la Medicina en la atención del parto, constituye uno de los males modernos que impacta de manera creciente la buena práctica médica. Las sociedades modernas han favorecido en aras de la sistematización de los procesos de atención médica el aspecto inherente al ser humano. El trabajo de parto con el consecuente nacimiento de un ser vivo y sano está provisto de un cúmulo de experiencias para la mujer embarazada que significan uno de los momentos más trascendentales y de mayor impacto en su vida, por ello los hospitales donde se brinda este tipo de atención deben permanentemente revisar sus procesos de atención del embarazo por lo que dentro de ese proceso, las opiniones de las pacientes constituyen un aspecto muy importante. Con esos motivos y sabedores del problema que significa la atención del parto de acuerdo a la percepción de las pacientes, el mundo entero está analizando esta situación reencauzándose hacia la atención del parto humanizado, lo que en contraparte hace visible la violencia obstétrica cuando el cumplimiento de dicha atención del parto no se apega a los puntos que la evalúan, situación que es motivo de la existencia de diversas encuestas que buscan como propósito evaluar la atención del parto. Para fines de este estudio se utilizó una encuesta que se desprende de las observaciones de la OMS, mismas que señalan que a partir de la evaluación de 6 preguntas se puede evaluar la existencia de violencia obstétrica. Toda vez que las 6 mencionadas preguntas particularizan aspectos diferentes al interior de cada una de ellas, el presente estudio exploró a través de 19 preguntas la violencia obstétrica y la percepción de su experiencia durante el parto en nuestro hospital. Tomando en cuenta lo anterior, el presente estudio no es comparable en sentido estricto con otros estudios que se han realizado porque no persiguió los mismos propósitos, debido a que nuestro estudio exploró la presencia de violencia obstétrica en pacientes únicamente en el periodo de puerperio postparto y enfatizando en la influencia que algunos aspectos sociodemográficos como la edad, la paridad y la escolaridad pudieran favorecer o limitar su presentación. De especial interés resultó encontrar que la mayoría de las pacientes omitieron dar una opinión acerca de su experiencia en el parto, si había sido favorable o desfavorable, puesto que solo la tercera parte de ellas emitieron una opinión, siendo las opiniones favorables las que predominaron. De igual manera, llamó la atención que solamente se encontró que existió influencia de las variables sociodemográficas del estudio en solamente la tercera parte de

las preguntas exploradas, y de estos casos la compañía de un familiar fue mayor para quienes tenían un mayor grado de escolaridad, e igualmente fue en este grupo de mujeres en quienes se realizó un menor número de tactos vaginales. Situación que contrastó al evaluar la paridad debido a que a las primíparas se les practicó más la episiotomía y un mayor número de tactos vaginales reiterados y por diferentes personas, pero mayormente analgesia obstétrica. La ruptura artificial de membranas fue más común en las mujeres multíparas, así mismo, se evidenció menor aplicación de analgesia obstétrica.

Pese a que en la mayor parte de las preguntas interrogadas no se evidenciaron diferencias por cuestiones de las variables de estudio, los resultados obtenidos nos permiten concluir que tanto las mujeres que han tenido ya el antecedente de un parto, como quienes enfrentan su primer experiencia, resultan igualmente afectadas por rubros que traducen violencia obstétrica, aunque por aspectos distintos; por lo cual la carencia de la atención de un parto humanizado quedó en evidencia. En complemento a este aspecto, al evaluar los resultados afirmativos de las 6 preguntas que la OMS considera que de estar presentes constituyen la presencia de violencia obstétrica, en este estudio encontramos un porcentaje del 45% toda vez que fue en ese porcentaje de pacientes que al menos 6 de las preguntas exploradas fueron afirmativas. Sin embargo, cuando extrapolamos el total de las preguntas al número total de las pacientes lo que en nuestra percepción se aproxima mayormente a la evaluación de violencia obstétrica toda vez que nos habla de la recurrencia de este rubro de acuerdo a la opinión de cada una de las pacientes, encontramos que la violencia obstétrica disminuyó al 30%. Este último rubro resulta de mayor utilidad porque permite identificar las deficiencias mayores de la atención del parto bajo el entorno del nacimiento que para este estudio lo constituyeron como las tres principales causas de afectación al parto humanizado, la falta de compañía por un familiar, la realización de episiotomía y de tactos vaginales reiterados y por diferentes personas. Estos aspectos deberán significar señales de alerta sobre las que deberán implementarse acciones tendientes a disminuirlas y/o erradicarlas en los casos que se justifiquen con el propósito de que deberán practicarse con una indicación estricta y de manera menos prevalente. El diseño del presente estudio no permitió explorar si existió la indicación médica para ello, por lo que los resultados obtenidos tienen la limitante de que pudieran ser sobreestimados debido a que por las características del hospital se atienden un mayor número de casos de embarazos complicados.

XI. CONCLUSIONES

- La percepción global de la violencia obstétrica fue de un 45%.
- La percepción de la violencia obstétrica de acuerdo a la evaluación individual de cada rubro explorado fue del 30%.
- Los tres actos obstétricos que se relacionaron en mayor frecuencia con violencia obstétrica fueron: no permitir la compañía de un familiar durante el trabajo de parto, la realización de episiotomía y tactos vaginales reiterados.
- En la primípara la violencia obstétrica consistió en un mayor número de tactos vaginales repetidos y por diferentes personas, al igual que de la realización de la episiotomía.
- En la múltipara la violencia obstétrica fue consecuencia de un mayor número de casos de ruptura artificial de membranas y un menor número de casos de aplicación de analgesia obstétrica.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Informe mundial sobre la violencia en el mundo. WHO, 2002.
2. WHO. Violencia contra la mujer. 2016.
3. WHO. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030.
4. Nari, Marcela. Políticas de maternidad y materialismo político. Buenos Aires 1890-1940. Argentina, 2004.
5. Fornes, Valeria. Parirás con poder (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En: Felitti, K. (coord.) Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina. Ed. CICCUS, Buenos Aires, 2011; pp: 133- 154.
6. Vacaflor CH. Obstetric Violence: A new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. Rep Health Matters. 2016; 24: 65-73.
7. WHO. Department of Reproductive Health Research. The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility based Childbirth, 2014.
8. Universal Declaration of Bioethics and Human Rights. In: Records of the General Conference of UNESCO; Oct 3-21. Paris: UNESCO, 2005
9. Castro R, Erviti J. Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico. Health and human rights. 2003;7(1):91-110.
10. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M. Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics and law. New York: Oxford University; 2003.
11. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: Rico B, Lopez MP, Espinoza G, editors. Hacia una política de salud con enfoque de género. México: SSA-UNIFEM; 2003. p. 245-63.
12. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE; 2013.
13. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Violencia Obstétrica, un enfoque de los derechos humanos. México: GIRE; 2015.
14. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y mujeres sin Justicia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE; 2015.

15. Ley General de Salud, México. Camara de diputados del H. Congreso de la Unión, 2013.
16. Organización Mundial de la Salud. INPAC: Guía para el manejo de las complicaciones del embarazo y el parto; 2002.
17. Faneite J, Feo A, Toro J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012; 72(1): 4-12.
18. Castellanos C, Terán P y cols. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013; 73(3): 171-180
19. Orozco G, Peña A. Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto. México: Universidad Veracruzana. 2010.
20. Gonzáles J, Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. 2009.
21. Gredilla E, Pérez A, Martínez B, Alonso E, Díez J, Gilsanz F. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2008; 55: 160-164.
22. Vela Coral. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal. Peru; 2015
23. Valdez-Santiago R y cols. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Rev CONAMED 2013; 18(1): 14

Tabla 1. Características sociodemográficas

Característica		%
Edad	Menores de 20 años	17
	Entre 20- 35 años	75
	Más de 35 años	8
Paridad	Primíparas	46
	Múltiparas	54
Escolaridad	Primaria y secundaria	40
	Preparatoria	46
	Licenciatura y postgrado	14

Tabla 2. Violencia obstétrica de acuerdo a las características sociodemográficas

Característica	Pacientes	Violencia obstétrica		Valor P
	(Núm.)	SI	NO	
Menores de 20 años	17	8	9	
Entre 20- 35 años	75	34	41	P=0.52
Más de 35 años	8	2	6	
Primíparas	46	20	26	P=0.90
Múltiparas	54	23	31	
Primaria y secundaria	40	20	20	P=0.32
preparatoria	46	18	28	
Licenciatura y postgrado	14	4	10	

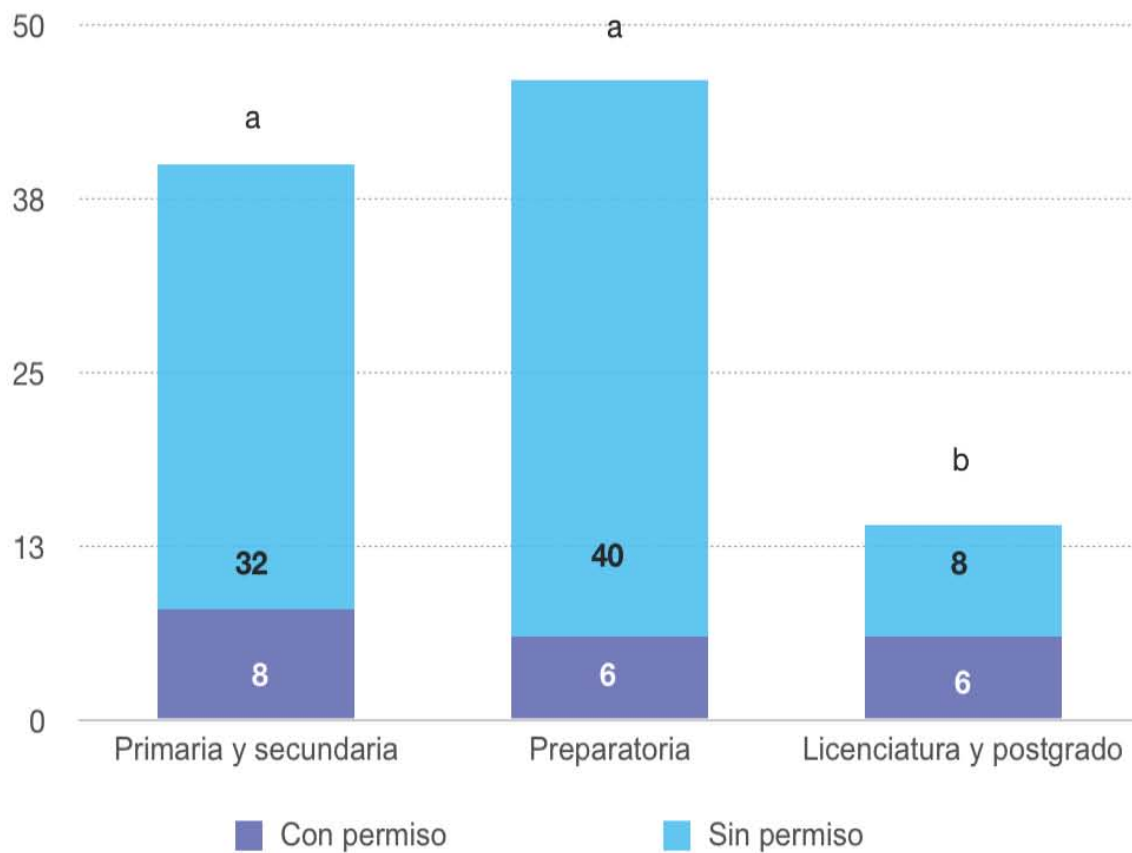
Tabla 3. Porcentaje de violencia obstétrica de acuerdo a los enunciados explorados

ACTO OBSTETRICO	SI	NO	%
Enunciar sobrenombres ó diminutivos, comentarios irónicos, descalificativos o en tono de burla	3	97	3
Ser atendida con respeto en todo momento	5	95	5
Enunciar palabras altisonantes ó críticas por llorar, gritar de dolor ó expresar alguna emoción similar.	8	92	8
La experiencia del parto le hizo sentir vulnerable, culpable o insegura.	14	86	14
Presencia de estudiantes y/o residentes en la sala de parto sin su consentimiento.	27	73	27
Compañía por familiar	20	80	80
Episiotomía	73	27	73
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	68	32	68
Inducción y/o conducción de trabajo de parto	55	45	55
Obligada a permanecer boca arriba sin poder caminar o buscar posiciones según su comodidad	56	44	56
Revisión de cavidad sin anestesia	37	63	37
Ruptura artificial de membranas	34	66	34
Compresión del abdomen por el personal de salud	24	76	24
Apego inmediato	98	2	2
Rasurado de genitales	0	100	0
Enema evacuante	0	100	0
Manejo del dolor , analgesia obstétrica	79	21	21

Tabla 4. Violencia obstétrica de acuerdo a edad, paridad y escolaridad según los enunciados evaluados (SI/NO)

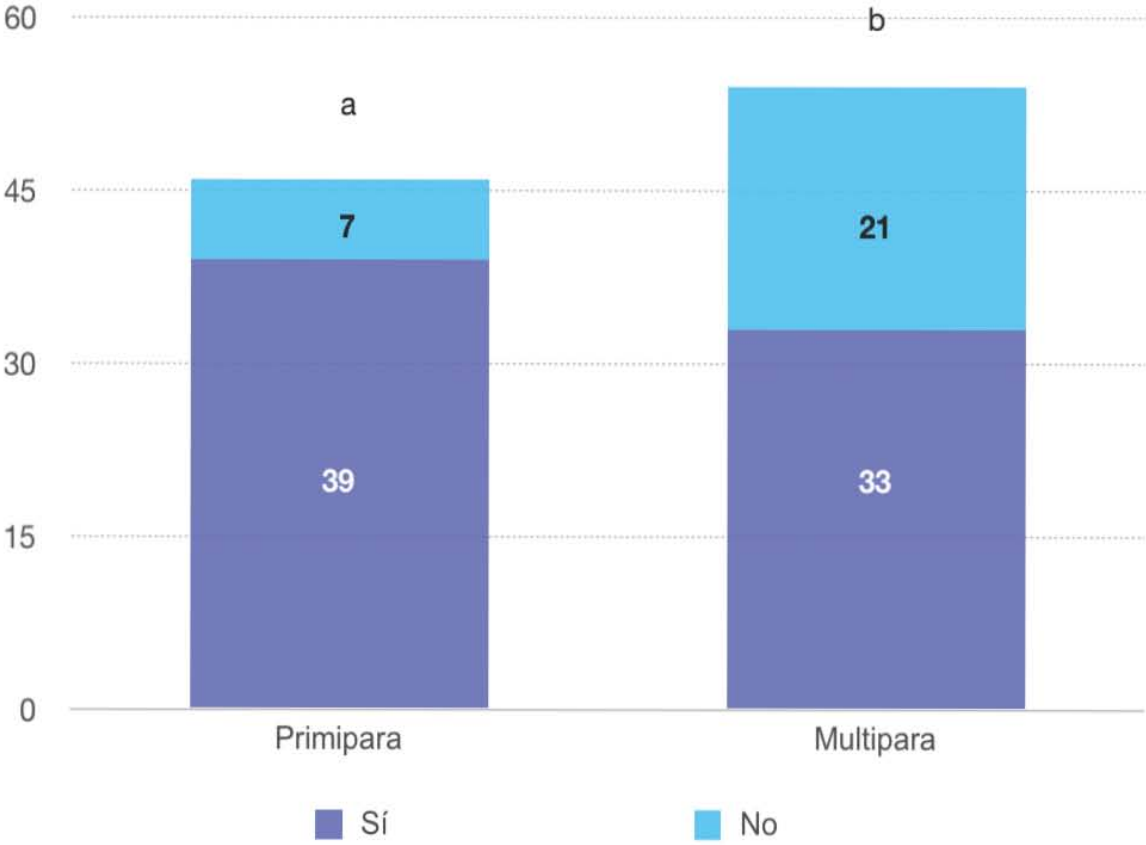
ACTO OBSTÉTRICO	< 20 años	20-35 años	> 35 años	Valor P	Primípara	Múltiparas	Valor P	Primaria y secundaria	Preparatoria	Licenciatura y postgrado	Valor P
Número de pacientes	17	75	8		46	54		40	46	14	
Sobrenombres o comentarios de burla	0/17	3/72	0/8	0.59	1/45	2/52	0.88	1/39	2/44	0/14	0.68
Atención respetuosa en todo momento	17/0	70/5	8/0	0.41	44/2	52/2	0.78	38/2	44/2	13/1	0.91
Criticas por llorar ó gritar de dolor	2/15	6/69	0/8	0.59	5/41	3/51	0.28	2/38	4/42	2/12	0.52
Se sintió vulnerable, culpable o insegura	3/14	11/64	0/8	0.46	6/40	8/46	0.99	5/35	6/40	3/11	0.68
Estudiantes en sala de parto sin consentimiento	4/13	21/54	2/6	0.82	13/33	14/40	0.97	10/30	15/31	2/12	0.34
Compañía de un familiar	0/17	17/58	1/7	0.08	5/41	13/41	0.14	8/32	6/40	6/8	0.05
Episiotomía	12/5	55/20	6/2	0.96	39/7	33/21	0.008	30/10	35/11	8/6	0.35
Tactos vaginales reiterados	14/3	51/24	3/5	0.08	37/9	30/24	0.008	29/11	35/11	4/10	0.002
Inducción y/o conducción de trabajo de parto	9/8	44/31	2/6	0.18	25/21	29/25	0.89	22/18	27/19	6/8	0.58
Obligada a permanecer en posición supina	12/5	41/34	3/5	0.26	28/18	27/27	0.37	23/17	27/19	6/8	0.56
Revisión de cavidad sin anestesia	7/10	27/48	3/5	0.92	15/31	22/32	0.52	18/22	15/31	4/10	0.38
Ruptura artificial de membranas	5/12	25/50	4/4	0.58	11/35	23/31	0.04	15/25	18/28	1/13	0.07
Compresión del abdomen	6/11	14/61	4/4	0.06	10/36	14/40	0.79	14/26	9/37	1/13	0.06
Apego inmediato	17/0	73/2	8/0	0.71	46/0	51/3	0.15	40/0	45/1	13/1	0.25
Rasurado de genitales	0/17	0/75	0/8	N.S.	0/46	0/54	N.S.	0/40	0/46	0/14	N.S.
Enema evacuante	0/17	0/75	0/8	N.S.	0/46	0/54	N.S.	0/40	0/46	0/14	N.S.
Manejo del dolor, analgesia obstétrica	11/6	62/13	6/2	0.24	40/6	38/16	0.04	31/9	36/10	12/2	0.79
Comentarios favorables	3/14	15/60	4/4	0.13	9/37	13/41	0.76	11/29	7/39	4/10	0.31
Comentarios desfavorables	3/14	7/68	0/8	0.36	4/42	6/48	0.47	6/34	2/44	2/12	0.21

Gráfica 1. Permiso de compañía de un familiar



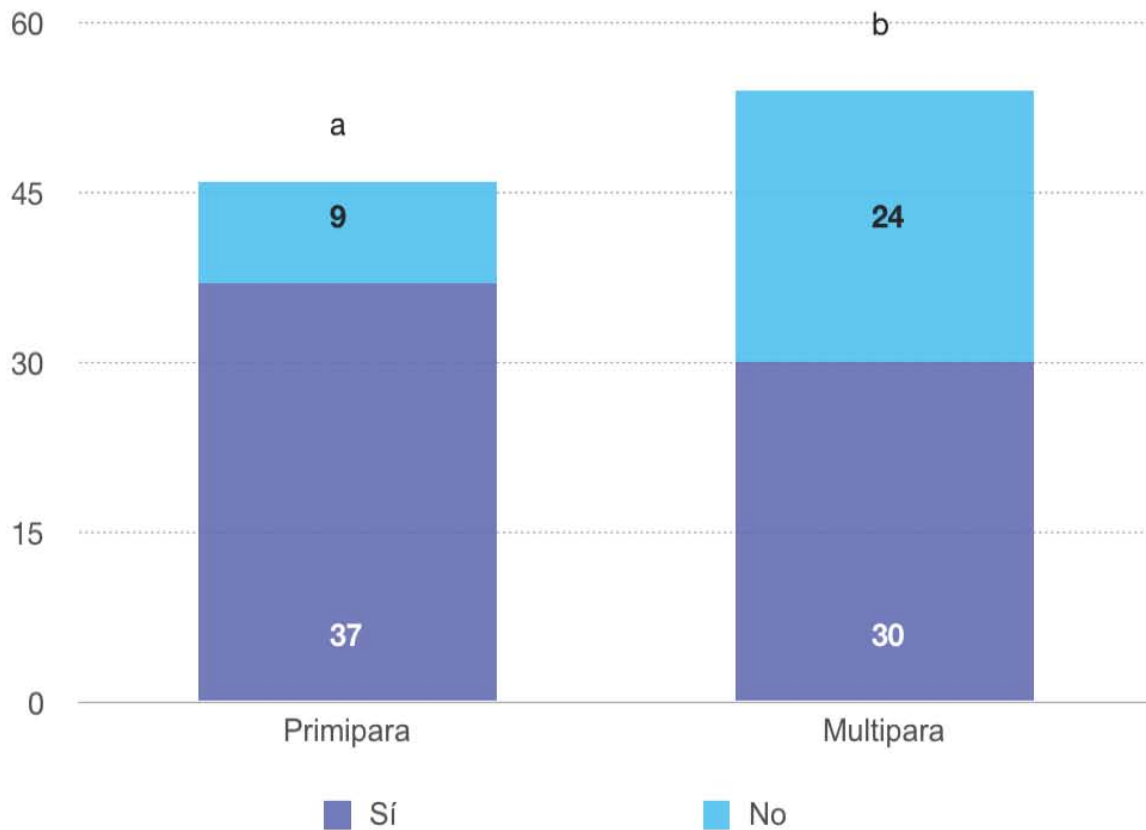
a-b; $p < 0.05$

Gráfica 2. Realización de episiotomía



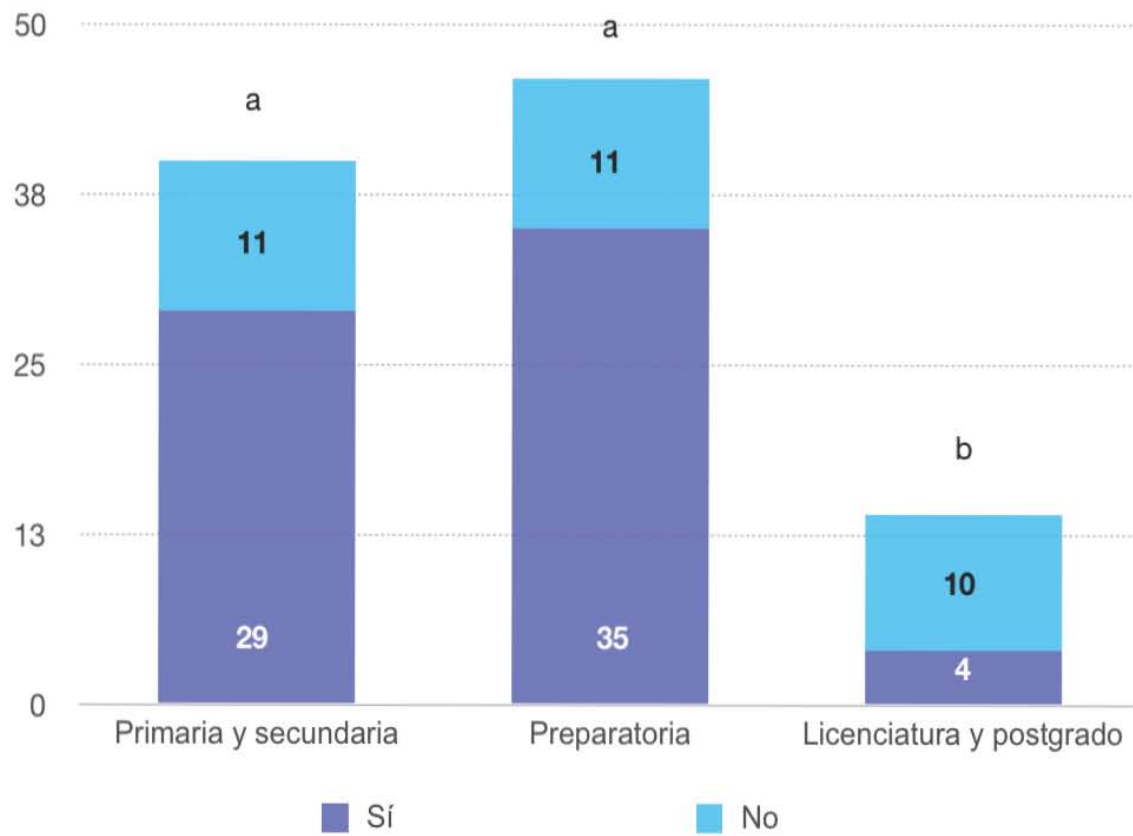
a-b; p < 0.008

Gráfica 3. Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas



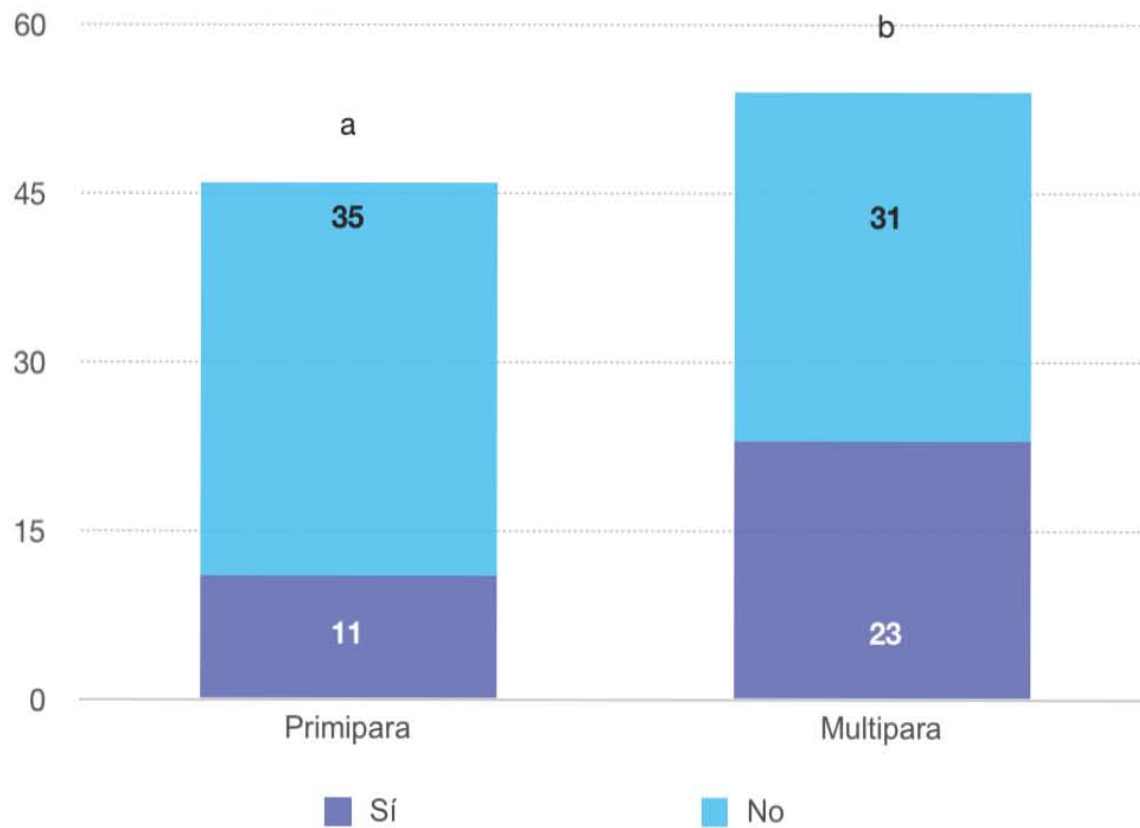
a-b; $p < 0.008$

Gráfica 4. Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas según escolaridad.



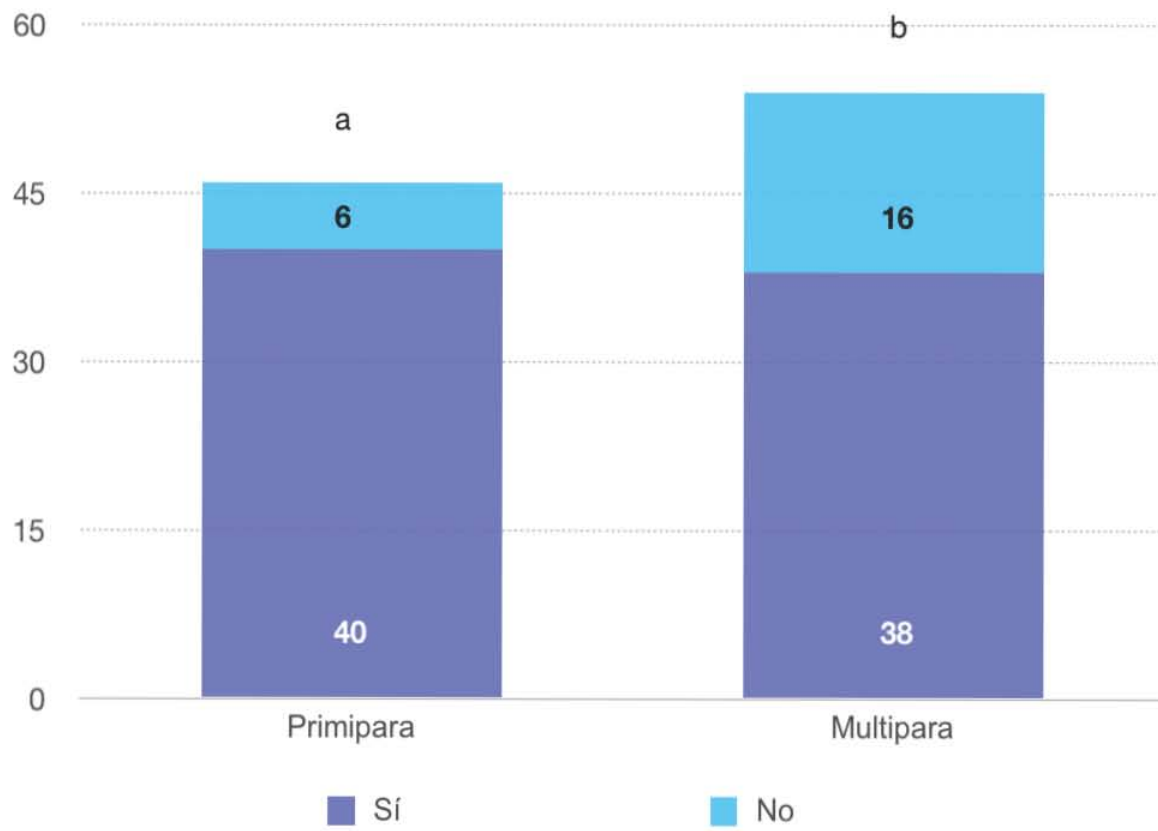
a-b; $p < 0.002$

Gráfica 5. Ruptura artificial de membranas



a-b; $p < 0.04$

Gráfica 6. Analgesia obstétrica



a-b; $p < 0.04$

ANEXO 1.



**Encuesta de Violencia Obstétrica
Derechohabientes**

Parte 1 Identificación

Identificación general

	Turno de atención		
	Número de seguridad social		
	Edad		
	Escolaridad		
	Paridad		
N°	Parte 2 Cuerpo de la encuesta	si	no
1	El personal de salud le atendió respetuosamente ?		
2	Se demoraron en otorgarle la atención médica?		
3	Le permitieron la compañía de algún familiar (acompañante)?		
4	Le atendieron con respeto en todo momento		
5	Estaban en el parto estudiantes y/o residentes sin pedir su consentimiento ?		
6	¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificativos o en tono de burla acerca de su estado?		
7	¿Le trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamacita, etc), como si fuera incapaz de comprender en donde se encontraba y lo que estaba sucediendo?		
8	Al recibir atención médica le hablaron con palabras altisonantes o criticaron por llorar, gritar de dolor, emoción, alegría u otra manifestación de ánimo?		
9	No le era posible preguntar o manifestar sus inquietudes por que le hablaban de mala manera o no le hacían caso?		
10	¿Le realizaron procedimientos médicos sin solicitar su consentimiento o sin explicarle que eran necesarios?, marque con una x cuales de ellos se efectuaron sin su consentimiento y con una ✓ si le informaron y pidieron consentimiento verbal sobre el procedimiento y le explicaron el porqué.		

11	Rasurado de genitales		
12	Enema		
13	Indicación de permanecer acostada todo el tiempo		
14	Rotura artificial de la bolsa amniótica		
15	Administración de medicación o goteo para "apresurar" el parto		
16	Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas		
17	Compresión del abdomen en el momento de las contracciones		
18	Episiotomía (corte vaginal para disminuir probabilidad de desgarro).		
19	Cesárea		
20	Raspaje del útero sin anestesia		
21	En el trabajo del parto le obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestara su incomodidad ante está posición?		
22	Le obligaron a quedarse en cama sin poder caminar o buscar posiciones segun sus necesidades y le explicaron por que ?		
23	Analgesia obstétrica (bloqueo epidural)		
24	Se le impidió el contacto inmediato con su recién nacido (a) antes de que se lo llevara el neonatólogo (pediatra) para su atención?		
25	Pudo acariciar, tener en brazos, ver el sexo, hablarle, darle pecho, etc a su bebe?		
26	Después del parto ¿Sintió que no había estado a la altura de lo que se esperaba de usted (que no había colaborado)?		
27	Puede decir que la experiencia de la atención del parto ¿le hizo sentir vulnerable, culpable, insegura?		
28	¿Considera que su médico tratante no le propuso alternativas de atención medica (intervenciones ó procedimientos médicos) y usted no pudo decidir libremente?		
29	Si tiene algun comentario acerca de su experiencia en el parto hágalo saber, gracias.		

ANEXO 2.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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:	"Evaluación de la violencia obstétrica en el puerperio inmediato post parto"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Noviembre 2016
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública en nuestro país, acto que ocurre durante la atención institucional del parto con la violación de los derechos humanos y reproductivos de la mujer, por lo que es importante conocer la situación de nuestro hospital e identificar la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud para hacer las correcciones pertinentes.
Procedimientos:	Aplicación de una encuesta de 29 preguntas.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El estudio pretende mejorar la calidad de la atención de las pacientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados obtenidos del estudio estarán disponibles para su consulta en la Institución.
Participación o retiro:	Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento y no contestar la encuesta en el momento que lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales serán protegidos y serán totalmente confidenciales.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Montserrat Salmonte Esquivel, residente del cuarto año de la especialidad de ginecología y obstetricia
Colaboradores/ Tutor:	Dr. Juan Carlos Martínez Chequer, Director en Educación e Investigación en Salud.
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013