



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA**  
**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD**  
**NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM-8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

**LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**OPOSICIÓN A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DEFENSA A LA**  
**INTEGRIDAD DE LA MUJER GESTANTE**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de Licenciada en  
Enfermería y Obstetricia.

**Presenta:**

**C. Ingrid Melissa Estrada Medina**

**Asesor:**

**MCE. Virginia Hernández García**

Iguala de la Independencia, Gro. Febrero del 2020.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA**  
**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD**  
**NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM-8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

**LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**OPOSICIÓN A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, DEFENSA A LA**  
**INTEGRIDAD DE LA MUJER GESTANTE**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de Licenciada  
en Enfermería y Obstetricia.

Presenta:

**C. INGRID MELISSA ESTRADA MEDINA**

**Dirigida por:**

MCE. Virginia Hernández García

**SINODALES:**

MCE. VIRGINIA HENÁNDEZ GARCÍA  
Presidente

\_\_\_\_\_

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ  
Secretario

\_\_\_\_\_

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO  
Vocal

\_\_\_\_\_

Iguala de la Independencia, Gro. Febrero del 2020.

## RESUMEN

La violencia Obstétrica se define como el acto que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. En México 33.4% de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016, reportan haber experimentado violencia obstétrica. **Objetivo.** Analizar el grado de violencia obstétrica percibida por las mujeres de la comunidad de Tuxpan, Guerrero, en las instituciones hospitalarias de Iguala. **Metodología.** Descriptiva, transversal, cuantitativa y retrospectiva. **Resultados.** Durante el control prenatal, de 100 mujeres encuestadas, 2% recibió atención mala, 20% atención regular, 56% atención buena y 22% atención excelente. El 60% dijo haber recibido información muy completa en las consultas prenatales, acerca de alimentación, ejercicio y técnicas de relajación para aliviar los malestares durante el embarazo, pero el 40% dijo que no recibió esa información; esto tuvo consecuencias, porque resulta que entre esas 100 mujeres, durante el periodo 2015-2019, tuvieron un total de 118 partos, de los cuales, 66 fueron vaginal y 52 fueron parto por cesárea. Al llegar a la institución hospitalaria para revisión por trabajo de parto, 7% dijo que la atención fue mala, 23% regular, 52% buena y 18% excelente. En el momento del parto, de las mujeres encuestadas, el 3% menciona que la atención fue mala, el 23% regular, el 53% buena y el 21% excelente. Y durante el tiempo de recuperación postparto, el 2% calificó la atención como mala, 25% como regular, 51% como buena y 22% como excelente. Finalmente, de un total de 100 mujeres encuestadas, el 92% pide que haya un cambio en la atención a las embarazadas, porque dicen haber recibido maltrato, el 8% reservó su opinión, pues, comentan que a ellas las trataron excelente. **Conclusión.** Actualmente existe un alto grado de violencia obstétrica, ejercida por el personal de salud de las instituciones hospitalarias de Iguala hacia las mujeres de la comunidad de Tuxpan, Gro.

**Palabras clave:** parto, violencia obstétrica, atención humanizada del parto, calidad de la atención en salud, psicoprofilaxis obstétrica, derechos humanos.

## SUMMARY

Obstetric violence is defined as the act exercised by health personnel on the body and reproductive processes of women, expressed in dehumanized treatment, an abuse of medicalization and pathologization of natural processes. In México 33.4% of 8.7 million women who had at least one delivery between 2011 and 2016, report having experienced. obstetric violence. **Objective.** To analyze the degree of obstetric violence perceived by women in the community of Tuxpan, Gro., in the hospital institutions of Iguala. **Methodology.** Descriptive, transversal, quantitative and retrospective. **Results.** During the prenatal checkup, of 100 women surveyed, 2% received poor care, 20% regular care, 56% good care and 22% excellent care. 60% said they had received very complete information in prenatal consultations, about diet, exercise and relaxation techniques to alleviate discomfort during pregnancy, but 40% said they did not receive that information. This had consequences, because it turns out that among those 100 women, during the period 2015-2019, they had a total of 118 deliveries, of which 66 were vaginal and 52 were cesarean delivery. Upon arriving at the hospital institution for review for labor, 7% said that the care was poor, 23% fair, 52% good and 18% excellent. At the time of delivery, of the women surveyed, 3% mentioned that the care was poor, 23% fair, 53% good and 21% excellent. And during postpartum recovery time, 2% rated the care as poor, 25% as fair, 51% as good and 22% as excellent. Finally, out of a total of 100 women surveyed, 92% ask for a change in the care of pregnant women, because they say they have received abuse, 8% reserved their opinion, since they comment that they were treated excellently. **Conclusion.** Currently there is a high degree of obstetric violence, exerted by the health perssonel of the Iguala hospital institutions towards the women og the community Tuxpan, Guerrero.

**Keywords.** Childbirth, obstetric violence, humanized childbirth care, quality of health care, obstetric psychoprophylaxis, human rights.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Dulce y José Luis, porque son lo máximo; por el esfuerzo, sacrificio, dedicación y apoyo incondicional para que pudiera concluir mis estudios, ya que ustedes han sido mis mejores maestros; ¡los amo!, esto es por ustedes y para ustedes. ¡Muchas gracias!

A Nahuel, el amor de mi vida, el amor más puro que tengo; hijo este logro lo conseguí cuando ya te tenía en mis brazos, desde que naciste tú has sido el motivo para levantarme y echarle ganas diario. Mi logro y triunfo más grande será que te conviertas en un excelente hombre y ser humano, que alcances todas tus metas y siempre te sientas feliz y dichoso. Te amo, mi amor.

A mi esposo, José, porque ahora tú y bebé son todo para mí; por el ánimo que me diste para salir adelante, aún en los peores momentos. Porque juntos hemos salido adelante de cualquier adversidad.

A mis hermanos, Eli e Isa, por todo el apoyo que de una u otra forma me brindaron para poder concluir esta investigación, espero servirles de ejemplo para que no desistan, pero sobre todo para que sean mejores.

**INGRID**

## **AGRADECIMIENTOS**

Eterna e infinitamente, a Dios, por darme el don de la vida, por permitirme llegar a este día, por otorgarme el entendimiento y la inteligencia para poder concluir mi carrera universitaria, porque en cada paso, en cada peldaño de mi vida, él está presente, que sin su voluntad hoy yo sería, nada.

A mi asesora de tesis y coordinadora de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, MCE Virginia Hernández García, por la paciencia y dedicación en el desempeño de su función, por compartir su conocimiento, por ser mi mentora a lo largo de la carrera y en la elaboración de la investigación. ¡Muchas gracias!

A todos los maestros y profesores que he tenido a lo largo de la vida, por poner un granito de arena en mi formación académica, cada uno de ustedes influyó y de alguna forma me impulsaron para que alcanzara el éxito profesional.

A la imponente y majestuosa Universidad Nacional Autónoma de México, por permitir que el Centro Universitario Juan Ruíz de Alarcón, se arraigara con ustedes y así enriquecerse.

**Ingrid**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	i
<b>SUMMARY</b>	ii
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1 Justificación.	3
1.2 Planteamiento del problema.	6
1.3 Objetivos.	13
<b>II. MARCO TÉORICO</b>	14
2.1 Antecedentes históricos de la atención del parto.	14
2.2 Definiciones.	19
2.3 Problemática actual en México: parto humanizado – violencia obstétrica.	21
2.4 Violencia obstétrica: la mayoría de las veces, ejecutada por el personal femenino (médicas y enfermeras).	24
2.5 Guías de práctica clínica.	30
2.5.1 Recomendaciones que se dan en la atención médica prenatal, con referencia a la Guía de Práctica Clínica “control prenatal con atención centrada en la paciente, 2017”, de la República Mexicana.	30
2.5.2 Recomendaciones que se dan en la atención médica prenatal, con referencia a la Guía de Práctica Clínica “para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo parto o puerperio, 2013”, de la República Colombiana.	32
2.6 Características de atención humanizada del parto.	42
2.7 El parto en posición horizontal, ventajas y desventajas VS El parto en posición vertical, ventajas y desventajas.	43
2.8 Intervenciones de atención humanizada en el parto.	47
2.9 Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios.	49
2.10 Derechos humanos para las mujeres en etapa reproductiva, de embarazo, en el parto y en el puerperio.	51



2.11 Testimonios.	56
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>57</b>
3.1 Diseño metodológico.	57
3.2 Universo y muestra.	57
3.3 Material y método.	58
3.4 Análisis de los datos.	60
3.5 Ética del estudio	60
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>65</b>
<b>V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>84</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>86</b>
<b>VII. ANEXOS</b>	<b>91</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	<b>65</b>
Gráfico 4.1 Edad.	65
Gráfico 4.2 Número de partos del 1° de enero de 2015 al 1° de enero de 2019.	66
Gráfico 4.3 Año en que tuvo el parto, o los partos.	66
Gráfico 4.4 Institución en la que llevaron el control prenatal	67
Gráfico 4.5 En el tiempo de las consultas prenatales ¿cómo fue la atención que recibió en esa institución por parte del personal médico y enfermero?	68
Gráfico 4.6 Durante el período de consultas, ¿alguna vez, usted se sintió agredida, maltratada o violentada por el personal médico o de enfermería?	69
Gráfico 4.7 En el control prenatal, ¿le informaron acerca de dieta y alimentación que debía consumir, frecuencia y tipo de ejercicio que podía realizar, técnicas de respiración y relajación para aliviar el dolor?	69
Gráfico 4.8 De los embarazos que tuvo dentro del período 2015-2019, ¿concluyeron en parto vaginal o en cesárea? Especifique cuantos vaginal y cuantos cesárea.	70
Gráfico 4.8.1 Índice de partos (vaginales y cesáreos) por año, del total de 118 partos, en el período 2015-2019.	71
Gráfica 4.9 En caso de que haya tenido una cesárea en el período 2015-2019, ¿cuál fue el motivo para que los médicos decidieran hacerla?	72
Gráfico 4.10 ¿Cómo fue la atención que recibió cuando llegó a esa institución por trabajo de parto o parto?	73
Gráfico 4.11 Durante el trabajo de parto, ¿el personal de salud, le ofreció algún método analgésico para calmar el dolor (masaje, técnicas de respiración y relajación, fármaco, etc.)?	74
Gráfico 4.12 ¿Permitieron que usted decidiera sobre cómo se llevaría a cabo el parto?	74
Gráfico 4.13 Ya adentro del hospital, durante el trabajo de parto, ¿le permitieron deambular y adoptar la posición que la hiciera sentir más cómoda?	75

Gráfico 4.14	¿Cómo fue la atención que recibió del personal médico y de enfermería en el momento del parto?	75
Gráfico 4.15	Al tiempo del parto, ¿usted se sintió agredida, maltratada o violentada (regaños, gritos, humillaciones, palabras hirientes, maltrato físico), por el personal?	76
Gráfico 4.16	¿Le informaron detalladamente y pidieron su consentimiento (expresado y por escrito) en cada procedimiento realizado (ej. rasurado, tactos vaginales, posición para expulsar al bebé, corte de perineo, cesárea si fue el caso, etc.)?	77
Gráfica 4.17	¿Permitieron que un familiar estuviera con usted siempre, durante el trabajo de parto, al momento del parto y en el puerperio inmediato?	77
Gráfica 4.18	En caso de que haya tenido parto vaginal ¿qué posición adopto para expulsar al bebé? Y ¿por qué esa posición?	78
Gráfica 4.19	Después de tener al bebé, en el tiempo de recuperación y hasta que la dieron de alta ¿cómo fue la atención que recibió del personal médico y de enfermería?	79
Gráfica 4.20	En algún momento desde la gestación y hasta que tuvo a su bebé, el personal hospitalario ¿la obligo a hacer algo en contra de su voluntad, o algo que a usted no le pareció bueno para su salud y la del bebé?	79
Gráfica 4.21	Si la respuesta anterior fue si, por favor explique la situación.	80
Cuadro 4.1	Acciones y cambios que a las mujeres de Tuxpan, les gustaría que se realizaran en los hospitales, para eliminar la violencia obstétrica.	83

## I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación está conformada por un contenido sumamente importante, acerca de cómo las instituciones hospitalarias establecen sus protocolos de seguimiento para la atención del parto, sin tener a consideración las decisiones y necesidades de la mujer embarazada, que en ocasiones esto se puede interpretar como violencia obstétrica; se ha elaborado con la finalidad de que se hagan valer los derechos de la mujer gestante; quiero que esta investigación logre un gran impacto en la población, eliminando la violencia obstétrica y respetando la integridad físico-psicológica de la mujer gestante.

El nacimiento, es un proceso natural con un profundo significado cultural y social, por lo que es fundamental que el personal de salud encargado de su cuidado otorgue atención médica integral con calidad, calidez y seguridad, que coadyuve a reducir la morbilidad materna con la aplicación de un nuevo modelo de atención que limite el uso de prácticas clínicas innecesarias y permita que la madre pueda reincorporarse a su vida familiar, social y laboral, así como también que el recién nacido pueda continuar con normalidad su crecimiento, desarrollo e integración en el entorno familiar y social (G.P.C, 2019).

El parto constituye un acontecimiento paradójico en la vida de la mujer, dado precisamente, por ser la culminación del embarazo humano y al unísono el inicio de una nueva vida, razón por la que se le atribuye especial interés a nivel universal. (Borges et al 2018).

Desde el punto de vista de salud pública, el parto es un proceso fisiológico de alta vulnerabilidad para la madre y el recién nacido, motivo por el cual se han implementado políticas tendientes a la prevención y el tratamiento oportuno de las situaciones de riesgo, que han llevado a la reducción de la morbimortalidad perinatal y materna. En ese mismo sentido, el trato que recibe la mujer durante el trabajo de parto y el parto es de tal importancia, que interfiere en la satisfacción y en los aspectos psicosociales de la maternidad, y puede constituir un recuerdo de vida para la madre (Cáceres y nieves, 2017).

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales. (NOM-007-SSA2-2016).

Aunque el concepto “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Almaguer et al 2012).

Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su

propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia (Almaguer et al 2012).

Es así como la atención durante el trabajo de parto y el parto lleva implícita la observancia de los principios éticos fundamentales para la atención a las personas: respeto por su autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en armonía con el cumplimiento de los derechos humanos a la dignidad, la vida, la seguridad; la salud y la igualdad en la atención, y a no ser sometidas a tratos inhumanos. En contraposición a la AHP, el maltrato o la violencia obstétrica se ha definido como “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que lleva a la pérdida de la autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Cáceres y nieves, 2017).

## **1.1 Justificación**

La presente investigación contiene una determinada explicación acerca de la atención humanizada del parto en la mujer, la cual se explica cómo aplicar el conocimiento técnico-científico y, simultáneamente, propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia. Es decir, que a partir del conocimiento del proceso fisiológico, se procure intervenir solo en caso necesario, partiendo de la comprensión y el respeto de las creencias, costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones, propios e individuales, de cada mujer durante el trabajo de parto y el parto, con el propósito de eliminar la violencia

obstétrica. No se trata de dejar de tomar decisiones o de dejar de realizar procedimientos necesarios, sino de que la materna sea informada de manera clara y oportuna sobre los procedimientos que se van a realizar, las razones para hacerlos, sus riesgos y beneficios.

Se elaboró con la principal finalidad de presentar el tema exitosamente y recibir mi título universitario, pues, para mí es demasiado importante obtenerlo. Desde luego el siguiente propósito es describir detalladamente dicho dilema, esperando despertar interés en los lectores. Este es un tema bastante interesante, sobre todo al saber que en México aún no se ha establecido esta atención humanizada en general, y mucho menos en Iguala, Guerrero, a pesar de que existen suficientes fundamentos a favor de la mujer y su bebé para llevarla a cabo; no obstante, investigare y escribiré todo lo posible para desarrollar esta investigación.

El manejo del parto y la atención brindada en su momento, hace necesario un abordaje sistematizado, desde el período preconcepcional, durante las consultas médicas, las etapas tempranas del embarazo, parto y post-parto.

Los motivos que me impulsaron a investigar el tema “atención humanizada del parto” (AHP), se centran en que, al realizar mi servicio social, me di cuenta de que la experiencia del parto, para la mujer y su familia cada vez se hace menos propio y más sistematizado; o sea, con esto quiero decir que la mujer no lo disfruta como debería de ser, ya bastante es con los dolores que el parto produce como para que además no permitan que goce del momento en el que está creando el milagro de la vida, al traer a su propio hijo al mundo.

Se hace lo posible y lo necesario por salvaguardar la vida materna y fetal, pero no hacemos lo necesario para darle privacidad, para que ella se sienta segura, no le damos oportunidad de decidir, en el momento de este acto divino ella sólo acata órdenes “para que todo salga bien”. Pero, no nos detenemos a preguntar si tiene miedo, si desea que alguien tome su mano, o si desea durante el trabajo de parto y parto colocarse en alguna posición vertical.

No digo que se debe excluir a los médicos y hospitales de la atención del parto, eso sería algo errado, porque ellos son parte fundamental para el milagro de la vida; lo que quiero decir es que se debería modificar la atención en el momento del parto, esto posiblemente cambiaría la experiencia de la mujer al parir, ayudaría a que se sientan seguras y confiadas, ellas necesitan ser tratadas amablemente, no ser ultrajadas y mucho menos maltratadas por expresar el dolor que están sintiendo.

En la antigüedad, el nacimiento era un ritual, un acto divino, en el que la mujer daba una gran batalla y se celebraba el triunfo con el milagro de la vida; bien sabemos que ese acto lo protagonizaba la mujer acompañada de la partera, se llevaba a cabo en posición de cuclillas sostenida de algún objeto macizo, algunas lo hacían dentro de una tina con agua o temazcal como lo llamaban los mexicas. Pero ahora las cosas han cambiado y en los hospitales se adopta la posición de litotomía. Estas sola contra el mundo, recibiendo ordenes de como debes o no hacer las cosas.

En esta investigación he tomado como población DIANA a un total de 100 mujeres que han tenido partos en hospitales de Iguala, del 01° de enero de 2015 al 1° de enero de 2019; utilizando la encuesta como indicador de medición, podre conocer la opinión de su experiencia desde el embarazo hasta el momento del parto;



repartiendo trípticos informativos ellas se darán cuenta si en algún momento fueron violentadas y si se hicieron valer sus derechos.

Me encantaría que esta investigación lograra un gran impacto en la población, me refiero a que la atención brindada en las instituciones hospitalarias cambie para bien de las mujeres y sus bebés; quiero que ellas sepan que tiene derecho a decidir, que se enteren de cuáles son las cosas buenas para ellas y cuales no; darles a conocer sobre la atención que ellas merecen, que sepan que no es un delito el que han cometido para que las maltraten o las humillen, sino un acto de amor y valentía al dar vida a un nuevo ser.

## **1.2 Planteamiento del problema**

En México durante la época prehispánica, quienes se encargaban de atender a las embarazadas eran las parteras o “comadronas”, a veces las cuidaban desde el momento en que se daban cuenta del embarazo hasta el puerperio. En la etapa final del trabajo de parto, la comadrona permanecía sentada, en cuclillas, con las manos apoyadas en los glúteos y con los dedos entreabría la vulva, finalmente con un supremo esfuerzo ayudaba a la expulsión. Otras mujeres parían de rodillas, asistidas por las parteras; también daban a luz colocadas boca abajo, a cuatro patas, con las manos en el suelo y la comadre recibía a la criatura por detrás; parían también arrodilladas y asidas de una cuerda pendiente del techo; sosteniéndolas de los muslos las ayudantes. Estas prácticas, aún se conservan en regiones apartadas de la civilización en la república mexicana, pero raros son los casos de mujeres que son atendidas así aquí en Iguala, nunca en los hospitales (Pérez y Castañeda, 2012).

El parto comenzó a realizarse en hospitales a principios del siglo XX para disminuir la mortalidad materno-neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de que se trataba de algo parecido a una enfermedad. Las familias en general y las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones. De este modo, el parto se transformó en “un acto médico” cuyo significado científico dejó de lado otros aspectos esenciales para la familia. En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una reunión en la ciudad brasileña de Fortaleza y de ese encuentro surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que inicio el proceso de transformación del modelo de atención (Gutiérrez, 2017).

Como se sabe fundamentalmente en las últimas décadas, la asistencia al parto se ha estado realizando en un medio hospitalario y con personal especializado. En la actualidad, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, consolidando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar el bienestar del mismo. De esta manera, se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad (Lugones y Ramírez, 2012).

La obstetricia avanzo demasiado en cuanto a técnicas, intervenciones, procedimientos e instrumentos para la atención del parto, todo esto con el fin de “salvaguardar” la vida materno-fetal, pero ¿qué paso con la calidad de atención brindada? Fueron tantos los descubrimientos y los avances en obstetricia para evitar muertes, que se olvidó el protagonismo de la mujer y su familia, se dejaron de lado las decisiones de la mujer, ya no se congratula ni se alaba a la mujer por su gran esfuerzo (Adib et al 2017).

De manera concomitante, esta especialidad, ha sido señalada por tantos autores como uno de los principales dispositivos científicos producidos con la finalidad de controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, esto ha comenzado a problematizar lo que diferentes actores sociales han nominado como violencia obstétrica, problematización que no puede desvincularse de la promoción del parto humanizado (Pozzio, 2016).

La Norma Oficial Mexicana 007, de Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, fue modificada en 2005 para buscar disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos. Sin embargo ha habido casos resonantes que saltan más que nada como violaciones a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Todo esto, en un contexto donde la cuestión de los derechos humanos en México está siendo disputada y discutida públicamente; y que muestra que las políticas llevadas a cabo para resolver o disminuir el problema, reduciendo la violencia obstétrica a un problema de calidad de la atención, han fracasado (Pozzio, 2016).

La situación de México no es ajena al contexto mundial: en los últimos treinta años la lucha entre el nacimiento como problema médico y el nacimiento humanizado se ha intensificado y globalizado. En este marco, la OMS ha lanzado diversos documentos y declaraciones, entre las que se destacan las recomendaciones de 1985, que vuelven a poner en el centro de la escena a las mujeres, tanto a las parturientas, como a las encargadas de ayudar a parir, cuya exclusión de la práctica legal ha sido considerada como un gran error (Pozzio, 2016).

Las propuestas y debates en torno del parto humanizado o natural (fisiológico y sus diversas acepciones), en México, están atravesadas por las reivindicaciones y

demandas de los movimientos y asociaciones de mujeres, feministas, indígenas y de derechos humanos; pero también, y sobre todo desde el ámbito académico y la política pública, se le ha venido promoviendo como estrategia que ayude en la disminución de la mortalidad materna (Pozzio, 2016).

A través de la realización de talleres de sensibilización intercultural y encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales, llevados a cabo de 2004 a 2012 en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, realizados por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en salud, se identificaron barreras culturales y de género, que alejan a los usuarios/as de los servicios, destacando la “violencia obstétrica” (Almaguer et al 2014).

Hay una falsa percepción dentro del ámbito médico, de creer que el buen trato y la empatía con las usuarias, implica un involucramiento emotivo que reduce objetividad y atenta contra el pensamiento científico y contra el poder actuar técnicamente de manera eficaz. Esta excusa oculta la concepción de que la persona que solicita atención y tratamiento es inferior e ignorante, por lo que es necesario tutelar e imponer los criterios y las acciones de lo que se considera mejor para ella. Con esto se naturalizan y justifican las actitudes prepotentes y despóticas de control del embarazo y el parto que no consideran las expectativas ni los sentimientos de las mujeres (Almaguer et al 2012).

Se ha insistido en recuperar los saberes de las parteras empíricas, indígenas, como agentes capacitados y articuladores entre la comunidad y los servicios de salud,

sobre todo por su papel fundamental en los estados con gran población indígena, que son al mismo tiempo los que tienen los índices más elevados de muerte materna, como Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Así, si bien la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia no incluye en sus definiciones a la violencia obstétrica; las leyes locales de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz si la han contemplado, en esta última entidad, la violencia obstétrica está tipificada como delito (Pozzio, 2016).

Si bien, hay profesionales de la salud y planificadores de política pública que participan de estas redes, es interesante mencionar que salvo excepciones, como algunas veces dentro de la medicina social/salud colectiva latinoamericana, en general, los y las profesionales médicos han tenido una postura ajena y a veces, hasta crítica de las practicas del parto humanizado, así como de toda practica que pareciera atentar contra su posición de poder hegemónica en el campo de la salud (Pozzio, 2016).

Lo más triste de todo es que son las propias mujeres gineco-obstetras quienes más frecuentemente ejercen la violencia obstétrica; causa indignación pensar como el hecho de que las mujeres sean señaladas como más violentas que sus pares varones, desafía ideas comunes del universo de género dominante, que ha construido a lo femenino en lo no violento, a las mujeres en sinónimo de paz, de vida, etc. (Pozzio, 2016).

Sin embargo, no debemos olvidar que somos humanos, que estamos tratando con humanos, con mujeres que necesitan atención segura y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, exenta de violencia obstétrica con procedimientos e intervenciones innecesarios. Es nuestra obligación como cuidadores de la salud,

respetar el “derecho de autor” de las mujeres, el recién nacido y sus familiares, en esta obra llamada “parto y nacimiento” (O.P.S, 2014).

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios (NOM-007-SSA2-1993).

Se pretende devolver el rol protagónico a la madre, con el acompañamiento de su pareja y familia, en un contexto de estilos de vida saludables y con un enfoque de respeto a sus derechos y patrones culturales, propiciando y consolidando un estrecho vínculo afectivo prenatal, como cimiento para el “nido” familiar, es decir, el ambiente propicio para el desarrollo físico, afectivo, intelectual y social del hijo, fortalecido por la acogida y afecto de los padres, lo cual se traducirá en su bienestar general, favorable a su crecimiento y desarrollo desde su gestación (M.S.P, 2014).

Se desarrolló un estudio como parte de la investigación La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias, llevada a cabo en diferentes estados del país, durante el primer semestre de 2016. Y se realizó un informe enfocado en los resultados obtenidos en el estado de Guerrero. Todas las mujeres tuvieron antecedentes de, al menos, dos eventos obstétricos. Las localidades rurales de residencia de las participantes fueron Atlixac, Chilpancingo y Xochistlahuaca. La mayoría de las entrevistadas del área urbana habitaban en Acapulco y en Iguala en menor medida (Saldaña et al, 2016).

La mayoría de las mujeres reportó que la atención recibida durante el control prenatal en los servicios públicos y privados de salud y por las parteras tradicionales, fue buena, y sus críticas se centraron en la atención del parto. El 87% de las mujeres en el ámbito rural tuvieron un parto vaginal, lo cual es casi el doble de lo reportado por las urbanas (47%). En contraste, el promedio de cesáreas en las mujeres rurales fue de 0.38 comparado con el 0.7 de las urbanas. En consecuencia, la frecuencia de parto vaginal fue mayor en el área rural y el porcentaje de mujeres que se atendió con partera (tradicional 20% y profesional 9%) permite estimar la importancia de estos agentes de salud en comunidades indígenas. El 22% de los partos en esta área fue asistido por un familiar o, bien, la mujer lo tuvo sola. En los municipios urbanos predominó la atención del parto en el servicio institucional público. Se encontró que en los hospitales existe la restricción para elegir la posición durante el parto y tampoco se permite la presencia de familiares o parteras. Asimismo, las entrevistadas consideran que el trato recibido por parte de los prestadores de servicio de salud (pss) es frío, discriminatorio, con claras situaciones de maltrato, de violencia obstétrica y de violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual lleva implícito relaciones de poder y subordinación (Saldaña et al, 2016).

Por lo anterior expuesto, es importante saber ¿Cuál es el porcentaje de cien mujeres de la comunidad de Tuxpan, que han sufrido violencia obstétrica en las instituciones hospitalarias de Iguala?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

- Analizar el grado de violencia obstétrica practicada del año 2015 al 2019, en las instituciones hospitalarias de Iguala a mujeres de la comunidad de Tuxpan, Guerrero.

### **Objetivos Específicos.**

- Realizar una investigación acerca de la violencia obstétrica y como erradicarla, para lograr una atención brindada con respeto a la integridad de la mujer gestante.
- Comparar el protocolo rutinario de seguimiento para atención del parto, practicado actualmente en instituciones hospitalarias a diferencia de la atención humanizada del parto que debería brindarse.
- Identificar los principales obstáculos que influyen en una mujer gestante de bajo riesgo, para no llegar a un parto exitoso sin complicaciones, por una atención medica sin calidad, calidez y seguridad.
- Proponer alternativas que ayuden a mejorar la atención brindada en hospitales de Iguala, con el fin de eliminar la violencia obstétrica y cambiar el panorama en el periodo gestacional y al momento del parto.
- Determinar mediante encuestas como ha sido la atención brindada en hospitales de Iguala, y la experiencia que han tenido las mujeres en el parto.
- Indicar a las mujeres de la comunidad de Tuxpan, Gro., sus derechos como usuarias hospitalarias, pero más aún como seres humanos que traen vida a este mundo.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes históricos de la atención del parto.

Se asume que el parto en épocas remotas ocurría en forma solitaria, sin ayuda (época pre-obstétrica). Esto ya fue descrito en Grecia cuando Homero en un verso del himno a Apolo relata el cuadro típico del parto solitario: “Apolo, hijo de Júpiter y de Latona va a nacer. Ilitia, árbitro de los dolores vuela a Delos donde está Latona. Esta, sintiéndose próxima a parir, se sobrecoge, y abrazándose a una palmera, apoya las rodillas en el tierno césped. La tierra entonces le sonrío y nace Apolo” (Sedano et al, 2014).

La *obstetrix* es pues la que actúa permaneciendo en pie, enfrentada a la parturienta, para asistirle y ayudar a la salida del niño. Se define por la acción de un tercero en el arte de acompañar, proteger, cuidar a la madre e hijo en el proceso del embarazo, parto y puerperio. Los primeros pasos en este arte fueron dados también en épocas remotas de la prehistoria y transmitidos de generación en generación, de boca a oreja, como un buen hacer por el otro y la especie. Probablemente las primeras acompañantes fueron las que habían tenido la experiencia de parir (Sedano et al 2014).

Egipto (6000-1200 a.C.), el Papiro de Ebers (1550 a.C.), contiene compendios médicos e información ginecológica de la época. Así como en la prehistoria, las mujeres eran atendidas solo por mujeres, el parto lo desarrollaban en cuclillas, en el suelo o sobre ladrillos. Los estimulantes del parto que también figuraban en ese papiro eran seguramente lo validado de la época y consta del uso de sal, cebolla,

aceite, menta, incienso, vino, cascarras de escarabajo y tortuga. No faltaron en él las orientaciones sobre la lactancia (Sedano et al, 2014).

La diosa Tauret o Tueris, cuyo nombre significa “Gran Hembra de la Tierra” o “Una Gran Mujer”, era la diosa egipcia de la fertilidad. “La Grande” también era protectora de las embarazadas y diosa celeste, “La Misteriosa del horizonte”, era la patrona y protectora de las mujeres embarazadas, el parto y el nacimiento, y su imagen era uno de los amuletos más usados para tener hijos al igual que los que representaban al dios enano Bes, la diosa Neith o Hathor. A esta diosa se le representa como una mujer con cabeza de hipopótamo, con grandes pechos (tradicional símbolo de fertilidad) y un vientre de embarazada. Tenía las extremidades de un león y la cola de un cocodrilo. Su apariencia grotesca es probablemente debida a que se pretendía desviar o “asustar” así a los espíritus maliciosos y para otorgarle los poderes de animales tan peligrosos como el hipopótamo, el león y el cocodrilo, para que ellos actuaran como la protección para las mujeres y sus descendientes. La diosa egipcia embarazada Tueris es una muestra más de la importancia que se le otorgaba en las antiguas civilizaciones a lo sobrenatural, en cualquier ámbito de la vida. El embarazo y el parto, que hoy día nos siguen pareciendo mágicos, no podían ser menos (Almaguer et al, 2018).

La representación en piedra, del Templo de Hathor (Dendera) muestra una mujer pariendo en cuclillas, con la asistencia de dos diosas. Existe otra imagen que representa el parto de Cleopatra, también en cuclillas, y es una réplica de este evento acaecido en el Antiguo Egipto alrededor de 46 años antes de Cristo y se refleja el carácter ceremonial y sagrado del nacimiento, rodeado de asistentes (una de ellas da pecho a un niño) y símbolos de la deidad. Como puede verse, en el Antiguo Egipto era habitual el parto en vertical o en cuclillas, como lo demuestran muchas imágenes, que no hacen sino recordar el modo “natural” en que parían la mayoría de las mujeres hace siglos en todo el mundo (Lugones y Ramírez, 2012).

En México, los antecedentes referentes a los cuidados del embarazo y la atención del parto datan de la época prehispánica, en la que se consideraba al embarazo como un proceso divino. (Rojas GA, 2014). Entre otros sucesos históricos relevantes, cabe señalar que en el periodo novohispano, el ejercicio de la obstetricia estuvo principalmente en manos de las parteras; mientras que en el periodo virreinal, el hombre fue excluido de la labor de parto y la mujer adoptaba la posición de sentada en el momento de parir y es hasta el siglo XIX, que se puso en práctica la posición de litotomía. En 1772, Don Antonio María de Bucareli y Ursúa, expidió una circular donde se apoya la práctica de la cesárea con tal de salvaguardar la vida de feto; y en 1774 se creó el Departamento de Partos Reservados en el Hospital de los Pobres de la Ciudad de México, que estuvo a cargo del clero y que tenía por objetivo mantener en secreto la identidad de la parturienta y evitar el infanticidio en caso de que el embarazo fuera por causa del adulterio (G.P.C, 2019).

En el siglo XVII, se produjo la muerte de María de Médicis durante el parto y como consecuencia la partera real francesa fue sustituida por Julien Clement, primer cirujano partero de la historia, quien introdujo la posición horizontal para beneficio del obstetra (Lugones y Ramírez, 2012).

En la segunda mitad del siglo XIX, la emperatriz Carlota, fundó la “Casa de Maternidad” y los médicos cirujanos comenzaron a intervenir en la atención del parto, destacando dos cirujanos hábiles de la época, Francisco Montes de Oca y José Miguel Muñoz. Posteriormente, el Dr. Isidro Espinoza de los Reyes publicó su libro “Apuntes sobre puericultura intrauterina”, en el cual se estableció una relación entre las medidas higiénicas y la sanidad con el recién nacido. En 1905, se fundó el Hospital General, así como otros hospitales y maternidades, lo que dio lugar a que en 1925 se comenzaron a atender más partos en los hospitales que en las

casas, incorporando recomendaciones de los reportes científicos de la literatura médica norteamericana y francesa, lo que sentó las bases para la obstetricia moderna en México, en donde el medico vuelve a tomar un papel fundamental en los cuidados del trabajo de parto, aplicando técnicas y procedimientos basados en la ciencia, bajo el ambiente controlado de un hospital, siempre con la intención de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal (G.P.C, 2019).

Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de como el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfecciono el método psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor. El método de Lamaze ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su experiencia, en 1959, en su libro Thank You, Dr. Lamaze. En ese mismo año se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (A.S.P.O) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (I.C.E.A) (Almaguer et al, 2018).

Redd D, en la década de los 50, trabajo sobre miedo y tensión al dolor. Argumento en sus estudios que el miedo es causado por experiencias previas y las expectativas de que el parto siempre resulta doloroso. Este aspecto determinó las corrientes iniciales de la Psicoprofilaxis (Borges et al, 2018).

En 1976 se publicó el libro “Por un nacimiento sin violencia”, de Frederick Leboyer, que revoluciono la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé

nace. Leboyer reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla, ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia (Almaguer et al, 2018).

En los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell, del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent, y del médico David Chamberlain, con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical (Almaguer et al, 2018).

En la década de los noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno” (Almaguer et al, 2018).

Odent M, en el año 2000, comenzó a intencionar la elección de la propia mujer de las posiciones para el parto. Con los autores mencionados, los términos violencia en la ayuda y humanización se reconocen en la literatura internacional. En Brasil, los primeros en trabajar en pro de la humanización del parto y el nacimiento, fueron

el profesor Galba de Araujo, en Fortaleza y el Dr. Paciornick, en Curitiba (Borges et al, 2018).

Autores cubanos como Águila Setián, Breto García, Cabezas Cruz, Delgado Calzado y Santisteban Alba, en el año 2014, armonizan en sus experiencias sobre el tema y proponen brindar una atención de salud con calidad, basada en las mejores evidencias y con elevado nivel de satisfacción de las mujeres (Borges et al, 2018).

## 2.2 Definiciones

Para concretar y desarrollar el tema se definen los siguientes conceptos, como:

**Parto.** Al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos (NOM-007-SSA2-2016). Las nuevas corrientes naturalistas han tendido a diferenciar entre un parto realizado por personal médico, para intervenir si es necesario y un parto natural, como aquel parto en el que prima la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de la técnica médica (Borges et al, 2018).

**Parto vertical.** A la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pies, sentada, semidecúbito o en cuclillas (NOM-007-SSA2-2016).

Atención humanizada del parto (AHP). Comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión y garantizar su autonomía y privacidad (Cáceres y Nieves, 2017).

Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias, en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia (Almaguer et al, 2012).

Violencia obstétrica. Violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente (aunque no con exclusividad) en el trato contrario a las normas éticas y legales que se deben cuidar hacia la mujer gestante, en la tendencia a considerar como patológicos los procesos reproductivos naturales, en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y postparto. E incluso podría ampliarse a todo lo relacionado con la atención a la pérdida y el duelo durante la maternidad a través del excesivo intervencionismo médico (Al Adib et al, 2017).

Calidad de la atención en salud. Al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes, al trato respetuoso y a los derechos de las usuarias; considerando los recursos con los que se cuenta y los calores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados (NOM-007-SSA2-2016).

Psicoprofilaxis obstétrica. Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones, saludable y positiva en la madre y bebé (s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz. Asimismo, fortalece la participación y rol afectivo del padre. La PPO, debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. También disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna-perinatal (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

### 2.3 Problemática actual en México: Parto humanizado – Violencia obstétrica.

El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (Pro igualdad 2013-2018), señala que la razón de mortalidad materna se estima en 43 defunciones por 100 mil nacidos vivos, con contrastes por entidad federativa, explicando que las causas de la mortalidad materna son prevenibles: el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio es mayor en las adolescentes; el aborto representa la quinta causa de mortalidad materna; y 8.6% de los embarazos ocurridos entre 2004-2009 terminaron en un aborto. También expresa que un problema casi desapercibido es



que 46.2% de los nacimientos en mujeres de 20 a 49 años, son por cesárea (20.5% programadas y 25.7% por urgencias), refiriendo que en los últimos 12 años el número de cesáreas se incrementó en 50.3%, en el sector público en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Su práctica se relaciona con un mayor riesgo de morbi-mortalidad materna y neonatal, mayor número de partos pretérmino y de acretismo placentario en el siguiente embarazo (Proigualdad 2013-2018).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Las cesáreas representan el 38.5% de los nacimientos en el sector público, con variaciones significativas que van desde 23% en las unidades del IMSS Oportunidades hasta 67% en los servicios del ISSSTE, porcentajes por encima de la recomendación de la OMS, que sugiere que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe rebasar el 15% (Proigualdad, 2013-2018).

En la revisión Cochrane titulada “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”, que forma parte de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, se señala que “es frecuente ver en hospitales de países de medianos ingresos, especialmente en América Latina, a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado. Este es el modelo de atención prevalente en zonas urbanas, donde actualmente reside más del 70% de la población. En la actualidad, en México más del 90% de las mujeres que viven en las grandes ciudades, tienen su parto en hospitales. Los índices elevados de episiotomías y cesáreas son indicadores del elevado nivel de medicalización de la atención materna en estos lugares. Un modelo de atención altamente medicalizado se describe en la literatura como aquél que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios médicos”. Además se

reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto:

- Incremento en el parto vaginal espontáneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.2).
- Disminución en el uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.96).
- Disminución en la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79), disminución en el tiempo del trabajo de parto MD <0.58 horas (IC 95% <0.85 horas a 0.31 horas).
- Disminución en el índice de cesáreas RR 0.78 (IC 95% 0.67 a 0.91).
- Disminución de parto vaginal instrumentado RR 0.90 (IC 95% 0.85 a 0.96).
- Disminución en el uso de analgesia regional RR 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.99).

El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto. No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento continuo. (G.P.C, 2014).

Se cuenta con algunos datos sobre la insatisfacción de las mujeres por la atención del parto a nivel institucional y privado. A nivel institucional y nacional existen algunos indicadores indirectos como las quejas médicas, que son indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con mala práctica médica. Las especialidades de las que más se reciben quejas en la CONAMED son: ginecología y obstetricia 15%, y en orden decreciente siguen las de ortopedia y traumatología 12.5%, urgencias médicas 10%, cirugía general 7.3% y odontología 7%. Estas cinco especialidades concentran 51.8% de las quejas recibidas (Almaguer et al, 2018).

En cuanto al análisis de 1,412 quejas por la gravedad del daño en los pacientes, con evidencia de mala práctica, el 79.5% de las quejas se concentra en 10 especialidades y, dentro de ellas, las cinco en las que se presenta el mayor porcentaje de daño físico fueron: ginecología y obstetricia con 69%, pediatría con 64%, oftalmología con 56%, cirugía general con 55%, y medicina familiar con 53% (Almaguer et al, 2018).

La insatisfacción de las usuarias está relacionada con la violencia obstétrica o perinatal, problemática nacional ampliamente conocida, de la cual se cuenta con estudios cualitativos acerca de ella a nivel nacional (Almaguer et al, 2018).

2.4 Violencia Obstétrica: la mayoría de las veces, ejecutada por personal femenino (médicas y enfermeras).

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 en la mayoría de las sociedades. Dentro del grave problema de la violencia contra la mujer, se considera la violencia a la que está expuesta la embarazada, ejercida incluso por parte del personal que presta servicios de salud, durante su hospitalización para ser atendida por parto, por cesárea o por aborto espontáneo, situación que ha sido calificada como violencia obstétrica, lo cual tiene implicaciones legales (Pereira et al, 2015).

Es conveniente aclarar que, aun cuando las mujeres puedan sufrir algún tipo de violencia durante su embarazo, no toda violencia contra las embarazadas es violencia obstétrica, ya que esta se refiere específicamente a la atención que

reciben, durante el proceso del parto y nacimiento, siguiendo un modelo médico que se repite en todas las áreas obstétricas públicas y privadas del país, mientras que es en esos momentos críticos cuando pueden ser víctimas de violencia psicológica o física por parte del personal asistencial. No solo el médico, sino también los demás integrantes del personal de salud que participan en el acto del nacimiento por parto o cesárea, son capaces de causar violencia obstétrica, pero son los(as) médicos(as) sobre quienes recae el mayor peso de la responsabilidad y quienes ejecutan la mayoría de los actos que pueden generar violencia hacia la mujer (Pereira et al, 2015).

Los actores del campo no se han cansado de señalar, a veces con indignación, otras con resignación, que son las propias mujeres gineco-obstetras quienes más frecuentemente ejercen la violencia obstétrica. Es interesante pensar como el hecho de que las mujeres sean señaladas como más violentas que sus pares varones desafía ideas comunes del universo de género dominante, que ha construido a lo femenino como lo no violento, las mujeres como sinónimo de paz, vida, etcétera (Pozzio, 2016).

Durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, situaciones de gran vulnerabilidad y sensibilidad, toda mujer, sin distinción de edad, tiene derecho a ser tratada con respeto de modo individual y personalizado, garantizando su intimidad y sus pautas socio-culturales. Asimismo, tiene derecho a recibir información oportuna sobre la evolución del parto y a ser atendida en un ambiente de óptimas condiciones (Pereira et al, 2015).

Numerosas instituciones internacionales y agrupaciones feministas se han hecho del clamor para humanizar el parto, exigiendo mayor respeto por la embarazada

durante la atención obstétrica en esa etapa tan vulnerable de su vida, y realizando campañas para promover la urgente necesidad de erradicar el problema de la violencia obstétrica, enfrentado el reto de eliminar cualquier práctica rutinaria de tipo intervencionista que lesione la dignidad e integridad de las mujeres (Pereira et al, 2015).

Se comprende como violencia obstétrica, una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Se presenta en la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud (públicos y privados), y se expresa en relaciones de poder, en las que se legitiman y naturalizan una serie de procedimientos en los que se da:

- Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención del recién nacido y del puerperio en la mujer.
- Un trato deshumanizador, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decisión de parte de las mujeres en trabajo de parto, lo cual mengua sus derechos humanos (Almaguer et al, 2018).

Existe consenso en considerar que la relación entre el personal de salud y las mujeres obstétricas es desigual, jerárquica y de poder, justificada por la experticia o especialización de las y los profesionales sobre la sociedad en general, lo cual trae como consecuencia la disminución de la capacidad o autonomía de las mujeres y se enmarca en actitudes, roles, normas de conducta, políticas institucionales y practicas consolidadas en el trabajo médico. Lo anterior se traduce en una despersonalización y en una atención de “casos” o “historias médicas”, más que de personas (Almaguer et al, 2010).

La violencia obstétrica consiste en:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de 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, en cuclillas o hincada.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
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 una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Almaguer et al, 2010).

Elementos y comportamientos que revelan la violencia obstétrica, clasificados en cinco categorías:

- a) Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa:
  - La indicación “rutinaria” y no siempre indispensable, de acciones que pueden afectar la integridad de las madres y/o de sus hijos/as.
  - Las restricciones al empoderamiento de las madres: el separarlas de sus bebés y que no se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado, ni permanecer con ellos aun cuando se encuentren en buen estado de salud; como tampoco ingerir líquidos, lactar sin restricciones y no recibir visitas de familiares.

- La limitación del trabajo de parto: la falta de atención de las madres y la restricción de la posición materna horizontal (litotomía) en el trabajo de expulsión; el dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.
- b) Maltratos y humillaciones. Frases expresadas en el trabajo de parto, tales como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita”, referidas por personal médico y de enfermería, tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor, han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado.
- c) Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internos/as y residentes. En esta categoría se incluye a los tactos vaginales, episiotomías, revisiones de cavidad uterina y cesárea.
- d) Diseño de presupuestos y espacios de atención materna. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio. Ha sido claro que el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención perinatal, se realiza desde la mirada androcéntrica del varón. Ahora se habla de presupuestos con perspectiva de género. La pregunta sería si existe equidad entre el presupuesto asignado en el diseño y construcción de los espacios y en la operación de los servicios, y el porcentaje de usuarias atendidas.
- e) Maltrato cultural y social en salud reproductiva. Además del maltrato que reciben las mujeres por pertenecer a este sexo, las mujeres indígenas y pobres la padecen doblemente. Incluye burla o rechazo de sus concepciones y prácticas culturales, así como mayor discriminación. El maltrato cultural presente en salud reproductiva, también afecta la labor de las parteras

tradicionales, dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, que no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes (Almaguer et al, 2018).

Con el Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres en el Embarazo, Parto y Puerperio en los Servicios de Salud, se ha buscado contribuir al parto digno reduciendo la violencia obstétrica y asimismo:

1. Favorecer la seguridad en la atención de las mujeres durante el parto, reconociéndolas como protagonistas del mismo.
2. Informar al personal institucional y a la sociedad en general sobre los fundamentos normativos, científicos y culturales de la atención intercultural de las mujeres en trabajo de parto en posición vertical.
3. Establecer y facilitar su aplicación en los servicios del Sistema Nacional de Salud, a través de la sensibilización y capacitación necesaria del personal relacionado con la atención obstétrica, así como la adecuación de los espacios de atención.
4. Promover la incorporación de este modelo en la formación académica del personal de salud, tanto en la temática sociocultural, como en la atención obstétrica en un nivel general y de especialización.
5. Reconocer los aportes del modelo tradicional de atención del parto, proporcionados por las parteras indígenas.
6. Reconocer y garantizar a las mujeres el goce y ejercicio de sus derechos humanos relativos a la atención de su salud en contextos diversos (Almaguer et al, 2010).



2.5 Guías de Práctica Clínica.- Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un elemento de rectoría en la atención médica, cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad en la atención médica (Almaguer et al, 2018).

2.5.1 Recomendaciones que se dan en la atención médica prenatal, con referencia a la Guía de Práctica Clínica “control prenatal con atención centrada en la paciente, 2017”, de la República Mexicana. Que en ningún punto especifica alimentación y tipo de ejercicios que puede practicar la embarazada (entre ellos los ejercicios de Kegel), técnicas de relajación y alivio del dolor, orientación acerca del momento de trabajo de parto (pujo y posiciones que puede adoptar para favorecer el avance y terminar en un parto exitoso), etc.

Es recomendable que el control prenatal considere:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Seguimiento y tratamiento de enfermedades existentes.
- Detección y tratamiento oportuno de patologías.
- Preparación al parto y los preparativos en caso de posibles complicaciones.

Se recomiendan dosis altas de ácido fólico (5mg/día) en casos de:

- Embarazo previo con feto y defecto de tubo neural.
- Miembros de la familia con defecto de tubo neural.
- Uso de drogas con efecto anti-folato (anticonvulsivos).
- Mutaciones genéticas en la vía metabólica del ácido fólico o sus receptores.

- Diabetes mellitus 1 o 2 mal controlada.
- Pobre ingesta de ácido fólico en la dieta.
- Tabaquismo positivo, activo o pasivo.
- Antecedente de uso de anticonceptivos orales.
- Enfermedad celiaca o enfermedad de Crohn.

Es recomendable proporcionar información a la mujer con embarazo y su pareja sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma y, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano, como son los siguientes:

- Fuerte dolor de cabeza.
- Zumbido en los oídos.
- Visión borrosa, con puntos de lucecitas.
- Náuseas y vómitos frecuentes.
- Disminución u ausencia de movimientos fetales por más de dos horas, después de la semana 28.
- Palidez marcada.
- Hinchazón de pies, manos o cara.
- Pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales.
- Aumentar más de dos kilos por semana.
- Contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.
- Dolor abdominal persistente (en bajo vientre) de cualquier intensidad.
- Dificultad para respirar.
- Aumento en el número de micciones y molestia al orinar.
- Convulsiones (G.P.C, 2017).

2.5.2 Recomendaciones que se dan en la atención médica prenatal, con referencia a la Guía de Práctica Clínica “para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo parto o puerperio, 2013”, de la República Colombiana.

#### Sección 1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.

¿Qué profesional debe llevar a cabo el control prenatal?

Se recomienda ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería, capacitados o con especialización en cuidado materno-perinatal. Sin embargo, se recomienda la valoración del G.O en la semana 28-30 y semana 34-36, para una nueva valoración del riesgo. Se recomienda que el control prenatal sea proporcionado por un pequeño grupo de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda.

¿Qué información debe proporcionarse por parte del personal de salud a la gestante durante los controles prenatales y como debe ser proporcionada?

Durante la inscripción al control prenatal (idealmente antes de la semana 10):

- Consejería sobre nutrición y dieta.
- El tipo y frecuencia de ejercicio físico recomendado en el embarazo, incluyendo ejercicios de piso pélvico.

- Curso de preparación para el embarazo, parto y puerperio.
- Problemas de salud mental.
- Detección de violencia intrafamiliar.
- Tamización de cáncer de cuello uterino.

En el primer contacto con un profesional de la salud:

- Consejería sobre estilos de vida, incluyendo intervenciones sobre cesación de tabaquismo, y las complicaciones del uso de drogas adictivas y el consumo de alcohol en el embarazo.

Antes o a la semana 36 de gestación:

- La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto y planear el parto.
- Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido.
- Auto-cuidado postnatal.
- Planificación familiar.

En cada cita de control prenatal, el profesional de la salud debe ofrecer información y explicaciones claras de cada actividad, así como ofrecer a las gestantes la oportunidad de discutir sus dudas y hacer preguntas en un ambiente donde la discusión se facilite, bien sea individual o grupalmente. La información debe ser dada en una forma fácil de entender y accesible para las mujeres embarazadas con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje y para las mujeres embarazadas que no hablen o lean español.

Sección 5. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.

¿En qué consiste el parto humanizado?

Se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones. Este concepto está reflejado en la elaboración de todas las recomendaciones consignadas en la presente guía de atención integral.

¿Cuáles son los factores de riesgo que deben ser incluidos para determinar el lugar más adecuado para la atención del parto?

Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (nivel II o superior):

Cualquier enfermedad cardíaca confirmada. / Cualquier trastorno hipertensivo. / Asma bronquial no controlada. / Fibrosis quística. / Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como: anemia, hemoglobina menor de 11.0 g/dl. / Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor. / Antecedentes de trastornos

tromboembólicos. / Púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas, con plaquetas por debajo de 150, 000. / Enfermedad de Von Willebrand. / Trastorno de la coagulación en la mujer o el feto. / Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido. / Hepatitis B/C. / Portador de infección por el VIH. / Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento. / Infección actual activa o sospecha de sífilis, varicela, rubéola, herpes genital en la mujer o en el bebé. / Tuberculosis. / Lupus eritematoso sistémico inmune. / Esclerodermia. / Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo. / Hipotiroidismo no controlado. / Hipertiroidismo. / Diabetes. / Pacientes con función renal anormal. / Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista. / Epilepsia. / Miastenia gravis. / Accidente cerebrovascular previo. / Enfermedades gastrointestinales (Crohn y colitis ulcerosa). / Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales. / Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico. / Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual. / Uso de drogas psicoactivas. / Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol. / Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización. / Multiparidad, mayor de 4 partos. / Mujeres menores de 15 años o mayores de 38. / Ausencia de control prenatal. / Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia. / Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación. / Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. / Embarazo múltiple. / Placenta previa. / Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo. / Eclampsia. / Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto. / Desprendimiento de placenta. / Muerte intrauterina confirmada. / Inducción del parto. / Diabetes gestacional. / Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa). / Hemorragia anteparto recurrente. / Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía). / Frecuencia cardiaca fetal anormal – Doppler anormal. / Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios. / Antecedente de complicaciones como: historia de bebé anterior de más de 4.0 kg. / Muerte fetal inexplicable, muerte neonatal o la anterior en relación con dificultad intraparto. /

Muerte fetal – muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes. / Bebé con encefalopatía neonatal. / Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión. / Ruptura uterina. / Hemorragia postparto primario que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión. / Placenta retenida que haya requerido la extracción manual. / Cesárea previa. / Distocia de hombros. / Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado. / Antecedente de cirugía ginecológica mayor. / Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación. / Presencia de miomas o fibromas uterinos. / Antecedente de miomectomía. / Antecedente de histerotomía.

¿Cuándo se debe admitir a la paciente para la atención institucional?

Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4 cm. Ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres que acudan para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no estén en fase activa del trabajo de parto.

Se recomienda valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto. Que las gestantes permanezcan en observación al menos dos horas y se realice un nuevo examen médico antes de dejar la institución.

Se recomienda que las gestantes que no estén en fase activa del trabajo de parto reciban información sobre signos y síntomas de alarma, así como indicaciones precisas de regresar al hospital cuando ocurran los siguientes cambios: inicio o incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa y los demás que se consideren pertinentes por el personal de salud.

¿Se recomienda el enema rutinario y el rasurado al momento de la admisión de la gestante?

Se recomienda no usar rutinariamente enemas durante el trabajo de parto. No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

¿Se recomienda la compañía del familiar durante el trabajo de parto?

Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija. Se recomienda que las mujeres en fase activa de parto cuenten con atención por personal de la salud en forma permanente excepto por cortos periodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.

¿Cuál es la mejor vía para garantizar el aporte calórico durante el trabajo de parto?



Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la cetosis, informar a las gestantes que falta evidencia sobre el riesgo de la ingesta de alimentos para presentar broncoaspiración en caso de complicaciones que requieran uso de anestesia. Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas (hidratantes) son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

¿Se requiere canalizar rutinariamente una vena periférica a toda gestante en el periodo de dilatación, borramiento y atención del parto?

Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo. La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la ingesta de líquidos claros ni de la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto. Se recomienda el uso de soluciones cristaloides iso-osmolares (lactato de Ringer, solución de Ringer y solución salina normal) al suministrar líquidos endovenosos durante el trabajo de parto.

¿En qué casos está indicada la analgesia durante el trabajo de parto?

Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. Contraindicaciones para la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto: rechazo de la madre, coagulopatías, infección local o sistémica e hipovolemia no corregida.

¿Cuál es la mejor analgesia durante el periodo de dilatación y de borramiento o durante el periodo expulsivo?

Se recomienda informar a la mujer de los riesgos, beneficios e implicaciones sobre el parto de la analgesia neuroaxial y de las demás formas de alivio del dolor. Informar que los opioides parenterales como método analgésico tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos. Se recomienda la administración de antieméticos cuando se utilizan opioides intravenosos o intramusculares.

Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el primer y segundo periodos del parto. Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma pueden ser animadas a hacerlo para buscar posturas más cómodas. Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación deberán ser apoyadas en su elección.

¿Cuáles son las recomendaciones relacionadas con el uso de amniotomía?

Se recomienda no realizar amniotomía ni perfusión de oxitócina rutinarias en los trabajos de parto que progresan de forma normal. Se sugiere el uso de la amniotomía cuando se considere necesario evaluar el aspecto del líquido amniótico ante sospecha de alteración del bienestar fetal, desprendimiento de placenta o como parte del manejo del primer periodo del parto prolongado.

¿Cuál es la posición recomendada para la gestante durante el periodo dilatante y el parto?

Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo. Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

¿Cuáles son las intervenciones probadamente benéficas y cuales no durante el expulsivo en un parto normal?

1. No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto. Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto.
2. Se recomienda el pujo espontaneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto.
3. Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto. Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no pujan durante la extensión y desprendimiento.
4. No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo. Se recomienda hacer uso de la episiotomía solo si hay necesidad clínica, como en un parto instrumentado o por sospecha de compromiso fetal. Antes de

llevar a cabo una episiotomía, se recomienda realizar una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debido a un compromiso fetal agudo.

5. No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.

En gestantes en quienes no exista indicación para pinzamiento inmediato ¿cuál es el momento adecuado para el pinzamiento de cordón umbilical?

Se sugiere el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido del cordón umbilical. Es recomendable adoptar los siguientes criterios clínicos para el pinzamiento:

- Interrupción de latido del cordón umbilical.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.
- Satisfactoria perfusión de la piel.
- Realizarlo entre dos o tres minutos después del nacimiento.

Se recomienda adoptar las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardíaco materno.
- Los demás criterios recomendados en la Guía de Atención Integral de Recién Nacidos (G.P.C, 2013).

## 2.6 Características de atención humanizada del parto.

1. Privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz y se respetan sus tiempos fisiológicos personales.
2. El momento del parto se convierte en un espacio familiar, se respetan los derechos de los padres, los niños y niñas en el momento del nacimiento.
3. La mujer y su producto de la concepción son los protagonistas.
4. El nacimiento se desarrolla de la manera más natural posible.
5. El significado de lo humano es ser compasivo, piadoso, tierno, comprensivo y que el acto de humanizar es la acción de ablandar, suavizar, apiadarse.
6. Se debe facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.
7. Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones.
8. Realizar un correcto empleo del consentimiento informado con mujeres y familiares.
9. Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean.
10. No se debe emplear únicamente la posición de litotomía.
11. Satisfacer en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor.
12. Aplicación de métodos no farmacológicos para alivio del dolor (Borges et al, 2018).

## 2.7 El parto en posición horizontal, ventajas y desventajas VS. El parto en posición vertical, ventajas y desventajas.

Posición horizontal (decúbito dorsal, litotomía). El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico.

### Ventajas:

- Favorece la comodidad del personal médico en la atención del parto. Algunas posiciones tradicionales verticales son incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso (el caso de muchos médicos y médicas).
- Favorece la revisión médica.

### Desventajas:

- Efectos respiratorios. La posición horizontal de la mujer favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar, produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna y a su vez la hipoxia fetal.
- Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. Se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la mujer. Puede terminar en muerte fetal.
- Efectos mecánicos. La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna de la mujer, el bebé tiene que subir, para luego bajar.

Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto”, no permiten los esfuerzos para el pujo. Favorece los desgarros.

- Efectos fisiológicos. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- Efectos psicológicos. Cuando la mujer en trabajo de parto se encuentra acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede.
- Riesgo de prolapso del cordón umbilical. Representa un riesgo de mortalidad muy elevada para el feto. Se puede producir entre otras causas por la posición horizontal del trabajo de parto. En cada contracción uterina, la cabeza del bebé se desplaza hacia la pelvis y cuando termina la contracción en ocasiones el bebé regresa al no tener la presión uterina y la fuerza de gravedad; esto puede generar un vacío que absorbe el cordón umbilical, provocando su salida.
- Aumento en el índice de cesáreas. El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la mujer, ineficiencia de las contracciones uterinas, aumento del temor y no participación de la mujer, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportadas en algunos estados de nuestro país (Almaguer et al, 2018).

Posición vertical. Es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90°, con respecto al plano horizontal.

Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser: sentada (utilizando mesa/banco obstétrico), sentada acucillada (la cadera y las piernas descansan sobre la cama obstétrica), de rodillas (existe un banco

ergonómico para facilitar esta posición), en cuclillas (con los talones levantados o pegados a los glúteos, con el peso hacia atrás y una persona sosteniendo la espalda o apoyándose de una barra), semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical) y parada (sosteniéndose de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca o cuerda).

Ventajas:

- Efectos respiratorios. El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y oxigenación de la mujer y el bebé. También le ayuda a la mujer a relajarse, porque ya puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad. La acción positiva de las fuerzas de gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la mujer gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina, cuando adopta la posición vertical. También favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el pujo.
- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana, se encuentran los músculos abductores, esta musculatura tiene a su cargo ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del bebé. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer este en posición sentada o de cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse.
- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados acido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la mujer embarazada: síndrome supino-hipotensivo y el efecto Poseiro.
- Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la



posición vertical estimula, con el esfuerzo del diagrama y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de oxitócina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.

- La amniorrexis espontanea se produce más tardíamente. La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical disminuye la probabilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello.
- Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la mujer, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.
- En la revisión Cochrane titulada: “posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto”, se concluye que la duración del periodo dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan.
- “Colaboración Cochrane”, elaboró en 2003 un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. No se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la mujer o el feto, por lo que concluyen en que se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales.

#### Desventajas:

- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para el personal médico.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el

entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable periodo de tiempo (Almaguer et al, 2018).

2.8 Intervenciones de atención humanizada que ayudan a mejorar la experiencia en el parto y a eliminar la violencia obstétrica. Apoyo a la madre durante el nacimiento, empleo de técnicas de relajación y de alivio del dolor, mínima intervención durante la vigilancia del trabajo de parto y estar preparados para el manejo de complicaciones (G.P.C, 2019).

1. Se recomienda que en la atención a todas las mujeres en trabajo de parto se procure mantener su dignidad, privacidad y confidencialidad, así como el asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitiendo la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento.
2. La duración del primer periodo del trabajo de parto aumenta con la edad materna y el índice de masa corporal (Lee, 2016). El personal médico no debe indicar el ingreso de la mujer a sala de labor durante la fase latente del trabajo de parto (igual o menor de 4 centímetros de dilatación).
3. Las mujeres ingresadas a sala de labor durante la fase latente del trabajo de parto tienen mayor probabilidad en el uso de oxitócina, a tener una cesárea o un parto instrumentado y requerir de analgesia epidural.
4. Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, para establecer el bienestar fetal en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.
5. Se recomienda la analgesia epidural para el alivio del dolor en mujeres sanas que así lo soliciten, más no debe de ofrecerse de forma rutinaria.
6. Se requiere comunicación efectiva entre los proveedores del cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables.

7. Durante la fase activa del trabajo de parto, se recomienda el acompañamiento continuo (por familiar o personal de salud) en mujeres con embarazo no complicado.
8. Se recomienda la libre movilidad y adopción de la postura vertical durante el trabajo de parto de mujeres sanas.
9. No se recomienda el rasurado rutinario del vello púbico.
10. Se recomienda administrar la anestesia regional en el momento en que la mujer en trabajo de parto lo solicite, aun durante la fase latente.
11. Se recomienda el uso de técnicas de relajación para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como respiración profunda, relajación muscular progresiva y musicoterapia, técnicas manuales como masajes o aplicación de compresas calientes.
12. Se recomienda permitir la libre adopción de postura durante el nacimiento (incluyendo la posición vertical) a mujeres con y sin analgesia epidural.
13. Se recomienda emplear técnicas para prevenir el trauma perineal durante el segundo periodo del trabajo de parto, como aplicación de compresas calientes y la protección manual del periné.
14. Se recomienda realizar pinzamiento del cordón umbilical, por lo menos durante 60 segundos después del nacimiento en recién nacidos de término o pretérmino que no requieran ventilación con presión positiva.
15. Se recomienda administrar uterotónicos durante el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, para reducir el riesgo de hemorragia postparto.
16. Los recién nacidos sin complicaciones deben mantenerse en contacto piel a piel con sus madres, durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia materna.

## 2.9 Psicoprofilaxis Obstétrica y sus beneficios.

Por medio de la psicoprofilaxis obstétrica se promueve el parto natural, es importante que las gestantes sean conscientes de los beneficios del mismo, este es el logro que persiguen los planes de acción donde se aplican estas normas técnicas, ya sea a través de clubes, talleres individuales o grupales, se debe informar a la gestante acerca de todo lo relacionado con su gestación y parto, incluso acerca de los cuidados del recién nacido y ejercerá su empoderamiento al dialogar con los profesionales de la salud y elegir el parto natural, si no hay ningún impedimento para el mismo (Zambrano et al, 2018).

Beneficios que aporta la PPO a la madre gestante:

- Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda.
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada.
- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva.
- Menor duración del tiempo total del trabajo de parto.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos en general.

- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- Manifestara menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias.
- Tendrá amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo.
- Aprenderá a disfrutar mejor de su gestación y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.
- Ampliará las posibilidades de gozar de la jornada con participación de su pareja, incluso durante todo el trabajo de parto.
- Mejor vínculo afectivo con el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones técnicas respecto de la estimulación.
- Menor posibilidad de un parto por cesárea.
- Menor riesgo de un parto instrumentado.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Aptitud total para una lactancia natural.
- Menor riesgo a tener depresión postparto.
- Mejor perspectiva y decisión sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva (M.S.P.E, 2014).

2.10 Derechos humanos de las mujeres en etapa reproductiva, de embarazo, en el parto y en el puerperio; obligaciones de las instituciones de salud para con las usuarias hospitalarias, en las cuales, su único objetivo es el bienestar físico y mental de las mujeres y la persona recién nacida.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (C.N.D.H):

Derecho a la vida. Toda persona tiene derecho a que su vida sea respetada. Este derecho debe conceptualizarse en dos sentidos:

1. Como una obligación para el Estado de respetar la vida dentro del ejercicio de sus funciones.
2. Como una limitación al actuar de los particulares, para que ninguna persona prive de la vida a otra.

Derecho a la igualdad y prohibición de discriminación. Se prohíbe toda exclusión o trato diferenciado motivado por razones del origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Libertad de expresión. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y expresión.

Derechos sexuales y reproductivos. Las personas tienen el derecho a decidir de manera libre e informada el número de hijos que deseen tener y el espaciamiento de los mismos.

Derecho a la salud. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud; si las personas hacen uso de los servicios de salud, tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables.

Artículo 4° de la Constitución Política de los estados unidos mexicanos. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. En los juicios y procedimientos en que aquellos sean parte, se tomaran en cuenta sus prácticas y costumbre jurídicas en los términos que establezca la ley.

- Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (S.S, 2015).

Ley número 235 de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, para el estado de Veracruz.

Artículo 7°, son tipos de violencia:

- La violencia psicológica.
- La violencia física.
- La violencia sexual.
- La violencia patrimonial.

- La violencia económica.
- La violencia obstétrica. Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la información oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del recién nacido con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Artículo 32° de la Ley General de Salud. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 61° de la Ley General de Salud. Atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Artículo 67° de la Ley General de Salud. La planificación familiar tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Quienes practiquen esterilización sin voluntad de la paciente, o ejerza presión para que esta la admita, comete ilícito que será sancionado conforme al



artículo 421 de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran. (LGS, 1984).

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

Disposiciones generales:

- La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos públicos, privados y sociales del país, para la atención médica, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.
- La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.
- En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica.
- Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminara o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.
- Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciara la deambulacion alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el

establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

- A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo-perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.
- Durante el período expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.
- La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención.
- La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Solo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado. (NOM-007-ssa2-2016).

## 2.11 Testimonios

Relato de una mujer, quien, siete veces prefirió parir en casa.

*“Tuve nueve hijos, de esos nueve nada más dos nacieron en el hospital”. “Todos viven, están sanos, no se me enferman”. - así inicio ella con su relato.*

*Cuando me daba cuenta de que estaba embarazada, iba al centro de salud para que me atendieran y llevara mi control ahí, pero el día que empezaba con los dolores, me quedaba en la casa. Caminaba, me sentaba y hacia mi quehacer, todo como un día normal, pero, poco a poco me iba preparando, tomaba té para “calmar un poco el dolor” y “me sobaba en donde sentía el dolor”; ya cuando sentía que iba a nacer, me iba a la cama, me acostaba y empezaba a pujar, hasta que nacía el bebé. Nadie me atendía, en ocasiones estuvo mi esposo acompañándome y en otras me tocó estar sola, porque él tenía que trabajar. Nadie me ponía “suero”, nadie “checaba que saliera bien el bebé o que arrojara la placenta”. Ya que había terminado todo, iba al hospital para decir que ya había tenido a mi bebé y para que nos revisaran; gracias a Dios, nunca hubo algún problema, todos nacieron bien y yo estoy bien.*

*No iba al hospital porque a veces se portan muy groseros con uno, en especial cuando ven que eres pobre, se tardan mucho en atenderte y si quieren te atienden bien. Por eso dije: -“no, mejor aquí, yo sola los voy a tener”-. Solo en dos ocasiones me vi obligada a que me atendieran en el hospital; una porque era mi primer bebé, la verdad tenía miedo y no sabía lo que iba a pasar, pero ya de ahí en adelante decidí tenerlos en la casa. La segunda vez, fue de mi último parto, porque quería que me operaran para ya no tener más (hijos).*

*Míralos, ahí andan todos, sanos y bien.*

### **III. METODOLOGÍA**

#### **a. Diseño metodológico.**

El proyecto de investigación es de tipo descriptivo, porque se encarga de describir situaciones, eventos o fenómenos de los cuales se centra el estudio; es transversal porque estudia las variables simultáneamente en determinado momento; es cuantitativo debido a que se recopilan y analizan los datos obtenidos de las diferentes fuentes, con el fin de entender la gravedad del problema; es retrospectivo porque su objetivo principal es probar la hipótesis planteada sobre la problemática.

#### **b. Universo y muestra.**

El universo de estudio estuvo constituido por 100 mujeres, residentes de la comunidad de Tuxpan, Gro; que recibieron atención médica en el periodo 1° de enero de 2015 a 1° de enero de 2019, durante el embarazo, parto y puerperio en alguna de las instituciones hospitalarias del municipio de Iguala de la Independencia. Se realizó un muestreo a conveniencia, de modo que las participantes cumplieran con los criterios de inclusión.

## **Criterios de selección:**

### Criterios de inclusión

- Mujeres que tuvieron partos del 1° de enero de 2015 al 1° de enero de 2019.
- Mujeres que asistieron a control prenatal y atención del parto a alguna institución del gobierno federal.

### Criterios de exclusión

- Mujeres que tuvieron parto antes y después de la fecha mencionada.
- Mujeres que tuvieron partos en la fecha establecida, pero, que se atendieron en hospitales o clínicas particulares.
- Mujeres que no deseen participar en el estudio de investigación.

### Criterios de eliminación

- I. Cuestionarios incompletos.

## **c. Material y método**

Instrumento (cuestionario): fue creado para obtener información sobre el grado de violencia obstétrica que se ejecutó en los hospitales de Iguala hacia las mujeres tuxpeñas que tuvieron partos del 2015 al 2019. Para la recolección de información, se utilizó el Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto. Este cuestionario fue basado en el *Test de Violencia Obstétrica*, creado y aprobado por diferentes organizaciones argentinas, entre ellas “Asociación Civil Dando a Luz” y “Colectiva Maternidad Libertaria”; por ser un instrumento breve y sencillo que puede ser administrado y permite su

aplicación de manera voluntaria a cualquier mujer que haya tenido experiencia en el parto. El Test, también permite conocer la satisfacción, el impacto y el grado de violencia que ha sufrido la mujer obstétrica. Es un instrumento desarrollado originalmente para su uso en la evaluación de la atención del parto y su impacto en la integridad de la mujer, en 2011; el Test, está compuesto solo por 11 ítems y tiene la finalidad de saber con qué frecuencia y a qué grado se ha ejercido violencia obstétrica.

Se modificó el test original siguiendo la línea y finalidad de este, además se anexaron cinco aspectos sociodemográficos, nueve preguntas con respuesta dicotómica, cinco preguntas abiertas, cuatro para responder en una escala tipo Likert de cuatro puntos, en donde 1 significa “excelente” y 4 “mala”. De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación bruta de la escala significa una excelente calidad de atención médica, con cero violencias.

Trabajo de campo: se programaron entrevistas casa por casa, se enviaron los cuestionarios vía Messenger y por Whatsapp a cada mujer que voluntariamente decidió participar; se garantizaron los principios éticos como la no maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía y confiabilidad de las respuestas sobre la experiencia de la atención medica desde el control prenatal hasta el puerperio.

La recolección de los datos es revisada y verificada para identificar el diligenciamiento completo de cada instrumento, posteriormente se diseñó la base de datos en Excel para valorar el grado y la frecuencia de violencia obstétrica que han recibido las mujeres de la comunidad de Tuxpan. Las variables sociodemográficas que se tomaron en cuenta fueron la edad, número de partos y

año de partos. Las variables analíticas: grado de violencia percibida y satisfacción con la atención recibida.

#### **d. Análisis de los datos**

Se utilizó la estadística descriptiva como son las frecuencias y porcentajes para la tabulación de los datos, los resultados se presentan en gráficas para su mejor comprensión e interpretación.

#### **e. Ética del estudio**

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtendrá el consentimiento informado por escrito de cada mujer participante, para la implementación de la encuesta con el fin de analizar el grado de violencia obstétrica en mujeres de la comunidad de Tuxpan, para aportar estrategias que ayuden a la defensa de su integridad.

Para este trabajo se consideraron los aspectos Éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de acuerdo al Título

Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1, de los siguientes artículos que a la letra dice:

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

1. La justificación y los objetivos de la investigación.
2. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
3. Las molestias o los riesgos esperados.
4. Los beneficios que puedan observarse.
5. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
6. La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
7. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
8. La seguridad de que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.



9. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
10. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.
11. Que si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- a) Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la secretaria.
- b) Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.
- c) Indicara los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación.
- d) Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmara otra persona que el designe.
- e) Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

## **Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.**

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral- guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicarse diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.
- Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las

personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

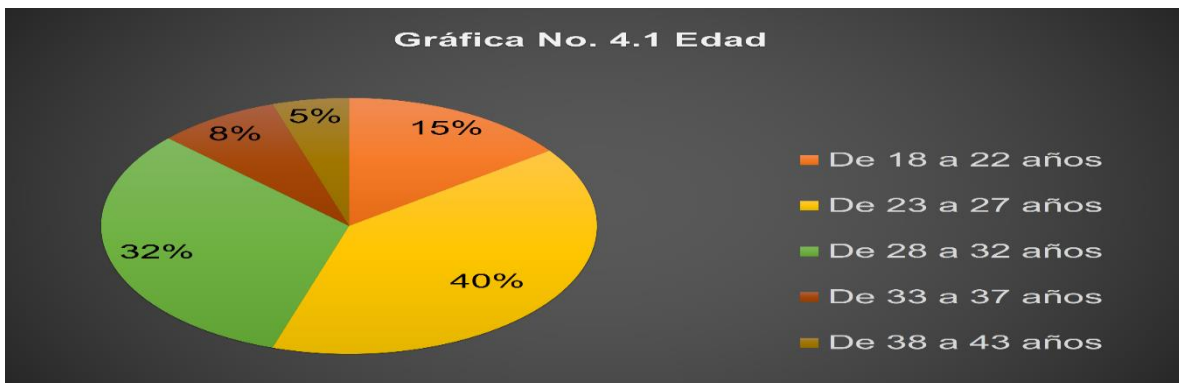
La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican solo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término “vulnerabilidad” alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables esta mas justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados del cuestionario que se aplicó en la población objeto de estudio para analizar el grado de violencia obstétrica ejecutada del año 2015 al 2019, en las instituciones hospitalarias de Iguala a mujeres de la comunidad de Tuxpan, Guerrero.

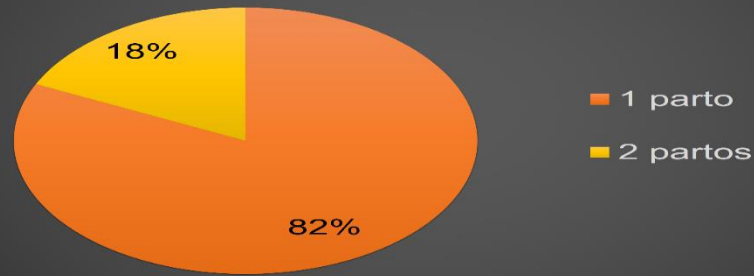
##### Datos sociodemográficos



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

Con relación a los datos obtenidos, menciono que para que se presente un acto de violencia obstétrica no hay edad, se puede presentar tanto en adolescentes como en mujeres maduras; algunas veces, mencionan las encuestadas que se hacen malos comentarios a causa de su “inexperiencia para parir” y otras dicen “es el colmo que ya con experiencia y no puedas parir”.

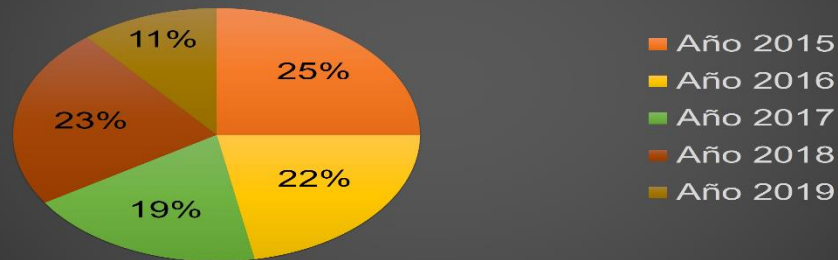
**Gráfica No. 4.2: Número de partos del 1° de enero de 2015 al 1° de enero de 2019.**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

De acuerdo al número de partos que refirieron, 82% tuvieron solo uno y 18% tuvieron 2 partos, o sea que dentro del periodo mencionado, algunas mujeres tuvieron que pasar por episodios de violencia obstétrica, dos veces en corto tiempo.

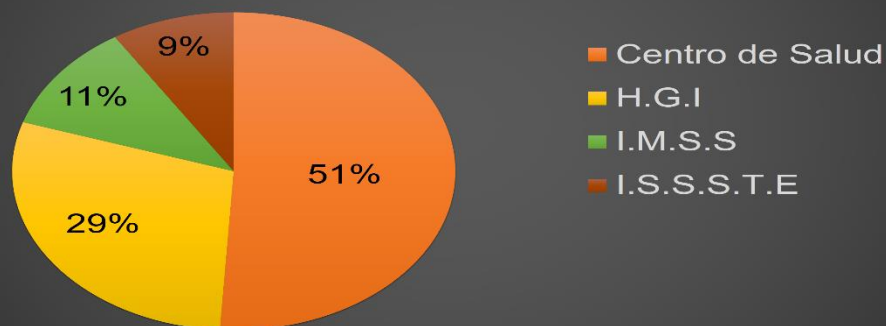
**Gráfica No. 4.3: Año en que tuvo el parto, o los partos.**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

En estos datos encontré que del total de 100 mujeres, el año con mayor incidencia en partos fue el 2015 con un 25%, le sigue el 2018 con 23%, luego 2016 con 22%, 2017 con 19% y por último con 2019 con 11%.

**Gráfica No. 4.4: Institución en la que llevaron el control prenatal.**



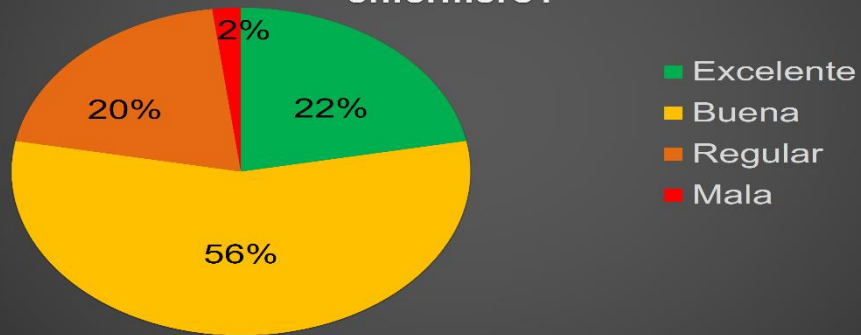
*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

La mayoría de la población se atiende en los centros de salud y aquí se demuestra, pues, el 51% de las mujeres llevó el control prenatal ahí, le sigue el Hospital General de Iguala con 29%, luego el I.S.S.S.T.E. con 11% y por último el I.M.S.S. con solo 9%. En sí se puede decir que un 80% de las mujeres cuestionadas pertenece o se atienden en la Secretaría de Salud México, o sea, con ochenta mujeres que no tienen seguridad social.

### **Datos analíticos**

Iniciando con la atención durante el control prenatal, obtuve los siguientes resultados:

**Gráfica No. 4.5: En el tiempo de las consultas prenatales, ¿cómo fue la atención que recibió en esa institución por parte del personal médico y enfermero?**

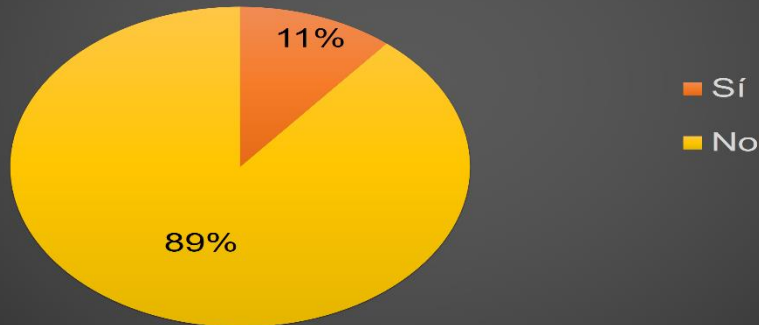


*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

- De esas 22 mujeres que dijeron que la atención fue excelente, 2 pertenecen al I.S.S.S.T.E, 2 al I.M.S.S, 2 al H.G.I y 16 al Centro de Salud.
- De las 56 que calificaron la atención como buena, 5 pertenecen al I.S.S.S.T.E, 6 al I.M.S.S, 16 al H.G.I y 29 al Centro de Salud.
- De 20 mujeres que opinaron que la atención brindada fue regular, 4 pertenecen al I.S.S.S.T.E, 1 al I.M.S.S, 10 al H.G.I y 5 al Centro de Salud.
- Solo hubo 2 mujeres que indicaron que la atención durante el control prenatal fue mala y 1 pertenece al H.G.I y la otra al Centro de Salud.

Por los resultados anteriores, se puede decir que “casi” se ha “eliminado” la violencia obstétrica durante el control prenatal, pues 78% de las mujeres encuestadas opinan que fue entre excelente y buena la atención brindada.

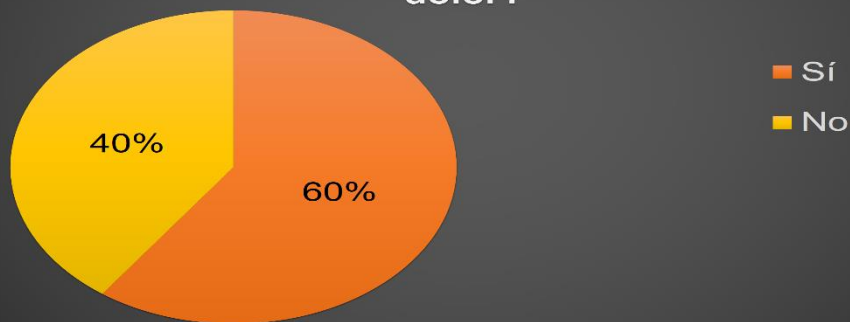
**Gráfica No. 4.6: Durante el período de consultas, ¿alguna vez usted se sintió agredida, maltratada o violentada por el personal médico o de enfermería?**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

Esto es un poco confuso, porque en los resultados anteriores a 22 mujeres no les gustó el trato que les dieron durante el control prenatal y sin embargo aquí solamente 11 afirmaron haber recibido violencia obstétrica en esas consultas. Hay violencia, quizá algunas mujeres no la reconocieron, no tienen bien definido el concepto de violencia obstétrica.

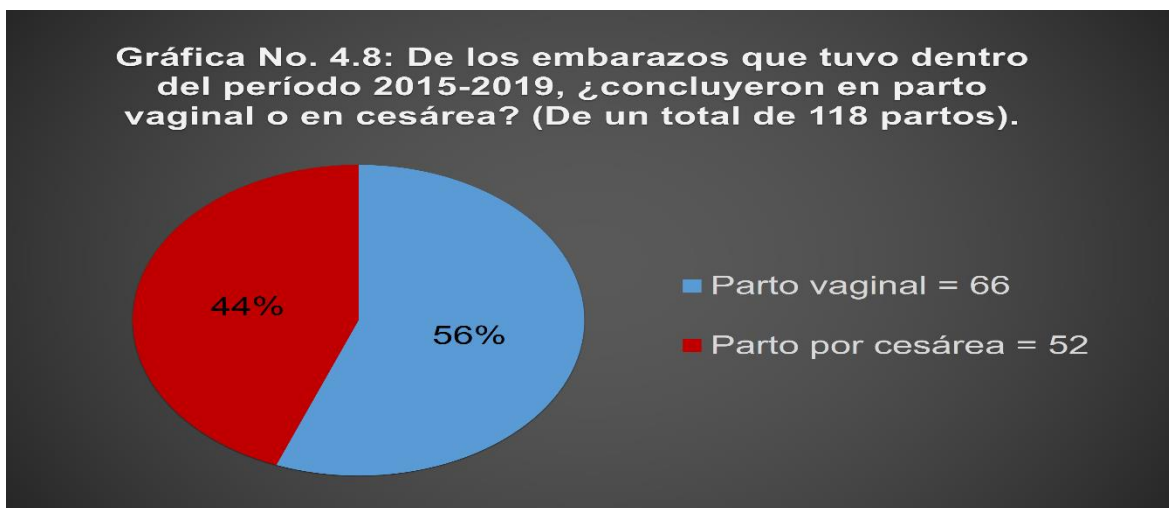
**Gráfica No. 4.7: En el control prenatal, ¿le informaron a cerca de dieta y alimentación, frecuencia y tipo de ejercicio que podía realizar, técnicas de respiración y relajación para aliviar el dolor?**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

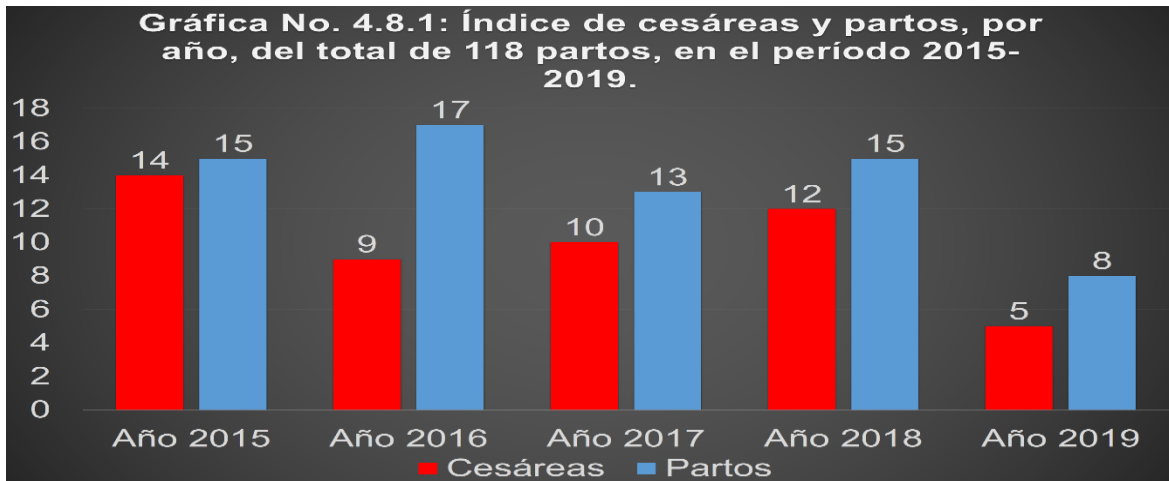


Sesenta mujeres confirmaron que se les informó muy bien sobre los aspectos antes mencionados y cuidados en el embarazo, pero todavía falta ejecución de la práctica, porque las otras 40 mujeres negaron haber recibido información y orientación sobre esos cuidados, los cuales ayudan al desenlace de un parto eutócico.



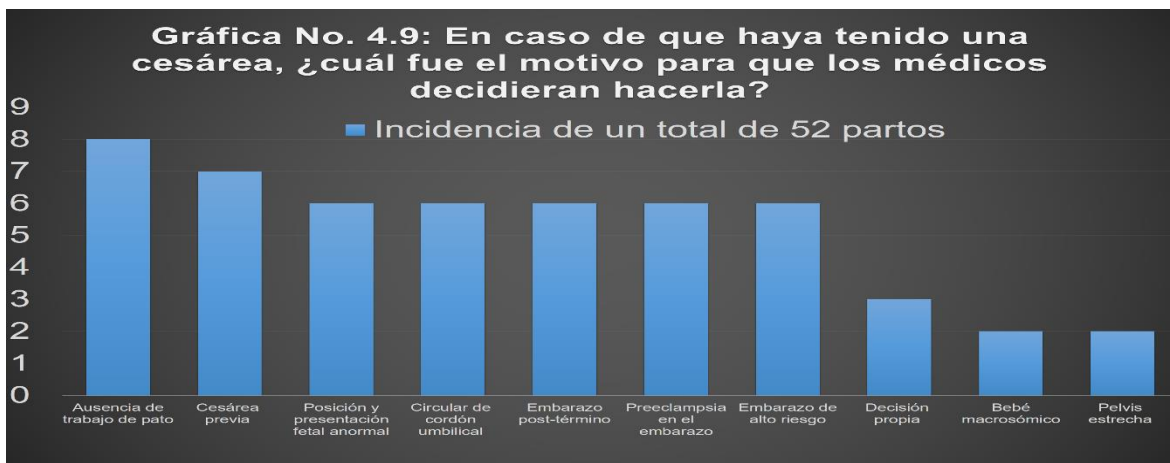
*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

Se quiera o no, una buena educación prenatal impide que haya complicaciones en el embarazo, además de evitar una cesárea, se previene el trabajo de parto prolongado y ayuda a que las mujeres estén preparadas física y psicológicamente para el parto.



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

Para empezar en 2015, de 29 partos 15 fueron vaginal y 14 fueron cesárea, es decir el 48.27% de los partos, casi la mitad; en 2016 mejoró el índice de cesáreas, pues, de 26 partos, 17 fueron vaginal y 9 cesáreas. Son los años en donde se hizo muy notoria la poca y mucha diferencia en los partos. Bien sabemos que una alimentación adecuada, el ejercicio y reposo, disminuir el miedo y estrés practicando técnicas de respiración y relajación, informarse sobre los cuidados pre y post-parto, son aspectos que ayudan mucho a una embarazada, para evitar una cesárea innecesaria.

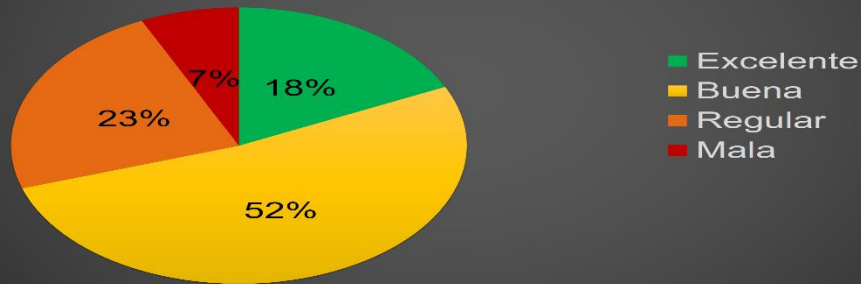


*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

Lo antes mencionado, no fue verificado en expedientes clínicos, solo son respuestas que las mismas cuestionadas dieron sobre lo que entendieron a la explicación del médico al momento del trabajo de parto. He leído que una cesárea innecesaria sin consentimiento de la mujer, es símbolo de violencia obstétrica, digo sin consentimiento, porque hay quienes me comentaron que no les dieron oportunidad de que su parto fuera vaginal, pues, incluso a algunas las programaron. Quizás estas cesáreas pudieron ser evitadas, si desde el cuidado prenatal la actitud del personal médico cambiara. De los datos obtenidos, de un total de 52 cesáreas, se coloca en primer lugar “la ausencia de trabajo de parto” con 15.38%, continua la “cesárea previa” con 13.46%, luego “posición y presentación fetal anormal”, “circular de cordón umbilical”, “embarazo post-término”, “preeclampsia en el embarazo” y “embarazo de alto riesgo” con 11.53% cada una, la respuesta “por decisión propia” tiene un 5.76% y por ultimo “bebé macrosómico” y “pelvis estrecha” con 3.89%.

Pasando al siguiente punto, la primera pregunta es para evaluar la calidad de atención brindada por el personal médico, en el momento en que la embarazada acude a la institución hospitalaria para revisión y valoración por trabajo de parto.

**Gráfica No. 4.10: ¿Cómo fue la atención que recibió cuando llegó a esa institución por trabajo de parto o parto?**

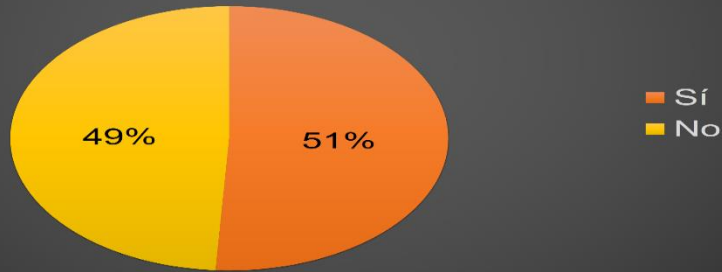


*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

1. De esas 18 mujeres que opinaron que la atención fue excelente, 14 se atendieron en el H.G.I, 2 en el I.M.S.S y 2 en el I.S.S.S.T.E.
2. De las 52 que dijeron haber recibido una atención buena, 36 se atendieron en el H.G.I, 9 en el I.M.S.S, 6 en el I.S.S.S.T.E y 1 en su propia casa.
3. De 23 mujeres que a su criterio obtuvieron atención regular, 20 se atendieron en el H.G.I, 2 en el I.S.S.S.T.E y 1 en el I.M.S.S.
4. Quienes acorde a su experiencia, opinaron que la atención recibida fue mala, son 7 mujeres y todas se atendieron en el H.G.I.

El 70% del total de mujeres encuestadas, no recibió violencia obstétrica en la recepción del hospital al que acudieron, pues opinan que la atención percibida fue entre excelente y buena, pero, todavía el 30% confirmó haber recibido maltrato.

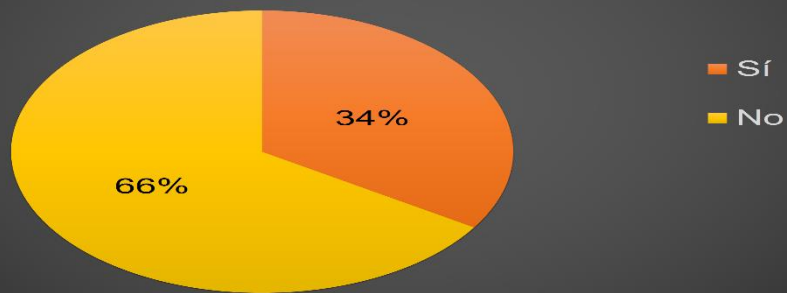
**Gráfica No. 4.11: Durante el trabajo de parto, ¿el personal de salud, le ofreció algún método analgésico para calmar el dolor (masaje, técnicas de respiración y relajación, fármaco, etc.)?**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

En estos resultados se nota un gran avance en la calidad de atención por parte de las instituciones hospitalarias, al ofrecer un método analgésico, más de la mitad confirmaron haberlo recibido.

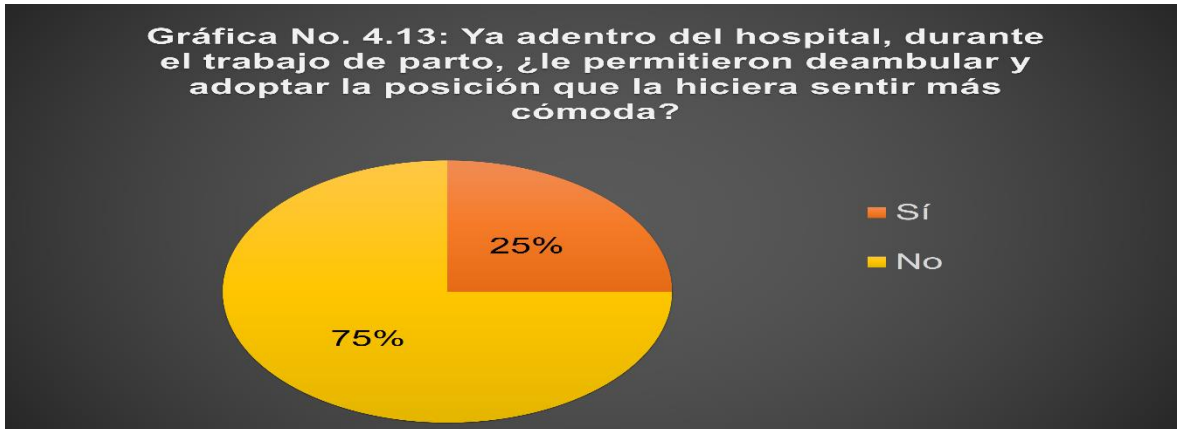
**Gráfica No. 4.12: ¿Permitieron que usted decidiera sobre cómo se llevaría a cabo el parto?**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

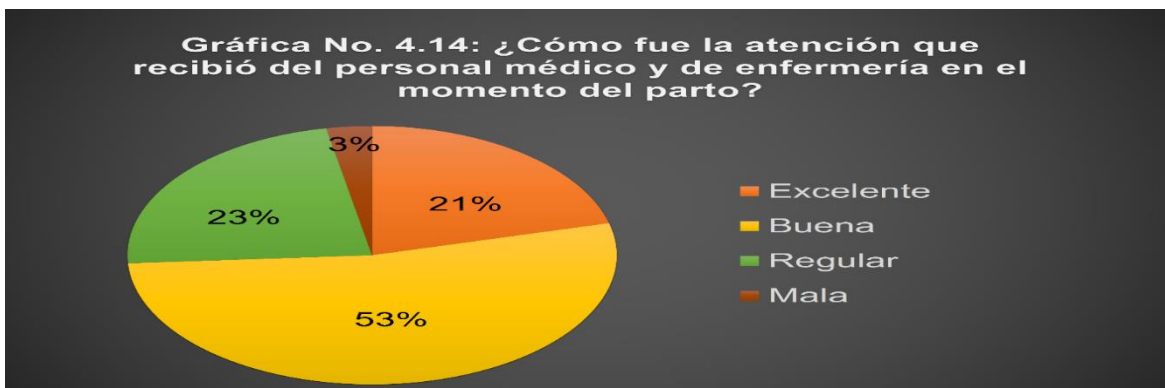
Es un derecho de la mujer decidir sobre cómo quiere que se lleve a cabo su parto, en las instituciones hospitalarias de Iguala, actualmente, no dejan que uno decida

del todo sobre el parto, pero de 100 mujeres encuestadas, 34% tuvo la oportunidad de hacerlo.



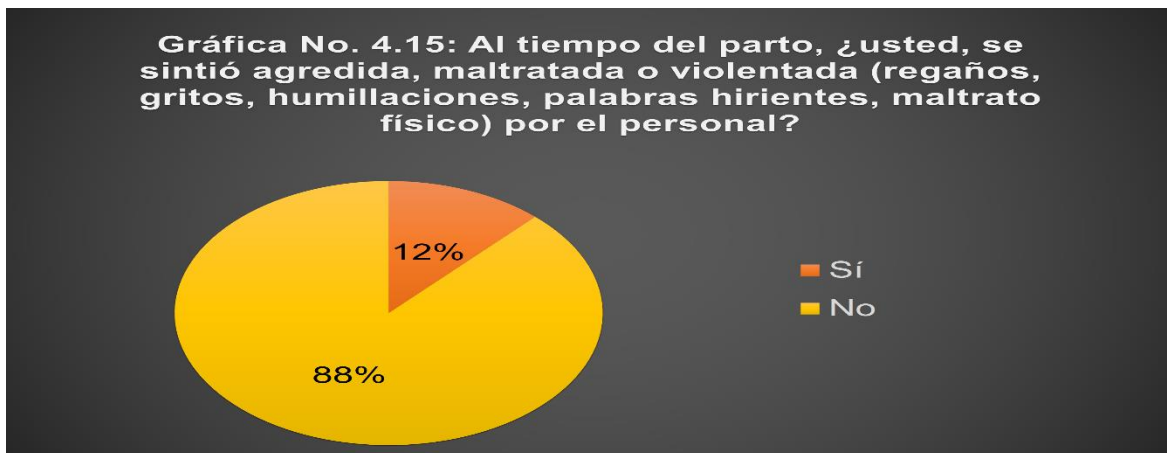
*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

El 25% de las mujeres, pudieron deambular y adoptar la posición que las hiciera sentir más cómoda, es decir, la violencia obstétrica no está en un grado máximo en las instituciones hospitalarias de Iguala, así que no todo es malo, no hay una cobertura total de violencia, pero, por otro lado el 75% (una cifra alta), menciona que no les permitieron ni moverse en la camilla.



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

53% del total de esas 100 mujeres, menciona haber recibido una atención de buena calidad, más de la mitad de ellas; pero, 23% dice que la atención fue de calidad regular, o sea, 2% más del porcentaje por atención de excelente calidad. Aún está fallando el sistema, porque se supone que todas deberían decir que recibieron una atención de calidad al 100, es decir, una atención excelente, y aun así, todavía el 3% dice que la atención fue mala.

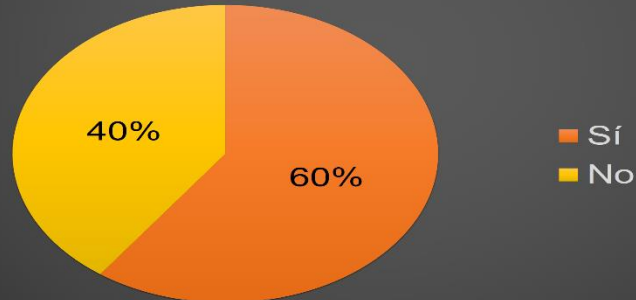


*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

El 88% de las mujeres cuestionadas negaron sufrir violencia obstétrica al momento del parto, es una cifra muy buena porque pasa de  $\frac{3}{4}$  del total, quiere decir que no todo está perdido, pero, ¿qué hay con el otro 12%? ¿Por qué actualmente hay casos de agresión?, entiendo que el personal se ponga tenso por la situación, pero creo que no es motivo para llegar hasta ese grado.

Las sucesivas interrogantes nos muestran algo totalmente diferente a una atención de mínimo, buena calidad, lejos de ser una atención humanizada del parto:

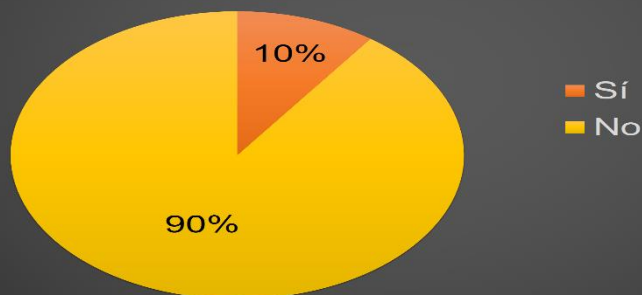
**Gráfica No. 4.16: ¿Le informaron detalladamente y pidieron su consentimiento (expresado y por escrito) en cada procedimiento realizado (ej. rasurado, tactos vaginales, posición para expulsar al bebé, corte de perineo, cesárea si fue el caso, etc.?)**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

En esta gráfica se nota que de 100 mujeres, solo al 60% les pidieron su consentimiento para realizarles los procedimientos, si esto es básicamente importante y necesario, debería el 100% haber respondido SÍ; para variar, a veces el personal no se toma el tiempo de explicar, o piensan que es algo muy mínimo y no se necesita pedir permiso o consentimiento, pero, si lo necesita porque se está llevando a cabo en un cuerpo ajeno.

**Gráfica No. 4.17: ¿Permitieron que un familiar estuviera con usted siempre, durante el trabajo de parto, al momento del parto y en el puerperio inmediato?**



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.



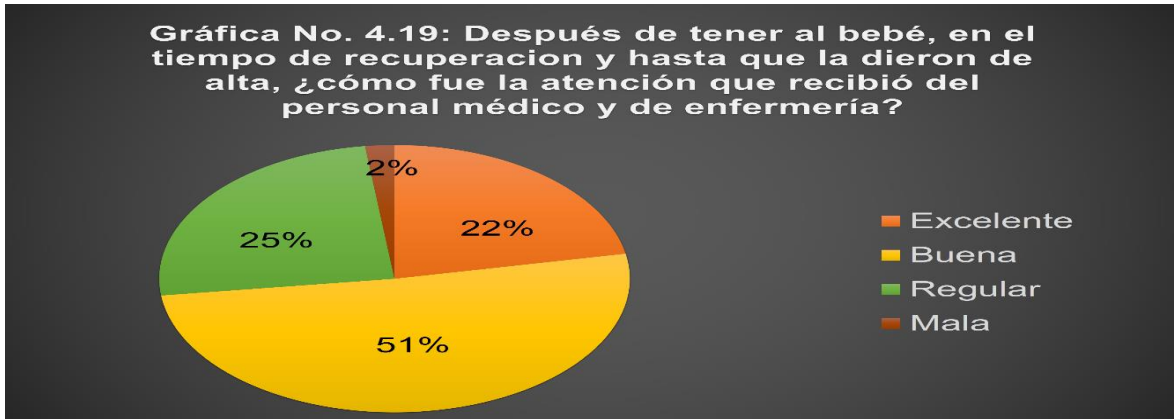
En las instituciones hospitalarias de Iguala, no permiten que algún familiar, ni siquiera el esposo acompañe a la mujer durante el trabajo de parto y el parto, es hasta después del parto cuando los llaman para darles información y si el parto fue por cesárea les permiten estar con ellas para ayudarles si necesitan algo, pero solo por cierto tiempo, después tienen que salir a la sala de espera; es por eso que el 10% contestó que si permitieron que las acompañaran y el otro 90% contestó que no, porque vieron a sus familiares hasta que las dieron de alta o por un corto tiempo.



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

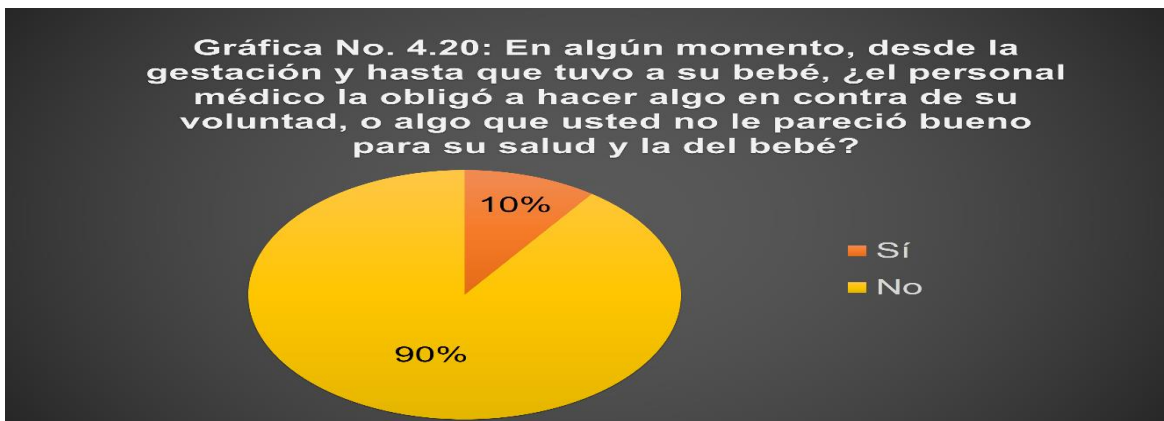
De 51 mujeres con parto vaginal, el 18% mencionó haberse colocado en posición ginecológica, el 21% describió la posición como “normal” y el 61% dijo que la posición fue “acostada con las piernas flexionadas” y solo ese 61% dijo “porque es la posición que los médicos indican”. Anteriormente, mencione las ventajas y desventajas de las posiciones horizontal y vertical para parir, y sinceramente la posición ginecológica tiene más desventajas que ventajas, pero, los médicos la utilizan porque es más cómoda para ellos.

En cuanto a la calidad de atención brindada en las instituciones hospitalarias, durante la recuperación post-parto de las damas, los resultados obtenidos fueron:



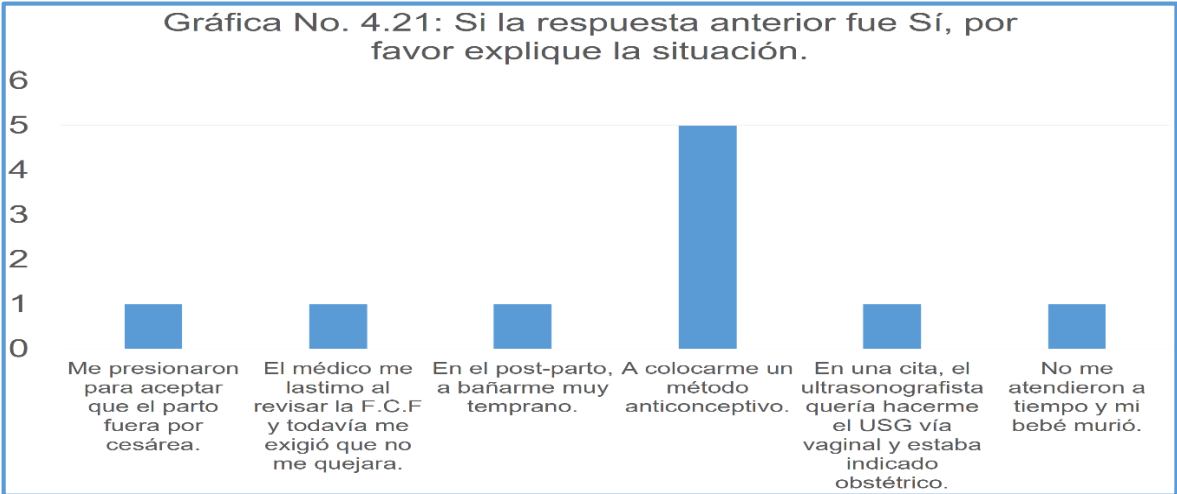
*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

Otra vez, el porcentaje más alto fue para la opción “buena” con un 51% y nuevamente la opción “regular” le ganó con un 3% a “excelente”, aunque todavía el 2% menciona que la atención recibida fue “mala”.



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

Solamente el 10% de 100 mujeres afirmaron haber hecho algo en contra de su propia voluntad; si analizamos la situación, algunos dirán que 10 mujeres son pocas, pero, en Tuxpan, solo hay 1093 mujeres, de las cuales aproximadamente 384 son adultas en etapa reproductiva.



*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=100.

En estos 10 casos expuestos, encuentro que la insistencia en colocar métodos anticonceptivos después del parto, es la que se presenta con más frecuencia; entiendo que es importante que las mujeres planifiquen, pero haciéndolo de esa manera no se llega a ningún acuerdo, además de sentir que están invadiendo su intimidad, y no hay que ignorar las otras situaciones aunque solo haya un caso, ¿por qué esa actitud de obligarlas a hacer algo que no quieren, o que las está lastimando?, están embarazadas, necesitan seguridad, comprensión y que las traten bien.

Por último, se les pidió a las mujeres encuestadas que escribieran su opinión acerca de los cambios y acciones que les gustaría que realizaran en los hospitales para

brindarles mejor atención, esto con la finalidad de que tengan una experiencia más bonita en el parto; algunas dijeron que la calidad de atención había sido excelente, así que omití esas respuestas.

Cuadro 4.1	
Acciones y cambios que a las mujeres de Tuxpan, les gustaría que se realizaran en los hospitales, para eliminar la violencia obstétrica.	
1.- Ya no quiero violencia obstétrica.	47.- Que el ginecólogo te atienda como un profesional y no como un hombre machista, se supone que por eso se preparan.
2.- Que sean más flexibles y su actitud sea buena para con las pacientes. Que dejen que alguien nos acompañe y den la información inmediatamente.	48.- Que tengan más camillas y que los doctores estén en el momento en que los necesitan.
3.- Que los ginecólogos en las citas no nos traten mal y nos digan cosas respecto a nuestro físico, ya que estamos así porque daremos vida a otro ser humano, y en lo personal me sentí mal porque me dijo gorda y uso la palabra manteca, eso no habla nada bien de ese doctor, no tiene ética.	49.- Que los especialistas de verdad cubran sus guardias y no solo les tengan que llamar cuando hay una emergencia, porque tardan y el tiempo que tardan en llegar puede ser indispensable para el paciente. Es importante que el doctor tenga tacto para hablarles a sus pacientes, ya que cuando fui atendida el ginecólogo fue un poco déspota, aparte de que llegó dos horas después. El personal debería de dejar de utilizar el celular, ya que con frecuencia lo traen en las manos.
4.- Que dejen entrar a una persona con la embarazada, por la confianza y más que nada porque cuando uno ya tiene los dolores de parto a todo dice que si con tal de que pase rápido todo.	50.- Que el personal sea más amable y que estén al tanto de cualquier cosa.
5.- que dejen pasar a un familiar en el momento del parto y sea más variada la comida.	51.- Pues, simplemente que nos atiendan inmediatamente porque a veces hay parto en los baños o en la sala de espera.
6.- Tuve una buena experiencia, pero, si deben de atender bien a las embarazadas, he notado que las hacen esperar mucho y en ocasiones algunas enfermeras si regañan a las pacientes.	52.- Que no haya preferencias, que la atención sea igual, sin importar que tengan “palancas” adentro de las instituciones hospitalarias.
7.- Que te hagan caso cuando vas, luego se tardan en atenderte.	53.- Que contraten enfermeras que de verdad les guste su carrera porque a veces tratan mal a uno.
8.- Que al momento del parto dejen que algún familiar nos pueda acompañar.	54.- Que sean más accesibles los médicos.
9.- Que brinden mejor su alimentación al estar en el hospital.	55.- Que mi pareja siempre este a mi lado hasta en la labor de parto.
10.- Que tengan el material médico necesario, medicamentos y que mejoren su atención al dar el servicio, que sea por vocación, no por solo hacerlo.	56.- Brindar más atención a las mujeres embarazadas y darles el apoyo incondicional.
11.- Que el personal no se enoje, si quisieran serian mejor en su trabajo.	57.- Que mejoren el servicio de médicos y enfermeras, que sea mejor su trato hacia nosotras y que mejoren la rapidez de atención.
12.- Lo que no me gusta es que le dan la información a los familiares hasta que quieren y eso no debe ser así, creo que en cuanto nace el bebé se debe informar al esposo o familiar.	58.- Pues, que cuando vayamos a consulta con el ginecólogo sean puntuales, ya que hay veces que tardamos mucho y no llegan.
13.- Pues, que nos dejen “aliviarnos normal” y si algo se nos llegara a complicar, pues, ya que nos hagan la cesárea.	59.- Que sean más amables y más atentos, aparte de que tengan más medicamentos y equipo de trabajo.
14.- Que la atención sea con más amabilidad	60.- Que sean más atentos.

15.- Que nos expliquen más sobre cómo hacer a la hora del parto, que den mejor atención.	61.- Que algún familiar esté presente en el proceso de parto, de no ser así que no demoren en darle la información al familiar.
16.- Que atiendan bien a las embarazadas	62.- Que admitan pasar un acompañante a la hora del parto.
17.- Pues, estaría bien que un familiar permanezca cerca de la embarazada para acompañarla en sus dolores.	63.- Ser acompañada por algún familiar y que den algún medicamento para calmar el dolor.
18.- Que sean un poco más amables con las personas y que tengan todo lo necesario para bebés prematuros y atiendan a las mujeres cuando uno se siente mal, así evitarían tantas muertes de mujeres y bebés.	64.- Que tengan más paciencia y atiendan mejor a las personas. Y que se dieran tiempo para explicar procedimientos y riesgos.
19.- Que respeten las decisiones de nosotras.	65.- Que nos atiendan como nos merecemos, con respeto.
20.- Hablar del método anticonceptivo a utilizar, durante las consultas prenatales, no durante el trabajo de parto, y permitir que algún familiar este con nosotros después del parto o cesárea.	66.- Quiero que no haya más violencia contra las mujeres.
21.- Cambiar la actitud del personal.	67.- Que nos traten bien.
22.- Que nos den la oportunidad de entrar con algún familiar a la hora del trabajo de parto.	68.- Que no sean muy duros cuando las mamás son primerizas, ya que a algunas no nos sale leche los primeros días, que dieran más técnicas de como amamantar y ser un poco comprensivos.
23.- Permitir la entrada de algún familiar durante el parto. Y que ningún doctor (a) ofenda, ni hable con el personal de la institución sobre lo que pasó durante mi parto.	69.- Estar al pendiente de los embarazos.
24.- Que haya más humanismo en los prestadores del servicio médico hacia las pacientes. Que nos dieran más orientación para poder tener un embarazo saludable y estable.	70.- Que den más opciones de posiciones para el parto, que sean maneras más cómodas.
25.- Que impartan talleres para embarazadas.	71.- Información más detallada y que nos expliquen mejor las acciones que nos realizan.
26.- Que no nos corran como perros por tener parto normal.	72.- Que den mejor atención a las embarazadas y que nos tengan paciencia.
27.- Pues que cambie la atención de enfermeras y médicos sobre dudas que uno tiene; que dejen que cada mujer decida que método anticonceptivo quiere adquirir y cuando lo decide hacer.	73.- Que nos orienten bien acerca de nuestro embarazo y lo que debemos hacer; permitir que alguien esté con nosotros a la hora del parto.
28.- Que haya más camas y espacio, porque no había.	74.- Que dejen pasar a un acompañante.
29.- Que no importe la hora, que den información a los familiares sobre cómo está la madre y el bebé.	75.- Que fueran más atentos en el parto.
30.- Que estén más equipados.	76.- Que avisen de inmediato que la paciente y el bebé se encuentran bien, porque tardan mucho en dar informes.
31.- Que brinden una mejor atención.	77.- Que traten bien a las mujeres embarazadas y que les den más atención.
32.- Ser un poco más atentos.	78.- Que den buena atención a todas las embarazadas.
33.- Ser un poco más atentos en cuestión de darles razón de la paciente a los familiares, porque los familiares están preocupados y a veces no dan razón de la embarazada.	79.- A mí, me gustaría que dejen que el papá del bebé este en el trabajo de parto y en todo momento.
34.- Dar atención inmediata; que pueda ingresar un familiar al momento del parto; que el personal sea amable.	80.- Que dejen estar a algún familiar en el momento del parto.
35.- Que sean igualitarios, que no le den preferencia a personas conocidas o nos traten diferente por ser humildes.	81.- Que siempre permanezca el médico especialista y/o personal capacitado las 24 horas.
36.- Me trataron bien, solo pido que no nos hagan esperar tanto.	82.- Que pongan más atención a las mujeres embarazadas.

37.- Dejar que un familiar este en el momento del parto.	83.- Que haya más atención médica.
38.- Que acondicionen mejor las áreas de parto.	84.- Permitir que una persona me acompañe mientras me encuentro en proceso de parto.
39.- Que socialicen y tomen más atención a las pacientes ya que nos tratan mal y recibimos mal trato; yo me empeore porque iba con pase de emergencia y esperaron tres horas en pasarme.	85.- Que nos traten con más atención, que tengan más vigilancia en uno y nuestros bebés, y que dejen que nos acomodemos en la mejor posición.
40.- Que pongan más atención y que tomen en cuenta a la paciente, porque a veces solamente hacen las cosas por hacerlas.	86.- Que sean responsables.
41.- Sólo que los médicos tengan una mejor atención y más rápida cuando una embarazada llegue al hospital.	87.- En los dos partos tuve pésima atención en el Hospital General de Iguala, así que decidí ir a atenderme en el Hospital General de Taxco. En el hospital de Iguala, hay mucha negligencia médica, por poco pierdo a mi bebé.
42.- Las enfermeras a veces son groseras cuando no sabes cómo amamantar a tu hijo. Y me regañó una que ni me estaba atendiendo solo se metió a regañarme.	88.- Que nos informen bien sobre el parto, sin regañarnos y que dejen que un familiar nos acompañe en el parto para que nos apoye.
43.- En mi parto todo estuvo bien, solo me gustaría que dejaran pasar un familiar.	89.- Que nos traten bien, como gente.
44.- Que seamos acompañadas por un familiar durante el parto.	
45.- Que brinden mejor servicio hacia los pacientes y que siempre haya medicamentos.	91.- Que nos atiendan bien y a tiempo, para que no tengamos complicaciones y que le tengan amor a su trabajo porque nosotros pagamos las consecuencias.
46.- Las recepcionistas tienen una atención súper horrible, no se preocupan por el paciente.	92.- Me han tratado muy bien en mis partos, pero si he visto como regañan a otras mujeres o les hablan feo, a veces estamos muy sensibles por el embarazo, por el miedo o por el dolor y luego que nos hablen así, no se vale.

*Fuente:* Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Médica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019. N=10

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo al trabajo de investigación realizado se llegó a las siguientes conclusiones:

Actualmente, se está llevando a cabo un protocolo de seguimiento para atención del parto, en el cual se han introducido algunas acciones para tener una atención amigable del parto, pero, ese tipo de atención no es suficiente, y no lo digo solo por las acciones, sino por la actitud del personal, quienes se niegan a ser humanitarios con sus pacientes.

El principal error para que un embarazo no concluya en un parto vaginal exitoso, empieza desde el cuidado prenatal; hacen un buen trabajo los médicos y enfermeras durante las consultas, pero, debería ser excelente el desempeño. Hace falta información, educación, que de verdad les importen sus pacientes, que en lugar de humillarlas, gritarles o maltratarlas, se preocupen por ellas y les brinden seguridad y soporte. Un taller de psicoprofilaxis obstétrica, sería excelente para las mujeres de la comunidad de Tuxpan, con el fin de que les enseñen a cuidarse en el embarazo, les enseñen a pujar y a decidir al momento de su parto. El 44.06% de 118 partos, fueron cesáreas, las cuales quizá se pudieron evitar si las mujeres recibieran buena educación prenatal.

La violencia obstétrica simplemente no se va a erradicar mientras el personal no quiera cambiar su actitud para con las pacientes, se necesitan valores, ética profesional, ética personal, respetar los derechos de las mujeres y cumplir con sus obligaciones como profesionales de la salud, porque finalmente cada quien elige su profesión.

Actualmente, por las opiniones, sugerencias y experiencias de las mujeres encuestadas en la comunidad de Tuxpan, descubro que 87 de 100 mujeres de

alguna u otra forma recibieron violencia obstétrica, desde las consultas prenatales hasta la recuperación y el amamantamiento de los bebés.

Al informar a las señoras sobre sus derechos y como debe ser la atención humanizada del parto, ellas se dan cuenta de que las están violentando en las instituciones hospitalarias, tanto que se abrieron para entablar una conversación amena y exponer sus malas experiencias. Quienes recibieron violencia, piden que esto termine y cambie para el futuro de otras mamás.

### Sugerencias

De acuerdo a la previa investigación y a los resultados obtenidos mediante el Cuestionario de Evaluación en la Calidad de Atención Medica recibida desde la Gestación hasta el Parto, en las Instituciones Hospitalarias de Iguala, del año 2015 al 2019, se hacen las siguientes sugerencias:

Educación prenatal. Se sugiere que en las instituciones de primer y segundo nivel de atención se brinde educación prenatal durante las consultas de control; dar toda la información acerca de cuidados pre y post-parto; enseñar lo necesario y establecido en GPC Y NOM-007-ssa2-2016 para un parto exitoso, libre de violencia; asegurarse de que se haya aprendido lo enseñado.

Prevención de un alto índice de cesáreas innecesarias, en mujeres con embarazo de bajo riesgo. Mediante cobertura total de embarazadas con educación prenatal, se puede prevenir la alta demanda de cesáreas. Hay que reducir el temor y transmitir confianza, seguridad y fortaleza; explicar detalladamente en que consiste el trabajo de parto, cual es el procedimiento y hacer saber que el esfuerzo valdrá la pena.

Atención cálida y de calidad, libre de violencia. Abstenerse de maltratar, gritarle o humillar a la mujer gestante, poniendo en práctica la atención humanizada del parto,



no mediante el espacio e infraestructura (porque tal vez no sea posible), pero sí, a través de la actitud del personal con valores e interculturalidad.

Respeto total a la integridad de la mujer, físicamente y como derecho moral. Tener en cuenta que todos tenemos derechos y que en ese estado somos aún más vulnerables.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

Al Adib MM, Ibáñez BM, Casado BM, Santos RP. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 2017, 34: 104-111.

Almaguer GJA, García RH, & Vargas VV. Guía de Implantación: Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro; *Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural*; 2018. 110 p.

Almaguer GJA, Vargas VV, García RHJ. EXPERIENCIAS Y APORTES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN INTERCULTURALIDAD EN SALUD. BIBLIOTECA MEXICANA DEL CONOCIMIENTO. 2014, 281.

Argüello AHE, & Mateo-GA. Parteras tradicionales y Parto Medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Limina R*, 2014, 2: 13-29.

Borges DL, Sánchez MR, Domínguez HR, & Sixto PA. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 2018, 3: 44.

Cáceres MFM, Nieves CGM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.*, 2017, 2: 128-134.

CENETEC, Guía de Evidencias y Recomendaciones: Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica; 2019.

CENETEC. Guía de Referencia Rápida: Control prenatal con atención centrada en la paciente; Guía de Práctica Clínica. 2017.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/ Secretaria de Salud, GÉNERO Y SALUD en cifras; 2010, 8: 3.

Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. 2013, Guía No. 11-15.

Gutiérrez MAM. PARTO LIBRE Y NATURAL, CON UNA MIRADA A LA HUMANIZACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE. Managua, Nicaragua. CORE. 2017.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2007, 4: CD003766.

Ley General de Salud, Estados Unidos Mexicanos; H. Congreso de la Unión, SEGOB, Diario Oficial de la Federación, 1984.

LEY NÚMERO 235 DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE VERACRUZ; Gaceta Oficial del Estado de Veracruz, México, 2008, 65.

Lugones BM, & Ramírez BM. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2012, 1: 134-145.

Ministerio de Salud Pública / Dirección Nacional de Normatización. Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Ecuador; 2014.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas, MINISTERIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA / ATENCION PRENATAL / SERVICIOS DE SALUD MATERNO – INFANTIL / TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO / PARTO OBSTÉTRICO / PROFILAXIS ANTIBIÓTICA / GIMNASIA / TERAPIAS ALTERNATIVAS / MANUALES Y GUÍAS PARA LA GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal / 2012, 91 p.

Morales AS, Guibovich MA, & Yábar PM. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Medico*, 2014, 4: 53-57.

NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; SEGOB, Diario Oficial de la Federación; 2016.

Pereira, CDA, & Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 2015, 2: 081-090.

Pozzio MR; La Gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 2016, 1: 101-117.

Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación Contra las Mujeres, Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018.

Secretaria de Salud, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 4°, 2015.

Secretaria de Salud, Planificación familiar y anticoncepción. Programa de Acción Específico; 2013-2018.

Sedano M, Sedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes; 2014, 25: 873.

Zambrano MKB; Torres VMP; Brito MAT; Pazmiño MYY. Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios para la gestante. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento, 2018, 2: 259.

## VII. ANEXOS

### ANEXO "A" CONSENTIMIENTO INFORMADO



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación Oposición a la violencia obstétrica, defensa a la integridad de las mujeres gestantes. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo seré registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que doy mi consentimiento firmando esta carta.

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

FECHA: \_\_\_\_\_

## ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

FOLIO

El presente cuestionario tiene la finalidad de analizar el grado de violencia obstétrica practicada del año 2015 al 2019, en las instituciones hospitalarias de Iguala a mujeres de la comunidad de Tuxpan, Guerrero. Por esta razón, necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

### **Datos sociodemográficos.**

- a) ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_
- b) ¿Cuántos partos tuvo dentro del periodo 1° de enero de 2015 - 1° de enero de 2019?
  3. 1
  4. 2
  5. 3
- a) Indique el año de nacimiento del (os) hijo (s) que nacieron dentro del periodo 2015 – 2019 \_\_\_\_\_
- b) ¿En qué institución médica llevo el control prenatal?
  5. Centro de salud.
  6. H. G. I.

7. I.M.S.S.

8. I.S.S.S.T.E

**Datos analíticos.**

a) En el tiempo de las consultas prenatales, ¿cómo fue la atención que recibió en esa institución por parte del personal médico y enfermero?

a) Excelente

b) Buena

c) Regular

d) Mala

b) Durante el período de consultas, ¿alguna vez usted se sintió agredida, maltratada o violentada por el personal médico o de enfermería?

a) Si

b) No

c) En el control prenatal, ¿le informaron acerca de dieta y alimentación que debía consumir, frecuencia y tipo de ejercicio que podía realizar, técnicas de respiración y relajación para aliviar el dolor?

a) Si

b) No

d) De los embarazos que tuvo dentro del período 2015 – 2019, ¿concluyeron en parto vaginal o en cesárea? Especifique cuantos vaginal y cuantos por cesárea. \_\_\_\_\_

e) En caso de que haya tenido una cesárea en el período 2015 – 2019, ¿Cuál fue el motivo para que los médicos decidieran hacerla?  
\_\_\_\_\_

f) ¿A qué institución hospitalaria acudió para que atendieran su parto?

a) H.G.I

b) I.M.S.S.

c) I.S.S.S.T.E.

g) ¿Cómo fue la atención que recibió cuando llegó a esa institución por trabajo de parto o parto?



- a) Excelente
  - b) Buena
  - c) Regular
  - d) Mala
- h) Durante el trabajo de parto, ¿el personal de salud le ofreció algún método analgésico para calmar el dolor (masaje, técnicas de respiración y relajación, fármaco, etc.)?
- a) Si
  - b) No
- i) ¿Permitieron que usted decidiera sobre cómo se llevaría a cabo el parto?
- a) Si
  - b) No
- j) Ya adentro del hospital, durante el trabajo de parto, ¿le permitieron deambular y adoptar la posición que la hiciera sentir más cómoda?
- a) Si
  - b) No
- k) ¿Cómo fue la atención que recibió del personal médico y de enfermería en el momento del parto?
- a) Excelente
  - b) Buena
  - c) Regular
  - d) Mala
- l) Al tiempo del parto, ¿usted se sintió agredida, maltratada o violentada (regaños, gritos, humillaciones, palabras hirientes, maltrato físico) por el personal?
- a) Si
  - b) No
- m) ¿Le informaron detalladamente y pidieron su consentimiento (expresado y por escrito) en cada procedimiento realizado (ej.

rasurado, tactos vaginales, posición para expulsar al bebé, corte de perineo, cesárea si fue el caso, etc.)?

- a) Si
- b) No
- n) ¿Permitieron que un familiar estuviera con usted siempre, durante el trabajo de parto, al momento del parto y en el puerperio inmediato?

- a) Si
- b) No
- o) En caso de que haya tenido parto vaginal, ¿Qué posición adopto para expulsar al bebé? y ¿Por qué esa posición?

- 
- p) Después de tener al bebé, en el tiempo de recuperación y hasta que la dieron de alta, ¿Cómo fue la atención que recibió del personal médico y de enfermería?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

- q) En algún momento desde la gestación y hasta que tuvo a su bebé, ¿el personal hospitalario la obligo a hacer algo en contra de su voluntad, o algo que a usted no le pareció bueno para su salud y la del bebé?

- 1. Si
- 2. No

- r) Si la respuesta anterior fue si, por favor, explique la situación.

- 
- s) Por favor, escriba su opinión acerca de los cambios y acciones que le gustaría que hicieran en los hospitales de Iguala, para brindar atención de calidad a las mujeres embarazadas, esto con la finalidad de que todas tengamos una hermosa experiencia en el parto, libre de

violencia

obstétrica.

---

---

---

---