

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”



**“FRECUENCIA Y TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN
PUERPERIO INMEDIATO”**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. ANA LUISA GELDIS MENDOZA

ASESORES DE TESIS:

DR. JOSÉ ANTONIO SERENO COLÓ.

DR. JAIME CARRANZA MADRIGAL

MORELIA MICHOACÁN, DICIEMBRE 2018.



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DR. RAÚL LEAL CANTÚ
DIRECTOR DEL HOSPITAL “DR. MIGUEL SILVA”

DR. CARLOS ARTURO AREAN MARTÍNEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ADOLFO LEYVA LÓPEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. CARLOS MARIO GUZMÁN SÁNCHEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. JOSÉ ANTONIO SERENO COLÓ
ASESOR DE TESIS

DR. JAIME CARRANZA MADRIGAL
ASESOR DE TESIS

DRA. ANA LUISA GELDIS MENDOZA
SUSTENTANTE

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su amor infinito, por el regalo de ser Médico.

A mi madre por su apoyo constante, por darme el valor y fuerza para no desistir; a mi padre por impulsar mis sueños, nunca conformarme y siempre esperar más. Porque gracias a sus enseñanzas, sus esfuerzos y su amor he llegado aquí.

A mis hermanas, por siempre estar y hacer que todo valga la pena.

A mi esposo por su comprensión y amor incondicional, por acompañarme en este proyecto de vida.

A Diego por alegrar mi vida con su presencia.

A mis asesores de tesis Dr. José Antonio Sereno Coló y Dr. Jaime Carranza Madrigal por la confianza para la realización de este trabajo.

A mi querido Hospital General "Dr. Miguel Silva" por abrir sus puertas para mi formación médica, a mis Maestros por todo lo compartido.

DEDICATORIA

*A mis padres María de Lourdes Mendoza Santoyo y Álvaro Eduardo Geldis Ordóñez
por confiar siempre en mí, por ser mi mayor inspiración y mostrarme que los sueños se
cumplen siempre con constancia y esfuerzo.*

Con amor de su hija.

CONTENIDO

I.	RESUMEN	6
II.	MARCO TEÓRICO	8
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
IV.	OBJETIVOS	22
V.	JUSTIFICACIÓN	23
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS DE DISEÑO	
-	TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO	25
-	UNIVERSO DE TRABAJO	25
-	SITIO DE REALIZACIÓN DE ESTUDIO	25
-	CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
-	DEFINICIÓN DE VARIABLES, INDICADORES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	27
-	DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	30
-	MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	30
-	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
-	CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
VII.	RESULTADOS	34
VIII.	DISCUSIÓN	52
IX.	CONCLUSIONES	56
X.	RECOMENDACIONES	57
XI.	BIBLIOGRAFÍA	58
XII.	ANEXOS	63

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: se define Violencia Obstétrica como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, que menoscabe la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos. **OBJETIVO:** caracterizar el fenómeno de violencia obstétrica, frecuencia, tipos y personal involucrado en pacientes en puerperio inmediato del Hospital General “Dr. Miguel Silva”. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizaron 178 encuestas a pacientes en Puerperio Inmediato, mediante un cuestionario estructurado, en la cual se evaluó la violencia Física y Psicológica. Se realizó análisis descriptivo de todas las variables y pruebas de comparación entre grupos de acuerdo a características sociodemográficas y los reactivos de la encuesta. **RESULTADOS:** la frecuencia de Violencia Obstétrica fue de 20.22%, se identificó Violencia Física con un 43.82% y Violencia Psicológica 25.84%. La media de edad materna fue de 24 años, con predominio de multiparidad en un 43,62%, con una escolaridad máxima de secundaria en más de la mitad de las pacientes, al evaluar la percepción por

grupos se presentó más en mayores de 18 años (RM 2,7 IC 95% 0,74-4,6) así como en multigestas (RM 2,3 IC 95% 0,35-4,2), la frecuencia de episiotomía en comparación fue mayor en primigestas (RM 13,3 IC95% 11,3- 15,2). Se identificó a la Amniotomía como el acto de violencia física más frecuente y a la falta de contacto inmediato con el recién nacido como el acto de violencia psicológica, además este último se presentó más en Cesárea (RM 2,21 IC 95% 0,25- 4,17). Se encontró significancia estadística en los grupos comparados, la Violencia Obstétrica se incrementó si la vía de resolución fue vía vaginal (RM 3,05 IC95% 1,09-5,01). En relación al turno, la percepción de violencia física fue mayor en turno matutino respecto al nocturno (RM 3,35 IC 95% 1,39-5,31).

CONCLUSIONES: La percepción global de violencia obstétrica en el hospital General “Dr. Miguel Silva” es menor a la reportada a nivel nacional identificándose en 20.22%. Los actos de la violencia Física fueron los más frecuentes con 43% y los psicológicos 25%.

MARCO TEÓRICO

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

DEFINICIÓN

El Grupo de Información en Reproducción Elegida define Violencia obstétrica como “una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos”¹

La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación, la amplia variedad de códigos morales en los distintos países hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles y delicadas, sin embargo La Organización Mundial de la Salud la define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o

comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.²

ANTECEDENTES

La OMS dice que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, parto, puerperio, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación³. La segunda mitad del siglo XIX se caracterizó por importantes avances en la medicina que perfilaban la práctica hacia una mayor especialización. Así, se inicia la medicalización del parto y en el siglo siguiente, la atención del parto va restringiéndose a los hospitales y por personal médico, lo cual se incrementó con el establecimiento de la especialidad en ginecobstetricia. En los setentas, surgieron algunas reflexiones importantes desde el ámbito médico que ponían en cuestión aspectos del modelo biomédico de atención a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, el médico ginecoobstetra francés Frédérick Leboyer contribuyó al modelo de atención psicoprofiláctica, planteando algunas consideraciones sobre la violencia intrínseca del nacimiento y ofreció algunas formas de mitigarla en su obra *Por un nacimiento sin violencia*⁴. Lo siguieron otros médicos como Marshall Klaus, John Kenell, Michel Odent y David Chamberlain que profundizaron en la importancia del apego y el impacto del entorno de nacimiento en la salud física y emocional del recién nacido⁵.

En 1985, en una reunión de la OMS para la Región Europea, realizada en Brasil, se establecieron recomendaciones basadas en una serie similar de prácticas, participando expertos en partos, procedentes de todas las regiones de la OMS,

para aclarar, el lugar que consideran que deben ocupar estas prácticas en la atención al parto normal.⁶ Además de aplicar las mejores evidencias científicas para definir los procedimientos más adecuados para la atención sexual y reproductiva.⁷

Se clasificaron recomendaciones acerca del Parto Normal en cuatro categorías:

- 1) Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- 2) Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.
- 3) Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- 4) Prácticas que con frecuencia se utilizan⁶

Desde hace más de tres décadas, una serie de conferencias internacionales realizadas en el marco de los derechos humanos como la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), se expresaba ya la preocupación por la creciente utilización de nuevas tecnologías en la atención del nacimiento, el rápido incremento de la tasa de cesáreas, la ascendente demanda de grupos de mujeres por recuperar el control de sus experiencias, por un nacimiento más “humano” así como la importancia de considerar las diferencias entre niveles de mortalidad perinatal como una cuestión de inequidad⁸. La Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un

daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”⁹

Conjuntamente con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará” (1996), han alertado sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte integral e indivisible de los derechos humanos universales.⁹ La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano ¹⁰. El abuso que se ejerce en contra de las mujeres en las salas de maternidad es un problema de salud pública y derechos humanos, de larga historia que cada vez cobra mayor interés en varios países y motivo de intervención legal en la región de las Américas. A pesar de ello no hay un consenso en los términos a utilizar, su definición y las posibles causas del problema; lo que demuestra que nos enfrentamos a un complejo problema social en donde converge un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género. ¹¹

Si bien, la violencia obstétrica es un problema de salud pública ampliamente conocido, son pocos los países que cuentan con una legislación que respalde a la mujer en relación a esto, entre los cuales se encuentra Venezuela, al ser el primero en América Latina en contar con una Ley sobre el derecho a las mujeres a

una vida libre de violencia, que defina las conductas de rutina obstétrica que son considerados como violencia de género en los hospitales ¹²

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.¹³

En el ámbito internacional, por citar sólo un ejemplo de particular relevancia, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer ha documentado la existencia de diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú, así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de la población.¹⁴

En el 2002 d'Oliveira publicó los resultados de una investigación basada en información sobre la violencia ejercida contra las mujeres en instituciones de salud

de Perú, Brasil, Tanzania, Nigeria y Sudáfrica. En esta, se clasifica los actos de violencia en las categorías de negligencia, violencia verbal, violencia sexual y violencia física. Entre los principales hallazgos se menciona el tratamiento médico inapropiado y el uso de procedimientos no indicados, incluyendo la realización de cesáreas por conveniencia o ganancia monetaria del médico, tricotomía, inducción del trabajo de parto y episiotomía realizados rutinariamente, así como el aislamiento de la mujer ¹⁵

Por ello la necesidad de efectuar algunos cambios en la atención materno fetal, que deben ser regulados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país como lo marca la Iniciativa de Parto Amigable para la Madre en donde se establece el derecho de recibir información correcta y actualizada sobre los riesgos y beneficios de todos los procedimientos, medicamentos y exámenes sugeridos para utilizarse durante el parto y el período de postparto, así como el derecho al consentimiento y al rechazo informado; recibir apoyo para tomar decisiones de manera informada acerca de lo que es mejor para ella y su bebé con base en sus valores y creencias individuales.¹⁶ Se debe reconocer que en estos tiempos, la concepción de la medicina es mucho menos mecanicista y unilateral que en décadas pasadas, sin embargo, los procesos de medicalización del parto siguen aún vigentes, ya que no se ha logrado tener en cuenta las particularidades de los sujetos y grupos sobre los cuales actúa esta ciencia. ¹⁷

SITUACIÓN EN MÉXICO

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.

Los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.¹⁸

En México, la violencia ejercida contra las mujeres durante la atención a la salud reproductiva es un fenómeno que se ha presentado por décadas y de múltiples formas.¹⁹ Numerosos investigadores y activistas han estado recopilando evidencia de tales abusos durante varios años. Fuentes oficiales, como La Encuesta Nacional de planificación familiar y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, tienen información sobre violaciones en los derechos de la salud reproductiva. Las violaciones de los derechos reproductivos de las mujeres no ocurren solo cuando están en trabajo de parto, estos derechos son violados en otras formas, a veces más sutiles, como en los métodos utilizados para obtener el "consentimiento" de una mujer para la esterilización o inserción de un dispositivo

intrauterino; excluyendo un mujer de participar en las decisiones sobre el método o ignorando las solicitudes o quejas de las mujeres.²⁰

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), dedicada a promover y defender los derechos sexuales y reproductivos, en el informe “Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México”, establece que “Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su ‘consentimiento’, hasta formas en las que es posible constatar que ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos”²¹

En este documento se hace referencia a dos modalidades de violencia obstétrica: la física y la psicológica.

1. Física: tiene que ver con las prácticas invasivas no justificadas, entre estas se encuentran:
 - a) Falta de respeto a los tiempos y posibilidades del parto biológico.

- b) No permitir a la mujer elegir la posición durante el parto.
 - c) Uso de medicamentos, no justificados por el estado de salud de la mujer.
 - d) Intervenciones médicas innecesarias: episiotomía, tricotomía y enema como prácticas sistemáticas; uso rutinario de oxitocina, analgesia y anestesia; tasa excesiva de cesáreas, superior a la recomendada por la OMS (entre 10 y 15% de los nacimientos).
 - e) Esterilización o aplicación de métodos anticonceptivos temporales, sin brindar consejería previa a la paciente ni obtener su consentimiento. En este aspecto, se enfatiza que “la esterilización sin el debido consentimiento informado de la mujer constituye un acto de tortura y/o trato cruel, inhumano y degradante, y viola los derechos humanos a la salud y atención médica adecuada, a la igualdad y a la no discriminación, así como a la dignidad” ²¹
2. Violencia psicológica contempla: la omisión de información, el trato deshumanizado y los actos u omisiones que impliquen discriminación o humillación, ya sea cuando la mujer pide asesoramiento, cuando requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica.

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado es un proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento. Para que un consentimiento se considere informado, se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que la persona usuaria reciba información acerca de los

riesgos y beneficios del procedimiento, que esté consciente de que existen otras alternativas que pueden ser igualmente efectivas y sin que esté sujeta a ningún tipo de discriminación, amenazas, ni presiones.²²

Existe una serie de indicadores y datos que sugieren que la atención a las mujeres en México atraviesa por varias problemáticas. 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 expresa que un problema casi desapercibido es que 46.2% de los nacimientos de mujeres de (20-49) años son cesáreas (20.5% programadas y 25.7% por urgencias) refiriendo que en los 12 últimos 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%. 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, por encima de la recomendación de la OMS que sugiere que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe rebasar el 15%.²³

En la actualidad, en México más del 90% de las mujeres que viven en las grandes ciudades tienen su parto en hospitales, elevados números 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 médicos²⁴

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 de mala práctica médica. Entre junio de 1996 y diciembre de 2007 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) atendió un total de 18 443 quejas mediante procedimientos de conciliación y arbitraje. De las especialidades de las que más se reciben quejas en la CONAMED son ginecología y obstetricia con un 15%. El 79.5% de las quejas con evidencia de mala práctica se concentran 10 especialidades y, dentro de ellas, en las que se presenta el mayor porcentaje de daño físico es ginecología y obstetricia con 69%.²⁵

MARCO LEGAL

En el año 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en definir legalmente la violencia obstétrica y en tipificarla como delito. El artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”. La decisión legislativa de Argentina de enmarcar este abuso y maltrato de mujeres bajo la rúbrica de la violencia basada en el género permite identificar fallas tanto en el sistema de salud como en participación en la sociedad.²⁶ En su Ley de protección integral para las mujeres, contra la libertad reproductiva define en su Art.6 inc. e) la violencia obstétrica: aquella 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, de conformidad con la ley.²⁷

La Ley General de Salud reglamenta el derecho humano a la protección a la salud, previsto en el artículo 4o constitucional. En esta ley se establecen las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud así como la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. El capítulo V de esta Ley, dedicado a la atención materno-infantil, establece como acción prioritaria en el artículo 61, la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención psicológica que sea necesaria.²⁸

Nuestro país también se ha sumado a la preocupación de regular la violencia obstétrica por ello en el año 2007 se publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia a la que se le han incorporado reformas, la última de ellas en febrero del 2014²⁹. Asimismo, en dieciocho entidades federativas de la República (Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, estado de México, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz) cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus respectivas Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

En el Estado de Michoacán existe una iniciativa desde septiembre de 2014, para reformar la Ley por una Vida Libre de Violencia para las Mujeres³⁰

El 6 de enero de 2005 se publicó en el Diario Federal de la Federación la resolución que busca disminuir los daños obstétricos, los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de atención del embarazo, parto y puerperio³¹

SITUACIÓN ACTUAL

En el año 2013, se conformó la CONSAVO (Comisión Nacional sobre la Violencia Obstétrica), dedicada a tratar las sanciones posibles, ante la aparición de violencia obstétrica. La CONSAVO está formada por profesionales independientes, miembros de la Defensoría del Pueblo de la Nación, el INADI, la Superintendencia de Servicios de Salud, la Procuración General de la Nación, y organizaciones de mujeres que tratan la temática. La CONSAVO no se encuentran habilitadas para recibir denuncias, aunque sí a coordinar acciones interinstitucionales, como por ejemplo, sugerir los circuitos más convenientes para el tratamiento del tema.

Es así que durante el año 2013, la CONSAVO trabajó en la implementación de mecanismos que permitan a las usuarias que sufran violencia obstétrica realizar la exposición sobre lo acontecido durante su atención y efectuar la denuncia o reclamo correspondiente.³²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México existen múltiples investigaciones que identifican actos y omisiones de diversa índole que se traducen en formas de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante la atención médica en el proceso reproductivo, sin embargo solo se cuenta con un Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica que incluye seis Entidades Federativas (Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, México, Oaxaca y Veracruz, Además de la Ciudad de México). En el estado de Michoacán no existen estudios sobre la percepción de las usuarias en esta temática. El Hospital General “Dr. Miguel Silva” es un hospital de gran afluencia, registrándose 2 225 nacimientos durante el 2017, en el cual no se ha valorado la percepción de la usuaria en puerperio inmediato sobre la violencia obstétrica. Lo anterior con la finalidad de ampliar el panorama por parte del personal de salud, para sensibilización y concientización de los derechos de las usuarias así como de las obligaciones del personal involucrado en la atención de los servicios de salud, particularmente durante la atención del parto y puerperio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar el fenómeno de violencia obstétrica, frecuencia, tipos y personal involucrado en pacientes en puerperio inmediato del Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar a la paciente con violencia obstétrica y turno de atención.
2. Evaluar la frecuencia y los tipos de Violencia obstétrica en Puerperio inmediato en el Hospital General. Dr. Miguel Silva
3. Identificar los actos de violencia física más frecuentes Hospital General Dr. Miguel Silva.
4. Identificar las categorías del personal involucrados con mayor frecuencia en violencia obstétrica

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital General “Dr. Miguel Silva” existe una gran afluencia de pacientes que requieren resolución de un evento obstétrico, contando en el último año con 2,225 nacimientos, hecho que hace susceptible a la paciente en Puerperio presentar alguno de los tipos de violencia obstétrica; estas usuarias tienen características culturales diversas, por lo que pueden ser más vulnerables ante situaciones físicas y emocionales, es por eso el compromiso de recibir una atención con un alto estándar de calidad y enfocado a un sentido humanista

La importancia de esta investigación fue ampliar el panorama sobre de la situación actual de violencia obstétrica en este hospital que es de alta resolución en el Estado de Michoacán, en el cual se aplican acciones basadas en la Guía de práctica Clínica para atención del parto y puerperio, sin embargo existen ciertas recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud, que no son factibles realizarlas por el medio hospitalario, la gran demanda de usuarias y la infraestructura del mismo. Por el contrario existen otras prácticas que pueden modificarse y así beneficiar la atención durante el parto y conservar aquellas que han demostrado ser eficaces, esto como un ejercicio de retroalimentación al servicio de Ginecología y obstetricia. Con este proyecto se identificó la frecuencia de general de Violencia Obstétrica percibida por las pacientes en puerperio

inmediato, sus tipos y actos más frecuentes con la intención de realizar acciones oportunas para mejorar la calidad en la atención de las pacientes Obstétricas. La divulgación de los resultados puede ser un referente a nivel nacional, por lo que la información obtenida puede ser útil en otras instituciones de salud, esto para concientizar e identificar actitudes de violencia obstétrica y con ello tener una perspectiva más amplia del tema

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO

El estudio se realizó en todas las pacientes atendidas en el Hospital “Dr. Miguel Silva” durante el periodo Junio- Julio de 2018 en Puerperio Inmediato que autorizaron la aplicación del cuestionario y que cumplieron con los criterios de inclusión.

MUESTREO

No probabilístico a conveniencia del periodo. Se llevó a cabo de Junio a Julio del 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que recibieron atención obstétrica en el Hospital Dr. Miguel Silva en Puerperio inmediato post aborto, parto o cesárea, que acepten participar en el estudio.
- Mujeres en estado de salud y pleno uso de facultades que les permitiera tomar la decisión de participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No contar con consentimiento informado por la paciente.
- Incapacidad médica para contestar.
- No haber sido atendida en el Hospital Dr. Miguel Silva.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

INDICADORES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Objetivo específico	VARIABLES DE ESTUDIO	Clasificación	Unidades de medida
Caracterizar a la paciente con percepción de violencia obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna: número de años de vida 	Cuantitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. < de 20 años 2. 20- 35 años 3. >35 años
	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad: años escolares cursados 	Catagórica Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura Posgrado
	<ul style="list-style-type: none"> • Gesta: Número de embarazos 	Cuantitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta 2. Secundigesta Multigesta
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de evento obstétrico 	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto 2. Cesárea 3. Aborto
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado Civil. 	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda
	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación 	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de Casa 2. Empleada 3. Estudiante
	Turno: horario de Atención	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno
Evaluar la	Violencia Obstétrica: acción u omisión por parte	Catagórica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positiva: 3 o más preguntas afirmativas

<p>frecuencia y los tipos de Violencia obstétrica en Puerperio inmediato</p>	<p>del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización.</p>		<p>en el cuestionario 2. Negativa: Menor de 3 preguntas positivas</p>
	<p>1. Psicológica: Es el trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, humillante y carente de información oportuna durante la práctica obstétrica. Comprende la omisión de la información sobre la evolución de su parto</p>	<p>Categórica nominal</p>	<p>1. Psicológica (positiva con 2 reactivos positivos de la pregunta 1 a 12) 2. Física (Positiva con 1 reactivos positivos de la pregunta 13 a 22)</p>
	<p>2. Física: caracterizada por prácticas invasivas y suministros de medicación que son injustificados, para el estado de salud de la paciente o la falta de respeto de los tiempos y posibilidades del parto fisiológico</p>		
<p>Identificar los actos de violencia física más frecuentes</p>	<p>Actos de Violencia Obstétrica</p>	<p>Categórica Nominal</p>	<p>1. Tricotomía 2. Enema 3. Posición durante el parto 4. Amniotomía</p>

“FRECUENCIA Y TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUERPERIO INMEDIATO”

Hospital General Dr. Miguel Silva.			5.Tactos vaginal repetidos 6. Maniobra de Kristeller 7. Episiotomía 8.Revisión de cavidad sin anestesia 9. Otros
Identificar las categorías del personal involucrados con mayor frecuencia en violencia obstétrica	Personal: Colectivo de Trabajadores	Categoría nominal	1. Personal no especificado 2. Médico adscrito de ginecología y obstetricia 3. Médico residente 4. Enfermería 5. Pediatra 6. Anestesiólogo Estudiante

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

La fuente de información se obtuvo en base a un cuestionario estructurado de violencia obstétrica validado en Argentina “Test de Violencia Obstétrica” de acuerdo al marco legal de este País Ley Nacional N°26485 y Ley Nacional N°25929. Modificando por cuestiones institucionales y socioculturales de la población estudiada. El cuestionario constó de 27 preguntas únicamente se incluyeron 23 reactivos para la validación de violencia obstétrica, ya que 4 reactivos fueron referentes al conocimiento de la usuaria respecto a la temática. Para su aplicación se dividió en 3 secciones.

1. Información sociodemográfica de la usuaria la cual valoró edad, número de gestas, estado civil, escolaridad, ocupación, resolución de evento obstétrico y turno de atención del mismo.
2. Cuerpo de la encuesta el cual a su vez clasificó la información en cuanto a violencia psicológica y física, para la primera se realizaron 12 preguntas y en relación a violencia Física constó de 10 preguntas cerradas con opción de 2 únicas respuestas.

3. Esta sección constó de 5 preguntas, las 4 primeras para evaluación del conocimiento de la usuaria respecto al término violencia obstétrica y el personal involucrado en su atención. La pregunta número 25 fue referente al consentimiento informado, que se corroboró mediante el expediente clínico.

Para la evaluación de violencia obstétrica se incluyeron únicamente 23 preguntas, referentes a violencia psicológica (preguntas 1 a 12) y física (preguntas 13 a 22). Se consideró cuestionario positivo para violencia con 3 o más puntos afirmativos. Para la clasificación por sección debió contar con 2 puntos afirmativos referentes a actos psicológicos y 1 respecto a actos físicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se usó estadística descriptiva y los datos obtenidos del instrumento aplicado fueron analizados y presentados en forma de gráficas y tablas, para el análisis de las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar, las cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje. Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) La asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi Cuadrado. Se presentan tablas de contingencia y gráficos en porcentajes, así como tablas de distribución de frecuencias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo fue sometido a la evaluación del Comité de ética de este hospital y se realizó bajo los lineamientos que rige la investigación clínica, de acuerdo a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, considerándose que no implica riesgo a la población, ni tiene implicaciones éticas.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

1. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica.

2. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
3. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
4. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles
5. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
6. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
7. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de

ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

8. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado), incluyendo la participación en la investigación, tanto en el inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o en un menor entonces el permiso darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su conocimiento es muy importante.

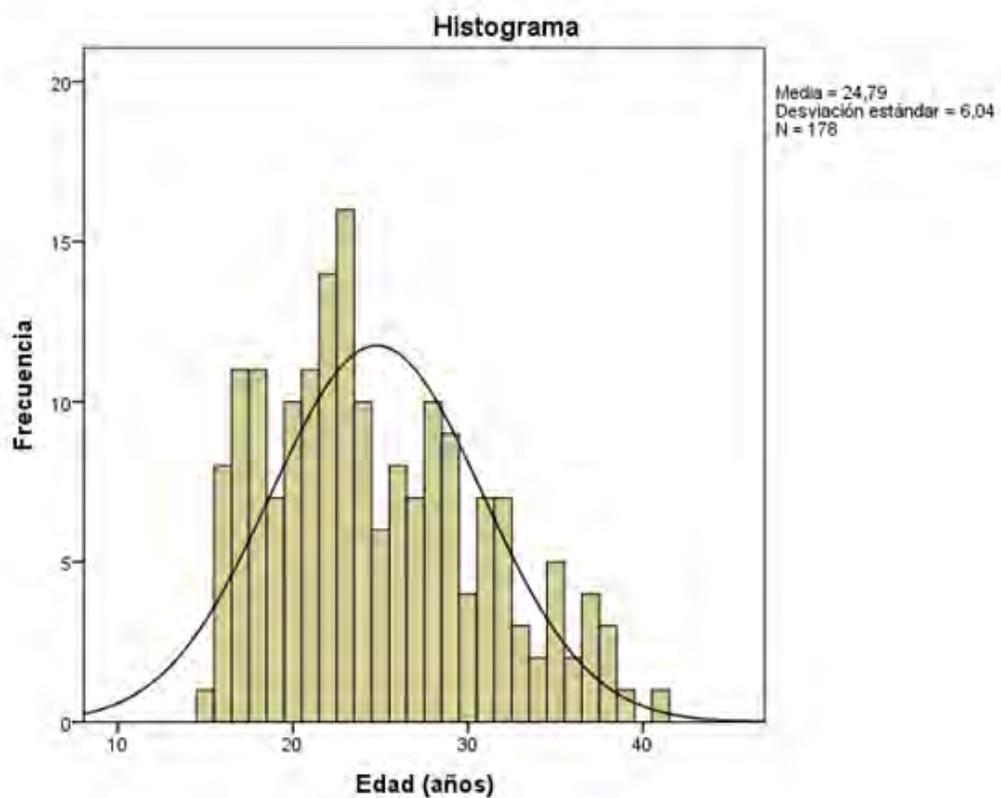
RESULTADOS

Durante el periodo Junio- Julio del 2018 se atendieron en el Hospital “Dr. Miguel Silva” 215 eventos obstétricos, de los cuales se incluyeron 178 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión del estudio.

Caracterización de las Pacientes. Del total de pacientes estudiadas la Media de edad materna fue de 24 años, con una desviación estándar de 6.04. Con un rango de edad mínima de 16 años y máxima de 41, predominando el grupo de 20-35 años (81%). (Gráfico 1), 54.5% contaban con escolaridad máxima de Secundaria (Gráfico 2), se encontró una media de gestas de 2, de las cuales 43.8% correspondía a Multigestas, presentando como máximo 6 gestas (Gráfico 3), la vía de resolución fue Parto Eutócico en 68.5% de los casos (Tabla 1), el 66.29% de las encuestadas se encontraban en unión libre (Tabla 2), 93.82% eran amas de casa (Gráfico 4), el turno de mayor atención a usuarias fue el turno matutino con un 40.4% (Tabla 3 y 4) , en el cual se registró mayor índice de violencia Psicológica 20.2% (Tabla 3) y violencia Física 21.3% (Tabla 4).

Gráfico 1:

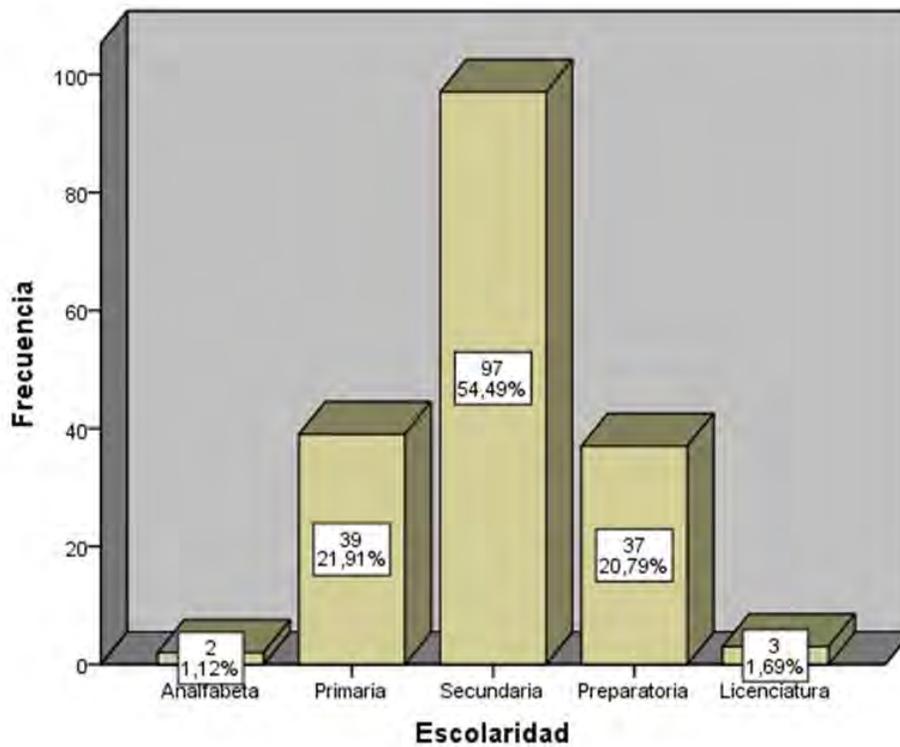
Histograma. Edad Materna. Violencia Obstétrica
Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018



Fuente: base de datos del estudio

Gráfica 2:

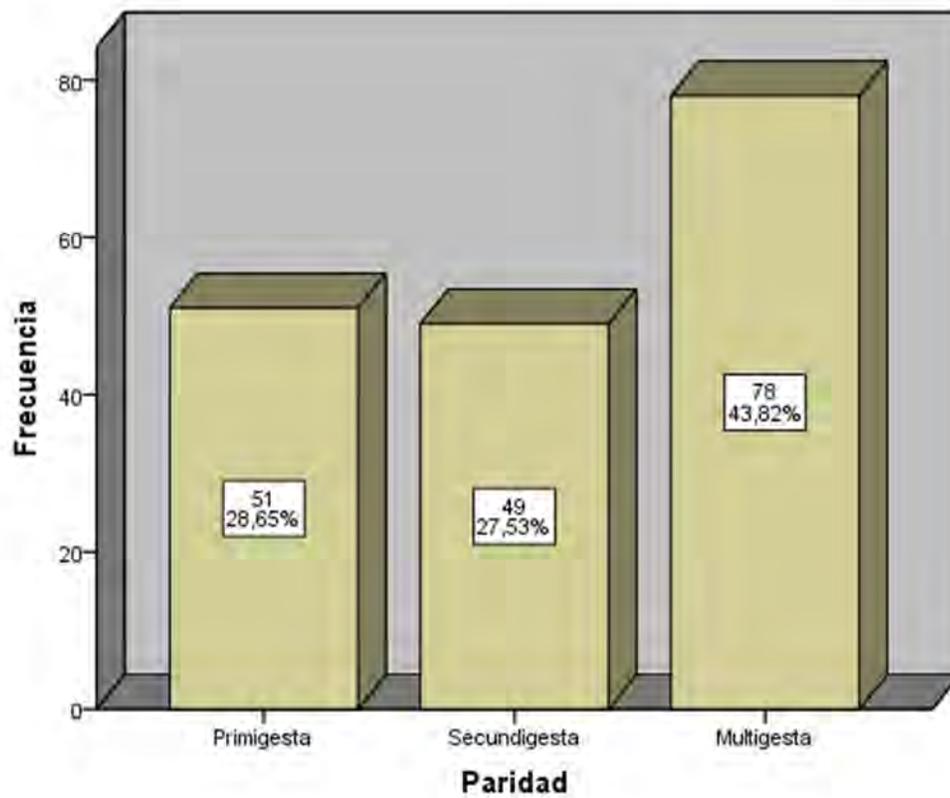
Histograma. Escolaridad de las Usuaris. Violencia Obstétrica Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.



Fuente: base de datos del estudio

Gráfica 3.

Histograma. Número de Gestas. Violencia Obstétrica
Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.



Fuente: base de datos del estudio

Tabla 1.

Vía de Resolución de Evento Obstétrico en porcentaje. Violencia Obstétrica Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.

Resolución de evento obstétrico		
	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	2	1,1
Cesárea	54	30,3
Parto	122	68,5
Total	178	100,0

Fuente: base de datos del estudio

Tabla 2:

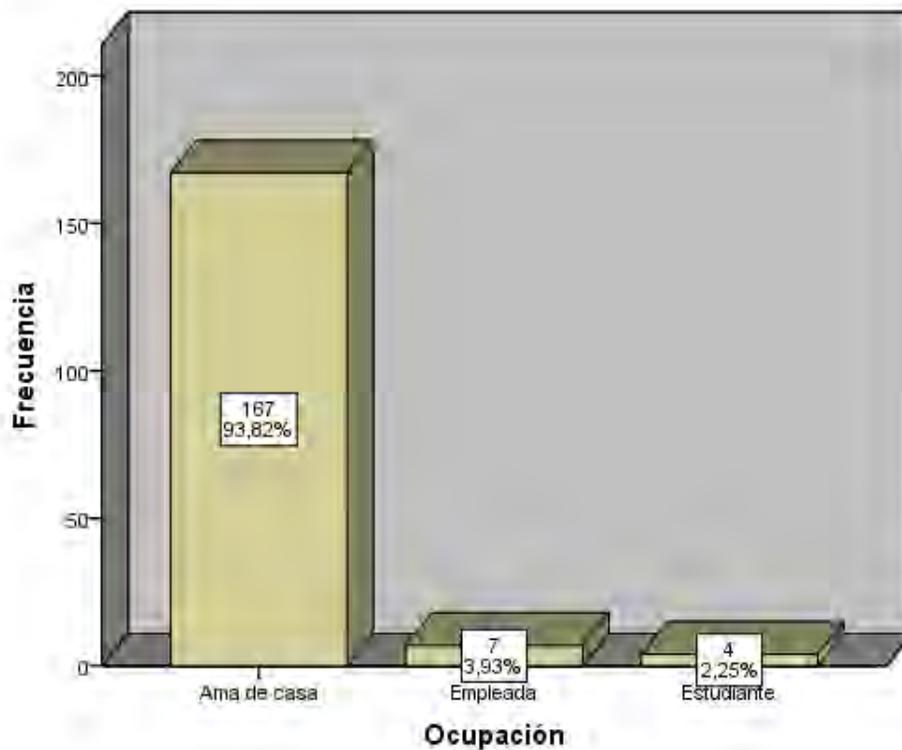
Estado Civil en porcentaje. Violencia Obstétrica Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.

Estado Civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Casada	52	29,2
Soltera	6	3,4
Unión Libre	118	66,3
Separada	2	1,1
Total	178	100,0

Fuente: base de datos del estudio

Gráfica 4:

Histograma. Ocupación de las Usuarias. Violencia Obstétrica Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.



Fuente: base de datos del estudio

Tabla 3:

**Turno de Atención con porcentaje de Violencia Psicológica.
Hospital "Dr. Miguel Silva". Morelia, año 2018.**

		Tabla cruzada								
		Puntaje de violencia Psicológica							Total	
		0	1	2	3	4	5	6		
Turno	Matutino	Recuento	36	14	9	4	2	4	3	72
		% del total	20,2%	7,9%	5,1%	2,2%	1,1%	2,2%	1,7%	40,4%
	Vespertino	Recuento	33	10	4	3	2		2	54
		% del total	18,5%	5,6%	2,2%	1,7%	1,1%		1,1%	30,3%
	Nocturno	Recuento	36	3	3	5	5			52
		% del total	20,2%	1,7%	1,7%	2,8%	2,8%			29,2%
Total		Recuento	105	27	16	12	9	4	5	178
		% del total	59,0%	15,2%	9,0%	6,7%	5,1%	2,2%	2,8%	100,0%

Tabla 4:

**Turno de Atención con porcentaje de Violencia Física. Violencia Obstétrica
Hospital "Dr. Miguel Silva". Morelia, año 2018.**

		Tabla cruzada							
		Puntaje de Violencia Física						Total	
		0	1	2	3	4	5		
Turno	Matutino	Recuento	34	15	12	6	3	2	72
		% del total	19,1%	8,4%	6,7%	3,4%	1,7%	1,1%	40,4%
	Vespertino	Recuento	27	9	8	6	4		54
		% del total	15,2%	5,1%	4,5%	3,4%	2,2%		30,3%
	Nocturno	Recuento	39	3	5	4		1	52
		% del total	21,9%	1,7%	2,8%	2,2%		0,6%	29,2%
Total		Recuento	100	27	25	16	7	3	178
		% del total	56,2%	15,2%	14,0%	9,0%	3,9%	1,7%	100,0%

Fuente: base de datos del estudio

Frecuencia de Violencia y Tipos: de las 178 encuestas realizadas, 36 (20.22%) se clasificaron como positivas a Violencia Obstétrica cumpliendo el criterio de 3 o más puntos afirmativos, presentando un máximo de 6 puntos para violencia Psicológica y 5 para violencia Física (Tabla 3), 46 (25.84%) fueron positivos a violencia Psicológica a partir de 2 puntos (Tabla 4), 78 (43.82%) cuestionarios resultaron positivos para violencia Física (Tabla 5).

Tabla 3:

**Encuestas Positivas en Porcentaje. Violencia Obstétrica
Hospital "Dr. Miguel Silva". Morelia, año 2018**

Tabla cruzada a partir de 1 punto de violencia Física y de 2 puntos de violencia Psicológica							
		Puntaje Violencia Psicológica					Total
		2	3	4	5	6	
Puntaje Violencia Física	1	Recuento	4	4	2		11
		% del total	11,1%	11,1%	5,6%		30,6%
	2	Recuento	3	4	3		11
		% del total	8,3%	11,1%	8,3%		30,6%
	3	Recuento	3	1	2	2	9
		% del total	8,3%	2,8%	5,6%	5,6%	25,0%
	4	Recuento	1			1	3
		% del total	2,8%			2,8%	8,3%
	5	Recuento	1	1			2
		% del total	2,8%	2,8%			5,6%
Total		Recuento	12	10	7	3	36
		% del total	33,3%	27,8%	19,4%	8,3%	100,0%

Fuente: base de datos del estudio

Tabla 4:

**Violencia Física en Porcentaje. Violencia Obstétrica
Hospital "Dr. Miguel Silva". Morelia, año 2018.**

Tabla cruzada de Puntaje de Física por Violencia Física				
Recuento		Violencia Física		Total
		negativa	positiva	
Puntaje Violencia Física	0	100	0	100
	1	0	27	27
	2	0	25	25
	3	0	16	16
	4	0	7	7
	5	0	3	3
Total		100	78	178

Fuente: base de datos del estudio

Tabla 5:

**Violencia Psicológica en Porcentaje. Violencia Obstétrica
Hospital "Dr. Miguel Silva". Morelia, año 2018.**

Tabla cruzada de Puntaje Psicologico por Violencia Psicológica				
Recuento		Violencia Psicológica		Total
		negativa	positiva	
Puntaje Violencia Psicológica	0	105	0	105
	1	27	0	27
	2	0	16	16
	3	0	12	12
	4	0	9	9
	5	0	4	4
	6	0	5	5
Total		132	46	178

Fuente: base de datos del estudio

Actos de Violencia: el acto de violencia Psicológica más frecuente identificado fue en relación a contacto inmediato con el recién nacido con un 14%, seguido de la imposibilidad de preguntar o manifestar inquietudes, al igual que a la percepción de las usuarias a las expectativas y colaboración en el evento obstétrico ocurriendo en un 12.9% y en tercer lugar con 11.2% en demora de la atención médica (Tabla 6). La Amniotomía fue el acto de violencia física más frecuente obteniendo el 16.9%, 15.7% de las usuarias declararon la administración de medicación para “apresurar” el parto, 14.6% afirmaron que se le realizó revisión de cavidad sin anestesia y sin consentimiento. (Tabla 7).

Tabla 6:

Actos de Violencia Psicológica con porcentaje. Violencia Obstétrica Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.

Actos de Violencia Psicológica			
		Frecuencia	Porcentaje
El personal de salud le atendió respetuosamente	Si	166	93,3
	No	12	6,7
Se demoraron en otorgarle la atención médica	Si	20	11,2
	No	158	88,8
Le atendieron con respeto en todo momento	Si	171	96,1
	No	7	3,9
El personal de salud hacia comentarios irónicos, descalificativos o en tono de burla acerca de su estado	Si	4	2,2
	No	174	97,8
Le trataron con sobrenombres, diminutivos como si fueran incapaz de comprender en donde se encontraba y lo que estaba sucediendo	Si	10	5,6
	No	168	94,4
Al recibir la atención médica le hablaron con palabras altisonantes o criticaron por llora, gritar de dolor, emoción, alegría u otra manifestación de ánimo	Si	8	4,5
	No	170	95,5
No le era posible preguntar o manifestar sus inquietudes porque le hablaron de mala manera o no le hacía caso	Si	23	12,9
	No	155	87,1
Se le aplicó el contacto inmediato con su recién nacido antes que se lo llevara al pediatra para su atención	Si	153	86,0
	No	25	14,0
Pudo acariciar, tener en brazos, ver el sexo, hablarle, darle pecho, etc. a sus bebé	Si	160	89,9
	No	18	10,1
Después del parto ¿Sintió que no había estado a la altura de lo que esperaba de usted (que no había colaborado)?	Si	23	12,9
	No	155	87,1
Puede decir que la experiencia del parto ¿le hizo sentir vulnerable, culpable, insegura?	Si	15	8,4
	No	163	91,6
Considera que su médico tratante no le propuso alternativas de atención médica y usted no pudo decidir libremente	Si	18	10,1
	No	160	89,9

Tabla 7:

**Actos de Violencia Física con porcentaje de Violencia Física.
Violencia Obstétrica. Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.**

		Actos de Violencia Física	
		Frecuencia	Porcentaje
Le realizaron procedimientos médicos sin solicitar su consentimiento o sin explicarle que eran necesarios	Si	5	2,8
	No	173	97,2
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	Si	24	13,5
	No	154	86,5
Compresión de abdomen en el momento de las contracciones	Si	15	8,4
	No	163	91,6
Administración de medicación para “apresurar” el parto	Si	28	15,7
	No	150	84,3
Amniotomía	Si	30	16,9
	No	148	83,1
Tricotomía	Si	13	7,3
	No	165	92,7
Enema evacuante	Si	1	,6
	No	177	99,4
Episiotomía	Si	17	9,6
	No	161	90,4
Cesárea	Si	2	1,1
	No	176	98,9
Revisión de cavidad sin anestesia	Si	26	14,6
	No	152	85,4
En el trabajo de Parto le obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad	Si	4	2,2
	No	174	97,8
¿Le obligaron a quedarse en cama sin poder caminar o buscar posiciones según sus necesidades y le explicaron por qué?	Si	2	1,1
	No	176	98,9
Analgesia obstétrica	Si	1	6
	No	177	99,4

Fuente: base de datos del estudio

Personal Identificado: 17.4% de usuarias declararon ser víctimas de violencia y dentro del personal involucrado se ubicó a enfermería con un 51.6%. (Tabla 8). Se identificó con 61.2% al sexo femenino como agresor. (Tabla 9).

Tabla 8:

Personal Identificado en Porcentaje. Violencia Obstétrica Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.

Personal Identificado		
	Frecuencia	Porcentaje
Ginecólogo	9	29,0
Residente	5	16,1
Enfermera	16	51,6
Estudiante	1	3,2
Total	31	100,0

Fuente: base de datos del estudio

Tabla 9:

Sexo del Personal Identificado. Violencia Obstétrica Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.

Sexo del Personal Identificado		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	19	61,3
Masculino	12	38,7
Total	31	100,0

Fuente: base de datos del estudio

Conocimiento de Violencia: el 34.8% de las encuestadas afirmó conocer el término “Violencia Obstétrica” (Tabla 10), identificándolo como Maltrato en 59.6% (Tabla 11).

Tabla 10:

**Conocimiento de Violencia Obstétrica
Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.**

Conocimiento del término “Violencia Obstétrica”		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	34,8
No	116	65,2
Total	178	100,0

Fuente: base de datos del estudio

Tabla 11:

**Concepto de Violencia Obstétrica
Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018**

Término “Violencia Obstétrica”		
	Frecuencia	Porcentaje
Maltrato	37	59,6
Ofender	11	17,7
Golpear	3	4,9
Negar atención	2	3,3
Mala atención	7	11,2
No explicar	2	3,3
Total	62	100,0

Percepción de violencia por grupos: se encontró significancia estadística en los grupos comparados Partos Versus Cesárea con una probabilidad de percepción de violencia de 3,05 mayor en partos (IC 95% 1,09-5,01), en relación a la edad la probabilidad fue 2,7 mayor en pacientes mayores de 18 años (IC 95% 0,74-4,6), en las usuarias multigestas se obtuvo una probabilidad 2,31 (IC 95% 0,35-4,2) mayor que en las primigestas (Figura 1). Dentro de los actos de violencia Psicológica se identificó menor probabilidad de contacto inmediato con Recién Nacido en relación a la cesárea respecto al parto OR 2,21 (IC 95% 0,25-4,17) Figura 2. La violencia Física fue más frecuente en partos comparado con el grupo de Cesáreas OR 2,24 (IC 95% 0,28-4,2), la probabilidad de episiotomía fue 13,3 veces más frecuente en Primigestas comparado con Multigestas (IC 95% 11,3-15,2), en relación al turno se presentó mayor probabilidad de violencia física en el turno matutino respecto al nocturno OR 3.35 (IC 95% 1.39-5,31) Figura 3.

Figura 1:

Percepción de Violencia Obstétrica
Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018.

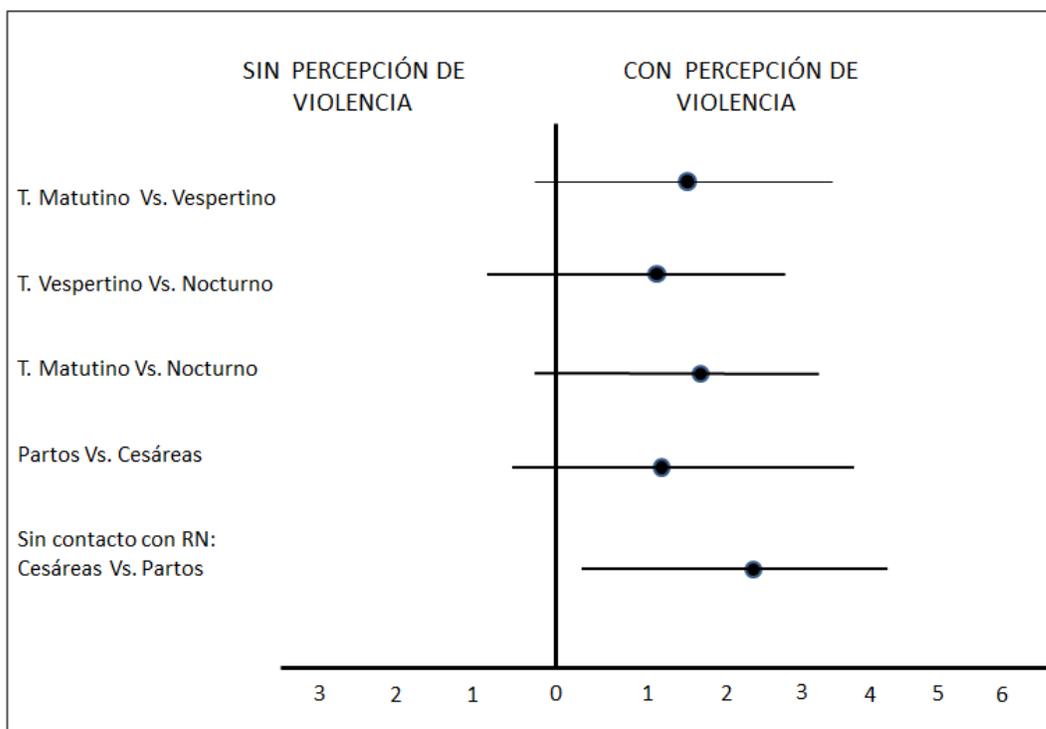


Fuente: base de datos del estudio

Figura 2:

**Percepción de Violencia Psicológica
Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018**

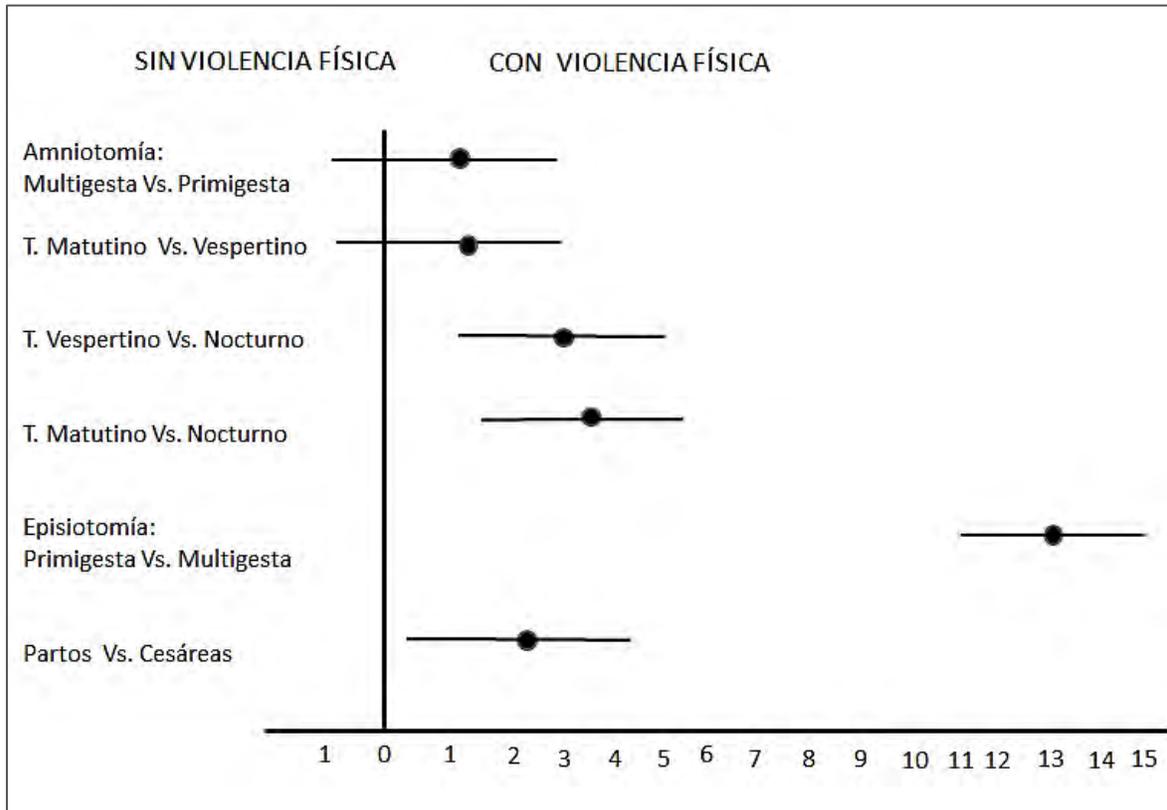
Probabilidad de Percepción de Violencia Psicológica
Respecto a las características de la población estudiada



Fuente: base de datos del estudio

Figura 3:

**Percepción de Violencia Física
Hospital “Dr. Miguel Silva”. Morelia, año 2018**



Probabilidad de Percepción de Violencia Física
Respecto a las características de la población estudiada

Fuente: base de datos del estudio

DISCUSIÓN

La violencia Obstétrica consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, en menoscabo de la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.

El objetivo del estudio fue caracterizar el fenómeno de violencia obstétrica, frecuencia, tipos y personal involucrado en pacientes en puerperio inmediato del Hospital General “Dr. Miguel Silva”; planteándose la hipótesis de que la frecuencia en el hospital era menor a la reportada a nivel nacional. Para la realización de este estudio se aplicó un cuestionario que evalúa el apego a las recomendaciones emitidas por la OMS y con un enfoque de Parto humanizado. De esta evaluación se identificó que el 20.22% fueron víctimas de Violencia Obstétrica, porcentaje menor que el reportado a nivel nacional 37-50%, sin embargo al tener los datos clasificados por tipo de violencia, se identificó mayor frecuencia de Violencia Física con 43.82% y 25.84% para Violencia Psicológica. Se identificó que existe hasta 3 veces más de posibilidades de violencia obstétrica asociada a parto que

en cesárea, sin embargo de acuerdo a las recomendaciones de la OMS la resolución abdominal sobrepasa el límite aceptado (15%), presentándose hasta en un 30.3%.

Del estudio se desprende información que pudiera impactar en la atención de las pacientes en trabajo de parto, como lo es la identificación de actos de práctica rutinaria, dentro de ellos la realización de Amniotomía que de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y Manejo de Trabajo de Parto, debe reservarse para mujeres con un progreso anormal de trabajo de parto o sospecha de afectación de bienestar fetal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto, sin embargo se registró en un 16.9% de las pacientes. Respecto a la inducción o conducción del trabajo de parto debe tener indicación precisa y no aplicarse en todas las pacientes de manera rutinaria a pasar de eso 15.7% de las encuestadas reportaron la administración de medicamentos para “apresurar” el parto. Se cuenta con fundamentos científicos que sustentan que la revisión manual no debe realizarse de manera rutinaria no obstante se presentó en un 14.6%. Además se identificó que no se había brindado información sobre dichos procedimientos que contrasta con la evidencia en el expediente ya que todas contaban con consentimiento informado firmado. Se ha identificado a la episiotomía como uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados en obstetricia sin embargo sólo se presentó en 9.6% de las usuarias, porcentaje muy por debajo según el referente de la ACOG que reporta una tasa de 33% en mujeres atendidas en parto, aunque su práctica dentro del estudio fue 13 veces más frecuente en

primigestas, a pesar de que los datos actuales y opinión de clínicos sugiere que no hay evidencia suficiente para recomendarla de rutina.

Es importante señalar que existen actos en desuso en esta institución como lo son el enema evacuante y la tricotomía lo que sugiere una buena práctica Clínica, además hay una gran tendencia a la posibilidad de las usuarias para elegir la posición y deambulación durante la conducción de trabajo de parto según sus necesidades ya que 98.9% de ellas pudo decidir libremente.

La evidencia científica proporciona respaldo para incentivar el contacto piel a piel o alojamiento conjunto inmediato entre madre e hijo como estándar de atención para los recién nacidos sanos a término, sin embargo en el análisis de la encuesta se encontró que casi una cuarta parte de las usuarias no pudo tener contacto inmediato con su Recién Nacido. Esta posibilidad aumenta 2,2 veces si la vía de terminación del embarazo es mediante Cesárea que quizá es debida a que la conformación de las instalaciones del área de Tococirugía del Hospital no lo permite.

La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado, disipar dudas, proporcionar una información amplia y detallada, mostrando comprensión, apoyo y respeto, dichas prácticas han demostrado contribuir a la satisfacción de la experiencia del parto, lo anterior toma relevancia en la institución puesto que en 13% de las pacientes las expectativas del evento obstétrico no fueron las esperadas, con el mismo porcentaje no les fue posible manifestar inquietudes por falta de atención. Sin embargo es importante resaltar

que 93.3% de las usuarias declararon ser atendidas con respeto por parte del personal de salud enfoque que debe continuar y aumentar.

A pesar de que es más probable que las mujeres adolescentes, primigestas sufran trato irrespetuoso y ofensivo en nuestro estudio se evidenció que en la población de más de 18 años existió 2,7 veces más posibilidades de violencia comparado con las menores de 18 años, además las pacientes multigestas presentaron 2,31 más veces de probabilidad de Violencia Obstétrica en comparación con las primigestas.

Al evaluar la presencia de Violencia por turnos destaca que la violencia Física se hizo notar 3 veces más en el matutino cuando fue comparado con el nocturno, al igual que cuando se comparó el turno vespertino con el nocturno, por lo anterior es necesario realizar cambios en las prácticas rutinarias con el fin de brindar una atención con mayor apego a la normativa y así disminuir la violencia en las salas de obstetricia.

CONCLUSIONES

Se cumplieron los objetivos planteados. La percepción global de la violencia obstétrica fue de 20.22%. En nuestro medio se identificaron más actos de la violencia Física siendo positiva hasta en un 43% y 25% para Psicológica. La mayoría de las pacientes presentan escolaridad baja y son amas de casa sin embargo no se encontró mayor frecuencia en este grupo de mayor vulnerabilidad. La posibilidad de violencia de incrementó en mayores de 18 años y en multigestas. Se identificó a la Amniotomía como el acto físico más frecuente y respecto al psicológico la falta de contacto inmediato a recién nacido especialmente en las cesáreas. El turno en que se presentó menos violencia física fue el turno nocturno, sin diferencia significativa en relación a la psicológica. El personal identificado como generador de violencia fue en un 50% enfermería y el sexo femenino en más del 50%.

RECOMENDACIONES

Fomentar un proceso de cambio en la atención de Trabajo de Parto, con la finalidad de disminuir intervenciones innecesarias y rutinarias que no cuentan con evidencias de efectos positivos, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica “Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo” y normativas vigentes.

- Incentivar un trato cordial, positivo y respetuoso del personal de salud con las usuarias, tomando en cuenta sus necesidades y expectativas.
- Brindar información veraz, clara, oportuna y completa de los procedimientos a realizar y en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentar a consecuencia del acto médico.
- Aumentar el apego inmediato con el Recién Nacido, fomentando en vínculo inmediato con la madre

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de información en Reproducción Elegida. Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos. México: GIRE;2013.
2. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
3. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Omisión e indiferencia. Violencia obstétrica. México: GIRE;2013.
4. Leboyer F. Por un nacimiento sin violencia [internet] 2ª ed. Madrid: Mandala ediciones; 2008[2010; 02.03.2018] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/por-un-nacimiento-sin-violencia>
5. Almaguer, J.A., García, H.J. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en cifras, 2012: 10(2); 44-59.

6. OMS, Cuidados en el Parto normal: una Guía práctica. Informe presentado por el grupo técnico de Trabajo, Ginebra, 1996.
7. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y Recomendaciones. México: CENETEC; 2014.
8. Beverley C, Mangiaterra V. Appopriate perinatal technology: A world health Oranization perspective. Lancet. 1985;24:436-7.
9. WHO. Violencia contra la Mujer. 2016.
10. Asamblea General de la ONU. Declaración sobre la eliminación de violencia contra la mujer. 20 de diciembre de 1993.
11. Valdez S, Hidalgo S, Mojarro M., Arenas M. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Rev CONAMED. 2013; 18(1):14-20.
12. Figueroa P, Hurtado R, Valenzuela DG, Bernal C . Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias sonorenses. SANUS. 2017;2(4): 14-20.

13. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014.
14. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre Violencia Obstétrica en México. Revista CONAMED. 2014;19(1):37-42.
15. Comisión Nacional de Derechos Humanos programas sobre asuntos de la niñez y la familiar. Violencia Obstétrica. Violación a los derechos humanos en México. 2015.
16. La iniciativa para un parto amigable. [internet] 2008 [citado 2018 Mar 12]
Disponible en:
http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_en_espanol.pdf
17. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos
Revista Redbioética(UNESCO) 2013;1: 25-34.
18. Villanueva E. “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-
obstetra”. Revista CONAMED. 2010; 15 (3):148.
19. Comisión Ejecutiva de atención a víctimas. Diagnóstico sobre victimización a
causa de violencia obstétrica en México. Octubre 2016.

20. Castro R, Erviti J. Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico. *Health and Human Rights*. 2003;7(1): 90-110.
21. Grupo de información en Reproducción Elegida. Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE;2015.
22. Rachel Jewkes. Violence against women must concern obstetrician–gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(1):1-2.
23. Secretaria de Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Guía de Implantación. México, 2016.
24. Tracy S, Mark B. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG*. 2003;110(8):717–724.
25. Castro R, Erviti J. La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: rico B, Lpez MP, Espinoza G, editors. *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México:SSA-UNIFEM; 2003. p.245-63.

26. Belli F. Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013; 1(7): 25-34.
27. Herrera VC. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):65–73.
28. Ley general de la salud, México. Cámara de diputados del H. Congreso de la unión, 2013.
29. Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación México, 1 de febrero de 2007.
30. Iniciativa de Decreto de Atención y Fomento al Parto Humanizado del Estado de Michoacán de Ocampo. H. Congreso del estado de Michoacán de Ocampo. Octubre 2016.
31. 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.

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Yo: C. _____ Edad: _____

Doy mi autorización en forma voluntaria para ser incluida en el estudio titulado “Evaluación de la Percepción de violencia obstétrica en Puerperio inmediato”, el cual se llevará a cabo en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” y será realizado por el Dr. José Antonio Sereno Coló Médico adscrito del servicio de Ginecología y la Dra. Ana Luisa Geldis Mendoza, Residente de la especialidad de Ginecología y obstetricia, así como por los médicos residentes y adscritos del servicio de Ginecología y Obstetricia.

Se me ha informado que:

- Se me hará una serie de preguntas claras sobre la atención en el trabajo de parto y Puerperio inmediato

Se me ha informado que se realizará bajo los lineamientos que rige la investigación, considerándose éticamente sin riesgo para el binomio materno fetal. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados. La persona responsable del estudio se ha comprometido a mantener en completa confidencialidad mi identidad y los datos obtenidos de mi persona.

Firma del paciente

Anexo 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"FRECUENCIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUERPERIO INMEDIATO"

Número de encuesta _____

Identificación General (Sección No.1)

Edad: _____ Número de embarazos: ___ P ___ C ___ A ___
 Estado civil: unión libre ___ Casada ___ Separada ___ Divorciada ___ Soltera ___
 Viuda _____
 Escolaridad: Ninguno ___ Primaria ___ Secundaria ___ Preparatoria ___
 Licenciatura ___ Posgrado ___
 Ocupación _____
 Resolución de evento obstétrico: P ___ C ___ A ___
 Cesárea programada ___ Urgencia _____ Turno: _____

No.	Cuerpo de la Encuesta	Si	No
1	¿El personal de salud le atendió respetuosamente?		
2	¿Se demoraron en otorgarle la atención médica?		
3	Le atendieron con respeto en todo momento		
4	¿El personal de salud hacia comentarios irónicos, descalificativos o en tono de burla acerca de su estado?		
5	¿Le trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamacita, etc), como si fuera incapaz de comprender en donde se encontraba y lo que estaba sucediendo		
6	Al recibir atención médica le hablaron con palabras altisonantes o criticaron por llorar, gritar de dolor, emoción , alegría u otra manifestación de ánimo		
7	No le era posible preguntar o manifestar sus inquietudes por que le hablaban de mala manera o no le hacía caso		
8	Se le aplicó el contacto inmediato con su recién nacido antes que se lo llevara el pediatra para su atención		
9	Pudo acariciar, tener en brazos, ver el sexo, hablarle, darle pecho, etc a su bebé		
10	Después del parto ¿Sintió que no había estado a la altura de lo que se esperaba de usted (que no había colaborado)?		
11	Puede decir que la experiencia de la atención del parto ¿le hizo sentir vulnerable, culpable, insegura?		
12	¿Considera que su médico tratante no le propuso alternativas de atención médica (intervenciones procedimientos médicos) y usted no pudo decidir libremente?		

"FRECUENCIA Y TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUERPERIO INMEDIATO"

13	Le realizaron procedimientos médicos sin solicitar su consentimiento o sin explicarle que eran necesarios		
14	Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas		
15	Compresión de abdomen en el momento de contracciones		
16	Administración de medicación para "apresurar" el parto		
17	Episiotomía (corte vaginal para disminuir la probabilidad de desgarro)		
18	Cesárea		
19	Revisión de cavidad si anestesia		
20	En el trabajo de parto le obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad ante está posición?		
21	¿Le obligaron a quedarse en cama sin poder caminar o buscar posiciones según sus necesidades y le explicaron por qué?		
22	Analgesia obstétrica		
23	¿Conoce qué es Violencia obstétrica?		
24	¿Qué entiendes por violencia obstétrica? _____ -----		
25	Consentimiento informado		
26	Género violentador Masculino _____ Femenino _____		
27	Personal médico: <ul style="list-style-type: none"> • Ginecólogo • Enfermería • Médicos residentes • Directivos • Estudiantes • Otro _____ 		

Comentarios: _____