



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**ESTADO DE
QUERÉTARO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO

SEDE: SESEQ QUERETARO, QUERETARO

**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y
PUERPERIO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE JALPAN QUERETARO”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. EDGAR ISAREL RUIZ GARCIA



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

QUERÉTARO, QUERÉTARO,

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO
EN EL HOSPITAL GENERAL DE JALPAN, QUERÉTARO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. EDGAR ISRAEL RUIZ GARCÍA

AUTORIZACIONES:

ESP. MED. FAM. Y M.C.E. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO**

ESP. MED. FAM. JAVIER LÓPEZ SÁNCHEZ

**ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES
SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERÉTARO**

ESP. MED. FAM. Y M.C.E. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ

**ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES
SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERÉTARO**

**M.C.E. SILVIA DE LOS ANGELES SANTOYO CRISTIANI
JEFE DE ENSEÑANZA ESTATAL**

QUERÉTARO, QUERÉTARO

2020

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y
PUERPERIO EN EL HOSPITAL GENERAL DE JALPAN
QUERETARO**

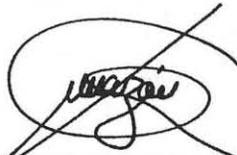
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

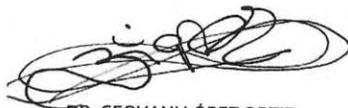
PRESENTA:

DR. EDGAR ISRAEL RUIZ GARCIA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



ÍNDICE

	Titulo	
1.	Introducción	6
2.	Marco teórico	8
2.1.	Violencia obstétrica	8
2.1.1.	Definición	8
2.1.2.	Factores asociados a la violencia obstétrica	8
2.1.3.	Tipos de violencia obstétrica	10
2.1.4	Complicaciones	11
2.2.	Parto	12
2.2.1.	Definición	12
2.2.2.	Primera etapa	12
2.2.2.1.	Fase Latente	12
2.2.2.2.	Fase Activa	13
2.2.3.	Segunda etapa	13
2.2.4.	Tercera etapa	14
2.2.4.1.	Alumbramiento	14
2.3.	Puerperio	15
2.3.1.	Definición	15
2.3.2.	Etapas del puerperio	15
2.3.2.1.	Puerperio inmediato	15
2.3.2.2.	Puerperio mediato o precoz	17
2.3.2.3.	Puerperio alejado	18
2.4.	Embarazo	18
2.4.1.	Definición	18
2.4.2.	Cambios fisiológicos	19
2.4.2.1.	Cardiovasculares	19

2.4.2.2.	Gastrointestinales	20
2.4.2.3.	Renales	21
2.4.3.	Parto humanizado	21
3.	Planteamiento del problema	22
4.	Justificación	24
5.	Hipótesis	25
6.	Objetivos	26
7.	Material y métodos	27
7.1.	Diseño de estudio	27
7.2.	Población y muestra	27
7.3.	Muestra de estudio	27
7.4.	Tipo de muestreo	27
7.5.	Criterios de selección	28
7.6.	Operacionalización de variables	29
7.7.	Procedimiento	30
7.8.	Procesamiento de datos	31
7.9.	Consideraciones éticas	32
7.10.	Cronograma de actividades	33
8.	Resultados	34
9.	Discusión	43
10.	Conclusiones	45
11.	Bibliografía	46
12.	Anexos	50

1. INTRODUCCION

El principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización que suele hacerse de la misma, desde el campo médico, como un problema básicamente de “calidad de la atención”. Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un problema de calidad, pero el tema no se agota ahí. El predominio de esta errónea construcción del problema explica la falla sistemática que han enfrentado las campañas por la “calidad” de la atención y el reiterado fracaso de los esfuerzos de “sensibilización” de los médicos, fracaso que a su vez se demuestra por las estadísticas de la propia CONAMED.

Los esfuerzos de prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de “calidad” y “calidez” de la atención desconocen la verdadera naturaleza del problema. El objeto de estudio debe construirse con un enfoque de género, bajo una perspectiva de derechos, y con el auxilio de los conceptos sociológicos de habitus profesional y campo médico. Tras argumentar la pertinencia de esta perspectiva, se muestra que la violación de derechos reproductivos de las mujeres es un epifenómeno de la estructura de poder del campo médico y también una consecuencia del papel que juegan sus principales actores en el mantenimiento del orden social de género vigente.

Derechos reproductivos y ciudadanía en salud A partir de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación a los diversos aspectos de la reproducción.

El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en su visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los derechos humanos bajo un enfoque de género. Así, el concepto de

salud reproductiva incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos. Incluye también el derecho al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la salud reproductiva va más allá de los cuidados para evitar trastornos de salud e incluye necesariamente la exploración de las condiciones sociales que permiten o impiden el acceso a ella. Entre tales factores, la desigualdad de género y la ideología que la sustenta son centrales. Para transformar esta realidad, se requiere de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en trabajo de parto, de la salud y de los derechos reproductivos, la maternidad, el proceso obstétrico.

Se requiere analizar también cómo conciben los médicos su trabajo en condiciones críticas, particularmente las relacionadas con las urgencias obstétricas y cómo se vinculan éstas con su práctica profesional cotidiana. Un conocimiento de esta naturaleza nos permite identificar mejor algunos de los principales determinantes de la violación de los derechos de las mujeres en este contexto, así como algunas de las condiciones que obstaculizan el pleno desarrollo de la agenda de la salud reproductiva en el espacio de la salud. Para enfocar así el problema, resulta de central importancia la noción de ciudadanía en su aplicación a la salud reproductiva, tanto del lado de los profesionales que la atienden como de las usuarias de dichos servicios. La ciudadanía reproductiva se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 Violencia obstétrica

2.1.1 Definición

Existen diversos tipos de violencia hacia la mujer, sin embargo, uno de los más relevantes, y del que se abordará en el presente estudio de investigación, es la violencia obstétrica (VO), la cual se define como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por el personal de salud, que expresa un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales ¹. Por otra parte, la VO también puede ser definida como la violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de la mujer expresado en un trato jerárquico deshumanizado, el abuso en la aplicación de medicamentos y patologización de los procesos naturales, lo que conlleva a la pérdida de su autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad y resulta amenazante en la atención de la salud sexual, embarazo, parto y puerperio ².

En la VO, el personal de salud sigue un indicador en común en todas las intervenciones médicas y tecnológicas que se realizan durante el trabajo de parto y puerperio, tales intervenciones son la medicalización excesiva, como es el uso de oxitocina, analgesia, la realización de cesáreas no justificadas, episiotomía, tactos vaginales en forma excesiva, revisión de cavidad uterina maniobras de Kristeller, amniorrexis, la utilización de fórceps la mayoría de los procedimientos médicos no están fundamentados en la evidencia científica, sino que se repiten y se aplican por rutina, porque generaciones de gineco-obstetras lo han hecho así y así lo han transmitido a los estudiantes de medicina en formación ³.

2.1.2 Factores asociados a la violencia obstétrica

La violencia obstétrica como violencia institucional tiene tres grupos de víctimas:

- Mujeres en trabajo de parto.
- Familiares de las mujeres, incluidas las y los recién nacidos.

- Personal de salud (especialmente obstétrico) que participa en la atención de las mujeres durante el parto ⁴.

En el caso específico de la violencia obstétrica, se le considera como un tipo de violencia institucional, producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos:

a) 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 de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer.

b) Un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos ⁴.

Los Derechos Humanos se violan con frecuencia en los establecimientos público-hospitalarios en México. En algunos casos, las mujeres que han llorado fuera o durante el parto informaron que los médicos han sido extremadamente autoritarios y represivo. Sus acciones solo pueden ser interpretadas dentro del marco de la inequidad de género que caracteriza a estos encuentros. Esto no es solo una "calidad de atención" problema, aunque sí reconocemos que los indicadores más recientes para medir la "calidad de la atención" tratar de considerar el tema de los derechos de las mujeres y el respeto a su libre albedrío ⁵.

Las interacciones del personal de salud, particularmente los médicos, y las mujeres que están siendo atendidas en las salas de labor y parto también demuestran la existencia de una propensión por parte de aquéllos a estructurar en términos jerárquicos el curso de la acción. Ello ocurre a través de varias estrategias. La primera consiste en emitir sobre la marcha o en hacer explícita una regla ad hoc que les permite delimitar el marco de referencia dentro del cual se esperan las conductas "apropiadas" de las mujeres ⁶.

Las interacciones mixtas, es decir, las que tienen lugar simultáneamente tanto entre médicos y enfermeras entre sí, como entre ellos y las mujeres en trabajo de parto, constituyen el tercer espacio en el que es posible observar en pleno funcionamiento el habitus médico cuya existencia he documentado hasta ahora. Se trata de situaciones que ofrecen información sociológica sumamente relevante, pues al mostrar a los actores entrando a y saliendo de escena, es posible visualizar, en el plano de sus conductas, los supuestos con los que actúan, sus predisposiciones ⁶.

El discurso médico dominante concibe a estos problemas fundamentalmente como cuestiones de “calidad de la atención”. Bajo esa perspectiva se lanzó la “cruzada nacional por la calidad de la atención” desde la Secretaría de Salud (en el sexenio 2000-2006), y se han promovido múltiples cursos de “capacitación” y “sensibilización” para el personal de salud, a fin de que pueda brindar un “trato digno” a las usuarias. El fracaso de esta estrategia está a la vista como lo demuestra el creciente número de quejas y denuncias en este campo. Las causas de este fracaso pueden estudiarse científicamente ⁷.

Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro. En los Estados Unidos de América (EE. UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto. Algunas estimaciones señalan que en ALC el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos⁸.

2.1.3 Tipos de violencia obstétrica

- I. No atiende o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas
- II. Altere 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
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer

- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas ⁹.

2.1.4 Complicaciones

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 derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende. No puede ser tomado como un derecho aislado, sino que debe ser comprendido desde una concepción integral de los Derechos Humanos. La existencia de este derecho obliga a los Estados a propiciar las condiciones en las cuales los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible y estas condiciones incluyen el acceso a los servicios de salud, pero también condiciones de trabajo saludables y seguras, alimentos nutritivos, trato digno y otras condiciones que muestran que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano ¹⁰.

Impacto de la violencia obstétrica en el recién nacido Según Ibone Olza, ignorantemente defendemos la idea de que los recién nacidos no sienten ni recuerdan, sin embargo, todos los movimientos y actuaciones que acontecen durante el parto quedan grabados en el bebé, incluso de por vida, en su cuerpo y su cerebro. Ciertas sensaciones y posturas que adoptamos cuando somos adultos, en numerosas ocasiones, son debidas a esas memorias tempranas ¹¹.

2.2 Parto

2.2.1 Definición

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. **Puerperio mediato**, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto ¹².

2.2.2 Primera etapa

Comienza con el inicio del trabajo de parto y termina cuando el cuello del útero está 100 por ciento borrado (afinado) y completamente dilatado unos 10 centímetros. El promedio de un trabajo de parto es de 10 a 14 horas para madres primerizas y es más corto para los nacimientos posteriores al primero ¹³.

Las diferentes definiciones del comienzo del parto se basan en el inicio de las contracciones uterinas y la evidencia de cambios cervicales o en ambos. Mientras que la consideración exclusiva de la presencia de contracciones uterinas para definir el inicio del parto implica que dicho comienzo sea establecido por la propia mujer, la inclusión de los cambios cervicales supone que se precisa la confirmación de un profesional ¹⁴.

2.2.2.1 Fase Latente

Esta fase inicia cuando las contracciones son regulares y termina cuando al tacto vaginal medimos una dilatación de 3cm. La duración del periodo de latencia es variable en promedio 6.4 horas para las primigestas y 4.8 para multigestas. Una duración mayor de 20 y 14 horas respectivamente se denomina como fase latente prolongada. Esta fase puede verse modificada por el uso de sedación excesiva, analgesia epidural y condiciones desfavorables del cuello uterino ¹⁵.

La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta los 2 cm (25) o los 4 cm (28-30) ¹⁴.

2.2.2.2 Fase Activa

Se inicia cuando el cuello uterino tiene >3cm de dilatación y culmina con una dilatación completa de 10cm. A su vez, la fase activa presenta una fase de aceleración (3 - 8cm) y una fase de desaceleración (8 - 10cm). Dura un promedio de 4.9 horas en nulíparas con una desviación estándar amplia. Se dice que el ritmo de dilatación debe de ser de 1.2 cm/h como mínimo en nulíparas y de 1.5 cm/h en multíparas. Se ha visto que en la fase de aceleración predomina la dilatación y en la fase de desaceleración ocurre mayormente el descenso y el borramiento ¹⁵.

La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. Puede ser definida teniendo en cuenta criterios exclusivos de dilatación cervical, desde los 2 a los 10 cm de dilatación (25) o desde los 4 a los 10 cm de dilatación (28-30) o incluyendo la percepción de la mujer, como por ejemplo el inicio de contracciones regulares hasta el comienzo de los pujos (26). Dado que el dato más característico de la fase activa es la progresión más rápida de la dilatación, no es posible, a priori, ante una dilatación escasa (2 cm) saber si estamos en presencia de una fase latente o activa. Por lo tanto, solamente es posible asegurar el comienzo de la fase activa de una manera retrospectiva, o eligiendo un punto en la curva de dilatación que claramente se sitúe en el inicio de la fase activa (4 cm) ¹⁴.

2.2.3 Segunda etapa

Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y termina con la expulsión o nacimiento del producto. En promedio la duración es de 50 min en nulíparas y 20 min en multíparas.

El descenso del producto es más acelerado en este periodo y la madre comienza a sentir deseo de pujo o necesidad de defecar. En este periodo debemos de insistirle a la madre que el pujo es muy importante para el nacimiento de su bebe. En los momentos en los que se presenta una contracción, la madre debe de pujar con la parte baja del abdomen y debe de descansar cuando la contracción

termine. Estos esfuerzos harán que la cabeza fetal corone y en ese momento será necesario pasar a nuestra paciente a la sala de expulsión ¹⁵.

2.2.4 Tercera etapa

Comienza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta. El tiempo promedio de un nacimiento vaginal es de 5 a 15 minutos ¹³.

2.2.4.1 Alumbramiento

El alumbramiento, o tercer período del parto, ⁴ puede desarrollarse de forma espontánea o activa y esta última incluir las siguientes acciones:

1. Administración de uterotónicos antes del minuto siguiente al nacimiento del bebé
2. Tracción controlada del cordón umbilical
3. Aplicación de masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según condiciones apropiadas ¹⁶.

El tercer periodo o estadio del trabajo de parto, que es aquel comprendido desde el nacimiento del niño hasta la salida de la placenta y las membranas ovulares, es la parte más azarosa para la madre, debido principalmente al riesgo de hemorragia posparto primaria, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una pérdida estimada de sangre materna de 500 mL o más en las primeras 24 horas después del nacimiento y su consecuente morbilidad ¹⁷.

2.3 Puerperio

2.3.1 Definición

Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días ¹².

Se denomina puerperio al período comprendido desde que termina el alumbramiento hasta el retorno del organismo femenino a su estado normal pregravídico. En este tiempo la mujer tiene que andar en sentido contrario el camino recorrido durante los 9 meses de la gestación. Para ello necesita como mínimo 6 sem. El retorno a la normalidad recibe el nombre de involución puerperal. El puerperio se divide en:

1. Inmediato, que comprende las primeras 24 h.
2. Mediato, que dura 10 días.
3. Tardío, del oncenno día a los 42 días ¹⁸.

2.3.2 Etapas del puerperio

2.3.2.1 Puerperio inmediato

Periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto ¹².

En las primeras 4 h La paciente pasa del salón de parto al cubículo de alojamiento conjunto. Aquí se debe vigilar:

1. Características del sangramiento (cantidad, color y presencia de coágulos).
2. Características de las contracciones uterinas.
3. Pulso y tensión arterial (TA) cada 1/2 h en las primeras 2 h y luego cada 1 h.
4. Características de la herida (vigilar la formación de hematomas).
5. Diuresis: debe ser espontánea; de no producirse, se realizará sondaje vesical con medidas de asepsia y antisepsia. Un globo vesical, asciende el fondo del útero e impide que se contraiga (atonía uterina secundaria) lo que motiva un sangramiento abundante.
6. Ingestión de abundantes líquidos.
7. El cumplimiento de los objetivos fundamentales del alojamiento conjunto como «madre canguro» y lactancia a libre demanda.

8. Que la enfermera haga una evaluación de la paciente cada vez que tome los signos vitales.
9. Que el médico realice una observación integral de la puérpera a las 4 h y decida su traslado a la sala de puerperio.
10. Que la enfermera y el médico eduquen a la parida en relación con la técnica de lactancia materna y sus ventajas. De no existir el cubículo de alojamiento conjunto, todo lo antes expuesto se cumplirá en la unidad obstétrica.

Siguientes 20 h:

1. Dieta libre y abundantes líquidos.
2. Vigilancia del sangramiento (cantidad, color y olor).
3. Cuidado vulvoperineal. Aseo con agua estéril, a la que se agrega un antiséptico.
4. Movilización y deambulación precoz.
5. Baño con ducha, cambio diario de la ropa de cama, y cambio de la bata de la puérpera cada vez que sea necesario.
6. Cuidados de las mamas.
7. Atención a la evacuación vesical e intestinal. Promover la evacuación espontánea.
8. Tener presente los medicamentos que se administran que puedan pasar por la leche.
9. Pulso, TA y temperatura cada 8 h.
10. Observación de enfermería en cada toma de signos vitales.
11. Pase de visita por el médico, quien debe escribir en la historia clínica sus observaciones sobre: a) Estado general subjetivo, sueño, apetito y otros. b) Estado del recién nacido (interés psicológico y humano). c) Mamas. d) Abdomen.

e) Útero: vigilancia de la involución uterina, distancia a la que se encuentra del ombligo (en traveses de dedo), consistencia, sensibilidad y otros. f) Loquios: vigilar color, cantidad y olor según días del puerperio. g) Perineo y estado de las heridas¹⁸.

2.3.2.2 Puerperio mediato o precoz

Periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto¹².

Lo pasará en la sala de puerperio (3-5 d) y se tendrán en cuenta:

1. Pase de visita diario por el médico (con las características antes mencionadas).
2. Observación de enfermería después de la toma de los signos vitales.
3. Signos vitales cada 8 h.
4. El resto se mantiene igual al período anterior.
5. Lactancia materna exclusiva.
6. Criterio de alta (entre el tercero y el quinto días): a) Puérpera asintomática. b) Hemoglobina y hematocrito dentro de los límites aceptables. c) Signos vitales normales. d) Buena involución uterina. e) Loquios normales en relación con los días del puerperio. f) Estado normal de las mamas. g) Licencia posnatal No. 1 (6 sem). h) Orientaciones a la puérpera sobre los posibles signos y síntomas que la obliguen a asistir al médico de la familia para valorar su remisión al hospital para ingreso: fiebre, fetidez de los loquios, palpitaciones, anorexia, malestar general, decaimiento, mareos, aumento de volumen de las mamas y otros¹⁸.

2.3.2.3 Puerperio alejado

Periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto¹¹.

A partir del octavo día hasta 42 días. En este período la puérpera estará en su casa, y será visitada por el médico (y la enfermera) de la familia quien:

1. Realizará la captación de la puérpera en la primera semana después del parto.

2. Dará orientaciones acerca de ejercicios apropiados para restablecer la tonicidad y que debe evitar esfuerzos físicos.
3. Vigilará el mantenimiento de la lactancia exclusiva, por lo menos hasta el cuarto mes del nacimiento.
4. Atenderá fundamentalmente: a) Aspectos psicológicos de la puérpera. b) Signos vitales. c) Estado de las mamas. d) Involución uterina. e) Estado de las heridas. f) Retorno de la menstruación. g) Características de los loquios. h) Exámenes complementarios, si son necesarios.
5. Garantizará la segunda licencia posnatal.
6. El médico y la enfermera de la familia darán instrucciones acerca de la planificación familiar y su reincorporación a la vida habitual. Debe proscribirse el contacto sexual hasta finalizado el puerperio tardío ¹⁸.

2.4 Embarazo

2.4.1 Definición

Embarazo, a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento ¹².

2.4.2 Cambios fisiológicos

El ciclo ovárico, es un proceso de maduración con carácter cíclico. Al ocurrir la ovulación, se forma el cuerpo lúteo, estos procesos están influenciados por hormonas de la Adenohipófisis. Este ciclo somete al endometrio a cambios: el ciclo endometrial, que tiene tres fases: proliferativa, secretora e isquémica o menstrual ¹⁹.

La fecundación ocurre cuando un espermatozoide capacitado penetra en un Ovocito II, se reanuda la segunda división meiótica y ocurre activación metabólica del huevo. La segmentación es el evento donde ocurren divisiones mitóticas

sucesivas del cigoto, pasando por diferentes estadios y se inicia el desarrollo del cigoto¹⁹.

2.4.2.1 Cardiovasculares

Durante el embarazo el útero grávido eleva el diafragma, que a su vez eleva el corazón y altera su posición, por lo que en el examen físico el latido apical está más lateral que de costumbre, y en los rayos X el diámetro transversal parece agrandado. También pueden manifestarse alteraciones en el ritmo, cambios en el ECG y soplos inocentes. Un soplo sistólico grado I a II debido al estado hipermetabólico del sistema cardiovascular (SCV) puede estar presente, así como un soplo continuo secundario a ingurgitación de la vena mamaria. El ECG puede revelar cambios reversibles en las ondas ST, T y Q; estas alteraciones no necesariamente indican enfermedad cardíaca. Hay una alta incidencia de derrame pericárdico asintomático durante el embarazo²⁰.

El volumen sanguíneo crece el 35% durante el embarazo. El aumento de nivel de los minerales y glucocorticoides predispondría a la mujer embarazada a la retención de sodio y de agua, con el consecuente incremento del espacio intravascular¹¹. Por otra parte, el agrandamiento primario de este espacio se debe a la vasodilatación hormonal inducida por prostaglandinas y progesterona y al shunt placentario arterio-venoso⁶, que podría ser el estímulo para la retención renal de sodio y de agua. El flujo sanguíneo uterino es más de 10 veces mayor que en las no embarazadas. La resistencia vascular uterina se encuentra reducida, produciéndose un circuito de baja presión en paralelo con la resistencia vascular sistémica materna, que se encuentra totalmente reducida²¹.

2.4.2.2 Gastrointestinales

El tono esofágico y gástrico están alterados durante el embarazo, con presiones intraesofágicas menores e intragástricas mayores. Al mismo tiempo, la velocidad y amplitud de las ondas peristálticas esofágicas están disminuidas. Todas estas modificaciones favorecen el reflujo gastroesofágico. El vaciamiento gástrico se

retrasa después de la 12 semana de gestación y la motilidad gástrica disminuye durante el trabajo de parto. Todos estos cambios gastrointestinales pueden aumentar el riesgo de regurgitación y aspiración durante la anestesia general en cirugía obstétrica, aun en ausencia de sedantes y/o anestesia general. Enfatizando este hecho, hay datos que indican que la aspiración es una importante causa de mortalidad materna relacionada con la anestesia, que ha disminuido con la estandarización de la maniobra de Sellick²⁰.

El agrandamiento uterino incrementa la presión intragástrica y disminuye el ángulo gastro-esofágico, facilitando el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago. Las concentraciones aumentadas de progesterona disminuyen la motilidad gastrointestinal y la absorción de los alimentos, decreciendo también la presión del esfínter esofágico inferior. El aumento de la concentración de gastrina de origen placentario es causa de un incremento de la acidez del contenido gástrico. La disminución de la motilidad de la vesícula pone a la embarazada en riesgo de colestasis²¹.

2.4.2.3 Renales

El flujo sanguíneo renal y el índice de filtración glomerular se elevan 50 a 60 % durante la gestación. Los niveles de aldosterona aumentan originando elevación del agua y sodio corporales. La depuración de creatinina está elevada debido a un flujo sanguíneo renal y ritmo de filtración glomerular aumentados; por ello, los niveles séricos de creatinina (0,8 mg/dl) y nitrógeno de la urea (12 mg/dl) están disminuidos. La glucosuria (1-10 g/día) y proteinuria (<300 mg/día) no son patológicas en la paciente embarazada. La excreción de bicarbonato está aumentada en compensación de alcalosis respiratoria²⁰.

Es frecuente la presencia de glucosuria en la embarazada normal. Esto se debe a que el umbral renal para la glucosa disminuye y la reabsorción tubular es inadecuada para el aumento de la tasa de filtración glomerular.⁷ Los niveles plasmáticos de bicarbonato, de creatinina y de nitrógeno ureico (BUN) se

encuentran disminuidos. Es importante recordar que niveles de laboratorio de BUN y de creatinina normales para la no embarazada deben considerarse como elevados en la embarazada y podrían representar compromiso renal²¹.

2.4.3 Parto humanizado

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 anexos¹².

Definido como el comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones²³.

El parto humanizado promueve situaciones que inhiben el malestar de la mujer y también reducen riesgos para la madre y el producto, al tiempo que posibilita comodidad y seguridad para el acompañante²².

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término de violencia obstétrica se gestó a partir de la evidente y auténtica violación a los Derechos Humanos, sin embargo, desde los años ochenta nacieron movimientos conformados por mujeres, quienes exigía la humanización en la asistencia al parto, cuestionando ya desde aquel entonces la excesiva e inhumana intervención médica y con los efectos que ello producía no solamente durante el desarrollo del parto sino también las consecuencias futuras de dichas prácticas ²⁴.

La asistencia al parto, pese a tratarse de un proceso fisiológico, siempre ha precisado de cuidados y atenciones ²⁵. El paradigma de institucionalización, medicación excesiva y el paternalismo médico, antes, durante y después del parto, han conducido al sometimiento de la mujer gestante con un abuso cotidiano por parte del personal de salud; convirtiéndose así en un problema de salud pública y de derechos humanos ²⁶.

En 2014, México inició una lucha para erradicar la violencia obstétrica, por esto el Senado mexicano aprobó modificar la “Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres” y la “Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia”, ofreciendo de esta manera mayores garantías en la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, siendo posible “castigar la violencia obstétrica al tipificar como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio”²⁴.

La literatura en torno a este tema se ha enmarcado mayormente a estudios de orden cualitativo o revisiones bibliográficas, siendo muy pocos aquellos que han tenido enfoque cuantitativo, es así entonces que el problema debe ser abordado por un hecho social en el marco de derechos de salud con respecto tanto a su ausencia en la constitución de cada país, como en el conocimiento en caso de existir por parte tanto de usuarias como del personal médico⁷.

Adicionalmente, cabe destacar que el uso de la tecnología en las ciencias de la salud ha permitido una mejora en el nivel de vida de los individuos. Las últimas tecnologías ponen al alcance del paciente los medios más sofisticados para garantizarle todos los cuidados, no obstante, el uso de esa tecnología cada vez más compleja, acaba alejando a los pacientes de la atención y trato humanizado²⁷. Adquirir los conocimientos necesarios y dominar técnicas sanitarias provoca que los profesionales de la salud tomen actitudes que no contemplan las necesidades de sus pacientes²⁸.

Se ha observado que uno de los principales aspectos que influyen en la humanización de la atención sanitaria, es la información y la comunicación que se establece entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud²⁹. Sin embargo, proporcionar información y establecer una comunicación con el usuario, no es suficiente para poder llegar a humanizar la atención.

Por todo lo anterior, se puede inferir que, a pesar de todos los esfuerzos empleados en combatir la VO, y llegar a un parto humanizado, estos no han sido suficientes, es por esto por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que generan violencia obstétrica durante el trabajo de parto en fase activa y puerperio en pacientes atendidas en el hospital general de Jalpan, Gro en el periodo de abril - diciembre 2018?

4. JUSTIFICACIÓN

Aunque la tecnología ha avanzado a pasos agigantados, y teniendo los mejores instrumentos al alcance, aún se siguen presentado en el país casos de partos instrumentalizados, de cesáreas innecesarias, el uso de técnicas y practicas invasivas que solamente producen un trastorno de estrés en la mujer, además de ser peligros tanto para la madre como para el bebé.

Al realizar este tipo de investigaciones, se puede promover el pensamiento activo del personal de salud, quien debería reconocer las situaciones de maltrato y/o violencia obstétrica y denunciarlas en las instancias pertinentes. Además de crear conciencia y empatía hacia los pacientes, principalmente a las mujeres embarazadas, para que todo el personal de salud conozca los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, e identifique de manera oportuna las situaciones de violencia obstétrica.

Debido a que actualmente existe una escaza información a nivel nacional sobre el tema, se vuelve necesario realizar este estudio, así se formarán bases científicas para lograr encontrar e implementar programas y protocolos sobre violencia obstétrica, orientados a su prevención.

5. HIPÓTESIS

Los factores sociales, culturales y personales influyen significativamente en la violencia obstétrica durante el trabajo de parto en fase activa y puerperio en pacientes atendidas en el hospital general de Jalpan, Qro. en el periodo de abril - diciembre 2018.

6. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la violencia obstétrica durante el trabajo de parto y puerperio en pacientes atendidas en el hospital general de Jalpan, Qro. en el periodo de abril - diciembre 2018.

Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales influyen en la violencia obstétrica durante el trabajo de parto en fase activa y puerperio
- Conocer los factores culturales influyen en la violencia obstétrica durante el trabajo de parto en fase activa y puerperio
- Examinar los factores personales influyen en la violencia obstétrica durante el trabajo de parto en fase activa y puerperio

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Diseño de estudio

El presente estudio de investigación será de tipo observacional, analítico, transversal y prospectivo.

7.2. Población y muestra

Las participantes del presente estudio estarán conformadas por todas las mujeres que tuvieron trabajo de parto, así como en puerperio, que fueron atendidas en el hospital general de Jalpan, Qro en el periodo de abril – diciembre 2018.

7.3. Muestra de estudio

Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó la formula de tamaño de muestra para poblaciones finitas, la cual, al tener una población de 1200 pacientes, con un índice de confianza del 95%, un margen de error del 5% y utilizando la máxima variabilidad, el tamaño total de la muestra fue de 290 pacientes.

7.4. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos, ya que se analizaron a todas las pacientes atendidas en el periodo de abril – diciembre de 2018.

7.5. Criterios de selección

Inclusión

- Mujeres que acepten participar en la investigación
- Mujeres atendidas en el hospital general de Jalpan, Qro.
- Mujeres que contesten completamente la encuesta

Exclusión

- Mujeres con algún impedimento para responder la encuesta
- Mujeres que no acepten participar en la investigación

Eliminación

- Mujeres que desistan de su participación en la investigación
- Mujeres que no concluyan de responder la encuesta
- Mujeres que presenten datos aberrantes en su encuesta

7.6. Operacionalización de variables

Variable	Definición Teórica	Definición Operativa	Nivel de Medición	Tipo de variable
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Años de vida de la paciente al momento de la presente investigación.	Años	Cuantitativa Discreta
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Situación legal que tiene la paciente en relación con su pareja.	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre	Cualitativa Nominal
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado máximo de estudios de la paciente	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Universidad	Cualitativa Ordinal
Ocupación	Actividad o trabajo.	Actividad u oficio que desempeña la paciente, y que puede o no generar ingresos	Hogar Empleada Comercio	Cualitativa Nominal
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano.	Creencia religiosa que profesa abiertamente la paciente	Católica Cristiana Testigo de Jehová	Cualitativa Nominal
Gestas	Llevar y sustentar la madre en su vientre al feto hasta el momento del parto.	Número de embarazos que ha tenido la paciente	Cantidad	Cuantitativa Discreta
Partos	Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación.	Número de partos que ha tenido la paciente	Cantidad	Cuantitativa Discreta
Cesáreas	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.	Cantidad de cesáreas que ha tenido la paciente	Cantidad	Cuantitativa Discreta
Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.	Cantidad de abortos que ha tenido la paciente	Cantidad	Cuantitativa Discreta
Violencia obstétrica	Forma específica de violencia contra las mujeres que se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados	Respuesta afirmativa a por lo menos una pregunta del cuestionario realizado en la investigación	Sin violencia obstétrica Con violencia obstétrica	Cualitativa Nominal

7.7. Procedimiento

- En primera instancia se acudió al hospital general de Jalpan para solicitar la autorización para la realización del presente estudio.
- Una vez obtenida la autorización, se procedió a identificar a las pacientes que cumplieran con los criterios de selección para poder participar en la investigación.
- Se les otorgó una carta de consentimiento informado a las pacientes para que estuvieran consientes y de acuerdo con su participación en el estudio.
- Posteriormente, se procedió a realizar la encuesta de violencia obstétrica a cada una de las participantes.
- Después de haber realizado las encuestas, se recopiló toda la información en una base de datos en Excel.
- A continuación, se analizaron todos los datos a través de paquete estadístico SPSS versión 23.
- Finalmente, se presentaron los resultados ante el sínodo correspondiente.

7.8. Procesamiento de datos

Para analizar la descripción de las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (mínimo, máximo y DE). Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Para analizar las variables cualitativas que intervienen en la presencia de violencia obstétrica se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrada, y para las variables cuantitativas se utilizó la prueba t para muestras relacionadas.

Todos los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 23, considerando como significativo un p valor menor a 0.05.

Los resultados se presentaron en tablas para una mejor interpretación.

7.9. Consideraciones éticas

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos considerados en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud de los Estados Unidos Mexicanos en el título segundo en sus capítulos 13, 14, 16, 17, 20, 21, 36, 39, 40 y 51, ni las contempladas en la declaración de Helsinki y sus modificaciones en Edimburgo, Escocia 2000.

Todos los datos analizados en el presente trabajo son confidenciales y únicamente se utilizaron para fines académicos.

7.10. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	NOV 18	DIC 18	ENE 18	FEB 19	MAR 19	ABR 19	MAY 19
BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA	X	X	X	X	X	X	X
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	X	X	X	X			
ANÁLISIS DE DATOS				X	X		
DISCUSIÓN DE RESULTADOS						X	
ENTREGA FINAL							X

8. RESULTADOS

Tabla 1. Información obstétrica

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	16.00	40.00	25.61	5.68
Gestas	1.00	8.00	2.32	1.26
Partos	0.00	6.00	1.66	1.27
Cesáreas	0.00	3.00	0.24	0.56
Abortos	0.00	3.00	0.22	0.49

La Tabla 1 presenta una edad promedio de 25.61 años (± 1 DE/5.68 años) con una edad máxima de 40 años y mínima de 16 años, el número de gestas promedio fue de 2.32 (± 1 DE/1.26 gestas) con un número máximo de gestaciones de 8 y mínimo de 1, el número de partos promedio fue de 1.66 (± 1 DE/1.27 partos) teniendo un número máximo de partos de 6, el número de cesáreas promedio fue de 0.24 (± 1 DE/0.56 cesáreas) con un número máximo de cesáreas de 3. Por último, el promedio de abortos presentados en la muestra fue de 0.22 (± 1 DE/.49 abortos) teniendo como máximo 3 abortos.

Tabla 2. Datos Generales

	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
Casada	83	28.8
Soltera	35	12.2
Unión libre	170	59.0
Escolaridad		
Primaria	63	21.9
Secundaria	140	48.6
Bachillerato	56	19.4
Técnica	12	4.2
Licenciatura	17	5.9
Ocupación		
Hogar	185	64.2

Comercio	38	13.2
Empleada	65	22.6
Religión		
Católica	278	96.5
Cristiana	7	2.4
Testigo de Jehová	3	1.0
Violencia obstétrica		
Sí	117	40.6
No	171	59.4

Gráfico 1.

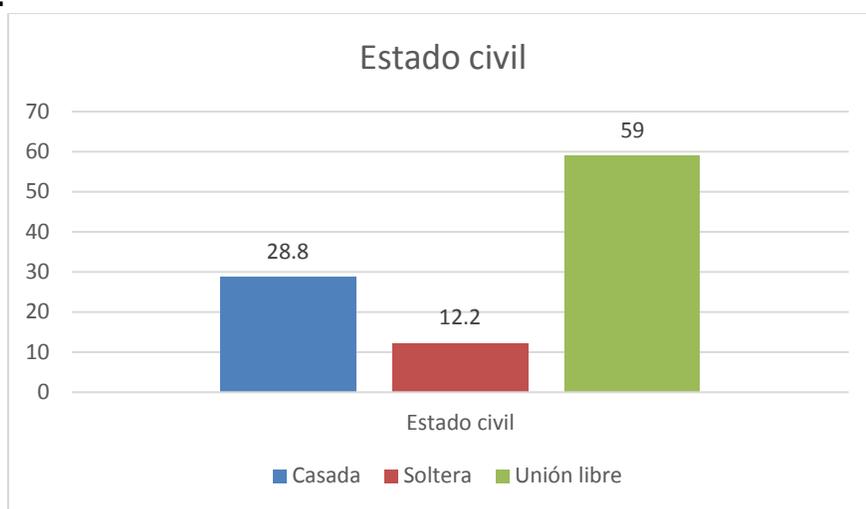


Gráfico 2.

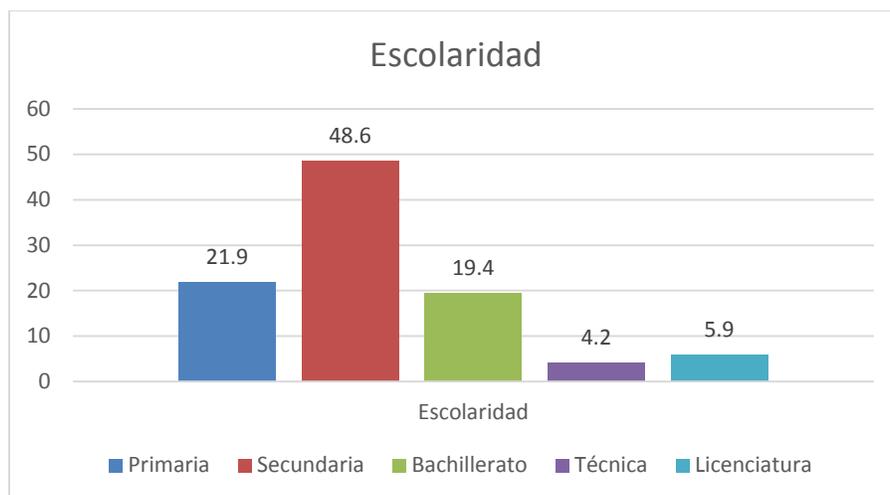


Gráfico 3.

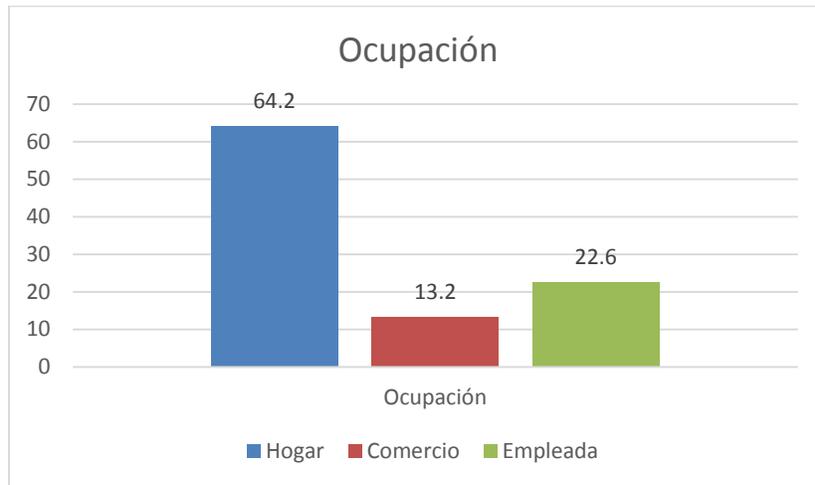


Gráfico 4.

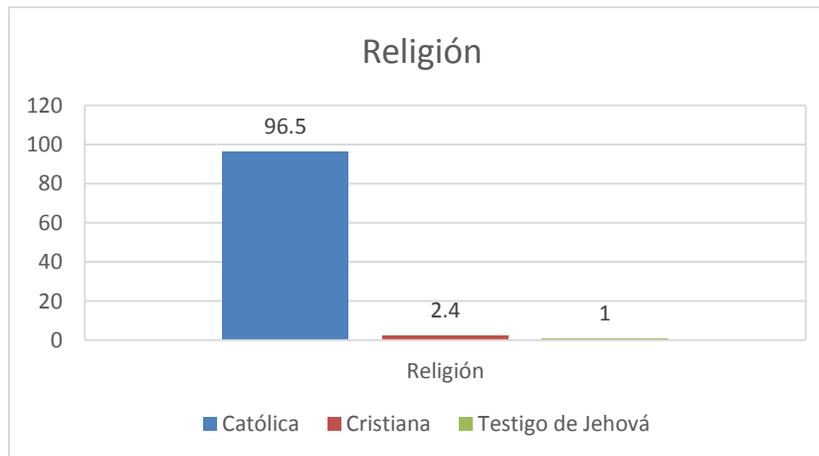
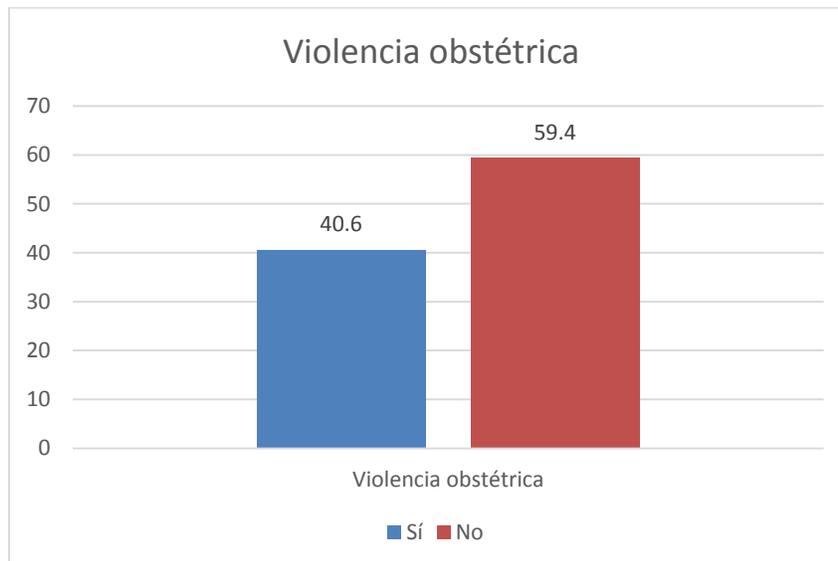


Gráfico 5.



De acuerdo con los Datos Generales de la muestra, el 28.8 % (n=83) de las participantes se encontraban casadas en contraste con un 59.9% (n=170) que mantienen una relación en unión libre y un 12.2% (n=35) de las participantes que refirieron ser solteras. La escolaridad con mayor predominio en la población fue Secundaria con un 48.6% (n=140), seguido por Primaria con 21.9% (n=63), en tercer plano se observó Bachillerato con 19.4% (n=56) y con menor participación se encontró el Nivel Superior Licenciatura 5.9% (n=7) y Técnico 4.2% (n=12).

Tabla 3. Presencia de violencia obstétrica y datos generales

	Con violencia obstétrica		Sin violencia obstétrica		p*
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Estado civil					
Casada	26	22.2	57	33.3	0.10
Soltera	14	12.0	21	12.3	0.10
Unión libre	77	65.8	93	54.4	0.10
Escolaridad					
Primaria	30	25.6	33	19.3	0.51
Secundaria	58	49.6	82	48.0	0.51
Bachillerato	19	16.2	37	21.6	0.51
Técnica	5	4.3	7	4.1	0.51
Licenciatura	5	4.3	12	7.0	0.51
Ocupación					
Hogar	80	68.4	105	61.4	0.37
Comercio	12	10.3	26	15.2	0.37
Empleada	25	21.4	40	23.4	0.37
Religión					
Católica	113	96.6	165	96.5	0.53
Cristiana	2	1.7	5	2.9	0.53
Testigo de Jehová	2	1.7	1	0.6	0.53

* Se consideró significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística de chi-cuadrada

Gráfico 6.

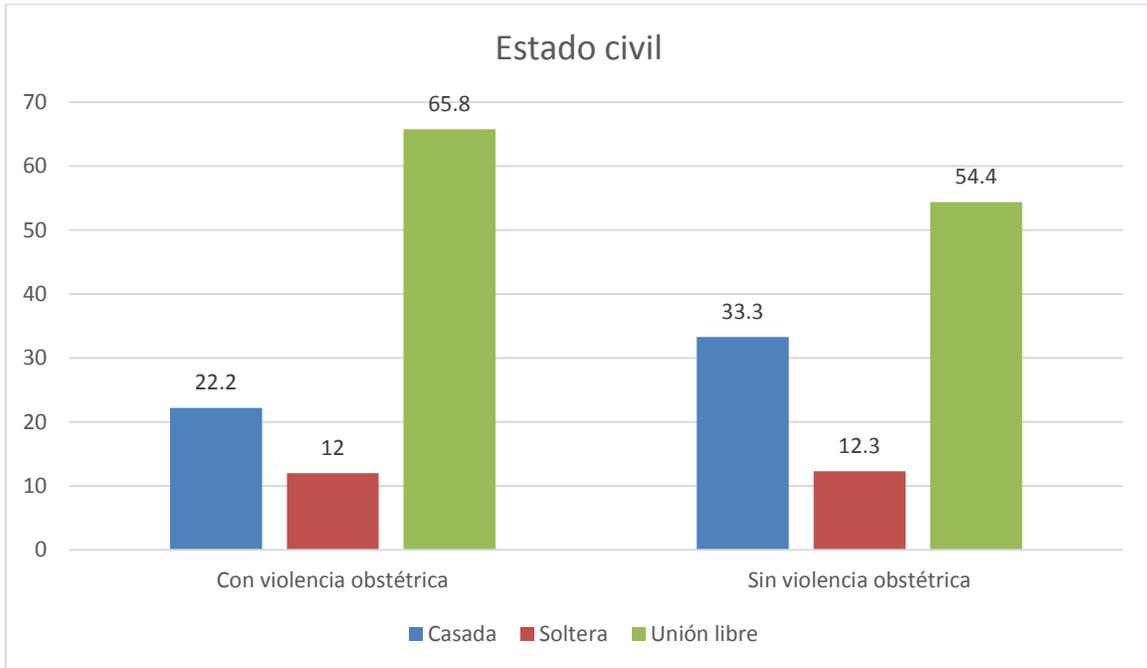


Gráfico 7.

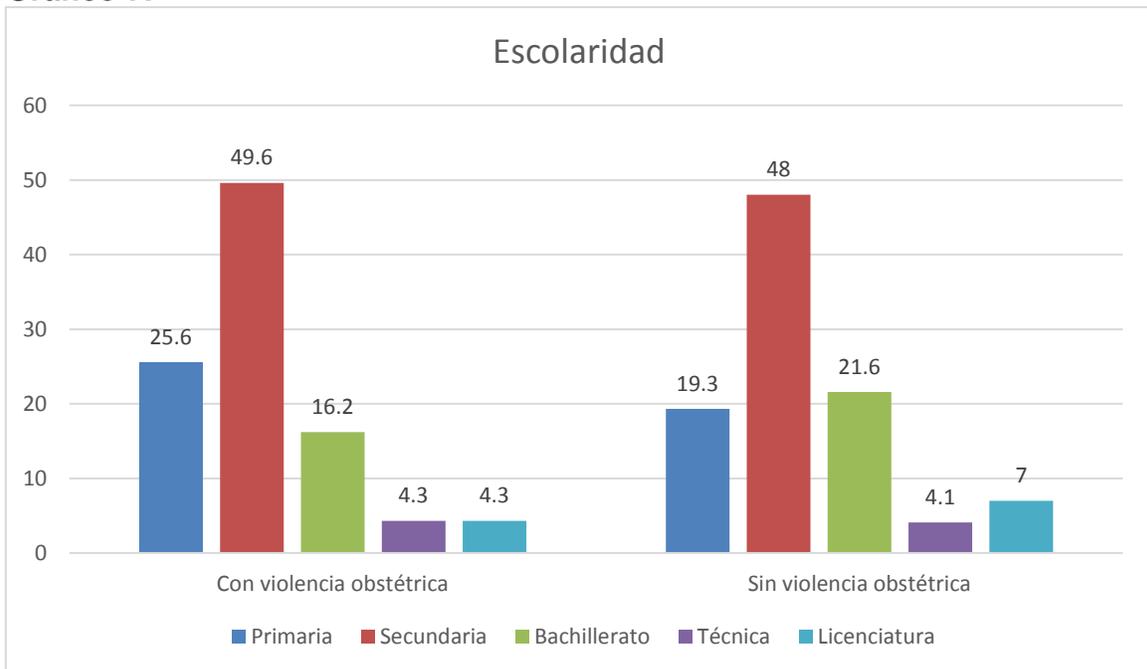


Gráfico 8.

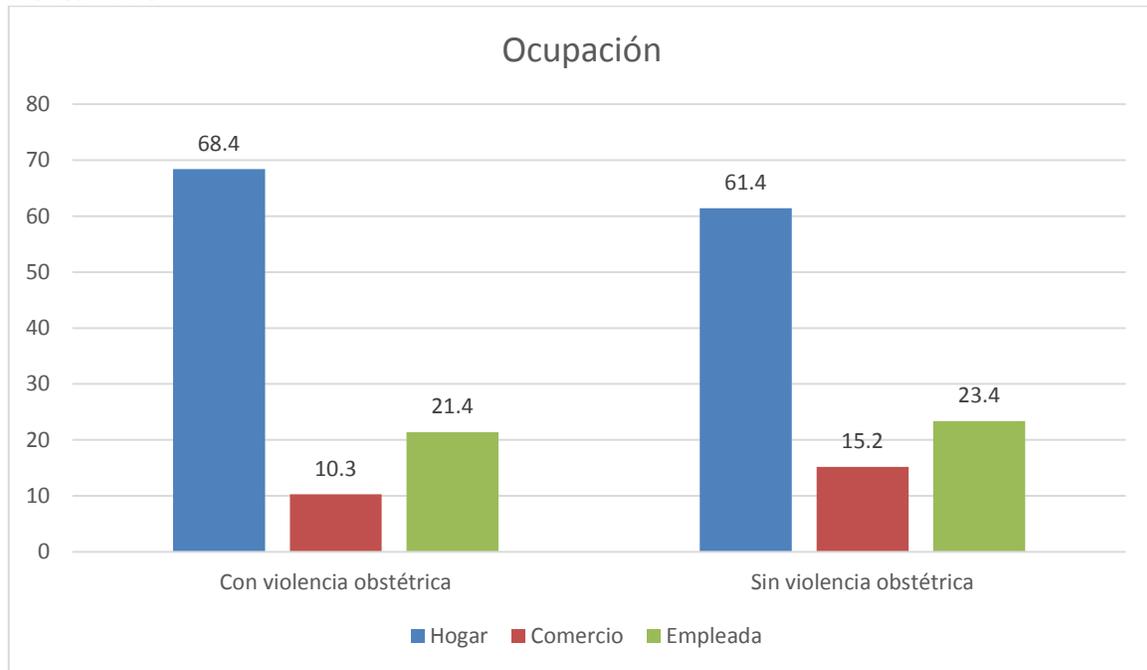
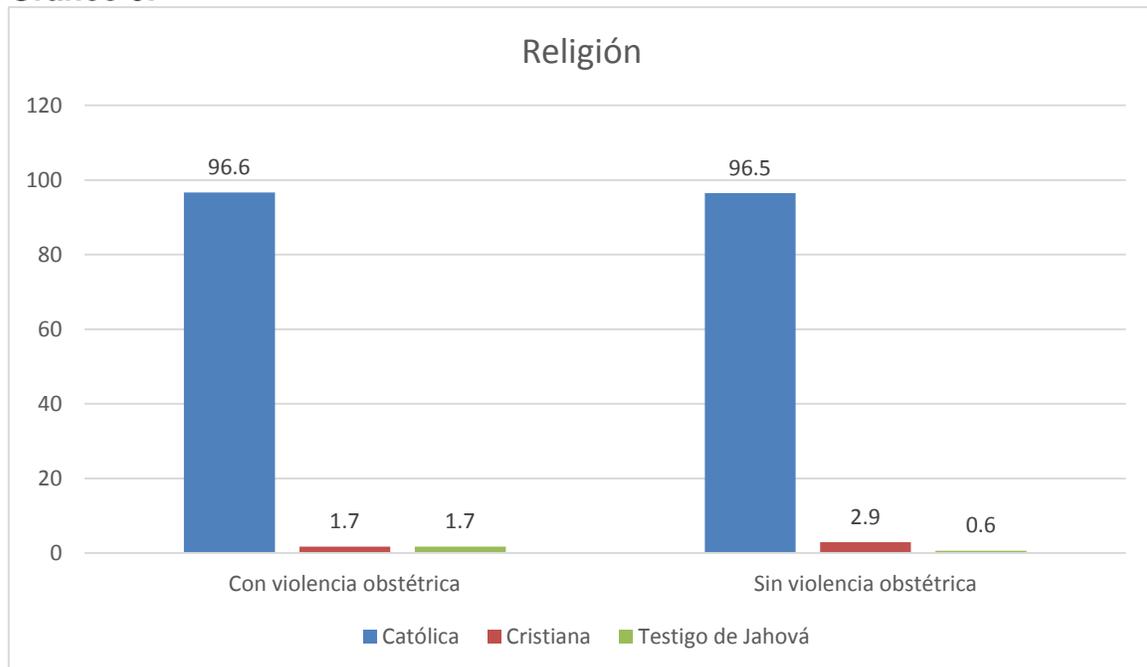


Gráfico 9.



La relación de datos generales y presencia de violencia obstétrica no mostró un valor estadísticamente significativo. Sin embargo, se puede apreciar un 65.8% (n=77) de presencia de violencia obstétrica en mujeres que viven en unión libre. El 49.6% (n=58) de las mujeres con violencia obstétrica refirieron tener escolaridad

máxima de Secundaria, un 68.4% (n=80) de las pacientes que son ama de casa presentaron violencia obstétrica y el 96.6% (n=113) de las mujeres que presentaron violencia obstétrica mencionaron ser católica.

Tabla 4. Presencia de violencia e información obstétrica

	Con violencia obstétrica		Sin violencia obstétrica		
	Media	DE	Media	DE	p*
Edad	24.68	6.30	26.35	5.13	0.02
Gestas	2.43	1.55	2.23	0.99	0.22
Pastos	1.71	1.41	1.64	1.15	0.63
Cesáreas	0.25	0.58	0.24	0.55	0.90
Abortos	0.26	0.54	0.19	0.44	0.22

* Se consideró significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística de t de student para muestras relacionadas

Gráfico 10.

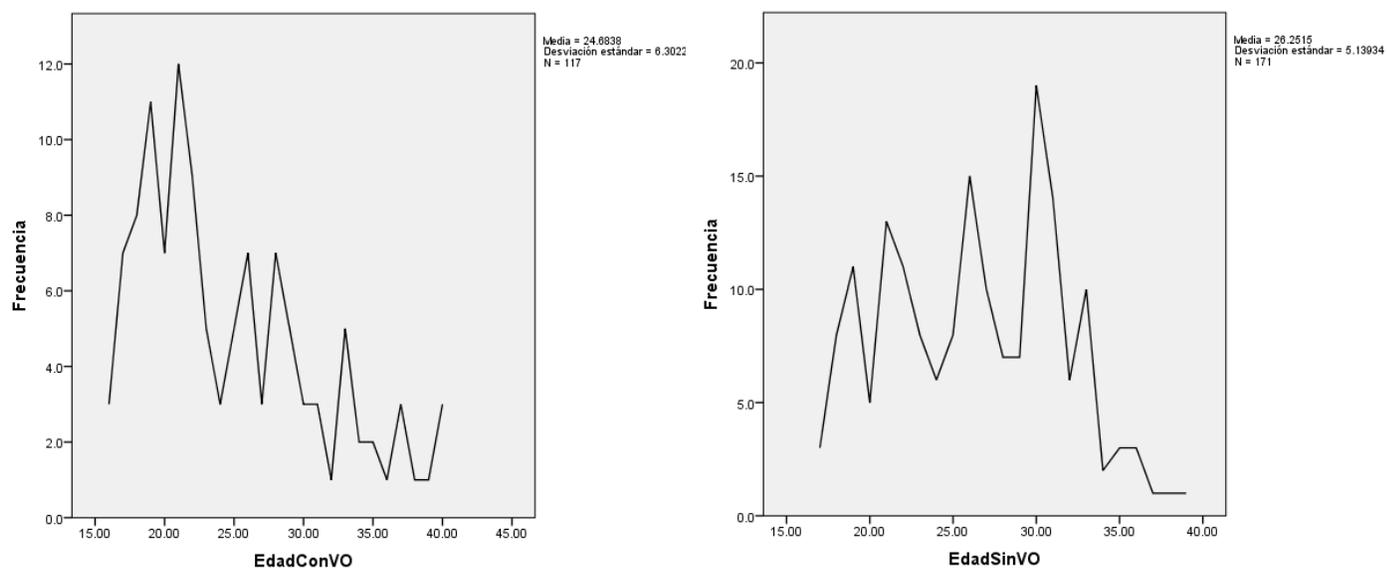


Gráfico 11.

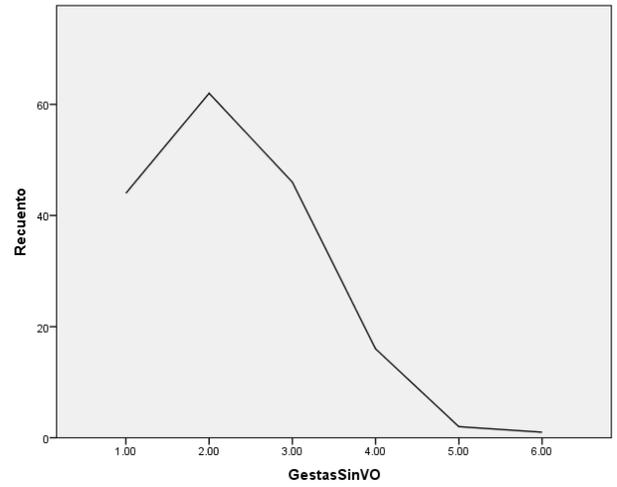
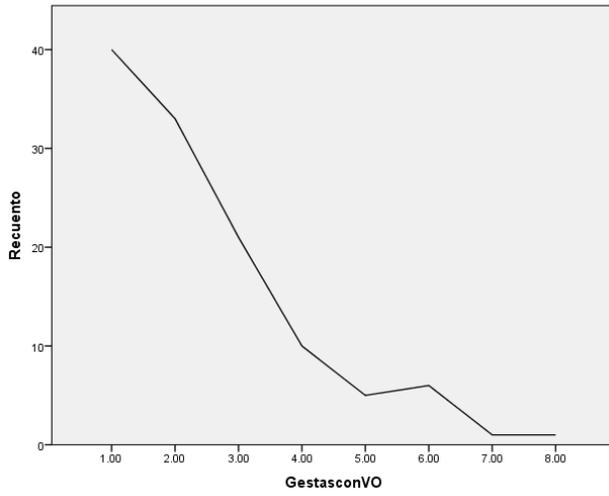


Gráfico 12.

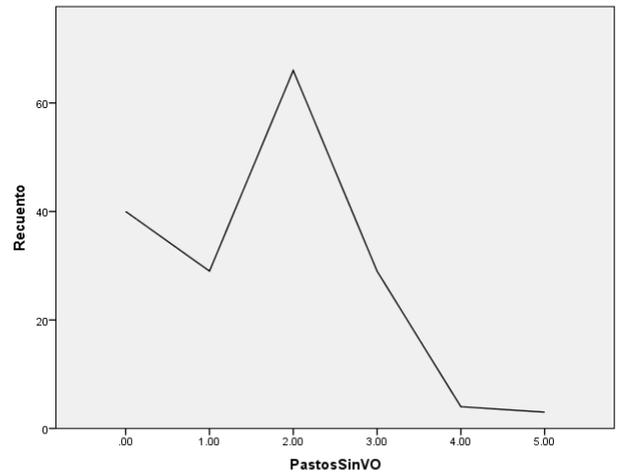
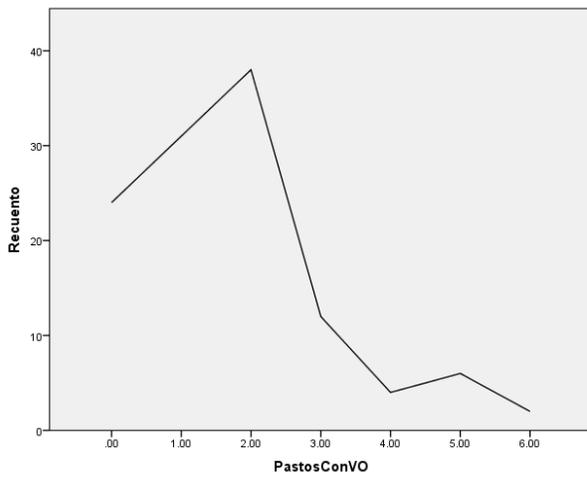


Gráfico 13.

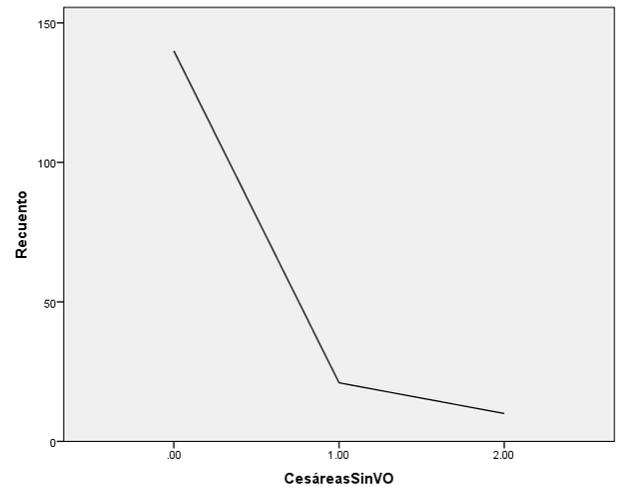
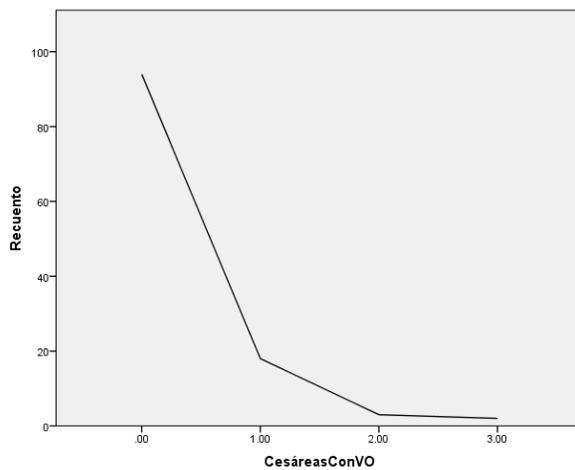
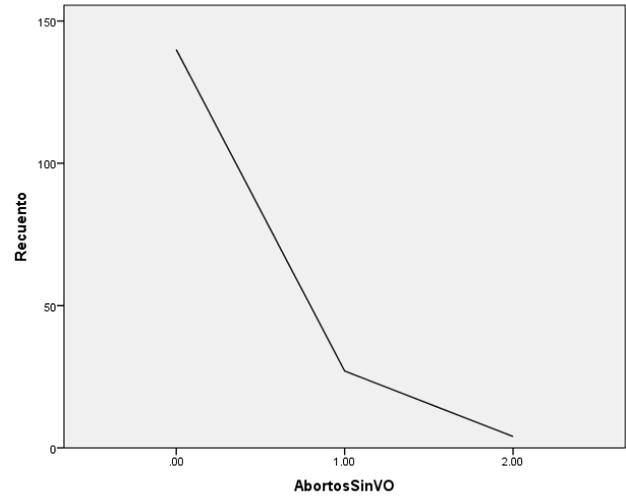
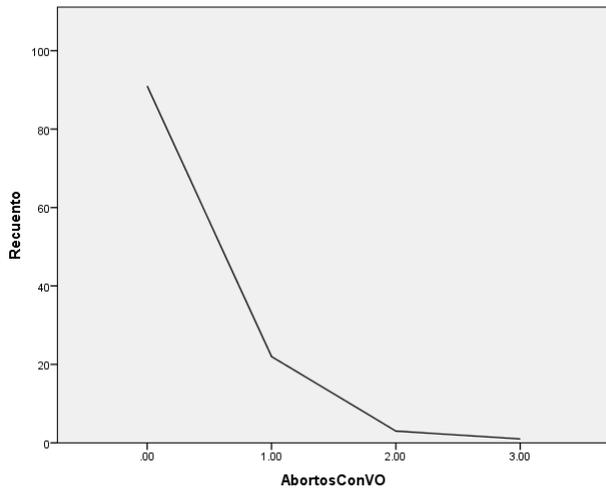


Gráfico 14.



La tabla 4 muestra una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de violencia obstétrica y la edad con un valor de $p=0.02$.

9. DISCUSIÓN

En la actualidad las mujeres que son atendidas en el área obstétrica son sometidas de manera rutinaria a un excesivo intervencionismo, lo cual es evidente que vulnera a las mujeres por influencias ambientales, falta de privacidad y otras condiciones determinadas en la atención hospitalaria, esto produce efectos adversos durante el trabajo de parto, además de deteriorar la adaptación de la maternidad, la lactancia materna y la depresión postparto ²⁴. Esta vulneración de derechos se presenta muy cotidianamente, inclusive sometiendo a las pacientes a procedimientos de rutina o a tratamientos que no son individualizados a las necesidades de cada una de ellas ³.

En este estudio, el promedio de edad fue de 25.61 años, además de que el promedio de edad de las mujeres que sufrieron violencia fue de 24.68 años, dato que tuvo una diferencia estadísticamente significativa con las mujeres que no sufrieron violencia, teniendo estas últimas un promedio de edad de 26.35 años, con un p valor de 0.02. Los datos anteriores coinciden con estudios previos, quienes obtuvieron una media de edad de 22.5 años y que también reflejaron una relación entre estas variables ^{30, 31}.

En la presente investigación 40.6% de las mujeres encuestadas sufrieron de violencia obstétrica, cifras muy superiores que las encontradas en otras investigaciones en México, las cuales concluyen una frecuencia del 11.0% ³². Sin embargo, también fueron ligeramente inferiores a otras investigaciones, que reportaron una frecuencia del 49.4% ³³.

En cuanto a los factores desencadenantes de violencia obstétrica, en diversas investigaciones se encontró que la baja escolaridad y el ser amas de casa fueron las principales víctimas de violencia ^{34, 35}. En la presente investigación, estos

factores no estuvieron relacionados con la generación de violencia obstétrica con un p valor de 0.51 y 0.37 respectivamente.

Después de todo lo anterior, se puede observar que actualmente se aplican prácticas obstétricas consideradas como violentas, sin embargo, aún no es clara la relación que existen entre los diversos factores estudiados, por lo que es necesario seguir realizando este tipo de estudios para analizar más a profundidad las causas principales que generan esta problemática, siendo prioritaria la necesidad de que el personal de salud reconozca que las mujeres que atienden son sujetos de derecho y no seres humanos que pierden su capacidad de decisión al atravesar el umbral hospitalario.

10. CONCLUSIONES

- Existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de violencia obstétrica y la edad.
- Más de la mitad de la población refirieron mantener una relación en unión libre.
- La escolaridad con mayor predominio en la población fue Secundaria
- La mayoría de las participantes mostraron presencia de violencia obstétrica en mujeres que viven en unión libre.
- La mitad de las pacientes con escolaridad máxima de Secundaria presentaron violencia obstétrica
- En más de la mitad de las mujeres que refirieron tener como ocupación el hogar presentaron violencia obstétrica.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Villegas A. La violencia Obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudio de la mujer*. 2009; 14 (32): 125-146.
2. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red bioética/UNESCO*. 2013; 1 (7): 25-34.
3. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2015; 20 (68): 113-120.
4. Secretaría de Salud. Género y salud en cifras. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. 2010: 72p. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf>
5. Castro R, Erviti J. Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*. 2003; 7 (1): 90-110.
6. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. 2014; 76 (2): 167-197
7. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*. 2014; 19 (1): 37-42
8. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002; 11 (3):192-205.
9. GIRE. Omisión e indiferencia derechos reproductivos en México. México: GIRE; 2013. p. 15-66.
10. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. UNESCO; *Revista red Bioética*. 2013; 1 (7): 25-34.
11. Cobo C. La violencia obstétrica. [Disertación]. Universidad de Cantabria. España. 2016: 33p.

12. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016. Diario Oficial de la Federación, 07 de abril de 2016
13. Agencia de cooperación internacional del Japón. Trabajo de Parto. Proyecto de Salud Materno Infantil, JICA Guatemala-Quetzaltenango. 2010.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010: 316p.
15. Daniel AB, Dañino M, Reyes DC, Vargas AX, Zenteno IE, Morales L. Atención de parto. Departamento de integración de ciencias médicas centro de enseñanza y certificación de aptitudes médicas. 2017: 24p.
16. Caveda ÁE, Nápoles D, Couto D. Dos modalidades terapéuticas en el alumbramiento activo. MEDISAN. 2011; 15 (8): 1040-1048.
17. Díaz I, Verdecia ER, Colas G. Influencia de las técnicas de alumbramiento activo y expectante sobre la hemorragia posparto. MEDISAN. 2005; 9 (2).
18. Ruíz FG, Álvarez C, Linares M. Puerperio normal. Cuidados de enfermería. Apuntes y notas de enfermería materno infantil. 2008: 110-139.
19. Fernández A. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 30 (1): 84-99
20. Ojeda JJ, Rodríguez M, Estepa Jorge, Piña Carmen, Cabeza B. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. Medisur. 2011; 9 (5): 484-491.
21. Gómez A, Celesia MC, Fernández CL. Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo: sus implicancias anestesiológicas. Rev. Arg. Anest (2000), 58, 6: 339-344
22. Dos Reis AE. Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Ciencia & Saúde Coletiva. 2005; 10: 221 – 230.

- 23.OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. 1996.104p. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf.
- 24.Mendiria MAA, Bernáldez MI, Blanco MC, Redondo PS. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med Leg Costa Rica*. 2017; 34 (1): 104–111.
- 25.Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001; 75: S25–37.
- 26.Colanzi I. De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica. En: VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. 2014. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/50821>.
- 27.Rodríguez Á. Hacia la humanización en salud. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2016; 34 (1): 130.
- 28.Davis R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001; 75: S5–23.
- 29.Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2012; 72 (1): 4–12.
- 30.Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia Obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2015; 75 (2): p. 81-90.
- 31.Vázquez F, Torres A, Otero P, Blanco V, López M. Prevalencia y factores de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *PSICOTHEMA*. 2010; 22 (2): 196-201.
- 32.Santiago RV, Solórzano EH, Iñiguez MM, Monreal LMA. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED*. 2013; 18 (1): 14-20.
- 33.Terán P, González Blanco M, Ramos D, Castellanos C. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2013; 73 (3): 171-80.

34. Martínez R. La violencia doméstica en la mujer de la edad mediana. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37 (3): 367-374.
35. Blitchtein D, Reyes E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública. 2012; 29 (1): 35-43.

12. ANEXOS

ENCUESTA

FECHA _____

CUESTIONARIO PARA RECABAR INFORMACION SOBRE LOS FACTORES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA ATENCION DE PARTO Y PUERPERIO EN EL HOSPITAL GENERAL DE JALPAN, QUERETARO

INTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE CORRECTA

Edad _____ Estado Civil: soltera _____ casada _____ divorciada _____
viuda _____ U.libre _____

Escolaridad: analfabeta _____ primaria _____ secundaria _____ bachillerato _____ técnica
_____ Universidad _____

Ocupación: hogar _____ empleada _____ comercio _____

Religión: católica _____ cristiana _____ testigo de Jehová _____ otra _____

Antecedentes: gesta _____ partos _____ cesárea _____ abortos _____ óbito _____

1.- Durante su atención del parto noto comentarios de burla a su persona, regaños, o mal trato

SI _____ NO _____

2.- Criticas por llorar o gritar

SI _____ NO _____

3.- Imposibilidad para manifestar miedos o inquietudes

SI _____ NO _____

4.- Impedir cambios de posición

SI _____ NO _____

5.- Orden de no deambular (caminar)

SI _____ NO _____

6.- Le negaron el contacto inmediato con su hijo Recién Nacido

SI _____

NO _____

7.- Sufrió algún maltrato por personal de hospital

SI _____ NO _____ si su respuesta fue "SI" por quien fue?

Médico _____ enfermera _____ Camillero _____ trabajo

social _____ otro _____

8.- Se le informo sobre el/los procedimiento(s) a realizar entre ellos

Tricotomía (rasurar en sus genitales), enema, decúbito lateral forzado, Amniotomía (se rompe su fuente) Administración oxitócicos (medicamento para generar contracciones) Maniobra de Kristeller(que le empujen el vientre) episiotomía (herida que se realiza en su vagina para que nazca el bebe) , revisión de su matiz o Cesárea

SI _____

NO _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de estudio “Violencia obstétrica durante el trabajo de parto y puerperio en el Hospital General de Jalpan”

Investigador: Dr. Edgar Israel Ruiz García, residente de la especialidad de medicina familiar

El que suscribe Dr. Edgar Israel Ruiz García RMF, el cual se encuentra realizando el estudio de “Violencia Obstétrica durante el trabajo de parto y puerperio en el Hospital General de Jalpan” con el propósito de investigar los mismos, posteriormente su resultado en benéfico de las instituciones y especialmente a los sujetos a investigar.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por la Universidad Autónoma de México para obtener el título de la especialidad de medicina familiar.

El procedimiento no implica daño previsible e induce responder a una serie de preguntas de acuerdo a indicadores, la participación en el estudio ocupara aproximadamente 10 minutos. La participación es voluntaria, tiene derecho abandonar la encuesta cuando lo desee, se respetará su confidencialidad.

Toda información de estudio será codificada para no relacionarse con usted. La investigación se mantendrá en un lugar seguro y confiable

He leído el formulario de consentimiento

Fecha _____

Firma del investigador Dr. Edgar I. Ruiz García Residente de Medicina Familiar

Firma o huella de la paciente _____