Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

"Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León"

presentada por

Yelyann Magory Márquez González

para obtener el grado de

Especialidad en Calidad de la Atención Clínica

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León

Monterrey, Nuevo León, Julio 2020

Dedicatoria

A mi mamá Martina González Ríos, tú eres mi mayor ejemplo para nunca darme por vencida, incluso cuando estoy a punto de renunciar. Gracias por tu amor incondicional y por siempre estar a mi lado apoyándome.

A mis hermanos Daisy, Dennisse y Jesús que siempre están apoyándome cuando los necesito.

A mi psiquiatra Alessandra Topete por ayudarme a superar momentos muy difíciles de mi vida.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la vida y por las buenas personas que puso en mi camino para no dejarme vencer.

A la Dra. Lizet Gabriela Villarreal Tamez por ser una gran mentora y apoyarme cuando más lo necesitaba.

A Georgina Espinosa Montiel que siempre será mi residente favorita, muchas gracias por escucharme y por las palabras de apoyo que me diste en mi primer año, gracias a ti lo logre.

A Stephie Ortega, porque siempre me apoyaste en los momentos que siempre los necesite.

A Oscar Trejo, aunque te encuentras lejos me escuchas y siempre recuerdo tu frase "un día a la vez".

A mis compañer@s Cinthia Almaguer, Marcela Mercado, Alejandro Hernández, Jeziel Tovar, Cynthia Ibarra, Caro Villagrán, Diego Luna por apoyarme al ser mis testigos.

A Cinthia Almaguer por tu amistad y tus consejos que me han ayudado estos últimos meses.

A mi nueva familia de Sabinas, que siempre me apoyaron y convencieron de que lo lograría.

Glosario

CEAV: Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

CNDH: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Litotomía: posición en donde la persona esta acostada sobre la espalda, con las piernas flexionadas en alto sostenidas por pierneras.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

SARS-CoV-2: nuevo tipo de coronavirus que puede afectar a las personas y que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China.

SIL: Sistema de Información Legislativa

s.f.: Sin fecha.

TDVO: Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños.

Contenido

Índice de tablas 9

Índice de figuras 10

Resumen "Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León" 11

Capítulo 1. Planteamiento de problema 12

1.1 Antecedentes 12

1.2 Planteamiento del problema 17

1.3 Características del Hospital 19

1.4 Justificación 20

1.5 Objetivos 21

1.5.1 Objetivo general 21

1.5.2 Objetivos específicos 21

Capítulo 2. Marco teórico 22

2.1 Conceptualización de la violencia obstétrica 22

2.3 Abuso y violencia 28

2.5 Consecuencias de la violencia obstétrica 36

2.6 Marco regulatorio 38

2.7 Instrumento de aplicación 41

2.8 Importancia de la medición de la violencia obstétrica 44

Capítulo 3. Metodología 45

3.1 Descripción del estudio 45

3.2 Fundamentos para el diseño del estudio 45

3.3 Fundamentos para la población de pacientes 45

3.4 Materiales y métodos 45

3.4.1 Pacientes 45

3.4.2 Criterios de Inclusión 46

3.4.3 Criterios de Exclusión 46

3.4.4 Criterios de Suspensión 47

3.4.5 Metodología de la Investigación 47

3.4.6 Variables del estudio 48

3.4.7 Técnicas de análisis estadístico 52

3.4.7.2 Programas a utilizar para análisis de datos. 53

3.4.8 Consideraciones éticas 53

Capítulo 4. Resultados 56
4.1 Confiabilidad del instrumento 56
4.2 Estadística descriptiva 57
4.3 Estadística inferencial 60
Capítulo 5. Análisis y discusión de resultados 68
5.1 Limitaciones 82
Capítulo 6. Conclusión 83
Referencias 87
Currículum Vitae del autor 94

Índice de tablas

Tabla 1 Descripción de las variables……51

Tabla 2 Consistencia interna del "Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños (TDVO)" mediante Alfa de Cronbach…… .57

Tabla 3 Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres……... ..57

Tabla 4 Estadística descriptiva de los ítems del Test de Percepción de la Violencia Obstétrica……..58

Tabla 5 Medidas de tendencia central y prueba de normalidad de las variables……..61

Tabla 6 Diferencias en la violencia obstétrica de acuerdo con la edad, escolaridad y estado civil en las mujeres puérperas……....61

Tabla 7 Diferencias en la violencia obstétrica de acuerdo con el tipo de procedimiento realizado en las mujeres……....62

Tabla 8 Diferencias en el abuso y violencia de acuerdo con edad, escolaridad y estado civil en las mujeres puérperas……...63

Tabla 9 Diferencias en el abuso y violencia de acuerdo con el tipo de procedimiento realizado en las mujeres puérperas……...64

Tabla 10 Diferencias en la atención no autorizada de acuerdo con la edad, escolaridad y estado civil en las mujeres puérperas…….....64

Tabla 11 Diferencias en la atención no autorizada de acuerdo con el tipo de procedimiento en las mujeres puérperas……...65

Tabla 12 Diferencias en la atención no autorizada y abuso y violencia. ……....66

Tabla 13 Modelo de Regresión Logística Binaria de las variables edad, escolaridad, estado civil y procedimiento la percepción de la violencia obstétrica…….....67

Índice de figuras

Figura 1. Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños (TDVO). Figueroa-Palomino et al., (2017).....43

Figura 2 Porcentaje de percepción de violencia obstétrica.....58

Figura 3 Gráfico de las dimensiones de la percepción de la violencia obstétrica, abuso y violencia y autorización no autorizada.....66

Figura 4 Porcentaje de mujeres por tipo de procedimiento realizado.....70

Figura 5. Porcentaje de mujeres con violencia obstétrica por tipo de dimensión.....74

Figura 6. Tipo de violencia obstétrica.....77

Figura 7 Tipo de atención no autorizada.....80

Resumen “Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León”

Objetivo: Determinar el porcentaje de usuarias adultas que perciben que experimentaron violencia obstétrica durante la atención obstétrica recibida en un hospital público de Nuevo León.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, replicativo, observacional, de corte transversal, y descriptivo que se realizó en un hospital público de Nuevo León. El estudio se llevó a cabo en un periodo de 2 meses previa autorización del comité de ética. El estudio se realizó con usuarias ingresadas en la división de obstetricia que fueron intervenidas por parto vaginal, cesárea o aborto. Como instrumento de evaluación para se utilizó el cuestionario ¨Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños¨. Se calculó una muestra representativa obteniendo un resultado de 359 mujeres, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Resultados: El 48.70% de las mujeres encuestadas percibieron que experimentaron violencia obstétrica, las mujeres sin estudios presentaron mayor percepción de violencia obstétrica (66.7%, $p = .037$). El 33.98% de las mujeres encuestadas percibieron haber sido víctimas de abuso y violencia, mientras que el 27.29% del total de las participantes perciben haber recibido una atención no autorizada.

Conclusiones: Con los resultados encontrados es de vital importancia impulsar acciones diseñadas para la reducción de la violencia obstétrica dentro de la institución, una vez implementadas es necesario dar un seguimiento para evaluar su efectividad.

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia institucional, derechos humanos.

Capítulo 1. Planteamiento de problema

1.1 Antecedentes

El parto es un proceso natural y fisiológico mediante el cual se expulsa el feto y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior del cuerpo materno. El proceso de parto se remota a los inicios de la humanidad y su atención ha variado a lo largo de los años. Algunas investigaciones señalan que las mujeres primitivas parían solas en posición vertical, posteriormente en el año 40,000 a.C. el parto era atendido por el marido; y a partir del año 6,000 a.C empieza a considerarse la ayuda en el nacimiento como un "arte" y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras con lo cual nace el oficio de la comadrona o partera. A partir del siglo XVII los médicos empezaron a interesarse por la obstetricia, iniciando los primeros estudios del parto y empieza a ser vista como una ciencia (Ortiz, 2015).

Posteriormente se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se introdujo la posición horizontal como práctica al momento del parto. En el siglo XIX con los nuevos avances y conocimientos en esta área disminuyo la mortalidad materna y fetal. Al pasar al siglo XX la atención durante todo el periodo de gestación ha permitido que la gran parte de los partos se desarrollen sin complicaciones (Galán, 2016; Sedano L, Sedano MC & Sedano MR, 2014).

A pesar de estos logros, al mismo tiempo el proceso del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que frecuentemente las mujeres son minimizadas y pierden su autonomía e intimidad. El parto ha sido considerado una experiencia que

puede oscilar entre una vivencia agradable o por el contrario un proceso sumamente incómodo para las mujeres.

El parto idealmente debe de vivirse en una situación de tranquilidad, en donde el personal de salud explica el curso del parto y se encuentra disponible para atender todas las situaciones y dudas que se presenten, lo cual disminuye el temor y la ansiedad; donde se utilizan técnicas psicoprofilácticas para mejorar la posición, la respiración y la relajación lo cual conlleva a la disminución del dolor y molestias; cuando es respetada la mujer, su pudor y dignidad al no agredirla mediante procedimientos de "rutina" sin criterio; cuando se otorga la oportunidad de acompañamiento por alguien cercano para brindar apoyo físico y emocional; cuando se reconocen los derechos de la mujer para decidir sobre su cuerpo y el proceso de parto con la finalidad de que viva una experiencia única, con gozo y satisfacción (Almaguer-Gónzalez, García-Ramírez & Vargas-Vite, 2012).

Sin embargo, frecuentemente el proceso del parto es vivido de una manera desagradable al ser atendidas de manera irrespetuosa como lo señalan Almaguer-Gónzalez et al. (2012) en donde se genera culpa con regaños, maltratos y humillaciones; cuando no se respeta la intimidad de la mujer al dejarla descubierta o con batas casi transparentes o en malas condiciones; cuando se utiliza su cuerpo (sin su consentimiento previo) como objeto de enseñanza al personal en formación; cuando se les impone una serie de procedimientos "rutinarios" molestos, intimidantes o agresivos (enemas, tactos vaginales continuos y rutinarios, imposición de posturas), lo cual atenta contra la integridad física y emocional de la mujer.

Este último escenario en donde el proceso de parto es vivido de una manera desagradable es una realidad hoy en día que afecta a varios países en el mundo, en donde no solo se viola el derecho de estas mujeres a una atención de calidad sino además se están violentando sus derechos humanos.

La violencia obstétrica es definida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como "el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto" (Soto-Toussaint, 2016).

El problema de la violencia obstétrica ha recibido gran interés en muchos países a nivel mundial. Este tipo de violencia fue reconocida a nivel oficial por primera vez en el mundo por Venezuela en donde se incorporó en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, entrando en vigor en marzo del 2007. Desde entonces, se ha incrementado la presión para conceptualizar la violencia obstétrica como un tipo específico de violencia de género que afecta a las mujeres, más que como un problema de mala calidad de atención médica. La violencia obstétrica representa una intersección entre la violencia de género y la violencia institucional en salud. En este sentido en las instituciones de salud tanto públicas como privadas durante la atención obstétrica, el personal de salud viola los derechos humanos y reproductivos de la mujer embarazada (Almaguer González, García Ramírez & Vargas Vite, 2010;Sal Tinoco Zamudio, 2016).

En el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la violencia obstétrica como un problema de salud pública que afecta directamente a las mujeres y sus bebés, hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado (Lansky et al., 2019).

En años recientes se han realizado diversos estudios en diferentes partes del mundo que buscan definir la presencia, causas y percepción de las pacientes respecto a esta problemática, la mayoría de las investigaciones publicadas emplean metodologías cualitativas las cuales permiten profundizar sobre la experiencia de las mujeres, sin embargo, estas investigaciones no manifiestan la magnitud del problema (Amroussia, Hernandez, Vives-Cases & Goicolea, 2017; Castro & Erviti, 2003; Chadwick, 2017; Diamond-Smith, Treleaven, Murthy & Sudhinaraset, 2017; Montesinos-Segura et al, 2018; Smith-Oka, 2015; Souza, Rattner & Gubert, 2017; Zacher-Dixon, 2015).

Existen pocos estudios cuantitativos que valoran la percepción de violencia obstétrica, uno de estos es el realizado por Terán, Castellanos, González Blanco y Ramos (2013) en Caracas Venezuela, en donde el 66.8% de las participantes manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y un 49.4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante; así mismo Pereira, Domínguez y Toro (2015) en el mismo país encontraron una prevalencia de violencia de 26.3% (violencia psicológica).

En México, Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal (2013) realizaron un estudio a mujeres en el postparto inmediato en dos hospitales del estado de Morelos donde encontraron que el 29% de las mujeres que participaron en dicho estudio reportaron algún tipo de abuso durante la atención del parto. Por otra parte, Castro y Frías (2019) evaluaron la prevalencia y los factores asociados con

experiencias de violencia obstétrica (abuso y violencia, y atención no autorizada) en mujeres entre 15 y 49 años de edad en su último parto (si éste ocurrió en los últimos cinco años) utilizando la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, en los resultados muestra que un total de 33.3% de las mujeres mexicanas experimentaron violencia obstétrica en su último parto, de las cuales el 17.1% fue una atención no autorizada y 23.6% experimentó abuso y violencia durante su atención.

El estudio más reciente fue el realizado por Figueroa-Palomino et al. (2017) en donde mediante la aplicación del ¨Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños¨ a usuarias de los servicios de salud en Sonora encontraron que 37.7% de las mujeres encuestadas percibieron algún tipo de violencia obstétrica por parte del personal de salud.

El "Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños" permite una primera aproximación a lo que se ha denominado "violencia obstétrica" durante la atención del parto, mediante el cuestionario se valoran dos dimensiones del fenómeno: abuso y violencia, así como atención no autorizada, además la última pregunta permite indagar sobre el conocimiento de las usuarias sobre algún recurso legal que proteja sus derechos en el momento de la atención obstétrica. Este cuestionario es un buen recurso para valorar la percepción de violencia obstétrica debido a que ha sido aplicado a población mexicana en la cual se obtuvo una fiabilidad por Alfa de Cronbach de .829.

1.2 Planteamiento del problema

En los últimos años, se ha dado mayor importancia a un problema que es negado por muchas instituciones y profesionales de la salud: la violencia obstétrica. Este tipo de violencia contra la mujer ha sido naturalizada entre el personal de la salud, así como las mujeres que la llegan a padecer (Almaguer-González, et al., 2010). La OMS señala que a nivel global durante la atención del parto en los centros de salud las mujeres son asistidas frecuentemente de forma irrespetuosa, viviendo maltrato físico y verbal, falta de respeto, abusos, negligencias y violación de los derechos humanos por parte de los profesionales de salud (World Health Organization (WHO), 2014).

Se ha encontrado que, en hospitales de medianos ingresos, especialmente en América Latina, las mujeres son atendidas bajo un modelo medicalizado y deshumanizado durante la atención obstétrica (Almaguer-González, García-Ramírez, Vargas-Vite & Pimienta-Luna, 2018). En la actualidad la atención obstétrica significa que las mujeres deben experimentar este tipo de rutinas institucionales, lo cual pueden tener efectos adversos sobre la calidad, los resultados y la experiencia de la atención durante el trabajo de parto y el parto.

Este problema no es ajeno a México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reporta que el mayor número de quejas del año 2000 al 2012 (2,877 quejas) correspondían al área de ginecobstetricia, lo cual indica el gran problema de violación a los derechos de salud y de salud reproductiva de las usuarias en los servicios de salud del país (Castro & Erviti, 2014). Esta estadística no es directamente indicativa de violencia obstétrica, pero pone de manifiesto un problema.

Lo anterior ha originado que a lo largo de los años se realicen diversos estudios en diferentes estados del país con la finalidad de conocer la situación real respecto a la violencia obstétrica en México, encontrándose que entre un 29 a 58% de las usuarias han experimentado violencia obstétrica en alguna de sus variedades (regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, reclamos, discriminación, humillación, manipulación, negación al tratamiento, atención no autorizada, entre otras) (Castro & Frías, 2019; Figueroa-Palomino et al., 2017; Medina et al., 2019; Valdez-Santiago et al., 2013).

Actualmente la violencia obstétrica es considerada tanto un problema de salud pública como de derechos humanos que debe de ser atendido en todas las instituciones de salud que prestan atención obstétrica (Figueroa-Palomino et al., 2017). No se han encontrado datos actuales en la literatura sobre la prevalencia de violencia obstétrica ni la caracterización de los tipos de abusos ejercidos por el personal de salud durante la atención obstétrica en hospitales públicos en el noreste de México, en este sentido es de vital importancia indagar y conocer sobre esta problemática para realizar estrategias que permitan contrarrestarla.

El hospital donde se realizó el estudio es un hospital público de segundo nivel de atención en donde se brindan servicios médicos especializados de ginecología, obstetricia y pediatría, es el centro de referencia público más grande del estado para la atención obstétrica. En dicha institución no se ha estudiado esta problemática por lo cual se desconoce la magnitud del problema, por ello surge el interés para realizar una investigación cuyo objetivo es determinar el porcentaje de usuarias adultas que perciben que experimentaron violencia obstétrica durante la atención obstétrica recibida en el hospital donde se realizó el estudio.

1.3 Características del Hospital

El hospital donde se realizó el presente estudió es un hospital público de segundo nivel que atiende a población abierta, el cual fue inaugurado en el año 2007 con el propósito de brindar servicios médicos especializados de ginecología, obstetricia y pediatría. La institución tiene una construcción de 49,680 m^2 y una superficie ajardinada de 6,643.58m^2, tiene un edificio de 7 pisos. Es un centro de referencia de 8 jurisdicciones sanitarias del estado, pero principalmente de las jurisdicciones 4 y 6.

Cuenta con 374 camas, de las cuales 211 son camas censables y 149 no censables, 16 especialidades y 25 subespecialidades médicas, cuenta con 62 consultorios de especialidad, 8 quirófanos y 6 salas de expulsión. Los servicios que brindan están enfocados en la salud de la mujer y niños, brinda atención de las emergencias obstétricas con equipos de respuesta inmediata (Código CREO) y Terapia Crítica Obstétrica. Durante el año 2018 se tuvo total de 23,413 egresos (Ginecología y Obstetricia 10,798), y 14,510 nacimientos. En dicho año se tuvo un porcentaje de ocupación anual de 73.5 %, con un promedio de días estancia en Ginecología y Obstetricia de 2.04.

1.4 Justificación

A partir del 2007 en México como estrategia para atender la situación de violencia hacia las mujeres se creó la “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”, impulsando reformas legislativas para reconocer y respetar los derechos humanos de las mujeres, incluyendo en el ámbito de la salud. En Nuevo León el 23 de octubre del 2019 con el fin de brindar un mejor modelo de atención a las mujeres durante el parto y el puerperio se reformo la “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” en donde se incluyó la figura de violencia obstétrica. Lo anterior indica que a nivel nacional y estatal se están realizado estrategias para proteger a las mujeres durante la atención obstétrica pues este es un problema de gran magnitud.

Actualmente no se han encontrado datos en la literatura sobre la prevalencia de violencia obstétrica ni la caracterización de los tipos de abusos ejercidos por el personal de salud durante la atención obstétrica en hospitales públicos en el noreste de México, en este sentido es de vital importancia indagar y conocer sobre esta problemática para realizar estrategias que permitan contrarrestarla. En el hospital público del noreste del país no se ha estudiado a fondo esta problemática por lo cual se desconoce la magnitud del problema, al ser el centro de referencia público más grande del estado para la atención obstétrica es de vital importancia conocer con exactitud si esta problemática está presente en dicha institución y en qué forma se está presentando para tener bases con las que se construyan estrategias que permitan proporcionar una atención de calidad y humanizada.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar el porcentaje de usuarias adultas que perciben que experimentaron violencia obstétrica durante la atención obstétrica recibida en un hospital público de Nuevo León.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio.
- Examinar las diferencias en la percepción de la violencia obstétrica según las características sociodemográficas de la muestra de estudio.
- Examinar las diferencias en la percepción de la violencia obstétrica según las características clínicas de la muestra de estudio.
- Examinar las diferencias en el abuso y violencia según las características sociodemográficas de la muestra de estudio.
- Examinar las diferencias en el abuso y violencia según las características clínicas de la muestra de estudio.
- Examinar las diferencias en la atención no autorizada según las características sociodemográficas de la muestra de estudio.
- Examinar las diferencias en la atención no autorizada según las características clínicas de la muestra de estudio.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Conceptualización de la violencia obstétrica

En el 2015, la ONU aprobó la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, esta agenda cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con la finalidad de mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás. El tercer ODS es garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, dentro de las metas de este objetivo ocupa un lugar predominante mejorar la salud materna mediante la reducción de la mortalidad materna y el acceso a los servicios de salud reproductiva de calidad (Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2017). A pesar de los grandes logros que se han alcanzado en estos dos indicadores, también se ha reconocido un aumento en las quejas por trato irrespetuoso, ofensivo o negligente, así como prácticas que degradan, intimidan y oprime a las mujeres en el ámbito de la atención en salud en el período del embarazo, parto y postparto, presentándose con mayor frecuencia al momento del parto.

Desde 1979 se ha puesto este tema sobre la agenda política internacional, en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de ese año, se estableció la obligación de los países a implementar medidas adecuadas para garantizar que los servicios de atención del embarazo, parto y postparto fueran adecuados, además se señaló que todas las acciones o conductas que causen algún daño, sufrimiento tanto físico como mental o muerte a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de salud reproductiva son formas de violencia y discriminación contra la mujer.

La OMS ha realizado diversas publicaciones en donde se presentan recomendaciones sobre prácticas adecuadas para la atención en el parto y nacimiento. En el 2014, reconoció que las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud son asistidas frecuentemente de forma irrespetuosa, viviendo maltrato físico y verbal, falta de respeto, abusos, negligencias y violación de los derechos humanos por parte de los profesionales de salud, además señala que es un problema de salud pública y de derechos humanos que exige acciones inmediatas pues todas las mujeres tienen derecho de recibir el más alto nivel de atención en salud, incluyendo el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y parto, y a no sufrir violencia ni discriminación de cualquier índole (World Health Organization (WHO), 2014).

La violencia obstétrica engloba este tipo de maltrato, abusos, negligencias y violación de los derechos humanos hacia la mujer en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto. No existe una definición única de la violencia obstétrica debido a que este constructo es la intersección de diversos tipos de violencia, como lo son: violencia de género, institucional, simbólica, estructural, así como violación a los derechos reproductivos, de la salud y por ende de los derechos humanos.

La violencia obstétrica es considerada como un tipo específico de violencia de género contra las mujeres, ejercida por el personal de salud, consecuencia de la medicalización del parto y la patologización de los procesos reproductivos (Salgado & Díaz, 2019). La violencia de género es definida por las Naciones Unidas (1993) en su artículo 1° como "… todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la

privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada". Este tipo de violencia se presenta en todo tipo de mujeres, sin importar el nivel cultural y social, es un tipo de violencia que se da a las mujeres por el simple hecho de ser del género femenino.

Este tipo de violencia además de ser de género es de tipo institucional, entendiéndose como "aquellas normas y procedimientos institucionales, así como a los actos u omisiones de las y los servidores públicos, resultado tanto de prejuicios de género, como de patrones estereotipados de comportamiento o prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad de las mujeres o de su subordinación a los hombres, los cuales discriminan o tengan como fin dilatar, obstaculizar, impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia" (Almaguer-González et al., 2010). Esta forma de violencia se manifiesta en prácticas cotidianas que se ejercen en servicios de salud tanto públicos como privados a consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, por ejemplo, exigir la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) tras el parto o el tipo de incisión en la cesárea).

Por otra parte se encuentra la violencia simbólica, establecida por el sociólogo francés Boudieu como aquella violencia en donde no se ejerce la fuerza física sino que los sujetos son sometidos respecto a otros, a través del proceso de socialización del poder y la autoridad que lo convierten en incuestionables, en este proceso el control emocional se da a través de hábitos y disposiciones inconscientes tan sutiles e imperceptibles que, es aceptada y adoptada como normal por el dominador y el dominado, como es el caso de

las relaciones de poder entre personal de salud y las mujeres parturientas, tratándolas de modo paternalista en donde el personal de salud tiene la última palabra pues es "necesario" para ayudar a la mujer y a su bebé (Safi, 2015).

Así mismo, la violencia obstétrica es un tipo de la violencia estructural, es decir, "aquellas situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social, sin necesidad de formas de violencia directa" (La Parra y Tortosa, 2003), este tipo de violencia muchas veces esta tan internalizada que se dificulta la identificación.

Los derechos a la salud, sexuales y reproductivos son reconocidos formalmente como derechos humanos, pues resultan indispensables para el desarrollo integral de las personas. Sin embargo, estos derechos a menudo se pasan por alto, por ejemplo, al no recibir servicios confidenciales, respetuosos y de alta calidad durante la atención del embarazo, parto y postparto (Starrs et al., 2018). Analizado desde esta perspectiva la violencia obstétrica se considera una violación de los derechos humanos.

La violencia obstétrica es compleja debido a que se presentan múltiples tipos de violencia, por esta razón no existe una definición concreta, sin embargo, la definición que se puede considerar más completa es la señalada por Bellón (2014):

"La violencia obstétrica puede ser entendida como el resultado de la intersección de relaciones de poder vinculadas al género, el conocimiento y las jerarquías de clase que interactúan en las luchas por la apropiación y legitimación del conocimiento y la gestión de la atención a la salud en el campo concreto de la atención del parto. De manera que,

las tensiones generadas por estas jerarquías se reflejan en narrativas opuestas acerca de lo que es el parto y nacimiento y de cuáles son los procedimientos adecuados para asistirlo. Estas constituyen elementos importantes para comprender las lógicas que subyacen los debates actuales sobre la asistencia del parto".

Sadler (2004) señala que desde el momento en que la mujer ingresa a recibir atención hospitalaria para el parto existe una serie de mecanismos de control sobre ella para expropiarla de su identidad, de cualquier autoridad que pueda ejercer incluso de su cuerpo, entre los cuales menciona:

- Homogeneización: se despoja de la identidad particular de cada mujer al seguir una serie de prácticas y procedimientos estandarizados, no se consideran diferencias individuales ni socioculturales.
- Patologización: se medicaliza el proceso fisiológico natural del parto, la mujer es vista como una persona enferma donde el médico interfiere con el proceso natural del parto concibiéndolo como una patología con intervenciones complejas.
- Fragmentación: no se ve a la mujer como un ser holístico, se centra la atención en lo fisiológico pues solo se sigue la evolución del parto a través de la lectura de instrumentos y equipo, dejando fuera el resto de las esferas de la persona.
- Naturalización: se ve a la mujer como un ser perteneciente a la naturaleza, poco racional sin capacidad de entender razones por lo cual se les infantiliza al hablarles en un tono semejante al que se utiliza para dirigirse a niños o personas con discapacidad mental.
- Contaminación: la mujer no tiene ningún grado de autoridad por lo cual se le impone ciertas pautas y se les recuerda que no deben interferir con el trabajo del

profesional, son vistas como un “contaminante” que es necesario suprimir e invisibilizar.

- Culpabilización: al presentarse problemas o dificultades el médico trasfiere toda la responsabilidad a la mujer al señalarla como poco cooperadora lo cual dificulto e interfirió con el proceso del parto.

El resultado de estos mecanismos es que las mujeres tomen el papel de enfermas sin posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo durante un proceso fisiológico normal, lo cual invisibiliza las manifestaciones de violencia o las justifican como resultado de su propia actitud. En otras ocasiones las mujeres reconocen que fueron violentadas por parte del personal de salud, pero prefieren no “quejarse” pues no las atenderán o las atenderán inadecuadamente.

En las investigaciones que se han realizado se ha encontrado que las manifestaciones más frecuentes de la violencia obstétrica son regaños, burlas, insultos, ironías, amenazas, reclamos, discriminación, humillación, manipulación, negación al tratamiento, falta de acceso a los servicios de salud, así como utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, atención deficiente, falta de información, atención sin consentimiento, entre otros.

Lafaurie, Rubio León, Perdomo y Cañón Crespo (2019) señala que existen dos formas de presentación de violencia obstétrica: física y psicológica, sin embargo, otros autores señalan que existen siete formas de presentación de violencia obstétrica: abuso físico, atención no autorizada, falta de confidencialidad, atención no digna (incluido maltrato verbal), discriminación basada en atributos específicos, abandono o negación de atención y detención en centro de salud (Almaguer-González et al., 2010).

Aunque la violencia obstétrica se puede presentar desde el momento en que la mujer busca servicios de salud reproductiva hasta el postparto, esta se hace manifiesta con mayor frecuencia al momento del parto que es el momento de mayor vulnerabilidad de la mujer. Para el presente estudio la violencia obstétrica durante el momento del parto se engloba dentro de dos dimensiones: abuso y violencia, así como atención no autorizada.

2.3 Abuso y violencia

Dentro de la dimensión "abuso y violencia" de la violencia obstétrica se engloban aquellos elementos relacionados con el abuso físico, la atención no digna y el abandono de la atención. Entendiéndose como abuso físico la realización de prácticas invasivas, así como aventones de piernas, golpes con la mano o utilización de alguna parte del cuerpo para causar daño físico a la mujer y la imposibilidad de movilizarse o adoptar la postura más cómoda para la persona. Por el otro, la atención no digna implica trato deshumanizado, discriminación y humillación al momento de pedir información o requerir atención durante el transcurso de una práctica obstétrica. También incluye la omisión de información sobre la evolución de su parto y el estado de salud del bebé. El abandono de la atención incluye la negativa, el retraso o la omisión injustificada de brindar atención médica oportuna y eficaz a las mujeres (Valdez-Santiago, Salazar-Altamirano, Rojas-Carmona y Arenas-Monreal, 2016).

Una vez que la mujer ingresa para la atención del parto empieza a llevarse a cabo un protocolo de atención establecido. Dentro de las prácticas invasivas más comunes durante la atención se pueden mencionar amnioscopia, amniotomía, canalización de vías

vasculares, episiotomía y episiorrafia sin anestesia, tacto vaginal y colocación anestesia epidural (Valdez-Santiago et al., 2016):

- Amnioscopia: este es una prueba invasiva que se utiliza para evaluar las características del líquido amniótico a través del cuello uterino y detectar la existencia de meconio como dato de posible hipoxia fetal, pero no está exenta de complicaciones, por ejemplo, rotura de bolsa amniótica, aumento de riesgo de infección, entre otras, por lo cual en la actualidad no es recomendada ni utilizada (Carvajal y Ralph, 2017, Lugones y Ramírez, 2010).
- Amniotomía o amniorrexis: esta práctica invasiva consiste en romper las membranas ("bolsa") con la finalidad de acelerar el parto, sin embargo, no es recomendada pues aumenta el riesgo de infección o cambio en el patrón de la frecuencia cardiaca fetal y aumento del riesgo de cesárea.
- Canalización intravenosa: técnica invasiva que permite tener un acceso permanente al sistema vascular de la paciente con la finalidad de administrar líquidos intravenosos y medicación, sin embargo, no debería de colocarse en forma rutinaria pues frecuentemente se administran medicamentos sin el consentimiento de los pacientes ni informándolas sobre lo que se les aplica, así mismo representa un riesgo para padecer una infección asociada a la atención de la salud, además una vía dificulta la movilidad de las pacientes.
- Episiotomía: sección en el periné vaginal, realizada como un procedimiento de rutina con el objetivo de evitar un posible desgarro perineal, pero también se pueden presentar complicaciones tales como hematoma (62%) y edema (32%) en mujeres con episiotomía, comparando con 3% y 5% en pacientes sin episiotomía,

respectivamente. Además, existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de dispareunia. La episiotomía debe ser considerada solo en aquellas pacientes que tenga indicación para su realización. (Berzaín-Rodríguez y Camacho-Terceros, 2014).

- Episiorrafia sin anestesia: la episiorrafia es la intervención que consiste en la reparación de la episiotomía, sin embargo, muchas veces se realiza sin la aplicación de anestesia local, lo cual es un acto de abuso físico contra la mujer pues ocasiona dolor que se pudo haber evitado.
- Tacto vaginal: es un procedimiento invasivo que consiste en introducir el dedo índice y medio en la vagina de la mujer, con esto se obtiene información sobre la dilatación del cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna, sin embargo se utiliza rutinariamente para acelerar el parto o como método de enseñanza a los médicos que están en proceso de aprendizaje pero las recomendaciones marcan que deben limitarse al mínimo necesario puesto que es incómodo para la mujer al ser expuesta su privacidad, doloroso y representa un riesgo de infección.
- Colocación anestesia epidural: se trata de una técnica invasiva que consiste en la colocación de un catéter en las vértebras lumbares para administrar analgesia, aunque es beneficiosa para el alivio del dolor también implica posibles riesgos como: periodo expulsivo prolongado, aumento de partos instrumentados, entre otros, debido a esto se recomienda que se retarde lo más posible su aplicación pues disminuyen las consecuencias sobre el proceso fisiológico del parto.

Otras formas de abuso físico que se dan frecuentemente en estos escenarios son golpes, bofetadas, empujones o pellizcos por parte del personal de salud, así como

restricción de la movilidad. Alnemari et al., 2020 realizaron un estudio en los servicios de atención materna de la ciudad de Taif en Arabia Saudita encontrando que el 24.9% de las participantes menciono que el personal realizó tactos dolorosos, al 21.8% se les presiono el abdomen con fuerza durante el parto, 13.4% se les realizó episiotomía sin anestesia, 4.5% recibieron golpes, bofetadas, empujones o pellizcos.

Además en este contexto muchas veces a las mujeres gestantes no se les proporciona un trato digno, se les violenta psicológicamente mediante trato deshumanizado al ser ignoradas cuando expresan sus miedos, inquietudes o dan su opinión, se les discrimina debido al estado social, económico, de salud, raza o religión, también se hace presente el abuso verbal con regaños, humillaciones, con frases como "no grite", "no llore", "no se queje", "es que es rico hacerlos, pero no tenerlos", (Sala, 2019; Valdez-Santiago et al., 2013). Okafor, Ugwu y Obi, (2014) realizaron un estudio en Nigeria evidenciando que el 98% de las mujeres presentaron al menos una forma de atención abusiva e irrespetuosa, en donde el 29.6% de las mujeres no se les proporciono un trato digno y el 20% sufrieron discriminación.

Por último, la negación a la atención, el abandono de la mujer durante el proceso del trabajo de parto, por ejemplo, quedarse solas durante el trabajo de parto y el parto, el incumplimiento de la vigilancia estrecha de la mujer por parte de los profesionales de la salud o la omisión injustificada al no intervenir en situaciones que amenazan la vida son también manifestaciones de la dimensión de "abuso y violencia" dentro de la violencia obstétrica. Esto ha quedado evidenciado en diversos estudios, por ejemplo Abuya et al., (2015) realizaron un estudio en Kenia en donde se reportó que el 20% de las mujeres experimentaron abuso por los profesionales de la salud durante el parto, se reportó que el

14.3% de las mujeres reportaron negligencia o abandono durante el proceso del parto, Mesenburg et al., (2018) en su estudio realizado en Pelotas, Brasil reportan que 18.3% de las mujeres presentaron algún tipo de abuso y falta de respeto y de estas al 6% se les negó la atención.

En los últimos años las investigaciones han permitido evidenciar un problema invisibilizado por la forma en como se ha normalizado este tipo de comportamientos dentro de las instituciones de salud. La dimensión "abuso y violencia" permite sintetizar y englobar múltiples manifestaciones de la atención del parto no respetuoso y abusivo. Los hallazgos encontrados en cada una de las investigaciones proporcionan una idea de la magnitud del problema de "abuso y violencia" que se presenta durante la atención del parto, lo cual propicia a generar conciencia de este tipo de violencia para implementar acciones con la finalidad de reducir este tipo de comportamientos y proporcionar una atención digna y de calidad.

➢ 2.4 Atención no autorizada

La segunda dimensión dentro de la violencia obstétrica es la denominada "atención no autorizada", aquí se pone de manifiesto la falta de libertad de decisión de la mujer sobre su cuerpo al no informarles ni pedirles su consentimiento informado sobre los procedimientos que no están justificados por su estado de salud o de la persona por nacer. Este tipo de violencia incluye la realización de episiotomías innecesarias, el uso de la maniobra de Kristeller, tactos uterinos reiterados o como forma de enseñanza, aplicación de enemas, realización de tricotomía (rasurado de vello púbico), amniotomía (incisión de las membranas fetales), suministro de medicación no justificada, aplicación de oxitócicos, imposición de la posición de litotomía para el parto, indicación de estar

acostadas durante todo el proceso previo a la expulsión; y la realización de cesáreas innecesarias, abortos y esterilización quirúrgica sin previo consentimiento informado (Galván y Sánchez, s.f.).

Estos procedimientos tienen indicaciones específicas, exceptuando de la maniobra Kristeller (que no debería realizarse bajo ningún motivo), por lo que por sí mismas no son consideradas como violentas, el problema radica cuando se realizan sin previa información, explicación y autorización de las mujeres, ignorando la autonomía de las mujeres, excluyéndolas de cualquier decisión sobre sus cuerpos, no informándoles sobre los procedimientos que se les realizan y una falta de respeto hacia sus costumbres y tradiciones proceso de parto.

La maniobra de Kristeller consiste en hacer presión sobre el fondo uterino en el período expulsivo del parto. La maniobra se utilizaba para fortalecer las contracciones uterinas débiles durante el período expulsivo. La OMS actualmente la desaconseja debido a que los riesgos son elevados y es considerada una mala práctica, sin embargo, aún se continúa utilizando. En México, la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida en su numeral 5.5.14 expresa que "durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados" (Becerra-Chauca y Failoc-Rojas, 2019).

De los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia sin el consentimiento de la mujer son: tricotomías, tactos uterinos, amniotomía, enemas y episiotomías. En algunas instituciones forma parte de su rutina realizarle tricotomía y enema a toda mujer que entrará a la sala de labor, sin embargo, la OMS no recomienda este tipo de prácticas

rutinarias. En el numeral 5.5.9 de la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 menciona que la tricotomía, la aplicación de enema evacuante y la episiotomía, no deben de realizarse de manera obligatoria a todas las mujeres, solo se realizaran en aquellos casos con indicación precisa. Asimismo, señala que se debe reducir el número de tactos vaginales. Para los procedimientos señalados siempre se debe informar a la mujer previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico.

La Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), (2017), publicó "Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México" en el cual se realizó un estudio de corte transversal exploratorio en diferentes hospitales de Secretaria de Salud y Servicios Estatales de Salud de seis entidades federativas: Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, México, Oaxaca y Veracruz, además de la Ciudad de México. Se obtuvo información de 2,111 mujeres, que acudieron a hospitales exclusivamente por motivo de la resolución de un embarazo, ya fuera parto o cesárea. En cuanto a los procedimientos no recomendados durante el trabajo de parto el que con mayor frecuencia se presentó fue la tricotomía con un 16.5%, seguida de la amniotomía y episiotomía, ambas cercanas al 10%.

En cambio, Figueroa-Palomino et al. (2017) detectaron que los procedimientos más frecuentes que se les realizó a las mujeres del estudio sin pedirles consentimiento o informarle sobre los riesgos y sin explicar por qué eran necesarios fueron: episiotomía con un 46.7% de los casos, prohibición de ingerir alimentos o bebidas en un 42.2%, al 40% se les realizó tactos vaginales reiterados y por diferentes personas, mientras que al 31.1% se le administró medicación para acelerar el parto.

Okafor, Ugwu y Obi, (2014) encontraron en su estudio que la atención no autorizada se presentó en el 54.5% de las mujeres encuestadas, de las cuales el 25.6% fue episiotomía, 7.6% tricotomía, 5.2 % esterilización, 4.5% cesárea. Alnemari et al., 2020 señalan que dentro de su investigación cuando se les indago a las mujeres sobre la atención no autorizada el 19% respondieron que se les hizo episiotomía sin consentimiento, 12% recibió medicación para inducción del trabajo de parto sin necesidad médica, al 1.4% se les realizó ligadura de trompas sin consentimiento y una mujer (0.3%) respondió que se le realizó histerectomía durante la cesárea sin su consentimiento.

Los estudios que se han realizado a lo largo del mundo sobre la violencia obstétrica han dejado en evidencia que la episiotomía es de los procedimientos que con más frecuencia se realizan a las mujeres durante el momento del parto sin previa información ni consentimiento. Durante los últimos años la episiotomía como procedimiento rutinario ha sido cuestionada e investigada por especialistas y científicos médicos, las organizaciones internacionales afirman que la episiotomía se debe limitar solo a aquellos casos con indicaciones precisas debido a que la evidencia señala que este procedimiento no es eficaz para reducir el riesgo de trauma vaginal ni perineal y está asociado con complicaciones tales como: trauma perineal, aumento de sangrado, infecciones perineales y dehiscencia de la herida (Zaami, Stark, Malvasi y Marinelli, 2019).

Miller et al, 2016 señalan que las organizaciones de atención de salud deben garantizar que todas las mujeres reciban atención de alta calidad, basada en evidencia, equitativa y respetuosa de manera que se protejan y promuevan los derechos humanos.

2.5 Consecuencias de la violencia obstétrica

La hemorragia uterina, los trastornos hipertensivos, las complicaciones de abortos inseguros y sepsis son las principales causas de muerte materna, que en la mayoría de los casos pueden prevenirse o tratarse con la consecuente reducción de la mortalidad materna si las mujeres recibieran atención oportuna por profesionales de la salud capacitados en instalaciones adecuadas. Por este motivo la ONU en el tercer ODS referente a la salud, tiene como una de sus principales metas mejorar la salud materna mediante la reducción de la mortalidad materna y el acceso a los servicios de salud reproductiva de calidad.

Por tal motivo en los últimos años se ha promovido el parto universal en instalaciones adecuadas como medio eficaz para reducir la mortalidad materna, sin embargo, a pesar del aumento de las tasas de partos en los establecimientos de salud no se ha tenido el impacto proporcional esperado en la reducción de la mortalidad materna debido en gran parte a la mala calidad de la atención proporcionada por los profesionales de la salud. Lamentablemente, dentro de los establecimientos de salud no se ha enfatizado la importancia de la calidad y aceptabilidad de los servicios prestados a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, por lo cual la violencia obstétrica representa un obstáculo para el acceso universal a los servicios de atención obstétrica de calidad (Sando et al., 2016).

Así mismo, la violencia obstétrica representa un riesgo potencial para complicaciones obstétricas al alterar el proceso fisiológico normal del parto, dentro de las principales complicaciones se pueden mencionar: anomalías en la contracción y dilatación uterina, sufrimiento fetal por la posición de litotomía, atonía uterina y extirpación del útero por el exceso de oxitócicos sintéticos, así como diversas

complicaciones de la aplicación de cesáreas sin una indicación clínica precisa, propias de los riesgos de esta intervención quirúrgica. En los últimos años se ha observado un aumento injustificado de cesáreas y partos traumáticos lo cual ha llevado al aumento de ingresos de recién nacidos en unidades neonatales, aumentando la morbilidad materno-infantil (Almaguer-González et al., 2010; García-García, 2018).

El excesivo intervencionismo y medicalización del parto supone además un gasto económico excesivo puesto que se utilizan recursos innecesarios y muchas veces contraproducentes debido a que las intervenciones realizadas involucran co-intervenciones o incrementan la probabilidad de otras intervenciones en los partos que podrían haber seguido su curso natural sin complicaciones (García-García, 2018).

El parto para muchas mujeres puede convertirse en una experiencia traumática, provocando un desequilibrio mental, por ejemplo, se estima que el 35% de las mujeres tras el parto presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático. Se ha demostrado que el trauma resulta de las acciones u omisiones tanto de las matronas, médicos y enfermeras sobre la mujer. Las mujeres describen como sienten perder el control sobre la experiencia del parto al ser tratadas de forma autoritaria, siendo ignoradas, violando su derecho a la libertad de decisión mediante al realizarles procedimientos sin ser informadas ni proporcionar su consentimiento, recibiendo trato deshumanizado e irrespetuoso con una falta de consideración de ellas como seres humanos (Fernández, 2014).

2.6 Marco regulatorio

A lo largo de los años diversos autores han demostrado que el maltrato y abuso durante la atención institucional del parto y aborto son prevalentes en diferentes partes del mundo, lo cual constituye una violación a los derechos fundamentales de las mujeres por lo cual cada país debe desarrollar e impulsar leyes para proteger a las mujeres de este tipo de violación a los derechos humanos.

El primer país en el mundo en definir oficialmente la violencia obstétrica fue Venezuela en donde se incorporó en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, entrando en vigor en marzo del 2007, en donde la violencia obstétrica es codificada como uno de los 19 tipos de formas punibles de violencia contra la mujer en su artículo 15.

Detrás de Venezuela distintos países latinoamericanos han incorporado dentro de sus legislaciones el Derecho a una Vida Libre de Violencia, entre ellos México. En 2007 se publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia, cuyo objetivo es la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar una vida sin violencia, sin embargo, a la fecha no incluye expresamente el tipo de violencia obstétrica. El 25 de abril del 2019 se sometió a consideración incorporar a los tipos de violencia que plantea la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el artículo 6, la violencia obstétrica (Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2015; Sistema de Información Legislativa (SIL), 2019).

A partir de 2008 a nivel estatal en México, el concepto violencia obstétrica ha sido incorporado en 18 estados dentro de sus leyes de acceso a una vida libre de violencia: Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí. Entre ellos, Chiapas, Estado de México, Guerrero y Veracruz la tipifican como delito en sus códigos penales (Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2017).

En Nuevo León el 23 de octubre del 2019 se reformo la "Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia" en donde se incluyó la figura de violencia obstétrica en su artículo VIII Bis definiéndola como:

> "toda conducta u omisión por parte del personal de servicios de salud que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su parto y sexualidad y que por negligencia y/o una deshumanizada atención médica durante el embarazo, parto o puerperio dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad, que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos".

La violencia obstétrica como construcción legal abarca elementos que van desde mala calidad de la atención obstétrica al no adherirse a las mejores prácticas basadas en evidencia, trato irrespetuoso y abusivo que las mujeres experimentan por parte de los prestadores de servicios de atención médica hasta la violación de los derechos humanos de la mujer durante el embarazo, parto y postparto.

Así mismo, la NOM-007-SSA2-2016 establece los criterios y procedimientos para la prestación de servicios de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Esta norma es de observancia obligatoria en todo México para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. En el apartado para la atención del parto se señala en el numeral 5.5.1 que los establecimientos de atención deben aplicar normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional y bienestar de la mujer, siendo prioritario facilitar el parto siempre que no exista contraindicación alguna. Lo anterior conduce a proporcionar una atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así mismo reduce el número de cesáreas innecesarias, la morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo. Además, en el numeral 5.5.3 establece que ningún personal que preste los servicios de ginecología y obstetricia debe discriminar o ejercer algún tipo de violencia contra la mujer.

Aunado a lo anterior en México se cuenta con el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, mediante el que se pretende establecer un referente a nivel nacional para orientar al personal de salud en la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones bajo el sustento de la mejor evidencia disponible. Dentro de este catálogo se encuentra la Guía de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, cuyo objetivo es para proporcionar atención obstétrica segura y de confianza, mediante la vigilancia y manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente, promoviendo las prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible, apegada a la normatividad vigente y al marco de los derechos humanos, así

como la promoción de estrategias para la reducir la morbimortalidad materna y fetal (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC, 2014).

En México desde hace más de una década se empezó a trabajar para prevenir y erradicar la violencia obstétrica mediante los instrumentos legales anteriormente expuestos que obligan al Estado a proteger los derechos humanos de la mujer durante la atención del embarazo, parto y puerperio. No obstante, en la actualidad siguen presentándose en las instituciones de salud malos tratos, humillaciones, discriminación, procedimientos e intervenciones innecesarias y que en algunos casos representan mayor riesgo para la salud de la mujer y el feto, e incluso en ocasiones se le niega a la mujer el derecho a la salud al serles negada la atención inmediata y adecuada, evidenciando que el contar con instrumentos legales no es una garantía absoluta de que los derechos de la mujer serán respetados por los prestadores de servicios de las instituciones de salud.

2.7 Instrumento de aplicación

Existen diversos instrumentos para la medición de la prevalencia de la violencia obstétrica, así como para clasificar sus diversas manifestaciones. Sin embargo, para el presente estudio se seleccionó el "Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños " (TDVO), el cual es un cuestionario estructurado cerrado que permite reconocer si las mujeres encuestadas presentaron violencia obstétrica durante la atención del parto. El cuestionario valora dos dimensiones de la violencia obstétrica: abuso y violencia, así como atención no autorizada, de igual manera la última pregunta permite conocer si las mujeres participantes conocen sobre algún recurso legal que proteja sus derechos en el momento de la atención obstétrica.

El TDVO se encuentra validado para la población mexicana debido a que fue aplicado a mujeres sonorenses en el estudio de Figueroa-Palomino et al., (2017) en la cual se obtuvo una fiabilidad por Alfa de Cronbach de .829. por lo cual se considera un buen instrumento para valorar la percepción de violencia obstétrica. El cuestionario consta de 12 preguntas, de las cuales 11 de ellas son dicotómicas con respuesta sí o no y 1 de elección múltiple como se observa en la figura 1.

La pregunta número cinco corresponde a la de elección múltiple, en esta pregunta se indaga sobre los procedimientos que se le realizaron a la participante sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos o sin explicarle porque eran necesarios, entre las respuestas se encuentran prohibición de ingerir alimentos o bebidas, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, enema, rotura artificial de la bolsa, rasurado de genitales, administración de medicación para acelerar el parto, tactos vaginales reiterados y por diferentes personas, comprensión del abdomen en el momento del parto, episiotomía, cesárea y legrado. La participante puede seleccionar más de una respuesta pues indicará aquellos procedimientos que se le realizaron sin informarle o sin su consentimiento, en caso de no habérsele realizado ninguno de los procedimientos sin consentimiento o si informarle dejara en blanco esta pregunta.

Variables
1. ¿El personal de salud criticaba tu comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?
2. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando tu nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto?
3. ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto?
4. ¿Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus medios o inquietudes porque no le repondrían o lo hacían de mala manera?
5. ¿Se le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos sin explicarle porque eran necesarios?, señalar cuales: - Prohibición de ingerir alimentos o bebidas - Indicación de permanecer acostada todo el tiempo - Enema - Rotura artificial de la bolsa - Rasurado de genitales - Administración de medicación para acelerar el parto - Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas - Comprensión del abdomen en el momento del parto - Episiotomía - Cesárea - Legrado
6. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad?
7. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?
8. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar?
9. Durante todo el proceso ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?
10. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a, antes de que se realizaran cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?
11. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?
12. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?

Figura 1. *Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños (TDVO).* Figueroa-Palomino et al., (2017).

2.8 Importancia de la medición de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica afecta a la gran mayoría de las mujeres del mundo sin importar la raza, nacionalidad, edad, condición económica, sin embargo, esta se da en mayor o en menor medida dependiendo de estas características. En el 2014 la OMS reconoció la violencia obstétrica como un problema de salud pública que se presentaba en una amplia gama de contextos, por lo cual a partir de ese momento se empezaron a realizar estudios con la finalidad de conocer la verdadera prevalencia de la violencia obstétrica.

Actualmente la prevalecía exacta de la violencia obstétrica a nivel mundial es desconocida, sin embargo, se han realizado diversos metaanálisis en donde se han encontrado prevalencias de "falta de respeto y abuso" que oscilan entre 15 % a 98% en África (Sando et al., 2017), mientras que en América Latina se han encontrado desde un 2.6% hasta un 86.6% con una prevalencia agregada de falta de respeto y maltrato durante el parto y el aborto del 39% (Tobasía-Hege et al., 2019).

La alta prevalencia de "falta de respeto y abuso" permite tener una idea general de la prevalencia de la violencia obstétrica, empero conocer la verdadera prevalencia, así como la forma en cómo se manifiesta permite realizar acciones puntuales para disminuir y prevenir este tipo de violencia y de esta forma garantizar el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como proporcionar una atención obstétrica de calidad.

Capítulo 3. Metodología

3.1 Descripción del estudio

El presente estudio está basado en una encuesta estructurada cerrada y cuenta con las siguientes características: cuantitativo, replicativo, observacional, de corte transversal, y descriptivo.

3.2 Fundamentos para el diseño del estudio

- REPLICATIVO: Se considera un estudio replicativo, ya que existen trabajos publicados previamente utilizando la misma metodología.
- OBSERVACIONAL: Se encuentra limitado a medir las variables definidas en el estudio.
- TRANSVERSAL: Se analizaron datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una muestra predefinida.
- DESCRIPTIVO: Se describen únicamente las características del fenómeno de estudio.

3.3 Fundamentos para la población de pacientes

Debido al objetivo de la investigación fue necesario aplicar el cuestionario a mujeres que habían sido atendidas en el hospital donde se realizó dicho estudio. Así mismo, era necesario la firma del consentimiento informado para poder participar en el estudio por lo cual se seleccionaron solo a mujeres mayores de edad (> 18 años).

3.4 Materiales y métodos

3.4.1 Pacientes

La población de interés estuvo conformada por un total de 359 participantes del género femenino mayores de 18 años que tuvieron atención obstétrica en el área de

Ginecología y Obstetricia del hospital en donde se realizó el estudio durante los meses de mayo a junio del 2020.

La estimación de la muestra de una proporción en una población infinita se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2PQ}{d^2} \qquad n = \frac{1.96^2 * 0.37 * 0.63}{0.05^2} = 358.19$$

n = Tamaño de muestra

Z = Nivel de significancia (95%)

P = Proporción o prevalencia reportada en la literatura de la variable dependiente o de desenlace (37% de las usuarias experimentan violencia obstétrica, reportada en el estudio de Figueroa-Palomino et al.)

Q = 1-p (1-0.37) = 0.63

3.4.2 Criterios de Inclusión

- Mujeres puérperas mayores de 18 años (hospitalizadas) que tuvieron atención obstétrica en el hospital donde se realizó el estudio durante el periodo de estudio.
- Mujeres que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

3.4.3 Criterios de Exclusión

- Mujeres que presentaban alguna discapacidad para responder el cuestionario.
- Mujeres que no hablaban español (sólo hablaban alguna lengua indígena).

- Mujeres menores de 18 años.

3.4.4 Criterios de Suspensión

- Mujeres que no pudieron completar el cuestionario.

- Mujeres que cuyo cuestionario se extravió.

- Mujeres que decidieron retirar su consentimiento informado por cualquier razón.

3.4.5 Metodología de la Investigación

El estudio se llevó a cabo en un periodo de 2 meses previa autorización del comité de ética del hospital en donde se realizó el estudio. El presente estudio se realizó con usuarias ingresadas en la división de obstetricia y ginecología que fueron intervenidas por parto vaginal, cesárea o aborto. Como instrumento de evaluación para valorar la percepción de violencia obstétrica se utilizó el cuestionario mediante el ¨Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños¨ que consta de 12 preguntas, de las cuales 11 de ellas son dicotómicas con respuesta sí o no y 1 de elección múltiple. Dicho instrumento, en el estudio de Figueroa et al tuvo una fiabilidad por Alfa de Cronbach de .829.

Sin embargo, al momento del presente estudio el mundo se encontraba en periodo de pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 por lo cual en la institución solo permitía la entrada a las instalaciones del hospital a las mujeres que recibirían atención, debido a lo anterior la pregunta número nueve (Durante todo el proceso ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?) se eliminó puesto que alteraría el resultado global del estudio.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia para alcanzar la muestra establecida (n= 359). El día de la evaluación se acudió al servicio de hospitalización y se

revisó el censo de usuarias hospitalizadas que estaban dadas de altas, posteriormente se revisó el expediente electrónico de las usuarias para determinar aquellas mujeres quienes cumplían con los criterios de inclusión para formar parte del estudio. Una vez identificadas las usuarias que reunían los criterios de inclusión se procedía a informar sobre el estudio a estas y se les solicitaba su colaboración para participar. Cuando la participante deseaba colaborar se le explicaba el consentimiento informado, así mismo fue proporcionado por escrito antes de la participación en el estudio para que lo pudiera revisar y preguntar alguna duda que surgiera. Una vez explicado y entendida la participación dentro del estudio se procedía a firmar el consentimiento informado y se le proporcionaba una copia del consentimiento firmado. El cuestionario fue autoadministrado, una vez que finalizaban de contestar era entregado al investigador.

El investigador asignaba un código a cada paciente con la finalidad de evitar el uso de identificadores. La información fue vaciada en un una base de datos en Microsoft Office Excel 2019. Al completar la totalidad de la muestra la información fue exportada al IBM SPSS Statistic versión 25 para su análisis.

3.4.6 Variables del estudio

3.4.6.1 Variables dependientes.

- **Violencia obstétrica**
    - Definición conceptual: la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente

sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

- Definición operativa: Se considera que experimento violencia obstétrica si contesta a cualquiera de las preguntas del cuestionario de manera afirmativa, en caso contrario se considera que no hubo violencia obstétrica.

- **Atención no autorizada**

  - Definición conceptual: realizar procedimientos clínicos o quirúrgicos sin el consentimiento explícito del paciente.

  - Definición operacional: Se considera que se realizó una atención no autorizada si contesta afirmativamente a cualquiera de las opciones de la pregunta 5.

- **Abuso y violencia**

  - Definición conceptual: uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

  - Definición operacional: Se considera que experimento abuso y violencia si contesta afirmativamente a las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10.

3.4.6.2 Variables independientes

- **Edad:**
  - Definición conceptual: Tiempo de existencia del paciente desde su nacimiento hasta la actualidad.
  - Definición operacional: Años de vida referidos por la usuaria en el cuestionario.
- **Estado civil:**
  - Definición conceptual: situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.
  - Definición operacional: estado civil referido por la usuaria en el cuestionario.
- **Escolaridad**:
  - Definición conceptual: años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.
  - Definición operacional: escolaridad referida por la usuaria en el cuestionario.

Tabla 1 *Descripción de las variables.*

VARIABLE	DEFINICÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE VARIABLE
Edad	Tiempo de existencia del paciente desde su nacimiento hasta la actualidad.	Años de vida referidos por la usuaria en el cuestionario.	Cuantitativa	Continua	Años
Estado civil	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.	Estado civil referido por la usuaria en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	*Soltera *Unión libre *Casada *Separada *Divorciada *Viuda
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Escolaridad referida por la usuaria en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	*Sin estudios *Primaria *Secundaria *Básico superior (Preparatoria) *Superior (Licenciatura, maestría)
Violencia obstétrica	Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en	Se considera que experimento violencia obstétrica si contesta a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 10 del cuestionario de manera afirmativa, en caso contrario se considera que no hubo violencia obstétrica.	Cualitativa	Nominal	*Si *No

	la calidad de vida de las mujeres.				
Atención no autorizada	Realizar procedimientos clínicos o quirúrgicos sin el consentimiento explícito del paciente.	Se considera que se realizó una atención no autorizada si contesta afirmativamente a cualquiera de las opciones de la pregunta 5.	Cualitativa	Nominal	*Si *No
Abuso y violencia	Uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.	Se considera que experimento abuso y violencia si contesta afirmativamente a las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10.	Cualitativa	Nominal	*Si *No

3.4.7 Técnicas de análisis estadístico

Para la recolección de información se elaboró una base de datos en Microsoft Office Excel 2019, la cual incluyo las variables independientes y las variables dependientes del estudio, se asignó una clave única a cada usuaria para asegurar la confidencialidad de los datos.

3.4.7.1 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Los datos se capturaron y analizaron mediante el uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para variables continuas. Para la estadística

inferencial se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer la normalidad de las variables; debido a que se observó distribución no normal se utilizó estadística no paramétrica.

Igualmente se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el fin de examinar las diferencias en la percepción de la violencia obstétrica y las características sociodemográficas y clínicas. Para la estimación de los efectos sobre variables dependientes dicotómicas como la violencia obstétrica se utilizó un Modelo de Regresión Logística.

3.4.7.2 Programas a utilizar para análisis de datos.

Análisis de la información. La información fue recopilada mediante el programa Microsoft Excel y posteriormente se exporto al IBM SPSS Statistic versión 25 para su análisis, se tomó como estadísticamente significativo un valor de $p = .05$.

3.4.8 Consideraciones éticas

3.4.8.1 Cumplimiento con las leyes y regulaciones

Este estudio se realizó en total conformidad con la guía de la ICH E6 de las Buenas Prácticas Clínicas y con los principios de la Declaración de Helsinki. Para este estudio se tomó en cuenta el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, de la cual se utiliza el artículo tercero del título primero que habla acerca del conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de los seres humanos, el conocimiento entre causas de enfermedad y el estudio de técnicas y métodos que se emplean para la prestación de servicios. También fue considerado el titulo segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en el capítulo, del cual se utilizan varios artículos como el artículo 13, que habla de respeto a la dignidad,

protección de los derechos de la persona y su bienestar, el artículo 14 que habla acerca de las bases fundamentales que se deben llevar a cabo en las investigaciones con seres humanos, el artículo 16 que habla acerca de la privacidad del individuo investigado, el artículo 21 explicarle al sujeto los objetivos de la investigación, que procedimientos se llevara a cabo, los beneficios que se pueden observarse u obtener, por último el artículo 22 que habla acerca de los requisitos que se deben de reunir para poder contar con el consentimiento informado.

3.4.8.2 Consentimiento informado

El consentimiento informado fue explicado a cada paciente que deseo participar en el estudio de investigación, fue proporcionado por escrito antes de la participación en el estudio y recibió una copia de cada forma de consentimiento.

El proceso para la obtención del consentimiento informado fue el día en que se emitió el alta a la usuaria, se les explicó a las usuarias que tenían la libertad de negarse a participar, aquellas usuarias que no deseaban participar en el estudio se les explicaba que recibirán la atención médica habitual y que por ningún motivo se limitaban los servicios. Así mismo se les menciono que podían retirar el consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo sin ninguna consecuencia para ellas. Además, fu proporcionado el número de contacto del investigador para que aclaren cualquier duda que les surja a las participantes. Cabe destacar que las usuarias que no desearon participar recibieron la atención médica habitual, así mismo no se limitaron los servicios que se le proporcionaban.

3.4.8.3 Comité de Ética

Se presentó el protocolo y la información de apoyo pertinente al comité de Ética en Investigación del hospital estudiado, quienes lo revisaron y aprobaron antes de iniciar el estudio.

3.4.8.4 Confidencialidad

Al momento de explicarles a los pacientes sobre el protocolo de estudio se les informó que para garantizar la confidencialidad y su anonimato no se utilizaban datos de identificación, solo se les solicito edad y género, se proporcionaba un código a cada paciente para evitar el uso de identificadores, así mismo los resultados se reportaron en forma grupal sin identificar individualmente. Los datos de la investigación serán resguardados en la computadora personal del investigador, protegidas con contraseña y se mantendrá una copia de seguridad.

En el caso de la publicación de resultados, se solicitará la autorización previa de los directivos de la institución en donde se llevó a cabo la investigación, con la condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y no se publicará o revelará la identidad del hospital.

Capítulo 4. Resultados

Para el presente estudio realizado en un hospital público de Nuevo León se aplicaron y respondieron un total de 359 encuestas durante los meses de mayo y junio, lo que representa el 100% de la muestra calculada. Las encuestas fueron aplicadas a las participantes posterior al ser dadas de alta por el médico tanto en el turno matutino como vespertino.

Los resultados del estudio se presentan en el siguiente orden: primero se presenta la confiabilidad del instrumento mediante la prueba de Alpha de Cronbach, lo cual corresponde a la primera tabla. Después se presenta la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos, clínicos y de la percepción de la violencia obstétrica de las mujeres puérperas. Posteriormente se reportan los resultados de la prueba de normalidad de las variables continuas y finalmente los resultados que dan respuesta al resto de los objetivos específicos planteados.

4.1 Confiabilidad del instrumento

Los resultados de la confiabilidad del instrumento se muestran en la tabla 1 en donde se observa un Alpha de Cronbach de .65. Diversos autores mencionan que el valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7, este valor manifiesta la consistencia interna, un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior indica una relación débil, sin embargo, Bojórquez, López, Hernández y Jiménez (2013) señalan que el valor mínimo aceptable del coeficiente de fiabilidad depende de la utilización que se hará del instrumento, así mismo Nunnally (1967) menciona que para estudios exploratorios un valor de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente, motivo por el cual se considera aceptable el instrumento utilizado.

Tabla 2 *Consistencia interna del "Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños (TDVO)" mediante Alfa de Cronbach.*

Instrumento	Número de reactivos	Ítems	*a*
Test para Denunciar la Violencia Obstétrica (TDVO)	11	1-11	.65

Fuente: n = 359, Test para Denunciar la Violencia Obstétrica; α = Alpha de Cronbach

4.2 Estadística descriptiva

La edad media fue de 25.10 años (*Mdn* = 24, *DE* = 5.78), con un rango de edades comprendidas de entre 18 a 44 años. En cuanto al estado civil, el 75.20% de las participantes se encuentran en unión libre, 12.80% casadas y 11.10% solteras, la mayoría de las mujeres habían concluido estudios de secundaria (65.70%). El procedimiento realizado con mayor prevalencia fue parto (67.70%).

En la tabla 3 se muestran las frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de variabilidad en las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres encuestadas.

Tabla 3 *Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres*

Características sociodemográficas	***f***	**%**
Estado civil		
Casada	46	12.80
Unión libre	270	75.20
Soltera	40	11.10
Divorciada	1	0.30
Separada	2	0.60
Viuda	0	0
Escolaridad		
Sin estudios	3	0.80
Primaria	46	12.80
Secundaria	236	65.70
Básico Superior	68	18.90
Superior	6	1.70
Características clínicas		
Procedimiento		
Parto	243	67.70
Cesárea	111	30.90
Aborto	5	1.40
Total	359	100

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje

El objetivo general del estudio consistía en determinar el porcentaje de usuarias adultas que perciben que experimentaron violencia obstétrica durante la atención obstétrica, lo cual resulto en que 48.70% de las mujeres encuestadas percibieron que experimentaron violencia obstétrica como se observa en la figura 2.

Figura 2 *Porcentaje de percepción de violencia obstétrica.*

La tabla 4 muestra las frecuencias y porcentajes de cada uno de los ítems que conforman el TDVO que mide la percepción de la violencia obstétrica de las mujeres puérperas de la muestra de estudio.

Tabla 4 *Estadística descriptiva de los ítems del Test de Percepción de la Violencia Obstétrica*

Ítems	**SI**		**NO**	
	f	*%*	*f*	*%*
1. ¿El personal de salud criticaba tu comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?	13	3.60	346	96.40
2. ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando tu nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto?	7	1.90	352	98.10

3. ¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto?	34	9.50	325	90.50
4. ¿Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus medios o inquietudes porque no le repondrían o lo hacían de mala manera?	29	8.10	330	91.90
5. ¿Se le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos sin explicarle porque eran necesarios?, señalar cuales:				
- Prohibición de ingerir alimentos o bebidas	2	0.60	357	99.40
- Indicación de permanecer acostada todo el tiempo	16	4.50	343	95.50
- Enema	6	1.70	353	98.30
- Rotura artificial de la bolsa	11	3.10	348	96.90
- Rasurado de genitales	20	5.60	339	94.40
- Administración de medicación para acelerar el parto	4	1.10	355	98.90
- Tactos vaginales reiterados y por diferentes personas	19	5.30	340	94.70
- Comprensión del abdomen en el momento del parto	46	12.80	313	87.20
- Episiotomía	25	7.00	334	93.00
- Cesárea	0	0	359	100
- Legrado	0	0	359	100
6. ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad?	37	10.30	322	89.70
7. ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?	28	7.80	331	92.20
8. ¿Durante el momento de expulsión le impidieron tomar la postura más cómoda para usted para pujar?	28	7.80	331	92.20
9. ¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a, antes de que se realizaran cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?	19	5.30	340	94.70
10. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?	38	10.60	321	89.40
11. ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?	25	7.00	334	93.00
Violencia obstétrica	175	48.70	184	51.30

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje

Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas afirmativas fueron las siguientes: ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura? con un 10.60% de respuestas afirmativas, seguida de la pregunta ¿Durante el periodo de dilatación la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque refiriera incomodidad? en donde el 10.30% de las mujeres contestaron que sí, además el 9.50% de las mujeres encuestadas consideraron que fueron criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto, y por último en la pregunta ¿Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus medios o inquietudes

porque no le repondrían o lo hacían de mala manera? respondieron que si el 8.10% de las participantes.

En cuanto a la dimensión de atención no autorizada evaluada mediante la pregunta: ¿Se le realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos sin pedirle consentimiento o informarle de los riesgos o sin explicarle porque eran necesarios?, se puede observar que el principal procedimiento que se realizó sin informar o pedir autorización fue la compresión del abdomen del parto (maniobra de Kristeller) puesto que 12.80% de las mujeres contestaron afirmativamente, mientras que el segundo procedimiento fue la realización de episiotomía con un 7.00% de respuestas positiva, el rasurado de genitales y tactos vaginales reiterados y por diferentes personas tuvieron un 5.60 y un 5.30% respectivamente, de respuestas afirmativas.

La última pregunta realizada en el cuestionario fue ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?, la cual tiene como objetivo saber el porcentaje de pacientes con conocimientos de sus derechos en cuanto a la protección contra la violencia obstétrica, la cual evidencio que 93% de las pacientes desconocía de alguna ley contra la violencia obstétrica, mientras que solo el 7% conocía alguna ley para su protección.

4.3 Estadística inferencial

De acuerdo con los resultados de la distribución de los datos a través de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, los resultados reportan que las variables no presentaron normalidad (p <.05) por lo que se decidió el uso de estadística no paramétrica (Ver tabla 5).

Tabla 5 *Medidas de tendencia central y prueba de normalidad de las variables*

Variables	$\overline{X}$	*DE*	*Valor Min*	*Valor Max*	D^a	*p*
Edad (años)	25.17	5.78	18.0	44.0	.129	.001
Escolaridad (años)	8.51	3.54	0	15.0	.426	.001

Nota: n = 359, $\overline{X}$ = Media, *DE* = desviación estándar, Valor Min = valor mínimo, Valor Max = valor máximo, D^a = prueba de normalidad, *p* = significancia bilateral

En relación con el objetivo específico "examinar las diferencias en la percepción de la violencia obstétrica según las características sociodemográficas de la muestra de estudio" se presenta la tabla 6. Se reportó un mayor porcentaje de percepción de violencia obstétrica en mujeres puérperas con edades de entre 18 y 29 años en comparación con mujeres en edades más tardías, sin embargo, estas proporciones no presentaron diferencias significativas (X^2 = 5.144, p = .076).

De acuerdo con la escolaridad, se reportó en mayor frecuencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres puérperas con estudios superiores (100.00%), en comparación con aquellas mujeres con estudios de primaria (45.70%), secundaria (46.61%), básico superior (55.90%) y sin estudio (0%), estas diferencias fueron estadísticamente significativas, las mujeres puérperas con una mayor educación presentan una mayor percepción de violencia obstétrica (X^2 = 11.155, p = .025).

En cuanto al estado civil, una proporción mayor de mujeres puérperas solteras mostraron una percepción de violencia obstétrica (55.00%) en comparación con los demás estados civiles, sin embargo, no mostraron diferencias estadísticamente significativas (X^2 =5.453, p = .244).

Tabla 6 *Diferencias en la violencia obstétrica de acuerdo con la edad, escolaridad y estado civil en las mujeres puérperas*

Características sociodemográficas	*n*	*Violencia obstétrica* *No* *F*	*%*	*Si* *f*	*%*	X^2 *(p)*
Edad (años)						
18-29	277	133	48.01	144	51.99	5.144 (0.076)
30-39	76	47	61.84	29	38.16	
40-49	6	4	66.70	2	33.30	

Escolaridad						
Sin estudios	3	3	100	0	0	
Primaria	46	25	54.30	21	45.70	11.155 (0.025)*
Secundaria	236	126	53.39	110	46.61	
Básico superior	68	30	44.10	38	55.90	
Superior	6	0	0	6	100.00	
Estado Civil						
Casada	46	30	65.22	16	34.78	
Unión libre	270	134	49.63	136	50.37	
Soltera	40	18	45.00	22	55.00	5.453 (.244)
Divorciada	1	1	100	0	0	
Separada	2	1	50.00	1	50.00	
Viuda	0	0	0	0	0	

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje, X^2 = Chi-cuadrado de Pearson
*$p < .05$

En relación con el objetivo específico "examinar las diferencias en la percepción de la violencia obstétrica según las características clínicas de la muestra de estudio" se presenta la tabla 7. Se reportó un mayor porcentaje de percepción de violencia obstétrica en mujeres puérperas en las cuales se efectuó el procedimiento de "parto" (55.96%), en comparación con aquellas en las cuales se realizaron abortos (20.00%) y cesáreas (34.23%), estas proporciones presentaron diferencias significativas (X^2 = 16.081, p = .000).

Tabla 7 *Diferencias en la violencia obstétrica de acuerdo con el tipo de procedimiento realizado en las mujeres*

		Violencia obstétrica				
	n	*No*		*Si*		X^2
Características clínicas		*f*	*%*	*f*	*%*	*(p)*
Procedimientos						
Parto	243	107	44.04	136	55.96	16.081 (.000)
Cesárea	111	73	65.77	38	34.23	
Aborto	5	4	80.00	1	20.00	

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje, X^2 = Chi-cuadrado de Pearson
***$p < .001$

En relación con el objetivo específico "examinar las diferencias de la dimensión abuso y violencia según las características sociodemográficas de la muestra de estudio" se presenta la tabla 8.

Se reportó un mayor porcentaje de abuso y violencia en mujeres puérperas con edades de entre 18 y 29 años en comparación con mujeres en edades más tardías, estas proporciones presentaron diferencias significativas (X^2 = 6.938, p = .031). De acuerdo

con la escolaridad, se reportó en mayor frecuencia de abuso y violencia en mujeres puérperas con estudios superiores (50%), en comparación con aquellas mujeres con estudios de primaria (28.3%), secundaria (34.7%), básico superior (35.3%), sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (X^2 = 3.015, p = .555). En cuanto al estado civil, una proporción mayor de mujeres puérperas separadas y en unión libre reportaron porcentajes más altos de abuso y violencia, sin embargo, no mostraron diferencias estadísticamente significativas (X^2 = 4.290, p = .368).

Tabla 8 *Diferencias en el abuso y violencia de acuerdo con edad, escolaridad y estado civil en las mujeres puérperas*

		Abuso y violencia				
		No		*Si*		
Características sociodemográficas	*n*	*f*	*%*	*f*	*%*	X^2 *(p)*
Edad (años)						
18-29	277	173	62.5	104	37.5	6.938 (.031)*
30-39	76	59	77.6	17	22.4	
40-49	6	5	83.3	1	16.7	
Escolaridad						
Sin estudios	3	3	100	0	0	3.015 (.555)
Primaria	46	33	71.7	13	28.3	
Secundaria	236	154	65.3	82	34.7	
Básico superior	68	44	64.7	24	35.3	
Superior	6	3	50	3	50	
Estado Civil						
Casada	46	36	78.3	10	21.7	4.290 (.368)
Unión libre	270	173	64.1	97	35.9	
Soltera	40	26	65	14	35	
Divorciada	1	1	100	0	0	
Separada	2	1	50	1	50	
Viuda	0	0	0	0	0	

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje, X^2 = Chi-cuadrado de Pearson
*p < .05

En cuanto a las diferencias en el abuso y violencia según las características clínicas de la muestra de estudio, se reportó un mayor porcentaje de abuso y violencia en mujeres puérperas en las cuales se efectuó el procedimiento "parto" (37.4%), en comparación con aquellas en las cuales se realizaron cesárea (27.9%) y abortos (0%), estas proporciones presentaron diferencias significativas (X^2 = 5.689, p = .025) como se puede observar en la tabla 9.

Tabla 9 *Diferencias en el abuso y violencia de acuerdo con el tipo de procedimiento realizado en las mujeres puérperas*

Características clínicas	*n*	*Abuso y violencia* *No* *F*	*%*	*Si* *f*	*%*	X^2 *(p)*
Procedimientos						
Parto	243	152	62.6	91	37.4	5.689 (.025)*
Cesárea	111	80	72.1	31	27.9	
Aborto	5	5	100	0	0	

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje, X^2 = Chi-cuadrado de Pearson
***$p < .001$

En la tabla 10 se presentan los resultados en relación con el objetivo específico "examinar las diferencias en la atención no autorizada según las características sociodemográficas de la muestra de estudio". Se encontró un mayor porcentaje de atención no autorizada en mujeres puérperas con edades de entre 40 y 49 años en comparación con mujeres jóvenes, estas proporciones no presentaron diferencias significativas (X^2 = 1.249, p = .536). De acuerdo con la escolaridad, se reportó en mayor frecuencia de atención no autorizada en mujeres puérperas con estudios superiores (66.7%), en comparación con aquellas mujeres con un grado de estudios menor (21.7-39.7%), estas diferencias fueron estadísticamente significativas (X^2 = 12.980, p = .011). En cuanto al estado civil, una proporción mayor de mujeres puérperas solteras reportaron porcentajes más altos de atención no autorizada, sin embargo, no mostraron diferencias estadísticamente significativas (X^2 = 2.597, p = .627).

Tabla 10 *Diferencias en la atención no autorizada de acuerdo con la edad, escolaridad y estado civil en las mujeres puérperas*

Características sociodemográficas	*N*	***Atención no autorizada*** *No* *f*	*%*	*Si* *f*	*%*	X^2 *(p)*
Edad (años)						
18-29	277	198	71.5	79	28.5	1.249 (.536)
30-39	76	59	77.6	17	22.4	
40-49	6	4	66.7	2	33.3	
Escolaridad						
Sin estudios	3	3	100	0	0	
Primaria	46	36	78.3	10	21.7	12.980 (.011)**
Secundaria	236	179	75.8	57	24.2	
Básico superior	68	41	60.3	27	39.7	

Superior	6	2	33.3	4	66.7	
Estado Civil						
Casada	46	35	76.1	11	23.9	
Unión libre	270	197	73	73	27	
Soltera	40	26	65	14	35	2.597
Divorciada	1	1	100	0	0	(.627)
Separada	2	2	100	0	0	
Viuda	0	0	0	0	0	

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje, X^2 = Chi-cuadrado de Pearson
*$p < .05$

Las diferencias en la atención no autorizada según las características clínicas de la muestra de estudio se pueden observar en la tabla 11. Se reportó un mayor porcentaje de atención no autorizada en mujeres puérperas en las cuales se efectuó el procedimiento de "parto" (35.4%), en comparación con aquellas en las cuales se realizaron cesárea (9.9%) y abortos (20%), estas proporciones presentaron diferencias significativas (X^2 = 25.064, p= .001).

Tabla 11 *Diferencias en la atención no autorizada de acuerdo con el tipo de procedimiento en las mujeres puérperas*

		Atención no autorizada				
		No		*Si*		X^2
Características clínicas	*n*	*f*	*%*	*f*	*%*	*(p)*
Procedimientos						
Parto	243	157	64.6	86	35.4	25.064
Cesárea	111	100	90.1	11	9.9	(.001)***
Aborto	5	4	80	1	20	

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje, X^2 = Chi-cuadrado de Pearson
***$p < .001$

En cuanto a las diferencias entre las dimensiones abuso y violencia y atención no autorizada, se observaron diferencias significativas (X^2 = 8.559, p = .003) (tabla 12, Figura 3).

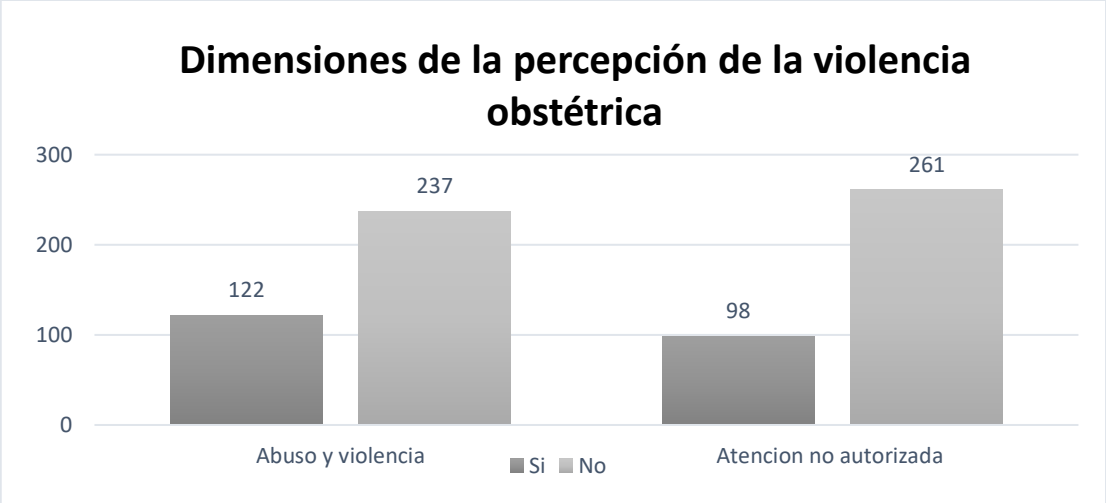

Figura 3 *Gráfico de las dimensiones de la percepción de la violencia obstétrica, abuso y violencia y autorización no autorizada.*

Tabla 12 *Diferencias en la atención no autorizada y abuso y violencia.*

		Atención no autorizada			X^2 (*p*)
		No	Si	Total	
Abuso y violencia	No	184	53	237	8.559
	Si	77	45	122	(.003)
	Total	261	98	359	

Nota: n = 359, *f* = frecuencia, % = porcentaje, X^2 = Chi-cuadrado de Pearson
***$p < .001$

Para determinar la influencia de la percepción de la violencia obstétrica sobre las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio, se realizó un Modelo de Regresión Logística Binaria (Ver tabla 13).

El Modelo de Regresión Logística Binaria se realizó con el método Backward (método hacia atrás) para verificar las variables que mantienen contribución a la violencia obstétrica. En el modelo 1 no se observa significancia estadística (R^2 = .20%, p = .236). La variable que contribuye al modelo 1 es la escolaridad (OR = .710, p = .044). En el modelo final se observa significancia estadística (R^2= .12%, p = .035), la escolaridad

mantuvo contribución al modelo. La escolaridad influye en la percepción de violencia obstétrica, entre mayor escolaridad se percibe mayor violencia obstétrica.

Tabla 13 *Modelo de Regresión Logística Binaria de las variables edad, escolaridad, estado civil y procedimiento la percepción de la violencia obstétrica*

Variable	*β*	*EE*	Wald	*gl*	*OR*	Valor *p*	IC 95% para OR	
							LI	LS
(Constante)	.906	.604	2.250	1	2.475	.134		
Edad	-.017	.019	.743	1	.983	.389	.947	1.021
Escolaridad	-.342	.170	4.063	1	.710	.044	.509	.991
Procedimiento	.048	.216	.050	1	1.050	.823	.687	1.603
Estado civil	.163	.206	.625	1	1.177	.429	.786	1.763
Modelo 1	$\chi^2 = 5.53$, $gl = 4$, $R^2 = .20\%$, $p = .236$							
(Constante)	.689	.366	3.544	1	1.991	.060		
Escolaridad	-.350	.169	4.312	1	.704	.038	.506	.980
Modelo 4	$\chi^2 = 4.42$, $gl = 1$, $R^2 = .12\%$, $p = .035$							

Nota: n = 359, *β* = beta, *EE*= Error estándar, *gl*= Grados de libertad, *OR*=Razón de probabilidad, *p*= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R^2= Coeficiente de determinación

Capítulo 5. Análisis y discusión de resultados

El proceso del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que frecuentemente las mujeres son minimizadas y pierden su autonomía e intimidad, atentando contra la integridad física y emocional de la mujer al ser atendidas de manera irrespetuosa, en donde se genera culpa mediante regaños, maltratos y humillaciones; al utilizarse su cuerpo como objeto de enseñanza sin previo consentimiento; cuando se les impone una serie de procedimientos "rutinarios" molestos, intimidantes y agresivos tales como enemas, tactos vaginales continuos y rutinarios e imposición de posturas (Almaguer-Gónzalez et al., 2012).

En la actualidad no existe un consenso internacional sobre la definición y operacionalización de la violencia obstétrica lo cual dificulta conocer la magnitud exacta a nivel global y local de este problema tan presente en una gran variedad de contextos dentro de las instituciones de salud en donde impacta negativamente en la calidad de la atención prestada a las mujeres durante el periodo más vulnerable de sus vidas.

La violencia obstétrica al momento del parto es una realidad que actualmente afecta a las mujeres de varios países en el mundo, en donde no solo se viola el derecho de estas mujeres a una atención de calidad sino además se están violentando sus derechos humanos. La prevalecía exacta de la violencia obstétrica a nivel mundial es desconocida, sin embargo, se han realizado diversos metaanálisis en donde se han encontrado prevalencias de "falta de respeto y abuso" que oscilan entre 15 % a 98% en África (Sando et al., 2017), mientras que en América Latina se han encontrado desde un 2.6% hasta un 86.6% con una prevalencia agregada de falta de respeto y maltrato durante el

parto y el aborto del 39% (Tobasía-Hege et al., 2019). La alta prevalencia de “falta de respeto y abuso” permite tener una idea general de la prevalencia de la violencia obstétrica.

Diversos autores han realizado estudios con la finalidad de conocer la prevalencia de la violencia obstétrica en México, encontrando una prevalencia que varía de un 29% hasta un 58% dentro de diferentes instituciones (Figueroa-Palomino et al., 2017; Valdez-Santiago et al., 2013; Medina et al., 2019). Castro y Frías (2019) encontraron que un 33.3% de las mujeres participantes de entre 15 y 49 años experimentaron violencia obstétrica en su último parto, debido a que se utilizó la ENDIREH 2016 los resultados son representativos a nivel nacional.

No se encontró en la literatura datos actuales sobre la prevalencia de violencia obstétrica ni la caracterización de los tipos de abusos ejercidos por el personal de salud durante la atención obstétrica en el hospital público del noreste de México, por lo cual se desconocía si se encontraba por debajo o por encima de la media nacional.

Para evaluar la prevalencia de la violencia obstétrica ejercida por personal intrahospitalario se utilizó el TDVO, el cual se aplicó a un total de 359 mujeres que recibieron atención obstétrica en un hospital público del noreste de México.

En relación con los datos sociodemográficos, la edad media fue de 25.10 años con una desviación estándar de 5.78, con una edad mínima de 18 y máxima de 44 años. Del total de las participantes, el 65.70% tiene como escolaridad la secundaria, mientras que 18.90% estudiaron hasta el nivel básico superior, 12.80% terminaron la primaria, solo el 1.70% terminaron una licenciatura y 0.80% no terminaron la primaria, por lo cual se

consideraron como sin estudios. Las características sociodemográficas de la población de estudio incluida la edad y el nivel de escolaridad son similares a los estudios de Figueroa-Palomino et al., (2017); Medina et al., (2019); Pereira et al., (2015).

Respecto al estado civil, el 75.20% de las participantes está en unión libre, 12.80% casada y 11.10% soltera, el 0.30% su estado civil era divorciada, el 0.60% se encontraba separada y no había viudas En cuanto al estado civil, difiere con Figueroa-Palomino et al., (2017) debido a que en su estudio el 46.7% de las participantes eran solteras, mientras que en el presente estudio la gran mayoría se encuentra en unión libre.

El 67.70% de las mujeres encuestadas tuvieron como procedimiento parto vaginal, el 30.90% fueron sometidas a cesárea y solo el 1.40% se les practico aborto.

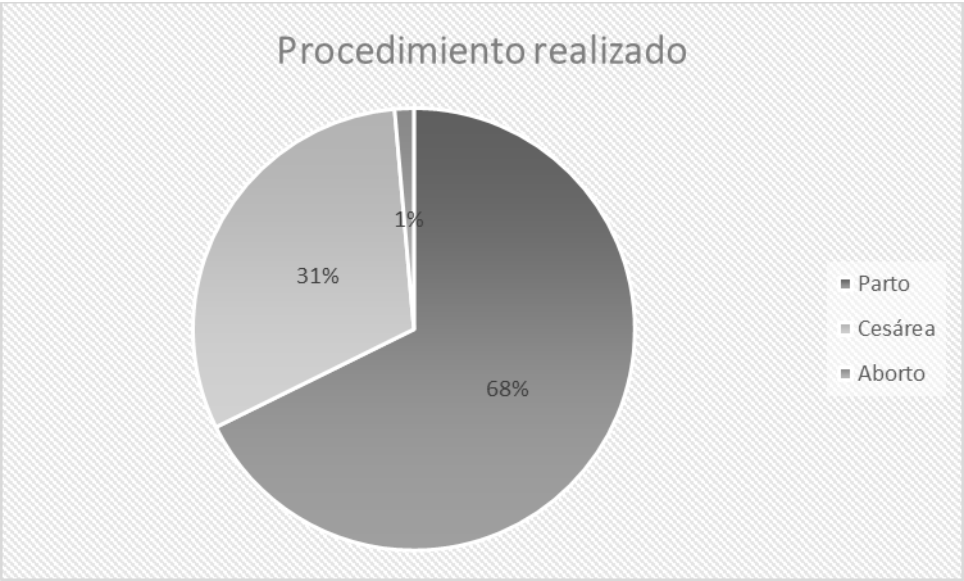

Figura 4 *Porcentaje de mujeres por tipo de procedimiento realizado.*

Los resultados del estudio reportan que 48.70% de las participantes perciben que experimentaron violencia obstétrica durante la atención obstétrica, superior a lo que se

puede considerar como la media nacional en México de 33.30% de prevalencia descrito por Castro y Frías (2019), sin embargo, inferior a lo encontrado por Medina et al., (2019) con un 58% de prevalencia. La prevalencia de violencia obstétrica fue mayor que la reportada en estudios previos de diferentes autores como: Souza et al., (2017) en Brasil con un 2.6%, Venturi, y Godinho, (2013) en Brasil con una prevalencia de 25%, Abuya et al., (2015) en Kenia (20%), y Bhattacharya y Ravindran, (2018) en el norte de India 28.8%.

Las variaciones en la prevalencia de la violencia obstétrica en los diferentes estudios y países pueden deberse al tamaño de la muestra, al entorno de donde se realizó el estudio, a los diferentes instrumentos de medición que existen, a la falta consenso internacional sobre la definición y operacionalización de la violencia obstétrica, así como si se trata de hospitales públicos o privados. Castro y Frías (2019) encontraron que en las mujeres que se atienden en hospitales públicos tienen mayor riesgo de experimentar violencia obstétrica respecto a aquellas que reciben atención en hospitales privados, esto se demostró al señalar que en las mujeres que recibieron atención en hospitales de servicios de salud del estado tuvieron 366% más riesgo de experimentar violencia obstétrica, las mujeres que se atendieron en el IMSS un 337%, 308% mayor en un centro de salud, mientras que las mujeres atendidas en el ISSSTE presentaron un 203% de riesgo.

Algunas explicaciones que proporcionan comúnmente los profesionales de la salud de la alta prevalencia de violencia obstétrica se basan en la sobrecarga de trabajo, la falta de recurso humano adecuado, el agotamiento físico y mental, las malas condiciones de la infraestructura donde prestan los servicios, así como la falta de equipo e insumos

adecuados. Todo lo anterior generan un entorno estresante culminando en la falta de compromiso por los profesionales de la salud reemplazando las relaciones éticas por cuidados poco dignos, altamente tecnológicos e invasivos (Jardim y Modena, 2018). Durante la realización del presente estudio se incrementó de la ocupación hospitalaria debido a la pandemia por el SARS-CoV-2 puesto que era el único hospital público de la zona metropolitana para proporcionar atención obstétrica a pacientes sin COVID-19, este contexto creo las condiciones mencionadas anteriormente lo cual pudo haber favorecido la violencia obstétrica. Sin embargo, esto no justifica el no proporcionar una atención digna, respetuosa y de calidad.

Dentro del estudio se examinó las diferencias en la percepción de la violencia obstétrica según las características sociodemográficas de la muestra de estudio en donde se evidenció que se presentaba mayor porcentaje de percepción de violencia obstétrica en mujeres puérperas con edades de entre 18 a 29 años en comparación con mujeres en edades más avanzadas, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. De acuerdo con la escolaridad se reportó mayor frecuencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres con estudios superiores con un 100% en comparación con aquellas mujeres sin estudios, con estudios de primaria, secundaria y básico superior con un 0%, 45.70%, 46.61% y un 55.90% respectivamente, demostrando diferencias significativas ($p= 0.25$). En relación con el estado civil se observó mayor percepción de violencia obstétrica en las mujeres solteras respecto al resto de estados civiles 55%, pero no fue estadísticamente significativo.

Además, mediante el modelo de regresión logística se determinó que la escolaridad influye en la percepción de violencia obstétrica, por lo cual entre mayor

escolaridad se percibe que presentaron mayor violencia estas mujeres durante la atención obstétrica. Similar a lo encontrado por Terán et al., (2013) en donde señalan que se aprecia una mayor tendencia a percibir el trato deshumanizante con mayor nivel educativo, aunque en su estudio no presento diferencia significativa, por su parte Mihret, (2019) encontró que las mujeres que había asistido solo a escuela primaria tenían un 51% menos de probabilidades de informar sobre violencia obstétrica, pero no menciona si fue estadísticamente significativo este hallazgo.

Referente a las diferencias en la percepción de la violencia obstétrica según las características clínicas de las participantes, se reportó mayor porcentaje de violencia en mujeres a las que se les realizó parto (55.96%) en comparación al aborto (20.00%) y cesáreas (34.23%), estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p=.000).

Las dos dimensiones que se analizaron mediante el instrumento fueron abuso y violencia, así como atención no autorizada. El 33.98% de las mujeres encuestadas percibieron haber sido víctimas de abuso y violencia, mientras que el 27.29% del total de las participantes perciben haber recibido una atención no autorizada, estas cifras son mucho mayores a los resultados de Castro y Frías (2019) con un 23.60% y 17.10%, respectivamente.

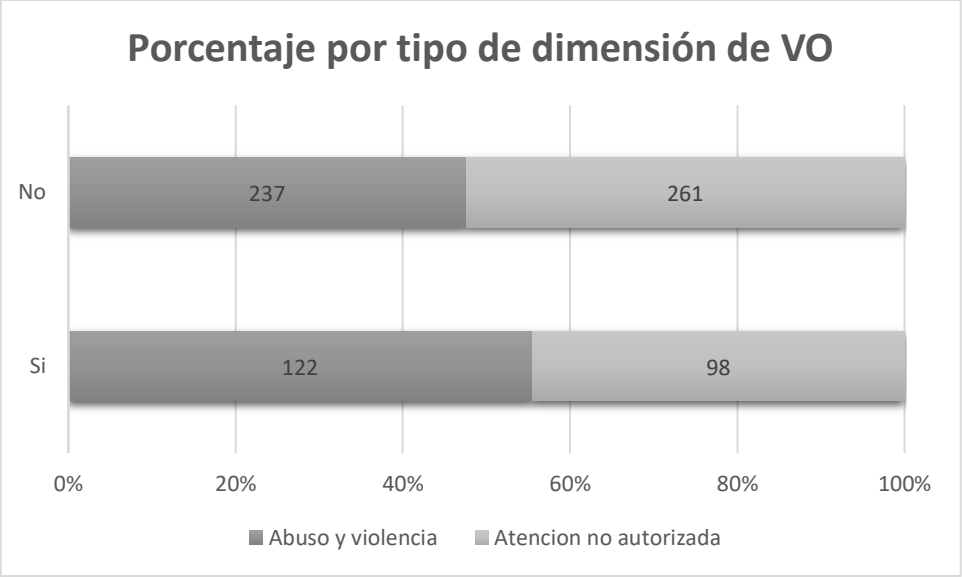

Figura 5. *Porcentaje de mujeres con violencia obstétrica por tipo de dimensión*

De los resultados más relevantes obtenidos durante el estudio fue que el 10.60% de las participantes mencionaron haberse sentido vulnerable, incapaz, culpable o insegura por la experiencia del parto, cifra menor frente al 24.40% expuesto por Figueroa-Palomino et al., (2017). Estas mujeres quizás pasaron por una experiencia traumática durante el proceso del parto, provocando esos sentimientos negativos lo cual podría desembocar en un trastorno de estrés postraumático. Por tal motivo es necesario que el proceso del parto se aborde de manera integral tanto la salud física y el bienestar emocional.

A su vez el 10.30% de las mujeres que participaron en el estudio señalaron haber sido obligadas a permanecer acostadas boca arriba, aunque ellas refirieran incomodidad, este porcentaje es similar al encontrado por Castro y Frías (2019) en donde 9.2% refirieron haber sido forzadas a permanecer en una posición incómoda o dolorosa, en tanto la incidencia de este punto en el trabajo de Figueroa-Palomino et al., (2017) fue de

35.6%. Estas cifras elevadas son contrarías a la recomendación once de la OMS: “se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo”, ya que se enfatiza los beneficios clínicos en términos de reducción de cesáreas al adoptar esta recomendación (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

El 9.50% de las mujeres fueron criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría o tristeza durante el trabajo de parto. Algunas mujeres manifestaron haberse sentido culpables por no haber podido “aguantar el dolor y gritar” justificando la forma en como fueron tratadas por su actitud, sin embargo, esto pone de manifiesto la violencia simbólica que se presenta en la institución al verse ellas mismas como subordinadas incapaces de expresar sus emociones ni sentimientos. Otras mujeres al momento de responder esa pregunta hacían hincapié en que ellas no fueron criticadas, pero otras mujeres en sala de labor si fueron criticadas y violentadas verbalmente, empero preferían “callarse” pues luego las tratarían mal a ellas o no las atenderían adecuadamente por andar “de metiche”.

Respecto a la pregunta ¿Le resulto difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera? el 8.10% de las participantes respondieron afirmativamente, cifra por debajo de lo reportado por Figueroa-Palomino et al., (2017), Medina et al. (2019) , Terán, Castellanos, González y Ramos, (2013) y Castro y Frías (2019) y con un 37.80%, 23% , 19.50% y 9.90%, respectivamente. Todo paciente tiene el derecho de recibir trato digno y respetuoso, así como recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, estos derechos fueron vulnerados en estas pacientes al no proporcionarles información que

aclararan sus dudas y miedos por la forma en como respondía el personal de salud lo cual no favorece al conocimiento pleno de su estado de salud con la consecuente falta de toma de decisiones claramente informadas (Tena Tamayo et al., 2002).

El 7.80% de las participantes afirmaron haber sido privadas de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades, misma cantidad de pacientes que refirieron que se les impidió tomar la postura más cómoda para pujar durante el periodo de expulsión. La prohibición de tomar la postura más cómoda es considerada como un acto de violencia obstétrica, sin embargo, debe tomarse en cuenta que dentro de la institución no existen salas de parto acondicionadas para otras modalidades de atención.

El 5.30% de las mujeres contestaron que se les impidió el contacto inmediato con su con su bebé al momento del nacimiento, cifra menor a la mencionada por Terán et al., (2013) donde el 23.80% de las mujeres se les impidió el contacto con el recién nacido y por Figueroa-Palomino et al., (2017) con un 26.7%. La separación de rutina del binomio madre-recién nacido no es recomendada. Se ha demostrado que el contacto piel a piel con el neonato sano realizado inmediatamente después del nacimiento provoca menor ingurgitación mamaria y menor grado de ansiedad en la madre, tiene un efecto favorable en el proceso de vinculación madre-recién nacido, incrementa el apego a la lactancia materna, favorece la colonización del recién nacido por los gérmenes maternos, disminuye los niveles de estrés en el recién nacido al disminuir el nivel de cortisol en sangre, facilita la regulación térmica del recién nacido lo que conlleva a mejorar la adaptación metabólica, además se ha evidenciado reducción del 22% de las muertes entre los neonatos menores de un mes en los países en vías de desarrollo (Herrera-Gómez, 2013; Rios-Mori y Lias-Cuervo, 2015).

El 3.60% de las encuestadas consideraron que el personal de salud criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, cifra muy inferior a lo que describe Figueroa-Palomino et al., (2017) en donde un 22.20% de las mujeres percibieron que el personal las criticaba, al igual Medina et al. (2019) reporta datos similares con un 19% de las mujeres en su estudio fueron víctimas de comentarios irónicos o descalificadores. Por otro lado, Pereira et al., (2015) señala que solo el 1.8% de las mujeres recibió comentarios negativos o críticas.

Otra forma de abuso es mediante la imposición de sobrenombres o diminutivos en donde se encontró que solo estuvo presente en el 1.90% de los casos, muy por debajo a lo encontrado por Medina et al. (2019) con un 24%.

En la figura 6 se muestran los resultados de cada una de las preguntas por el tipo de violencia que podrían haber experimentado las pacientes al momento de su atención.

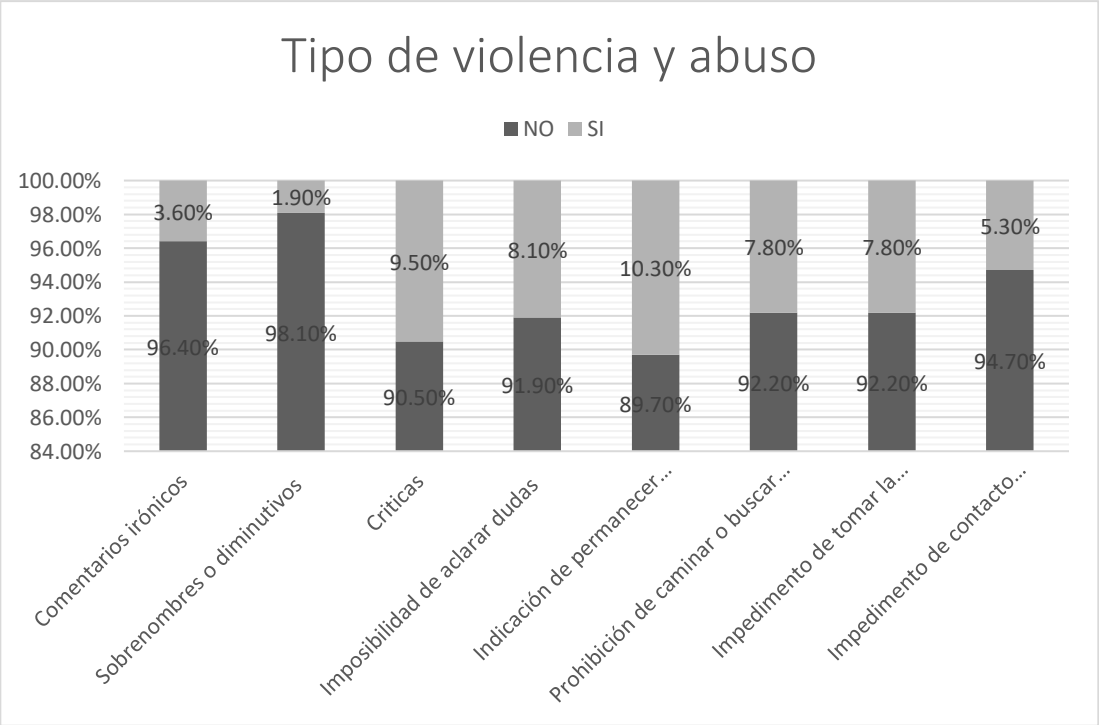

Figura 6. *Tipo de violencia obstétrica*

Dentro del estudio también se examinó las diferencias de la dimensión abuso y violencia según las características sociodemográficas. Se reportó que en mujeres con edades de entre 18 y 29 años en comparación con mujeres en edades más tardías se presentaba un mayor porcentaje de abuso y violencia, estas proporciones no presentaron diferencias significativas (p= .076). De acuerdo con la escolaridad, se reportó en mayor frecuencia de abuso y violencia en mujeres puérperas con estudios superiores en comparación con estudios básicos, presentando diferencias estadísticamente significativas (p= .025). En cuanto al estado civil, una proporción mayor de mujeres separadas y en unión libre reportaron porcentajes más altos de abuso y violencia, sin embargo, no mostraron diferencias estadísticamente significativas (p = .244).

Referente a las diferencias en la dimensión abuso y violencia según las características clínicas de las participantes se evidenció que a las mujeres a las que se les realizó parto refirieron mayor porcentaje de violencia obstétrica en la forma de abuso y violencia en comparación con las mujeres a las que se les realizó cesárea y abortos (37.4%, 27.9% y 0%, respectivamente) con diferencias estadísticamente significativas (p= 0.025).

El 27.29% del total de las participantes perciben haber recibido una atención no autorizada, de estas el principal procedimiento que se realizó sin informar o pedir autorización fue la compresión del abdomen en el momento del parto (maniobra de Kristeller) puesto que 12.80% de las mujeres contestaron afirmativamente. Esto difiere de la revisión sistemática realizada por Tobasía-Hege et al., (2019) donde menciona que el procedimiento más frecuentemente realizado sin autorización es la episiotomía con una prevalencia entre 2% y 87%, otro de los procedimientos no autorizados frecuentes son los

tactos vaginales reiterados por diversas personas con prevalencias que varían entre19% y 74,6% (Ver figura 7).

Aunque actualmente la maniobra de Kristeller esta desaconsejada por los riesgos que conlleva tanto para la mujer como para el recién nacido se ha encontrado que es de las prácticas de atención no autorizadas realizadas frecuentemente en diversas instituciones de atención obstétrica. Diversos estudios han demostrado una prevalencia menor a la encontrada en este estudio, por ejemplo, Taif en Arabia Saudita menciona que al 21.80% de las mujeres se les presiono el abdomen con fuerza durante el parto, mientras que Figueroa-Palomino et al., (2017) se presentó una prevalencia del 17.80% y Terán et al., (2013) encontró un porcentaje menor en donde se realizó al 15.80% la maniobra de Kristeller. Sin embargo, en la revisión sistemática de Tobasía-Hege et al., (2019) encontraron que la maniobra de Kristeller varió entre 8,6% y 50% en diversos estudios.

El segundo procedimiento fue la realización de episiotomía con un 7.00% de respuestas positiva, el rasurado de genitales y tactos vaginales reiterados y por diferentes personas tuvieron un 5.60 y un 5.30% respectivamente, de respuestas afirmativas.

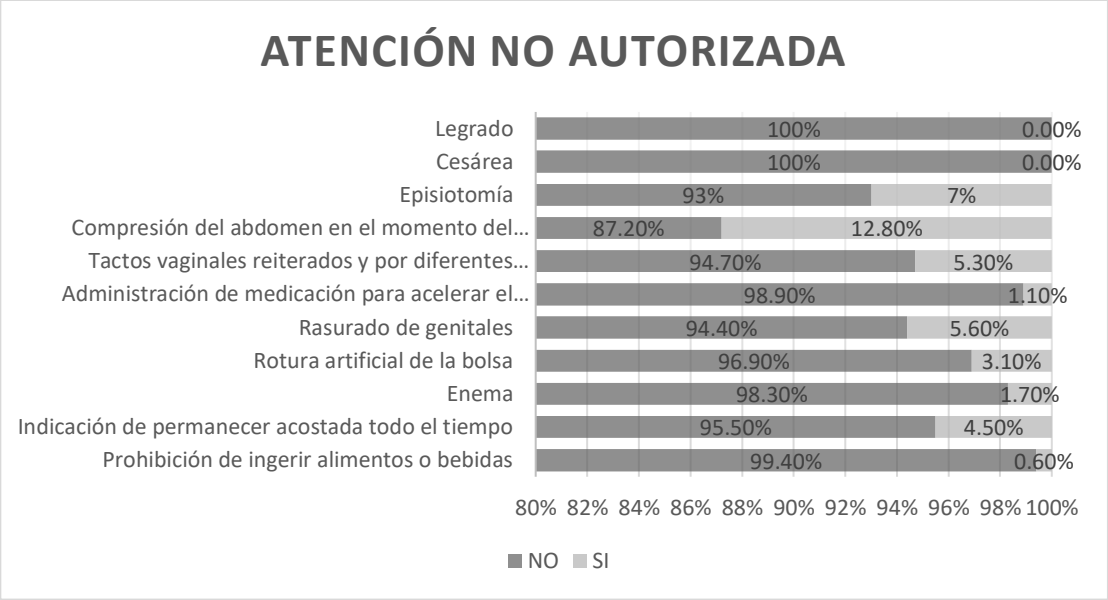

Figura 7 *Tipo de atención no autorizada*

Se realizó un analisis para valorar las diferencias en la atención no autorizada según las características sociodemográficas de la muestra, en donde se encontró que las mujeres con edades comprendidas entre 40 y 49 años refieren mayor porcentaje de violencia obstétrica en la forma de atención no autorizada, sin embargo, no hay diferencias significativas entre los grupos de edad. Respecto al nivel de escolaridad se detectó que las mujeres con estudios superiores (66.7%) reportaron mayor atención no autorizada frente a niveles básicos de estudio con diferencias significativas (p= 0.011). Este nivel elevado de atención no autorizada quizás se deba a que las mujeres con mayor nivel de estudió poseen un mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que favorece su empoderamiento y reconocen cuando se les realiza procedimientos sin su consentimiento.

En cuanto el estado civil se presentaron porcentajes más altos en aquellas mujeres solteras respecto a otro estado civil, sin embargo, no fue estadísticamente significativo.

Así mismo se analizaron las diferencias en la atención no autorizada respecto a las características clínicas, encontrando que las mujeres a las que se les realizó parto presentaron porcentajes mayores (35.40%) respecto a la cesárea y abortos, con diferencias significativas (p= 0.001). Lo anterior se hace evidente debido a que el procedimiento que con más frecuencia se les realizó a las mujeres del estudio fue la maniobra de Kristeller.

Se realizó un analisis mediante la Chi-cuadrada de Pearson para determinar las diferencias entre las dos dimensiones de la violencia obstétrica examinadas en el presente estudio, encontrándose que entre las dimensiones abuso y violencia y atención no autorizada si se observan diferencias estadísticamente significativas (p= 0.003), por lo cual estas dos dimensiones son independientes una de la otra.

Además, se indagó sobre el conocimiento sobre alguna ley que proteja sus derechos cuando se presente violencia obstétrica en donde se evidencio que 93% de las pacientes desconocía de alguna ley contra la violencia obstétrica. Esta falta de conocimiento permite perpetuar el ciclo de violencia obstétrica puesto que las mujeres al desconocer los recursos legales con los que cuenta para proteger sus derechos se dejan impune estos actos al no denunciar por lo cual queda en la opacidad, sin la posibilidad de evidenciar que este tipo de violaciones a los derechos humanos se están cometiendo y en consecuencia permitir que se sigan perpetuando sistemáticamente porque no hay consecuencias para los perpetradores. El denunciar la violencia obstétrica permite poner de manifiesto que se está presentando un problema de gran relevancia, y con esto generar iniciativas públicas y estrategias que busquen potenciar el proteger los derechos de las mujeres durante la atención obstétrica para garantizar una atención de calidad.

5.1 Limitaciones

Dentro de las principales limitaciones es que no existe una herramienta de medición estandarizada para poder comparar los resultados de manera fidedigna. El tipo de muestreo puede representar una limitación debido a que participaban solo aquellas pacientes que deseaban hacerlo sin aleatorización, así mismo se excluyeron a mujeres menores de edad y a mujeres que no hablarán español. Además, durante el periodo del estudio se presentó la pandemia por SARS-CoV-2 por lo cual el periodo de recolección de datos fue más breve.

Dentro del estudio no se preguntó sobre el tipo de profesional quién ejercía la violencia, ni el área o turno donde se ejerció violencia lo cual pudo haber proporcionado una mejor aproximación del problema, además algunas participantes tenían miedo de contestar con sinceridad puesto que pensaban que serían reprendidas en atenciones posteriores.

Capítulo 6. Conclusión

La violencia obstétrica no solo es cuestión de mala calidad proporcionada por los profesionales de la salud, sino que también pone de manifiesto que se están violentando derechos humanos básicos. Toda mujer tiene derecho a acceder a los más altos niveles posibles de atención a la salud, por lo cual se debe de dar una atención digna, respetuosa, libre de violencia y de alta calidad.

Tan importante es la salud materna que dentro de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU ocupa un lugar prioritario la reducción de la mortalidad materna. Dentro de las principales acciones para alcanzar la meta es promover el parto universal dentro de instalaciones adecuadas y bajo personal de salud capacitado. Sin embargo, frecuentemente los profesionales de la salud dentro de las instituciones proporcionan atención no diga ni respetuosa y con violencia tanto psicológica como física, lo cual tiene un alto impacto en la mujer.

A pesar de la alta prevalencia de violencia obstétrica dentro de las instituciones de salud, tanto las mujeres como el propio personal de salud no detectan que se están violentando a las mujeres puesto que lo consideran como algo normal en el proceso de la atención del parto.

William Thomson Kelvin en su frase célebre menciona que: "*Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre".* Los primeros pasos que se han dado fue definir la violencia obstétrica, sin embargo, son pocos estudios que la miden y por último con base en los resultados realizar acciones de mejora.

Debido a lo anterior, la medición de la violencia obstétrica es una actividad de gran relevancia que se debería de realizar en todos los hospitales que brindan atención obstétrica, ya que, a partir de ésta, las instituciones pueden detectar si el problema se está presentando, en que magnitud, así como las formas que en las que se está manifestando para de esta forma implementar estrategias para su prevención y control.

El presente trabajo permitió tener conciencia de la magnitud de la violencia obstétrica en un hospital público del noreste del país, el cual es el hospital más grande de referencia en cuanto a la atención en el área de ginecología y obstetricia por lo cual era necesario conocer si la violencia obstétrica se estaba presentando para poder realizar acciones.

De la realización del estudio se pudo obtener datos importantes sobre esta problemática, por ejemplo, ahora se sabe que de las pacientes que acuden para la atención obstétrica casi la mitad señalaron haber sufrido violencia obstétrica, y al menos el 10% de las mujeres experimentaron el proceso de atención como una experiencia que las hizo sentir culpables, inseguras, incapaces o vulnerables. La dimensión con mayor prevalencia es la de abuso y violencia, además se sabe que a mayor escolaridad mayor percepción de haber sido víctima de violencia obstétrica, así mismo se observó que aquellas mujeres a las que se realizó parto vaginal sufrieron mayor violencia obstétrica. Otro punto importante que se detectó fue que las mujeres con edad comprendida entre 18 a 29 años presentaron mayor prevalencia de abuso y violencia.

Con lo anterior se refleja la baja sensibilidad del personal hacia las mujeres con especial énfasis a las mujeres a las que se les realizó parto, lo cual debe mejorarse mediante el entendimiento de que las mujeres son las dueñas de sus cuerpos y por ende

del proceso del parto, capaces de decidir sobre la atención e intervenciones que desean recibir, además debe fomentarse la formación de todos los profesionales de salud en el parto humanizado.

Las mujeres con estudios superiores reportaron con mayor frecuencia atención no autorizada, esto podría explicarse debido a que tienen mayor conocimiento respecto a sus derechos. Aunado a lo anterior, se encontró que dentro de la dimensión de atención no autorizada la maniobra de Kristeller es la de mayor prevalencia pese que en la NOM-007-SSA2-2016 y en guías internacionales la prohíben debido al alto riesgo que representa para la mujer y el recién nacido. Esto representa una violación a nivel legal lo cual podría tener tanto consecuencias para quien la realiza como para la institución.

Un aspecto de gran interés es que a pesar de que el abuso y violencia y la atención no autorizada conforman la violencia obstétrica estas no son dependientes por lo cual existen mujeres que solo experimentaron abuso y violencia, mientras que otras solo experimentaron atención no autorizada.

Como ultimó punto a resaltar es el nivel bajo de conocimiento sobre los recursos legales que las mujeres tienen para protegerse contra este tipo de violencia, solo 7% conoce que existe una ley contra la violencia obstétrica lo cual puede ser un factor para que este tipo de violencia se siga presentando puesto a que no se denuncian estos actos de violencia antes instancias jurídicas.

Con los resultados encontrados es de vital importancia impulsar acciones diseñadas para la reducción de la violencia obstétrica dentro de la institución, una vez implementadas es necesario dar un seguimiento para evaluar su efectividad. La finalidad

es mejorar para proporcionar una atención de calidad, humanizada que proteja el bienestar de la mujer y el recién nacido y que impacte positivamente sobre la mortalidad materna.

Referencias

Ortiz G. (2015). *Estrategias educativas dirigido a parteras del Cantón Salcedo perteneciente a la provincia de Cotopaxi para disminuir complicaciones materno-infantiles* (Tesis de grado). Facultad de ciencias médicas, Universidad Regional Autónoma de los Andes.

Galán R. (2016). El parto: de la soledad del Paleolítico a la medicalización de la actualidad (Internet). Efe: Salud. Recuperado el 20 enero 2020 de: https://www.efesalud.com/un-paseo-por-la-historia-del-parto-de-la-soledad-del-paleolitico-a-la-medicalizacion-de-la-actualidad/

Sedano, L. M., Sedano, M. C., & Sedano, M. R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25*(6), 866-873.

Almaguer-Gónzalez, J. A., García Ramírez, H. J., & Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras,* 44-59.

Soto-Toussaint, L. H. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología, 39*(S1), 55-60.

Almaguer-González, J. A., García Ramírez, H. J. y Vargas Vite, V. (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y salud en Cifras, 8*(3)*,* 4-20.

Tinoco Zamudio, MT. (2016). Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED, 21*(S1), 48-54.

Lansky, S., Souza, K. V. D., Peixoto, E. R. D. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., ... & Friche, AADL (2019). Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciência & Saúde Coletiva, 24,* 2811-2824.

Amroussia, N., Hernandez, A., Vives-Cases, C., & Goicolea, I. (2017). "Is the doctor God to punish me?!" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. *Reproductive health, 14*(1), 1-12.

Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology, 27*(4), 489-509.

Diamond-Smith, N., Treleaven, E., Murthy, N., & Sudhinaraset, M. (2017). Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: results from a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth, 17*(2), 1-13.

Castro, R., & Erviti, J. (2003). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and human rights*, 90-110.

Zacher Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly, 29*(4), 437-454.

Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de saude publica*, 51, 69.

Montesinos-Segura, R., Urrunaga-Pastor, D., Mendoza-Chuctaya, G., Taype-Rondan, A., Helguero-Santin, L. M., Martinez-Ninanqui, F. W., ... & Villamonte-Calanche, W. (2018). Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 140*(2), 184-190.

Smith-Oka, V. (2015). Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. *Social Science & Medicine, 143*, 9-16.

Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 73*(3), 171-180.

Pereira, C., Domínguez, A., & Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 75*(2), 081-090.

Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista Conamed, 18*(1), 14-20.

Castro, R., & Frías, S. M. (2019). Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 national household survey. Violence against women, 26(6-7), 555-572.

Figueroa-Palomino, O. E., Hurtado-Lagarda, R., Valenzuela-Coronado, D. G., Bernal-Cruz, J. D., Duarte-Gutierrez, C. D., & Cázares-González, F. A. (2017). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. SANUS, (3), 14-21.

Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V, Pimienta Luna F. (2018). Guía de Implantación: Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro

World Health Organization. (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: *WHO statement (No. WHO/RHR/14.23)*. World Health Organization.

Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed, 19*(1), 37-42.

Salgado, F., & Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, (29),* 23-34.

Safi, S. B. L. (2015). La violencia simbólica en la construcción social del Género. ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, 2(2).

Organización Internacional del Trabajo (2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Manual de referencia Sindical sobre la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Ginebra, Suiza: Centro Internacional de Formación de la OIT.

La Parra, D. y Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social,* 131(3), 57-72.

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... & Sathar, Z. A. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet,* 391(10140), 2642-2692.

Bellón Sánchez, S. (2014). *Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* (Master's thesis).

Sadler Spencer, M. M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto.

Lafaurie, M. M., Rubio León, D. C., Perdomo, A., y Cañón Crespo, A. F. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 18(36).

Carvajal, J., & Ralph, C. (2019). Manual de obstetricia y ginecologia. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2010). Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 26(4), 682-693.

Valdez-Santiago, R., Salazar-Altamirano, Y., Rojas-Carmona, A. y Arenas-Monreal, L. (2016). Abuse against women in delivery care in public hospitals in Mexico. *Revista CONAMED,* 21(S1), 42-47.

Berzaín Rodríguez, M. C., & Camacho Terceros, L. A. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista científica ciencia médica, 17(2), 53-57.

Sala, V. V. V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. Ciencias de la salud, (17), 128-144.

Okafor, I. I., Ugwu, E. O., & Obi, S. N. (2014). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(2), 110-113.

Alnemari, B. A., Arain, F. R., Alotaib, H. A., Assalmi, H. M., & Alqurashi, A. A. (2020). Obstetric violence experienced during child birth in Taif city, Saudi Arabia. World Family.

Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., ... & Bellows, B. (2015). Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PloS one*, 10(4), e0123606.

Mesenburg, M. A., Victora, C. G., Serruya, S. J., de León, R. P., Damaso, A. H., Domingues, M. R., & da Silveira, M. F. (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive health*, 15(1), 54.

Galván, A. I. O. y Sánchez, T. E. R. (s.f.). Violencia obstétrica. Una revisión crítica y feminista en torno al tema.

Becerra-Chauca, N., & Failoc-Rojas, V. E. (2019). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2).

NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. D.F., México. Diario oficial de la federación: 07/04/2016

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), (2017). Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México. D.F., México.

Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A., & Marinelli, E. (2019). Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 23(5), 1847-1854.

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... & Manuelli, V. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet, 388(10056), 2176-2192.

Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., ... & Langer, A. (2016). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. BMC pregnancy and childbirth, 16(1), 236.

Almaguer-González, J. A., García Ramírez, H. J. y Vargas Vite, V. (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y salud en Cifras, 8*(3)*,* 4-20.

García García, E. M. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. España

Fernández, I. O. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 79-83.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2015. *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos* (1ª ed.) México D.F.

Sistema de Información Legislativa (SIL), (2019). Iniciativa que adiciona el artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a cargo de la Diputada Mildred Concepción Ávila Vera, del grupo parlamentario de morena. Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3871930_20190429_1556225465.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), (31 de julio 2017). Recomendación General no. 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México: CNDH.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2014). *Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*. México, D.F.: CENETEC.

Figueroa-Palomino, O. E., Hurtado-Lagarda, R., Valenzuela-Coronado, D. G., Bernal-Cruz, J. D., Duarte-Gutierrez, C. D., & Cázares-González, F. A. (2017). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. [Figura]

Almaguer-Gónzalez, J. A., García Ramírez, H. J., & Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras,* 44-59.

Nunnally, J. (1967). Psychometric Methods. New York: McGraw Hill.

Bojórquez, J.A., López, L., Hernández, M.E. y Jiménez , E. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. En R. Lorán Santos (Presidencia). Eleventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (LACCEI'2013). Conferencia en Cancún, México.

Sando, D., Abuya, T., Asefa, A., Banks, K. P., Freedman, L. P., Kujawski, S., ... & Ugwu, E. O. (2017). Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reproductive health,* 14(1), 1-18.

Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., ... & de León, R. G. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43.

Figueroa-Palomino, O. E., Hurtado-Lagarda, R., Valenzuela-Coronado, D. G., Bernal-Cruz, J. D., Duarte-Gutierrez, C. D., & Cázares-González, F. A. (2017). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *SANUS,* (3), 14-21.

Medina, C. M., Pérez, M. Á. D. L., Mandujano, M. J. D., de la Cruz, L. G. C., Jiménez, P. R., Rosales, B. E. S., & Limón, M. D. R. R. (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica,* 14(42), 27-36.

Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista Conamed,* 18(1), 14-20.

Castro, R., & Frías, S. M. (2019). Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 national household survey. Violence against women, 26(6-7), 555-572.

Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de saude publica*, 51, 69.

Venturi, G., & Godinho, T. (Eds.). (2013). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. Perseu Abramo.

Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., ... & Bellows, B. (2015). Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PloS one*, 10(4), e0123606.

Bhattacharya, S., & Ravindran, T. S. (2018). Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC pregnancy and childbirth,* 18(1), 338.

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26.

Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela,* 73(3), 171-180.

Mihret, M.S. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. BMC Res Notes 12, 600 (2019)

Organización Mundial de la salud-OMS. (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.

Tena Tamayo, C., Ruelas Barajas, E., Sánchez González, J. M., Rivera Cisneros, A. E., Moctezuma Barragán, G., Lee, G. R. M., ... & Migoya Vázquez, A. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(6), 523-529.

Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela,* 73(3), 171-180.

Herrera Gómez, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de enfermería*, 22(1-2), 79-82.

Ríos-Mori, C. M. y Lias-Cuervo, M. P., (2015). Contacto piel a piel inmediato al nacimiento y beneficios en el recién nacido sano en los primeros 30 minutos. Cuidado y salud: Kawsayninchis, 2(2), 177-186.

Currículum Vitae del autor

Yelyann Magory Márquez González

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO/ ESPECIALISTA EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

81 18 87 53 87

magory.gonzalez@gmail.com

Monterrey/Nuevo León

LinkedIn.com/in/yelyann-marquez-0a55a11b6/

FORMACIÓN ACADÉMICA

Especialista en Calidad de la Atención Clínica (2018-2021)
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Médico Cirujano y Partero *(2010-2016)*
Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Medicina.

HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS

- Trabajo en equipo.
- Comunicación efectiva.
- Capacidad de negociación
- Visión sistémica.
- Manejo de herramientas de la calidad.
- Diseño e implementación de procesos.
- Evaluación y auditoría.
- Uso de programas computacionales

IDIOMAS

10/10
Español

7 / 10
Inglés TOEFL ITP B2

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Hospital General de Sabinas Nuevo León

Rotación de campo/ julio-octubre 2020

Actividades:

- Implementación de un paquete de medidas para la reducción de flebitis por catéter venoso periférico.
- Implementación del protocolo universal de cirugía segura.
- Organización de feria de la salud para la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente.
- Aplicación de la encuesta de cultura de seguridad del paciente.

UMAE Hospital de Cardiología del CMN Siglo XXI, CDMX

Rotación nacional (junio-julio 2019)

Actividades:

- Rediseño del proceso de prealta y alta hospitalaria en segundo piso de hospitalización.
- Participación en la creación de nuevos formatos médicos en Intracard.
- Participación en la creación de la política de la AESP 6.
- Análisis estadístico de las altas hospitalarias

Hospitales de los servicios de salud de Nuevo León, TecSalud e ISSTELEON

Rotación practica hospitalaria/ 2018 – 2021

Actividades:

- Actividades relacionadas con diseño e implementación de procesos.
- Adaptación de las políticas de metas internacionales a acciones esenciales de la seguridad del paciente.
- Participación en la clasificación del sistema de reporte de eventos adversos.