

División académica de Ciencias de la salud



**¿Calidad de la atención obstétrica o violencia obstétrica?
Percepción de las usuarias del Hospital General de zona 46 del IMSS.**

Tesis para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

MC. Nayely Cruz Sosa

Directores

Dr. Cs. María Isabel Avalos García.

Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez.

Dra. María Evelin Martínez Cortes



Of. No. 0052/DACS/JAEP

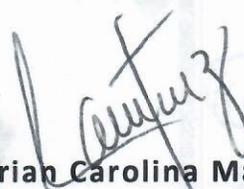
27 de enero de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Nayely Cruz Sosa
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez, Dr. en C. Griselda Hernández Ramírez, Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego y el M. en C. Ricardo González Anoya, impresión de la tesis titulada: **"¿Calidad de la tención obstétrica o violencia obstétrica? Percepción de las usuarias del Hospital General de zona 46 de IMSS"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. Cs. María Isabel Avalos García; Dr. Cs. Heberto Romeo Priego Álvarez y la Dra. María Evelin Martínez Cortes.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos García.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Heberto Romeo Priego Alvarez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. María Evelin Martínez Cortes.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Griselda Hernández Ramírez.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Ricardo González Anoya.- sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/lkrd*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 11:00 horas del día 25 del mes de enero de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"¿Calidad de la atención obstétrica o violencia obstétrica? Percepción de las usuarias del Hospital General de Zona 46 del IMSS"

Presentada por el alumno (a):

Cruz Sosa Nayely
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	8	1	E	5	0	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Cs. María Isabel Avalos García
Dr. Cs. Heberto Romeo Priego Álvarez
Directores de Tesis

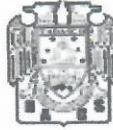
Dra. Rosario Zapata Vázquez

Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez

M. en C. Griselda Hernández Ramírez

M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

Dr. Ricardo González Anoya



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 12 de enero del año 2021, la que suscribe, Nayely Cruz Sosa, alumna del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 181E50008 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"¿Calidad de la atención obstétrica o violencia obstétrica? Percepción de las usuarias del Hospital General de Zona 46 del IMSS"**, bajo la Dirección de la Dra. María Isabel Avalos García y Dr Heberto Romeo Priego Álvarez conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: renn02_04@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Nayely Cruz Sosa

Nayely Cruz Sosa

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

AGRADECIMIENTOS

A mi querida casa de estudios la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, por transformar mi vida como estudiante y profesionista, te llevo en el corazón.

Gracias al Instituto Mexicano del Seguro Social por facilitar sus instalaciones para la realización de esta investigación, por su nobleza como institución y formadora de recursos humanos, muy orgullosa de pertenecer a la maravillosa Águila.

A todos mis maestros, adscritos por brindar conocimientos y mantenernos siempre a la vanguardia, dignos de admiración y más en este momento difícil de pandemia son grandes guerreros.

A mis directores de tesis gracias por ser mi guía en esta nueva etapa de la investigación sin ustedes el camino fue más fácil especialmente a la Dra. Isabel Avalos García gracias de corazón por que en los momentos más difíciles estuvo siempre conmigo, dándome ánimos para luchar es usted un gran ser humano.

Gracias a Dios por la vida y por no desampararme en este año muy difícil, en lo familiar, laboral y sobre todo en salud.

DEDICATORIAS

Para Kytzia Nayely, quien ha sido mi fuerza para continuar día a día, eres una excelente hija te amo, Bendigo tu vida y espero estés muy orgullosa de todos nuestros logros ha sido un año muy difícil son muchas pruebas que hemos superado juntas con la bendición de Dios, nunca dudes de ti eres maravillosa.

A mi Madre, quien siempre me impulsa a ser una mejor persona y nunca dejarme sola, gracias por tus oraciones y bendiciones que me llevan por el buen camino.

Para mi Padre, por guiarme y cuidarme siempre eres el mejor.

A mis queridas hermanas que siempre están conmigo en lo bueno y lo malo, luchan siempre por sus sueños y todas sus metas se realizarán, las quiero mucho.

Para mi abuelita Catalina por ser la luz en mi vida, fuiste la mejor consejera, la mujer más noble y bondadosa siempre dando todo incondicionalmente, siempre vives en mí... besos al cielo.

A mis queridas amigas gracias por su apoyo incondicional, por hacer mis días más ligeros con sus mensajes y risas las quiero mucho, forman parte de mi familia.



ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	I
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	II
RESUMEN.....	III
ABSTRAC.....	IV
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Atención obstétrica. Generalidades.....	7
2.2 Origen y tipos de violencia.....	9
2.3 Violencia obstétrica y marco legal.....	10
2.4 Legislación.....	12
2.5 Calidad de la atención obstétrica.....	17
2.6 Percepción y percepción de la calidad.....	18
2.7 Estudios relacionados con la investigación.....	20
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
4. JUSTIFICACIÓN.....	30
5. OBJETIVOS.....	32
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
7. RESULTADOS.....	39
8. DISCUSIÓN.....	49
9. CONCLUSIÓN.....	50
10. RECOMENDACIONES.....	51
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
12. ANEXOS.....	58



TABLAS Y FIGURAS

Tablas		Paginas
Tabla 1	Distribución porcentual de los datos sociodemográficos las usuarias atendidas en el HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020.	39
Tabla 2	Distribución porcentual de los antecedentes obstétricos de las usuarias en puerperio el HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020.	40
Tabla 3	Distribución porcentual de las usuarias que presentaron violencia obstétrica durante la atención de parto o cesárea en el HGZ 46 IMSS, Tabasco	41
Tabla 4	Distribución porcentual de las usuarias que tienen conocimiento sobre alguna Ley de violencia obstétrica, en el HGZ 46 IMSS, Tabasco	41
Tabla 5	Distribución porcentual de los procedimientos realizados a las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco.	42
Tabla 6	Distribución porcentual de la percepción en la atención obstétrica de las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco.	42
Tabla 7	Distribución porcentual de violencia obstétrica y la percepción de la atención obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020	43
Tabla 8	Distribución porcentual de la relación edad y violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco	44
Tabla 9	Distribución porcentual de la relación escolaridad y violencia obstétricas en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco	44
Tabla 10	Distribución porcentual de la relación estado civil y violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco	45
Tabla 11	Distribución porcentual de la relación religión y violencia obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco	46
Tabla 12	Distribución porcentual grupo de edad y percepción de la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco	46



Tabla 13	Distribución porcentual de la relación escolaridad y la percepción de la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46, IMSS Tabasco 2020	47
Tabla 14	Distribución porcentual de la relación estado civil y percepción de la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020	47
Tabla 15	Distribución porcentual de la relación entre la religión y percepción de la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco	48
Tabla 16	Distribución porcentual de la relación ocupación y percepción de la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco	48

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Cruz Sosa N, Ávalos García MI, Priego Álvarez HR, Martínez Cortes E.

¿Calidad de la atención obstétrica o violencia obstétrica? Percepción en derechohabientes del Hospital General de zona 46 IMSS delegación Tabasco.

ANTECEDENTES. Los sistemas de salud deben garantizar a las mujeres que demandan de cuidado obstétrico, una atención de calidad y libre de riesgos. La violencia obstétrica es una forma de violación a sus derechos humanos y reproductivos. Hoy día cobra gran relevancia porque aún permanece en la agenda inconclusa y es una forma de invisibilidad dentro de los servicios de salud.

OBJETIVO. Analizar la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención y su relación con la violencia obstétrica en un HGZ del IMSS. **MATERIAL Y**

MÉTODOS. Estudio observacional, analítico, transversal, de un universo de 1215, se obtuvo una muestra de 134 usuarias. Se utilizó el Test de Violencia Obstétrica y el instrumento Pecassus para identificar la percepción de la calidad. Los resultados fueron procesados en el software estadístico SPSS v22, para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva y analítica. **RESULTADOS.** La prevalencia de

violencia obstétrica fue del 64.2%, los procedimientos realizados sin consentimiento informado fueron la episiotomía 29.9%, cesárea 25.9% y tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas 22.2%, las usuarias que consideraron sufrir de violencia obstétrica 34.3% fueron significativamente las más insatisfechas

CONCLUSIONES Los resultados de este estudio aportan conocimiento nuevo a la institución para mejorar la calidad en la atención obstétrica, que garantice a las usuarias el respeto a sus derechos humanos, tomando en cuenta su cultura y perspectiva de género.

PALABRAS CLAVE. Parto, puerperio, Percepción de la atención médica, violencia obstétrica.



ABSTRACT

Cruz Sosa N, Ávalos García MI, Priego Álvarez HR, Martínez Cortes E.

Quality of obstetric care or obstetric violence? Perception in beneficiaries of the General Hospital of zone 46 IMSS Tabasco delegation.

BACKGROUND. Health systems must guarantee quality and risk-free care for women who require obstetric care. Obstetric violence is a form of violation of their human and reproductive rights. Today it is of great relevance because it still remains on the unfinished agenda and is a form of invisibility within the health services. **OBJECTIVE.**

Analyze the users' perception of the quality of care and its relationship with obstetric violence in a HGZ of the IMSS. **MATERIAL AND METHODS.** Observational, analytical, cross-sectional study of a universe of 5525, a sample of 134 users was obtained. The Obstetric Violence Test and the Pecassus instrument were used to identify the perception of quality. The results were processed in the statistical software SPSS v22, for the data analysis descriptive and analytical statistics were used.

RESULTS. The prevalence of obstetric violence was 64.2%, the procedures performed without informed consent were episiotomy 29.9%, cesarean section 25.9% and repeated vaginal examinations performed by different people 22.2%, the users who suffered obstetric violence were the most dissatisfied with the care received (34.3%) with a $X^2 = 6.14$ and a statistically significant $p = 0.013$.

CONCLUSIONS The results of this study provide new knowledge to the institution to improve the quality of obstetric care, which guarantees users respect for their human rights, taking into account their culture and gender perspective.

KEYWORDS. Childbirth, puerperium, perception of medical care, obstetric violence.



GLOSARIO

Atención	Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien.
Calidad de la atención	Es el grado en el cual los servicios de salud incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud
Percepción	Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social.
Percepción de la calidad de la atención obstétrica	Estudia la percepción en base a las circunstancias personales, sociales o culturales de la usuaria sobre la calidad en la atención obstétrica.
Crítica	Conjunto de opiniones o juicios que responden a un análisis y que pueden resultar positivos o negativos
Episiotomía	Es una incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto.
Gestación	Tiempo que dura este estado, desde la concepción hasta el parto.
Ítems	Cada uno de los elementos de un conjunto de datos
Obstetricia	Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este
Parto Eutócico	Parto que se desarrolla con total normalidad, por las vías naturales y sin exigir intervención instrumental.
Parto distócico	Parto anormalmente lento o laborioso por causa fetal o materna.
Planificación familiar	La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre



embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

Puerperio:

Período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.

Salpingoclasia:

Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería; este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos.

Violencia obstétrica

Se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente.



ABREVIATURAS

DIU	Dispositivo Intrauterino.
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
HGZ 46	Hospital General de Zona 46.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEGI	Instituto nacional de estadísticas y geografía Investigación en salud.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de Naciones Unidas.
OTB	Oclusión tubárica bilateral.
PECASUSS	Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud.
LGAMVLV	Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
SIRELCIS	Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud.
SPSS	Statistical Package for Social Sciences



1. INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es considerada como un tipo de violencia de género, sin embargo en México, el conjunto de prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas, puesto que suponen una violación de los derechos humanos, pero no se encuentran tipificadas como tal. Venezuela fue el primer país en penalizar este tipo de conductas, mediante la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en el año 2006. Otros países como Argentina y México se unieron para iniciar la legislación sobre la violencia obstétrica.

En 2014, la Organización Mundial de la Salud publicó un documento en el que denuncia el trato irrespetuoso y ofensivo que recibían muchas mujeres durante el parto, e insistía en la importancia de establecer ciertas medidas de “control de calidad” en los centros de salud, así como la implicación de las propias mujeres, quienes a menudo no son conscientes de que determinadas actitudes o acciones forman parte de esa violencia invisible.

El Instituto de Medicina de los EEUU y la Academia Nacional de Ciencias definen a la calidad de la asistencia sanitaria como “el grado en el cual los servicios de salud incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud”.

La organización Mundial de la Salud ha definido que “...una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.(1) Es por este motivo que la atención obstétrica tiene que ser otorgada con calidad y seguridad tomando en cuenta las necesidades de las usuarias que así lo demanden.

Esta investigación tiene una gran relevancia ya que es un tema poco abordado y en nuestro estado no le conceden gran difusión ni existe hasta el momento una ley como en otros estados sobre la violencia obstétrica. Dadas las consideraciones anteriores se realizó un estudio para conocer la percepción de la calidad desde la satisfacción de las usuarias que han sufrido violencia durante el proceso de la atención obstétrica.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades de la atención obstétrica

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, establece en el numeral 5.1.11 que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. (2)

El proceso de la maternidad sufre una transformación con el traspaso de la experiencia de las mujeres en un ámbito privado, el hogar, a los centros sanitarios, asistidas por profesionales, en muchas ocasiones, extraños y un ideal de asepsia que se opone a la idea del acompañamiento de la mujer durante el proceso.

El progreso de la medicina ha generado evidentes e indudables beneficios que se han visto reflejados en una disminución en la mortalidad materno-infantil, pero en esta expansión ha implicado, en cierta manera, un control sobre la mujer embarazada. La medicina basada en la evidencia, ha puesto de manifiesto que la adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad.

Es preciso tener presente que toda mujer embarazada posee el derecho a la información así como la libertad para que la toma de decisiones sean libres e informadas, en relación a su salud tal y como queda detallado en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La transgresión de este derecho hace que el ya obsoleto paternalismo médico se manifieste en su mayor expresión. Es evidente que en múltiples ocasiones se llevan a cabo con las pacientes diversas prácticas en su atención, sin que haya una previa consulta y sin llegar a ofrecerles la suficiente y necesaria información sobre las implicaciones que



comportan las mismas. En consecuencia, lo que se hace es mermar e incluso anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. (3)

En América Latina, luego del Congreso “Humanización del Parto y el Nacimiento”, realizado en Ceará, Brasil, en noviembre del año 2000, se formó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), que engloba y pone en comunicación a redes nacionales, a grupos y personas, la cual “propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer”. Esta red es la que ha motorizado que en mayo se organice, en todos los países de la región, la “Semana mundial por un parto digno y respetado”. Hay profesionales de la salud y organizadores de la política pública que participan de estas redes, es interesante comentar con ciertas excepciones, algunos comentan en el ámbito de la medicina social/salud en latinoamericana, en general, los y las profesionales médicos han tenido una postura ajena y a veces, hasta crítica de las prácticas del parto humanizado, así como de toda práctica que pareciera atender contra su posición de poder hegemónica en el campo de la salud. (4)

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que el *“deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*.(5)

La práctica médica exige del profesional de la medicina que, en forma individual o en conjunto con su equipo de trabajo, informe a los pacientes acerca de la naturaleza y las implicaciones que pudiera tener la práctica que se le va a realizar; la conveniencia



de efectuarla; las diferentes opciones o vías que se emplean para ejecutar un determinado procedimiento; así como los posibles riesgos y complicaciones que se derivan de tal práctica; el tratamiento que se le va administrar y los posibles resultados favorables o adversos. De igual forma, en la historia clínica, el médico debe dejar constancia de esto, es decir, de haberle proporcionado a la paciente esta información de forma clara, precisa y directa, a su vez, a la paciente como una demostración de haberla recibido y comprendido avala con su firma lo expuesto en la citada historia. Esta explicación dada por el médico tratante al paciente es lo que se denomina Consentimiento Informado y es un derecho que asiste a toda persona que solicite ser atendida en un centro asistencial sea este público o privado. (6)

2.2 Origen y tipos de violencia.

La violencia se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiguió dar una definición generalizada: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en forma de amenaza o daño en contra de uno mismo u otra persona, grupo u organización que cause lesiones, muerte, daños psicológicos, y trastornos en el desarrollo o privaciones."

Género entenderemos la definición como buscar la erradicación de ciertas discriminaciones que surgen cuando se habla de sexo biológico como una sola condición. Tiene que ver con ciertos roles, por lo tanto son los comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que condicionan a sus miembros para percibir como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas, responsabilidades y las jerarquizan de manera diferenciada.

La desigualdad de género se da cuando los individuos a los que se les atribuye un género determinado no tienen acceso a posibilidades sociales de igual nivel que los individuos de otro género. Este tipo de desigualdad implica violencia. (7)

Violencia: Del latín violentia, la violencia es la cualidad de violento o la acción y efecto de violentar o violentarse. Lo violento, es aquello que está fuera de su entorno natural



o estado normal, la cual se ejecuta con fuerza, ímpetu o brusquedad; o bien se realiza contra la voluntad de la persona.

Violencia física: Es una acción que origina un daño o lesión no accidental, utilizando la fuerza física o alguna clase de arma u objeto que pueda causar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas.

Violencia psicológica: No se habla solo de la conducta, sino de un sin fin de comportamientos con los que se produce una forma de agresión emocional. Se deben tener en consideración las necesidades psicológicas del individuo, en especial las que tiene estrecha relación interpersonal al igual que la autoestima.

Violencia sexual: cualquier acontecimiento de actividad sexual (tocamientos, insinuaciones...) entre dos personas sin consentimiento de una.

Violencia interpersonal: Son los actos de violencia realizados por un individuo o un grupo reducido de ellos, el cual abarcan una gran gama de conductas que van desde la violencia física, sexual, psicológica hasta las privaciones y el abandono.

La cual podemos identificar fácilmente ya que deja huellas como moratones, fracturas, alteraciones neurológicas u orgánicas en las mujeres y, cuando es demasiado tarde, la muerte. (8)

2.3 Violencia obstétrica y marco legal

Venezuela, primer país del mundo en emplear el término “violencia obstétrica” en el año 2007, dentro de “La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” siendo definido como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.(9)



En 2009 en Argentina fue aprobada la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (10)

Abril 2014 El Senado mexicano aprobó modificar la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, a fin de ofrecer mayores garantías a las trabajadoras y mejorar la protección de la madre en la atención médica, ambas durante el embarazo, parto y puerperio, siendo por tanto posible castigar la violencia obstétrica al tipificar como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. (11)

La violencia institucional, son las actitudes de discriminación, maltrato psicológico, físico y abandono; que realiza un profesional de salud, ante las mujeres en su atención obstétrica, es un factor de riesgo importante para una muerte materna; sobre todo en mujeres con vulnerabilidad como las que habitan en zonas rurales e indígenas, que son atendidas en instituciones del sector salud ya sea público o privado. La atención inadecuada a las urgencias obstétricas, representa una falta de garantía de los derechos de las mujeres y en sí, una forma de violencia de género. (12)

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, hace referencia a la violencia obstétrica, misma que define como: «el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos 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» La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem do Pará) y demás instrumentos internacionales en la



materia; y entre las que se señala que la 1) Violencia contra la mujer es cualquier acción u omisión, que esté basada en el género, que ocasione daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte en el entorno privado como en el público por tanto, 2) Víctima: Será toda mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia y por ende, 3) Agresor: Es la persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres, 4) Modalidades de violencia: Son las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres, 5) Tipos de violencia contra las mujeres: A) Psicológica: Se define como cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas (es quizá esta forma de violencia, más frecuente en el ámbito de la prestación de salud en el Área Obstétrica), B) Violencia sexual, C) Violencia familiar, D) Violencia en la comunidad, E) Violencia institucional.

Art.18o LGAMVLV: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin, obstaculizar o impedir el goce y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al goce de las políticas públicas las cuales están para prevenir, atender, investigar, sancionar y eliminar cualquier tipo de violencia y F) Violencia obstétrica. (13)

2.4 Legislación

La ley del Distrito Federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente, en su definición hace referencia a que es toda acción u omisión que detenga o vulnere el derecho de las mujeres en la prestación a los servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de urgencias.

La definición contenida en la Ley de Acceso de Guanajuato define a la violencia obstétrica como: “todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que



dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica”. (14)

Las definiciones de las leyes de acceso de los estados de Durango, Chiapas y Veracruz son más específicas respecto de los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica y en su definición todas comparten las siguientes conductas: 1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En congruencia con la naturaleza e interés de este tipo de regulación, las leyes de acceso de esos tres estados contemplan que el perpetrador de este tipo de violencia es el personal de salud, sin especificarse su carácter, lo que implica que puede ser cualquier persona que brinde o participe en la prestación de un servicio de salud, ya sea público, social o privado. (15)

Si se compara la definición incorporada en la Ley de Acceso de Veracruz con las fracciones contenidas en el Código Penal del mismo estado, no se encuentra innovación o mayor descripción de las conductas que atentan contra la dignidad de las mujeres en materia de violencia obstétrica, salvo la fracción IV del artículo 363 del Código Penal estatal. Sobre la tipificación del delito de violencia obstétrica cabe señalar que en los estados de Puebla y Oaxaca se han presentado 34 iniciativas de reforma para tipificar la violencia obstétrica como delito, pero hasta el momento no se han aprobado. (16)



Las teorías modernas del derecho penal como ultima ratio o derecho penal mínimo, sostienen que la criminalización de una conducta debe ser la última medida a utilizar para lograr el respeto y garantía de los derechos humanos y el orden social. Por lo tanto, antes de criminalizar deberían buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos.

En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos humanos tendría que sancionarse por la vía administrativa o civil. En este sentido, se debe considerar un tipo penal, de forma que sancione sólo ciertas conductas de violencia obstétrica, tales como la esterilización forzada. Para otro tipo de conductas, en vez de fórmulas penales que podrían “engrosar” el brazo criminalizador del Estado más que poner fin a la problemática estructural, habría I. No atiende o no brinda atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad; V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer; y VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III y IV. Para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la



destitución e inhabilitación hasta por dos años para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos. Si se compara la definición incorporada en la Ley de Acceso de Veracruz con las fracciones contenidas en el Código Penal del mismo estado, no se encuentra innovación o mayor descripción de las conductas que atentan contra la dignidad de las mujeres en materia de violencia obstétrica, salvo la fracción IV del artículo 363 del Código Penal estatal. (17)

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos entiende que deben considerarse legitimados activos para producir violencia obstétrica: a) todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, b) todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud. c) quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales. d) aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular. e) quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estados. f) las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas.

Y se reconocieron las siguientes omisiones configurativas de violencia obstétricas:

- Falta de anestesia en los legrados: Una de las conductas omisivas más frecuentes en violencia obstétrica está constituida por la omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto auto provocado.
- Omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar.

Omisión de intimidad. Cabe recordar que la ley de parto humanizado garantiza la intimidad durante todo el proceso asistencial, la que lógicamente debe ser prestada dentro de los medios con los que se cuenten. (18)



La Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1 1,500 mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva. "la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva".

La mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer. Donde se presenta vulneraciones de principios básicos, como el derecho a la vida y el acceso a información de calidad y al máximo nivel posible de salud. Por cada mujer fallecida, son 30 las mujeres que quedan con secuelas asociadas del embarazo, el parto y el puerperio. Las muertes de mujeres condicionadas por problemas ocurridos durante el proceso reproductivo tienen consecuencias profundamente negativas para la familia y para la comunidad en general. (19)

Rebecca Cook establece una clasificación para los derechos humanos afectados por la mortalidad materna, expuestos a continuación: A) El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal. B) El derecho a fundar una familia y a tener vida de familia. C) El derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico. D) los derechos relación a dos con la igualdad y con la no discriminación. (20)

En México no todos los estados cuentan con leyes que protejan contra la violencia obstétrica. En algunos estados del país hay artículos que definen la violencia obstétrica como son San Luis Potosí, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Tamaulipas, Veracruz, Quintana Roo y Chiapas, son estados que ya tienen un avance acerca de



las leyes contra la violencia obstétrica. Actualmente se encuentran pendientes de dictaminar en el Congreso de la Unión seis iniciativas para definir la violencia obstétrica en la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

Las estadísticas demuestran el continuo abuso de la práctica de cesáreas. El porcentaje de éstas que se realizan en México es alarmante y duplica o triplica el recomendado por la OMS. Lo que sugiere que muchas cesáreas son innecesarias y que se realizan a conveniencia del médico o de la institución de salud, a costa de riesgos de salud para las mujeres embarazadas.

En el INEGI se aplica la primera Encuesta Nacional (ENDIRE 2016) que incorpora en sus instrumentos un apartado especial para evaluar la atención obstétrica que las mujeres recibieron durante su último parto por parte del personal que las atendió. Se indagó sobre este tipo de maltrato en las mujeres que tenían un rango de edad entre 15 y 49 años. 40.8% de las mujeres que dieron a luz en el IMSS reportan malos tratos durante la atención y 38.7% de quienes fueron atendidas en algún hospital o clínica pública de su entidad. (21)

Existen vacíos de información muy importantes en términos de las quejas y denuncias por actos que pueden constituir violencia obstétrica, tanto en el ámbito de las entidades federativas como en el federal. Lo cual impide dimensionar de forma más completa la problemática de la violencia obstétrica en el país y en el Estado.

2.5 Calidad de la atención obstétrica desde la satisfacción de las usuarias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala como requisitos para que exista calidad en la atención a la salud: un alto nivel de excelencia profesional, usar eficientemente los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción en los usuarios y un impacto final en la salud de la población. (22)

Expectativas del trabajador. El trabajador espera lograr satisfacción en la realización de sus labores, a través de otorgar la atención a los pacientes en instalaciones y con



equipo e instrumental apropiados; con el reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas, y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Expectativas y satisfacción del paciente. Las pacientes que acuden a las unidades médicas para la atención obstétrica, esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancias y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; atención con cortesía y en forma oportuna; un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. También esperan contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, paramédico y de enfermería; recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención ya sea recurso humano, material, instrumental, infraestructura para la realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes con el problema de salud de que se trate. (23)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una serie de lineamientos referente a las prácticas inadecuadas utilizadas frecuentemente durante la atención al parto, entre las que destacan no hacer intervenciones médicas innecesarias, tales como la episiotomía, rasurado y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitócina, analgesia y anestesia. (24)

2.6 Percepción de la calidad por las usuarias

La percepción es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social.

Tomando en cuenta que las usuarias son actores significativos en el proceso de la atención obstétrica, la calidad del servicio se extrapolará a la satisfacción con la calidad que la usuaria percibe, aunque esta sea subjetiva. Partiendo de este hecho, es más revelador integrar una visión generalizada en la atención a la salud, en el que



no solo se considere la dimensión biológica, sino además la psicológica y sociocultural de los pacientes, sin olvidar que el paciente es un ser humano y tiene sentimientos, así como necesidad de afecto.

La percepción organiza la información del entorno dentro de una representación mental simple; esta se toma como un proceso que se lleva a cabo mediante una serie de unidades elementales que constituyen y denomina.

La percepción agrupa la información circundante en unidades simples, permitiendo a la conciencia adquirir noción de las cosas o acontecimientos y con ello perfeccionar su capacidad abstracta. Los acontecimientos se establecen a través de valoraciones categoriales que buscan la principal característica que represente a los objetos; es así que el proceso de percepción consta de tres etapas selección, organización e interpretación. (25)

En la etapa de selección se observa que solo algunas personas, se encuentran expuestas a ciertos estímulos (actitudes, intereses y necesidades). De tal forma, la persona interactúa y participa de lo que experimenta. Dentro de la etapa de organización, esta comprende la recolección de estímulos que luego se clasifican y se otorga un significado de acuerdo a la clasificación (obtención de diversos resultados).

En cuanto a la interpretación, esta depende de la experiencia previa de la persona (motivaciones, intereses e interacción con otros), en que se da contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.

La percepción es la interpretación mental de lo captado por los sentidos, es decir, es la primera impresión que nos brindan nuestros sentidos de lo que ocurre en cuanto a un hecho formal, una imagen o un acto.

Castillo menciona que en la percepción influyen hábitos familiares y sociales, nivel de educación, cultura, estilo de vida, etc. (26)



La percepción de la calidad en este estudio se desarrolla en base a las circunstancias personales, sociales o culturales de las usuarias acerca de la satisfacción con la atención obstétrica que reciban.

Estudios relacionados con la investigación

A continuación se presenta una compilación de artículos relacionados con la violencia obstetricia y satisfacción con la calidad de la atención, realizados en diversos ámbitos y variedad de autores:

En el 2020 Molina Viana, realizó en Puerto Rico un estudio sobre la percepción de las mujeres de violencia obstétrica durante el parto; investigación de tipo cuantitativa de diseño descriptivo. Se llevó a cabo en una clínica de un Programa Especial de Nutrición Suplementaria (WIC, por sus siglas en inglés) en el área metropolitana de Puerto Rico con una muestra de 55 mujeres post-parto de 21 años en adelante que hayan tenido un parto vaginal. El propósito de este estudio fue determinar la percepción que tienen las mujeres sobre la violencia obstétrica durante el trabajo de parto, medir la prevalencia de violencia obstétrica durante la labor de parto en el área metropolitana e identificar los diferentes tipos de violencia obstétrica que se llevan a cabo durante el trabajo de parto. Se utilizó un instrumento titulado: "Percepción de las mujeres sobre la violencia obstétrica durante el parto". Los datos fueron analizados a través del programa Microsoft Excel. Los resultados mostraron que el 100% de las mujeres encuestadas percibieron haber sufrido violencia obstétrica. De estos hechos, siendo los más prevalentes la realización de procedimientos sin brindar información suficiente en el 96%, la prohibición de escoger la posición para parir en el 95%, la obligación a permanecer acostada o sin cambiar de posición en el 73% y sentimientos de culpabilidad por parte del profesional de la salud en el 56%. (27)

En el 2020 Martínez Galiano et al, en España realizaron un estudio con el tema: La magnitud del problema de la violencia obstétrica y sus factores asociados: un estudio transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia de violencia obstétrica en el



sistema sanitario español e identificar los factores asociados metodología: se realizó un estudio observacional transversal que incluyó a 899 mujeres que habían dado a luz en los últimos 12 meses. Se distribuyó un cuestionario online a través de matrona y asociaciones de mujeres en España. El cuestionario incluyó variables sociodemográficas, clínicas y prácticas asistenciales. La variable de resultado primaria fue la violencia obstétrica y sus tipos verbal, físico y psicoafectivo. Los odds ratios (OR) crudos y OR ajustados (ORa) se estimaron mediante regresión logística binaria. Encontrando que la violencia obstétrica fue reportada por el 67,4% (606) de las mujeres; 25,1% (226) verbal, 54,5% (490) físico y 36,7% (330) psicoafectivo. La violencia obstétrica general se observó con mayor frecuencia en las mujeres que asistieron al programa de educación materna (ORa 1,56, IC 95% 1,05-2,32), aquellas que presentaron un plan de parto pero no fue respetado (ORa 2,82, IC 95% 1,27-6,29), aquellas que recibieron analgesia regional (ORa 1,61; IC del 95%: 1,13-2,30), las que requirieron una cesárea urgente (ORa 3,46; IC del 95%: 1,79 a 6,69) se sometieron a una episiotomía (ORa 3,34; IC del 95%: 2,21 a 5,38), y cuyo recién nacido fue ingresado en una unidad de cuidados intensivos (ORa 2,73; IC del 95%: 1,21-6,15). La presentación de un plan de parto se observó como factores protectores, y la posibilidad de contacto piel con piel (ORa 0,34, IC 95% 0,18-0,62) y se sintió respetado (ORa 0,61, IC 95% 0,43-0,85). Concluyendo que dos de cada tres mujeres perciben haber sufrido violencia obstétrica durante el parto. Prácticas como el contacto piel con piel y el uso de planes de parto respetados fueron factores de protección contra la violencia obstétrica. (28)

En 2019 Lansky et al en Brasil, realizaron un estudio sobre Violencia obstétrica: Percepción de la mujer sobre la experiencia en el parto. El objetivo fue evaluar la percepción de la mujer sobre la experiencia de violencia, maltrato y analizar las variables asociadas. Es un estudio multicéntrico transversal con componentes cuantitativos y cualitativos, se recopilaron datos en entrevistas posparto realizadas por teléfono o correo electrónico entre junio de 2015 y enero de 2017 con 555 (43%) de las 1290 mujeres embarazadas.



El perfil del grupo de estudio es predominantemente de mujeres jóvenes de entre 20 y 34 años; El 16,8% de las mujeres tenían 35 años de edad o mayores y el 5,9% eran adolescentes. La mayoría informó que era, casado o con unión estable (84,5%) y 77,4% tenía estudios superiores. Las mujeres informaron tener un ingreso familiar superior 2 salarios mínimos (80,2%), 21,6% tenía más de 10 salarios mínimo y 78,8% tenía seguro médico.

La mayoría de las mujeres tuvieron un parto en el hospital. La proporción de cesáreas en el grupo estudiado fue 46,2%, 53,8% de las mujeres tuvo parto vaginal y la tasa de satisfacción con parto (bueno / óptimo) fue del 77,7%. En el 23,7% la maniobra de Kristeller fue realizada, en el 30,4% se realizó la episiotomía, el 35,6% de las mujeres no tuvo consentimiento informado para dicho procedimiento. Entre los que tuvieron trabajo de parto, el 82,4% informó haber tenido acceso a algún tipo de tratamiento no farmacológico método para el dolor. La presencia del acompañante durante todo el período de internación fue en un 85,2% de las mujeres entrevistadas, 70,1% tuvo contacto piel a piel inmediato con su bebé, y el 57,3%.

Se informaron 103 situaciones de Violencia Obstétrica, es decir, cada informe abordó más de una categoría de falta de respeto y abuso. La categoría más prevalente de violencia obstétrica (36,9%) fue la imposición de intervenciones no consensuadas; Intervenciones basadas en informes parciales o información distorsionada. La categoría atención médica y abuso verbal tuvo un 33%, el abuso físico fue señalado 14 (13,5%) veces y abandono, negligencia o rechazo de la atención en 11 ocasiones (10,6%); la categorías de atención no confidenciales o no privadas y discriminación basada en ciertos atributos se identificaron en 3 informes (3%) cada uno. (29)

En el 2019 Iglesias Casas et al, realizaron un estudio sobre Violencia obstétrica en España, ¿realidad o mito? donde participaron 17.000 Mujeres, con el objetivo investigar la calidad percibida por las mujeres atendidas con motivo de un parto, cesárea o aborto en centros sanitarios españoles, y su satisfacción con distintos



aspectos tanto humanos como técnicos de los cuidados recibidos, fue un estudio descriptivo retrospectivo utilizando una encuesta online anónima difundida a través de redes sociales sobre la atención recibida durante su proceso obstétrico. Se obtuvo una muestra de 17.677 respuestas. La atención por parte de los sanitarios obtuvo una nota media de 6,9 sobre 10. El 45,8 % de las mujeres opinaron que los sanitarios no solicitaron su consentimiento informado antes de cada técnica realizada y el 49 % que no tuvieron posibilidad de aclarar dudas o expresar miedos. El 38% percibieron que durante el parto recibieron procedimientos que no necesitaban y/o podían ser perjudiciales para su salud. El 34 % de las mujeres opinaron que habían sufrido violencia obstétrica. . Los resultados de esta encuesta identifican una serie de áreas en las que pueden y deben mejorarse las prácticas de atención obstétrica, incluyendo el trato. (30)

En el 2018 en Brasil Mejía Merno et al, realizaron un estudio sobre la deshumanización en el parto: significados y vivencias de las mujeres asistidas en la red pública de Medellín. El estudio fue cualitativo empleando Teoría Fundada para realizar el análisis de los datos. La muestra estuvo compuesta por 18 mujeres mayores de 14 años, entre 40 días y seis meses de postparto. Doce de las participantes se seleccionaron por conveniencia, y para llegar a la saturación de las categorías, se incluyeron otras seis participantes usando el muestreo teórico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas durante tres fases de recolección de información, las cuales se analizaron línea por línea, utilizando técnicas de codificación y categorización. Resultados. Las madres describieron la experiencia del parto de forma negativa, pues la perciben como la imposición implícita del estoicismo para reprimir sus emociones, dolor e incomodidad y prefieren una actitud de sometimiento frente al personal de salud. Las madres evocan la asistencia recibida de manera crítica, la cual se traduce en procedimientos realizados sin consentimiento y maltrato verbal y psicológico. (31)

En el 2017 Rodríguez Ramos et al en España, realizaron un estudio sobre la violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El objetivo de este estudio es



conocer si las mujeres que paren en los hospitales de la Isla de Tenerife sufren alguna forma de violencia obstétrica y cómo viven esa experiencia. Se trata de un estudio observacional descriptivo. Como instrumento de recogida de datos se utilizó una encuesta de elaboración propia basada en un Test de Violencia obstétrica de diversas organizaciones argentinas. Distribuido por redes sociales (Facebook y WhatsApp), fue contestado por un total de 282 mujeres cuyos partos habían tenido lugar entre enero de 2008 y febrero de 2016. Un 56,4% de la muestra sufrió Violencia Obstétrica durante el parto, siendo los indicadores más frecuentes la participación de alumnado en prácticas sin el consentimiento de la mujer y el cambio de ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario. Concluyendo que la mayoría de las veces la Violencia Obstétrica se genera debido a la alta tecnificación y la concepción del parto como un proceso en cadena, que lo despersonaliza y desnaturaliza. Esto provoca que las mujeres no sean tratadas en su globalidad sino como enfermas a las que hay que someter a procedimientos médico-quirúrgicos. (32)

En el año 2017, Rangel flores et al en México estudiaron la ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. Se realizó un estudio en 57 mujeres de tipo cualitativo para entender cómo se configuran las percepciones que tienen respecto al parto. Del total de las mujeres (n= 57), el promedio de edad fue de 28.7, con máxima de 44 y mínima de 14. El 96.4% se dedicaba a las labores del hogar y solo el 3.5% ejercía una profesión. En lo que respecta a la escolaridad, 47.8% había cursado hasta la secundaria, 26.1% concluyó el bachillerato, 19% la primaria, 5.2% terminó una licenciatura y 1.7% eran analfabetas. La mayoría de las participantes eran casadas (39.5%) o en unión libre (45.4%), 11.6% eran madres jefas de familia y 3.5% eran separadas y/o viudas. Este estudio no menciona el porcentaje de las acciones consideradas como violencia obstétrica solo narra las acciones realizadas en la población de estudio.

Las mujeres de esta región no son sujetas de recibir anestesia epidural cuando sus partos son eutócicos, este recurso sólo se brinda cuando se realiza cesárea.



Ninguno de los hospitales que brindan el servicio a las mujeres de la región posibilita el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

El único procedimiento médico que se percibe como violento por las mujeres que participaron, fue el tacto vaginal, que narran como doloroso e incómodo, particularmente, porque lo realizan una multiplicidad de actores.

La mayor parte de las mujeres en su último parto, vivió la experiencia de una episiotomía, mencionan que en la mayoría de las veces se les practica sin su consentimiento y se dan cuenta de esta intervención hasta que están en sus casas.

(33)

En el 2017 Castro et al en México, realizaron un estudio sobre la Violencia obstétrica de la ENDIREH. Se realizó un análisis factorial para establecer cuáles son las dimensiones del fenómeno, y se identificaron dos. La primera que denominamos abuso y violencia, contempla los seis primeros reactivos, y la segunda, que versa sobre atención no autorizada, incluye los últimos cinco reactivos. La respuesta a una de las preguntas, “.Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebe durante más de cinco horas sin causa alguna o sin que le informaran de la causa de la tardanza” no parece estar integrado a ninguno de los factores y por este motivo decidimos excluirla del análisis. La consistencia interna de la variable *abuso y violencia* es buena (Cronbach Alpha =.78). Cerca del 19% de las mujeres de 15 a 49 años tuvo al menos un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, lo que representa a alrededor de 8.7 millones de mujeres. De ellas, el casi el 43% tuvo a su bebe por cesárea. El 11.2% de las mujeres reporto haber sufrido gritos o regaños durante la atención del parto, mientras que el 10.3% señaló que el personal se tardó “mucho en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho”. El 9.9% de las mujeres reporto haber sido ignorada cuando preguntaba sobre el parto o sobre su bebe, y 9.2% fue obligada a permanecer en una posición incómoda o molesta. El 7% de las mujeres señaló haber sufrido ofensas y humillaciones por parte del personal, mientras que casi el 5% señaló que el personal se negó a anestesarla o aplicar bloqueo para disminuir el dolor sin



dar explicaciones. Finalmente, el 3.2% de las mujeres señalaron que tras el parto le impidieron ver, cargar o amamantar al producto durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza.

En relación con la atención no autorizada, 9.2% de las mujeres señaló que fue presionada para que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos, mientras que a 4.2% se les realizó alguno de estos dos procedimientos sin que se les haya avisado o ellas hubieran otorgado su consentimiento. Finalmente, 1.7% reportó haber sido obligada a firmar un papel sin tener conocimiento de que se trataba. Por último, entre las mujeres que tuvieron una cesárea, el 10.6% reporta que no se le informó con claridad que era necesaria una cesárea, y el 9.6% no otorgó su autorización para que se la hicieran.

En relación con el contexto institucional, el abuso y violencia se presenta con más frecuencia cuando el parto fue atendido en instituciones estatales de salud (29%), seguido del IMSS (28.7%) y de los Centros de Salud (26.5%). Por su parte, la atención no consentida se presenta con mayor frecuencia en el IMSS (22.7%), seguido de las instituciones estatales de salud (18.7%) y del Centro de Salud (16.7%). En ambos casos, las asociaciones son estadísticamente significativas ($p < .001$).³³

2015 J Pereira et al, realizaron un estudio en Venezuela, sobre la Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Se trató de un estudio prospectivo y descriptivo, en el que se investigó la posibilidad de ocurrir violencia obstétrica en 326 pacientes, atendidas por partos, cesárea y abortos. Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas orientado a conocer la opinión de las pacientes en cuanto a la atención recibida y si tenían conocimientos acerca de la violencia obstétrica. Las edades fluctuaron entre 12 y 44 años, con una media de 22,5 años. La mayoría estuvo en el grupo de 19 a 34 años con el 65,6 %, seguido por las de 12 a 18 años (24,2. %) y luego las de 35 o más años (10,1. %). La prevalencia de violencia obstétrica fue de 26,3 %, predominando la violencia psicológica. Cuando hubo agresión verbal o maltrato los



responsables fueron el obstetra, el anesthesiólogo, y las enfermeras. El 34,4 % de las pacientes no recibió información adecuada sobre los procedimientos que les practicarían, mientras que al 65,6 % les fueron realizados procedimientos médicos o quirúrgicos sin solicitarles el consentimiento informado por escrito. Fue informada agresión física en 0,9 % de los casos. En el 80,1 % desconoce los mecanismos de denuncia. Concluyendo que la mejor contribución que se puede hacer para enfrentar eficazmente el problema de la violencia contra la mujer, incluida la violencia obstétrica, es promover su prevención. (35)

En el 2015 Berit Stal et al en Tanzania realizaron un estudio sobre percepciones de las mujeres sobre la calidad de la atención obstétrica de emergencia en un hospital de referencia en una zona rural de Tanzania, de tipo cualitativo descriptivo exploratorio, utilizó entrevistas en profundidad semiestructuradas y observación participativa. Se entrevistó a 19 mujeres que dieron a luz recientemente y a 3 trabajadores de la salud.

El estudio es parte de un proyecto de auditoría de mortalidad y morbilidad materna y perinatal en el Saint Francis Referral Hospital que tiene como objetivo mejorar los resultados obstétricos en la región. Las entrevistas se grabaron en voz alta y todos los datos se transcribieron mediante el software de transcripción Express Scribe. La codificación y el análisis se realizaron siguiendo un enfoque de teoría fundamentada y utilizando el programa de análisis de datos cualitativos Atlas.ti.

La edad de las mujeres varió entre 18 y 37 años. 16 mujeres habían dado a luz mediante cesárea de urgencia. 9 pacientes tuvieron una percepción común que las mujeres sin problemas pueden dar a luz en el centro de salud local. 17 mujeres se manifestaron positivas sobre el personal de salud. 2 mujeres percibieron la dureza e incluso el hecho de que las parteras las tratarán como "útiles", porque no habían "podido" empujar al bebé. Un tercio de las entrevistadas dio ejemplos de experiencias negativas con el personal. Se valoraron positivamente los servicios hospitalarios: una buena cama, medicación, operaciones y una sala de partos limpia y bien equipada. Sin embargo, un problema recurrente en todas las fases de la atención obstétrica parecía ser la falta de comunicación sobre las condiciones médicas.



Dos tercios de las mujeres se quejaron de no estar informadas sobre su situación médica. Las mujeres de Tanzania estaban satisfechas con la atención obstétrica que habían recibido. Todos los participantes reconocieron la importancia de asistir a la atención prenatal aunque la calidad de este ANC se considera deficiente en las zonas rurales de Tanzania. (36)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México es un país comprometido en garantizar la plena realización de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Este objetivo está fuertemente vinculado con una serie de derechos humanos, como los de una vida libre de violencia y de igualdad de género. Dichos derechos se relacionan con la autonomía de la mujer, en términos de su empoderamiento para tomar decisiones y el acceder a servicios de salud de calidad, por lo cual es necesario conocer atención brindada sea satisfactoria para las pacientes y no resulte en violentar sus derechos humanos.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en la práctica de cesáreas sin indicación médica.

Es importante que las mujeres en trabajo de parto al acudir a un hospital público para su atención tengan la plena confianza que el trato brindado se dará con calidad y calidades, respetando sus derechos en todos los aspectos de igual forma que este bien informada sobre cada acción al realizar en el trabajo de parto, esto le garantiza seguridad ante el momento de estrés y de dolor por el cual está pasando en ese momento, en nuestro estado no hay una ley específica para la violencia obstétrica ya que es un tema que aún no tiene un estudio afondo como en otros países de ahí la importancia de su conocimiento.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente se plantean las siguientes preguntas

- ¿Hay calidad en la atención obstétrica o hay violencia obstétrica?
- ¿Cuál es la percepción de las usuarias con la calidad de la atención obstétrica al finalizar el parto y su relación con la violencia obstétrica en el HGZ 46 del IMSS Delegación Tabasco?



4. JUSTIFICACIÓN

En los últimos cinco años, cerca de 8.7 millones de mujeres (de 15 a 49 años) tuvo al menos un hijo nacido vivo de este dato el 43% resulto en parto por cesárea, según la ENDIREH 2016; La violencia obstétrica un término definido en 2007 en Venezuela como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” abrazado formalmente en México como atención no autorizada la cual incluye gritos, ofensas, amenazas, omisiones, procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres o para realizar una cesárea. En el 2016 se dieron a conocer los siguientes datos en cuanto a la violencia obstétrica según la ENDIREH de los partos atendidos 11.2% sufrió gritos y regaños durante el parto.

Este estudio tiene como finalidad identificar la violencia obstétrica y analizar el sentir de las derechohabientes al acudir al servicio de salud para atención obstétrica y la percepción de la calidad a través de la satisfacción que deja dicha atención en ellas. La percepción de la atención en el servicio puede influir en la satisfacción de la usuaria, en las instituciones de salud el usuario no tiene opciones para elegir una clínica específica para la atención, es por tanto que en el caso de la seguridad social debe estar afiliada por trabajador de empresa privada para así tener derecho a la atención médica. Así como se imaginan una atención de calidad en un Hospital privado, así las derechohabientes deberían sentirse al tener un servicio, amigable a la hora de la atención del parto en Hospital público.

Hoy en día hay mayor difusión y cuidado sobre los tipos de violencia y en particular sobre violencia obstétrica, años atrás la mujer ha estado violentada en silencio y opacada por la sociedad, sin darse cuenta o por la forma de educación que ha



recibido ha permitido ciertos tipos de opresión, el cual ha llegado a tocar el estado más maravilloso y delicado de una mujer, el no orientar a la paciente obstétrica a la hora del alumbramiento y violentar de manera verbal son agravios que le estamos ocasionando a la paciente y se están violando sus derechos humanos, la razón por la cual se lleva a cabo esta investigación, es conocer la percepción de la paciente obstétrica al culminar su embarazo, si conoce que es la violencia obstétrica, e identificar en que proceso de la atención estamos claudicando, la relevancia es conocer si estamos llevando a cabo el cumplimiento de las normas y los derechos a la no violencia en la mujer durante el parto, de igual forma conocer su sentir y que la atención obstétrica se vea reflejada en la satisfacción y en el bienestar físico del binomio materno, esta investigación ampliará el conocimiento del personal hacia el trato con la pacientes durante el trabajo de parto, cabe mencionar que podemos encontrar pacientes que no respondan positivamente la encuesta y no conteste a todas nuestras interrogantes.

Se considera viable este estudio ya que se cuenta con una Institución que apoya el proyecto a través de una base de datos, instalaciones, recursos humanos y facilidades para el desarrollo de la investigación.

Cabe destacar que este estudio se basa en los valores éticos de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.



5. OBJETIVOS

5.1 General:

Evaluar la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención obstétrica al finalizar el parto y su relación con la violencia obstétrica, en el HGZ 46 del IMSS Delegación Tabasco

Específicos:

- 1) Caracterizar a las usuarias según variables demográficas y clínicas.
- 2) Identificar la percepción de las usuarias con la calidad de la atención obstétrica.
- 3) Conocer la frecuencia de la violencia en la atención obstétrica en las usuarias del HGZ 46.

5.2 HIPÓTESIS

Hipótesis alterna

En el HGZ 46 hay insatisfacción de las usuarias con la atención obstétrica recibida y existe violencia obstétrica.

Hipótesis nula

En el HGZ 46 hay satisfacción de las usuarias con la atención obstétrica recibida y no existe violencia obstétrica.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal a través de aplicación de encuestas donde se evaluó la percepción de la calidad de la atención obstétrica y la violencia obstétrica en derechohabientes del HGZ 46 IMSS. En el periodo de seguimiento 15 Noviembre 2019 al 5 de Diciembre 2020.

6.2 Universo

La población de estudio está representada por las embarazadas que acudieron al servicio de urgencias tococirugía para la atención del parto en el Hospital General Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce, HGZ 46 del IMSS Delegación Tabasco. Según datos estadísticos obtenidos del año 2019 en la página www.infosalud.imms.gob.mx se atendieron alrededor de 1215 mujeres en trabajo de parto. El total de usuarias fue de 134, la muestra fue no probabilística por conveniencia, ya que a nivel mundial se presentó la pandemia por covid -19 y el acceso al área hospitalaria fue restringido sobre todo en obstetricia, pero si se logró obtener información importante de las usuarias que acudieron en el periodo de estudio.

6.3 Variables

Variable dependiente.

Percepción de la calidad (satisfacción con la atención obstétrica)

Variable independiente

- ✓ Violencia obstétrica
- ✓ Edad
- ✓ Religión
- ✓ Escolaridad
- ✓ Estado civil
- ✓ Ocupación



- ✓ Religión
- ✓ Número de hijos
- ✓ Número de parto
- ✓ Número de cesáreas
- ✓ Número de abortos

-Operacionalización de las variables. (Ver en anexos)

6.4 Criterios de selección

6.4.1. Inclusión

- Mujer que se encuentre en periodo de puerperio inmediato o mediato.
- Ser derechohabiente.
- Que la atención del parto sea en HGZ 46.
- Puérperas que cuenten con protocolo de protección para Covid-19 (cubre bocas y lavado de manos).
- Puérperas que den su consentimiento informado para realizar cuestionarios.

6.4.2. Exclusión

- Usuaría con alteración del estado de conciencia.
- Usuaría que su parto no se haya atendido en el IMSS.
- Usuaría no derechohabiente.



6.5 Método e instrumento de recolección de datos

Se procedió a obtener la base de datos sobre la población a estudiar en el área obstetricia en el HGZ 46 IMSS Delegación Tabasco.

Los pacientes fueron entrevistadas en el área de bajo riesgo de Tococirugia, ya que por pandemia el área de piso fue restringida por covid-19. Los datos se recolectaron durante los diferentes turnos.

Posterior a la presentación pertinente con las usuarias y bajo consentimiento informado se procedió a la obtención de datos de la cédula sociodemográfica y clínica de cada una, se aplicaron los instrumentos de evaluación para concluir con la recolección de los datos.

Para identificar violencia obstétrica se utilizó el Test de violencia obstétrica diseñado en Argentina por varios Organismos No Gubernamentales (ONGs), entre ellas Dando Luz y Maternidad Libertaria en el 2011. Dicho instrumento cuenta con las siguientes dimensiones de análisis: 1. El tratamiento médico recibido, 2. Las características de las instalaciones, 3. La actitud del médico, 4. Elementos (equipo, instrumental) necesarios para la atención obstétrica, 5. Las explicaciones recibidas acerca de su padecimiento y 7. Las dificultades para obtener atención. Cabe señalar que el cuestionario se adapta plenamente a las características de la población mexicana por estar diseñada bajo un concepto latinoamericano.

El instrumento de violencia obstétrica consta de 11 ítems de las cuales 10 son dicotómicas con respuesta sí o no y 1 de elección múltiple, el cual corresponde al ítem número 5 sobre procedimientos que se realizaron durante el parto. Se evalúa como violencia obstétrica al contestar tan solo una respuesta negativa de dicho instrumento. Anexo a este test, se agregaron datos sociodemográficos como edad, año del último trabajo de parto, clínica/hospital en donde fueron atendidas y la fecha en que se aplicó el instrumento.



Para evaluar la calidad se consideró la percepción de las usuarias a través de la satisfacción con la atención obstétrica recibida, por lo que se empleó la encuesta del PECASUSS, acrónimo del instrumento por su especificidad en medir percepción de calidad según usuarios de servicios de salud. Este instrumento fue validado en 2006 en Colombia publicado en la revista de salud pública en 2008. (Cabrera, Londoño y Bello, 2008b, pp. 594) consta de 19 ítems y evalúa indicadores de efectividad, que se expresan en la percepción de las usuarias en satisfacer necesidades de atención con servicios generales, o de urgencias, la bondad clínica de las intervenciones, cumplir las expectativas generadas y mantener o recuperar la salud. Los indicadores de oportunidad se expresan en la percepción de tiempo de espera desde que llega a la institución a urgencias. Los indicadores de adhesión, se manifiestan como la intención favorable o no de la usuaria para regresar a la institución solicitando el mismo servicio u otro diferente. Otros factores incluyen el trato recibido por el personal administrativo o asistencial, las características funcionales, además del aseo de la institución, la comunicación con la usuaria, la atención durante hospitalización, la confianza percibida por el paciente para expresar sus necesidades durante la atención. Este instrumento se ajustó a la población en estudio ya que esta diseñado bajo un concepto latinoamericano.

Para su evaluación del 100% las derechohabientes al responder en 18 ítems con afirmativamente, y el ítem 5 que evalúa tiempo de espera menor a 30 min la respuesta se tomó afirmativa cuando la respuesta fue no, al registrar 2 preguntas en forma negativa la percepción de la atención no satisface una buena atención obstétrica.



6.6 Análisis de datos.

Los datos obtenidos de los instrumentos empleados fueron vaciados en una base de datos e integrados al programa estadístico SPSS creado como el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences aunque también se ha referido como "Statistical Product and Service Solutions" (Pardo, A., & Ruiz, M.A., 2002, p. 3). Para el análisis de las variables de interés se utilizó estadística descriptiva y analítica mediante el empleo de Chi cuadrada de Pearson. Los datos fueron presentados en cuadros.

6.7 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. El cual cumple con el artículo 13, que indica en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, que se deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos.

Se protegerá la privacidad del individuo como lo indica el artículo 16.

El artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, establece las categorías de la investigación. En la Fracción I, define una investigación sin riesgos, que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.

Se suspendería la investigación siempre y cuando el sujeto así lo manifestara, de acuerdo al artículo 18.

De acuerdo al artículo 20, el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, o en su caso su representante legal,



autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de que no existe ningún riesgo en la participación de la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El artículo 21 indica: para que el consentimiento informado se considere existente se explica claramente al paciente cual es el objetivo del estudio.

Elaborado bajo las declaraciones de Helsinki con sus principios básicos como el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones, beneficencia sin riesgos y para el bienestar del individuo y justicia con la participación equitativa y conforme lo establecido en el SIRELCIS.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



7. RESULTADOS

Características sociodemográficas de las usuarias del HGZ 46, IMSS Tabasco 2020.

A continuación se describen las variables sociodemográficas de las usuarias que participaron en el estudio.

En la tabla 1 podemos observar que la mayoría (76) de las usuarias estudiadas tuvieron un rango de edad de 20 a 29 años con un 56.7%.

La escolaridad de las usuarias del HGZ 46 en su mayoría (81) cuentan con bachillerato en un 60.4%. Con respecto al estado civil las usuarias en su mayoría viven en unión libre en un 50% del total de la población estudiada.

En cuanto a las creencias religiosas, predominó la religión católica, a la que pertenecen la mayoría de las usuarias (74) en un 55.2%.

Tabla 1. Distribución porcentual de datos sociodemográficos de las usuarias atendidas en el HGZ 46 IMSS, Tabasco

Datos sociodemográficos	f	%
20 a 29 años	76	56.7
Bachillerato	81	60.4
Unión libre	67	50.0
Católica	74	55.2
Labores del hogar	65	48.5

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos de derechohabiente del HGZ 46 del IMSS, Tabasco 2020.

En los antecedentes obstétricos de las usuarias del HgZ 46, en la mayoría (56) fue su primer embarazo, representando un 41.8% del total de la población en estudio.

Se observó en las usuarias que predominó la atención por parto, representado por un 56.7 % del total.

Con respecto al uso de métodos de planificación familiar, se encontró que el 31.3 % de la población estudiada no desea un método de planificación familiar, sin embargo



el 69.7% restante sí aceptó un método de planificación familiar, siendo el implante subdérmico el de mayor frecuencia (35) lo que representa el 26.1 % de la población

Tabla 2. Distribución porcentual de los antecedentes obstétricos de las usuarias en puerperio el HGZ 46 IMSS, Tabasco

Antecedentes Obstétricos

Número de embarazos	<i>f</i>	%
1	56	41.8
2	42	31.3
3	26	19.4
4	9	6.7
5	1	.7
Tipo de atención		
Partos	76	56.7
Cesárea	58	43.3
Total	134	100.0
Método de planificación familiar		
Implante subdérmico	35	26.1
DIU	28	20.9
Salpingoclasia	26	19.4
Implante subdérmico	35	26.1
Ninguno	42	31.3
Inyecciones	2	1.5
Total	134	100.0

Fuente: Cedula de datos obstétricos de las usuarias del HGZ 46 del IMSS, Tabasco 2020



Violencia en la atención obstétrica en las usuarias en periodo de puerperio del HGZ 46, IMSS en Tabasco 2020.

Con respecto al test de violencia obstetricia aplicado en las usuarias del HGZ 46, se observó que la mayoría (86), presentó violencia obstétrica representado un 64.2% del total de mujeres estudiadas.

Tabla 3. Distribución porcentual de las usuarias que presentaron violencia obstétrica durante la atención de parto o cesárea en el HGZ 46 IMSS, Tabasco

Test de Violencia Obstétrica	f	%
Con Violencia Obstétrica	86	64.2
Sin Violencia Obstétrica	48	35.8
Total	134	100.0

Fuente: Instrumento de Violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 del IMSS, Tabasco 2020

Se observó que la mayoría (127) de las usuarias del HGZ 46 desconoce alguna ley que la respalde de la violencia obstétrica, representado un 94.8 % de la población bajo estudio.

Tabla 4. Distribución porcentual de las usuarias que tienen conocimiento sobre alguna Ley de violencia obstétrica, en el HGZ 46 IMSS, Tabasco

¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?	f	%
Si	7	5.2
No	127	94.8
Total	134	100.0

Fuente: Test de violencia obstétrica aplicado en derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

Con respecto a los procedimientos que le fueron realizados con el consentimiento de las usuarias durante el proceso de la atención obstétrica, se encontró un mayor porcentaje en la operación cesárea con el 32.8% seguido de la episiotomía con el 24.6%.(Tabla 5)



Tabla 5. Distribución porcentual de los procedimientos realizados a las usuarias del HGZ 46 IMSS, con consentimiento informado.

Procedimientos realizados con consentimiento	SI	
	f	%
Rasurado de genitales	1	0.7
Enema	2	1.5
indicación de permanecer acostada todo el tiempo	8	6.0
Rotura artificial de bolsa	12	9.0
administración de medicamentos para acelerar el parto	9	6.7
Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas	20	14.9
compresión del abdomen en el momento del parto	3	2.2
Episiotomía	33	24.6
Cesárea	44	32.8

Fuente: Instrumento de Violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 del IMSS, Tabasco 2020

* Hubo pacientes a las que se le realizaron dos o más procedimientos, por lo cual la sumatoria del 100% no se alcanzó.

Percepción de la calidad en la atención obstétrica a través de la satisfacción de las usuarias en periodo de puerperio del HGZ 46, IMSS Tabasco 2020.

Con respecto a la percepción de la calidad de la atención obstétrica, la mayoría de las usuarias del HGZ 46 manifestó satisfacción (73) por la atención recibida, representando un 73% de la población en estudio.

Tabla 6. Distribución porcentual de la percepción en la atención obstétrica de las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco.

Percepción de la atención obstétrica	f	%
Insatisfecho	61	45.5
Satisfecho	73	54.5
Total	134	100.0

Fuente: Instrumento Pecasuss aplicado a derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020



Análisis bivariado

Al analizar la relación entre violencia obstétrica y percepción de la calidad de la atención, se observó que las pacientes que presentaron violencia obstétrica (46) fueron las más insatisfechas con la calidad de la atención obstétrica recibida (34.3%) durante su estancia hospitalaria, con una $X^2 = 6.14$ y una $p = 0.013$ estadísticamente significativa.

Tabla 7. Relación entre violencia obstétrica y la percepción de la calidad de la atención obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

Test de Violencia Obstétrica	Percepción		Total		X^2	gl	Valor de p		
	Insatisfecho	Satisfecho	f	%					
	f	%	f	%	f	%			
Con Violencia Obstétrica	46	34.3	40	29.9	86	64.2			
Sin Violencia Obstétrica	15	11.2	33	24.6	48	35.8	6.143	1	0.013
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0			

Fuente: Test de violencia obstétrica y Test Pécassus en usuarias del HGZ 46

Al analizar la relación entre edad de las usuarias y violencia obstétrica en este estudio, se observó que fueron las mujeres entre las edades de 20 a 29 años en las que predominó la violencia obstétrica con un 37.3%, una $X^2 = 2.36$ y un valor de $p = 0.306$ siendo estadísticamente no significativo.



Tabla 8. Relación entre edad y violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco

Grupo de Edad	Test de Violencia Obstétrica				X ²	gl	Valor de p	
	Con Violencia Obstétrica		Sin Violencia Obstétrica					Total
	f	%	f	%				
<= 19 años	13	9.7	4	3.0	17	12.7	2.36 2 0.306	
20 a 29 años	50	37.3	26	19.4	76	56.7		
30 y más años	23	17.2	18	13.4	41	30.6		
Total	86	64.2	48	35.8	134	100.0		

Fuente: Datos sociodemográficos y Test de Violencia obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

Al analizar la relación entre la escolaridad y la presencia de violencia obstétrica, se observó que las derechohabientes con el nivel académico de bachillerato fueron las que en su mayoría sufrieron de violencia obstétrica con un 33.6%, con una $X^2 = 10.46$ y un valor de $p = 0.033$ estadísticamente significativo.

Tabla 9. Relación entre escolaridad y violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco

Escolaridad	Test de Violencia Obstétrica				X ²	gl	Valor de p	
	Con Violencia Obstétrica		Sin Violencia Obstétrica					Total
	f	%	f	%				
Primaria	2	1.5	0	0.0	2	1.5	10.46 4 0.033	
Secundaria	22	16.4	3	2.2	25	18.7		
Bachillerato	45	33.6	36	26.9	81	60.4		
Licenciatura	16	11.9	9	6.7	25	18.7		
Posgrado	1	0.7	0	0.0	1	0.7		
Total	86	64.2	48	35.8	134	100.0		

Fuente: datos sociodemográficos y Test de Violencia obstétrica en derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020



Al analizar la relación entre estado civil y violencia obstétrica, se observó que las usuarias que viven en unión libre con su pareja, fueron las que en su mayoría sufrieron de violencia obstétrica con un 31.3%, con una $X^2 = 0.133$ y un valor de $p = 0.934$ estadísticamente no significativo.

Tabla. 10 Relación estado civil y violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco

Estado Civil	Test de Violencia Obstétrica				Total	X^2	gl	Valor de p	
	Con Violencia Obstétrica		Sin Violencia Obstétrica						
	f	%	f	%					
Casada	36	26.9	19	14.2	55	41.0	0.133	2	0.934
Unión libre	42	31.3	25	18.7	67	50.0			
Soltera	8	6.0	4	3.0	12	9.0			
Total	86	64.2	48	35.8	134	100.0			

Fuente: Datos sociodemográfico y Test de violencia obstétrica en derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 202

Al analizar la relación entre religión y violencia obstétrica, se observó que las usuarias con religión católica fueron las que en su mayoría sufrieron de violencia obstétrica con un 38.3%, con una $X^2 = 10.86$ y un valor de $p = 0.028$ estadísticamente significativo.



Tabla 11. Relación entre religión y violencia obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco

Religión	Test de Violencia Obstétrica						X ²	gl	Valor de p
	Con Violencia Obstétrica		Sin Violencia Obstétrica		Total				
	f	%	f	%	f	%			
Católica	52	38.8	22	16.4	74	55.2			
Testigo de Jehová	2	1.5	0	0.0	2	1.5			
Adventista	2	1.5	8	6.0	10	7.5	10.86	4	0.028
Ninguna	17	12.7	10	7.5	27	20.1			
Cristiana	13	9.7	8	6.0	21	15.7			
Total	86	64.2	48	35.8	134	100.0			

Fuente: Datos sociodemográfico y Test de violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco 202

En lo que respecta a la relación entre percepción de la calidad de la atención obstétrica y el grupo de edad, se obtuvo que las usuarias del grupo de edad comprendido entre los 20 a 29 años fueron las más insatisfechas con la atención recibida durante su estancia hospitalaria en un 29.9%, con una $X^2 = 5.137$ y un valor de $p = 0.077$ estadísticamente significativo.

Tabla 12. Relación entre grupo de edad y percepción de la calidad en la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco

Grupo de Edad	Percepción				Total		X ²	gl	Valor de p
	Insatisfecho		Satisfecho						
	f	%	f	%	f	%			
<= 19 años	4	3.0	13	9.7	17	12.7			
20 a 29 años	40	29.9	36	26.9	76	56.7	5.137	2	0.077
30 y más años	17	12.7	24	17.9	41	30.6			
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0			

Fuente: Datos sociodemográficas y Test Pegasus aplicado a usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

Al analizar la relación entre escolaridad y percepción de la calidad de la atención obstétrica, se observó que las usuarias con bachillerato muestran una mayor



frecuencia de satisfacción en la percepción de la atención obstétrica en un 33.6%. La relación entre ambas variables obtuvo un valor de X^2 5.288 y $p < 0.259$ estadísticamente significativa.

Tabla 13. Relación entre escolaridad y la percepción de la calidad en la atención obstétrica en las usuarias del HGZ 46, IMSS

Escolaridad	Percepción				Total		X^2	gl	Valor de p
	Insatisfecho		Satisfecho		f	%			
	f	%	f	%					
Primaria	2	1.5	0	0.0	2	1.5	5.288	4	0.259
Secundaria	9	6.7	16	11.9	25	18.7			
Bachillerato	36	26.9	45	33.6	81	60.4			
Licenciatura	14	10.4	11	8.2	25	18.7			
Posgrado	0	0.0	1	0.7	1	0.7			
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0			

Fuente: Datos sociodemográficas y Test Pegasus aplicado a derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

Al relacionar las variables estado civil y percepción de la calidad en la atención obstétrica se observó que las usuarias que viven en unión libre, se encuentran más satisfechas con la calidad de la atención obstétrica en un 26.1% del total, la relación entre estas variables da un valor de $x^2 = 0.537$ y un valor de $p = 0.765$ lo cual no representa significancia estadística.

Tabla 14. Relación entre estado civil y percepción de la calidad en la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

Estado Civil	Percepción				Total		X^2	gl	Valor de p
	Insatisfecho		Satisfecho		f	%			
	f	%	f	%					
Casada	23	17.2	32	23.9	55	41.0	0.537	2	0.765
Unión libre	32	23.9	35	26.1	67	50.0			
Soltera	6	4.5	6	4.5	12	9.0			
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0			

Fuente: Datos sociodemográficas y Test Pegasus aplicado a derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

En la relación de las variables religión y percepción de la calidad con la atención obstétrica, se observó que las usuarias pertenecientes a la religión católica, mostraron



mayor satisfacción en la percepción en un 29.9% la relación entre estas dos variables obtuvo un valor de con una $X^2= 3.09$ y un valor de $p= 0.543$, no estadísticamente significativa.

Tabla 15. Relación entre la religión y percepción de la calidad de la atención obstétrica en usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco

Religión	Percepción				Total	X^2	gl	Valor de p
	Insatisfecho		Satisfecho					
	f	%	f	%				
Católica	35	26.1	39	29.1	74	55.2		
Testigo de Jehová	2	1.5	0	0.0	2	1.5		
Adventista	4	3.0	6	4.5	10	7.5	3.09	4
Ninguna	12	9.0	15	11.2	27	20.1		
Cristiana	8	6.0	13	9.7	21	15.7		
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0		

Fuente: Datos sociodemográficas y Test Pegasus aplicado a derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020

Al analizar la relación entre ocupación y percepción de la calidad en la atención obstétrica, se observó que las usuarias dedicadas a las labores del hogar fueron las que percibieron una mayor satisfacción en la atención obstétrica con una $X^2 = 4.99$ y un valor de $p= 0.288$ estadísticamente significativa.

Tabla 16. Relación entre ocupación y percepción de la atención obstétrica en las usuarias del HGZ 46 IMSS, Tabasco

Ocupación	Percepción				Total	X^2	gl	Valor de p
	Insatisfecho		Satisfecho					
	f	%	f	%				
Estudiante	6	4.5	5	3.7	11	8.2		
Labores del hogar	27	20.1	38	28.4	65	48.5		
Empleadas	26	19.4	28	20.9	54	40.3	4.99	4
Ninguna	2	1.5	0	0.0	2	1.5		
Otros	0	0.0	2	1.5	2	1.5		
Total	61	45.5	73	54.5	134	100.0		

Fuente: Datos sociodemográficas y Test Pegasus aplicado a derechohabientes del HGZ 46 IMSS, Tabasco 2020



8. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio revelan que existe relación entre la percepción de la calidad de la atención obstétrica con la presencia de la violencia obstétrica en las usuarias del HGZ 46 del IMSS, Tabasco.

Las usuarias que sufrieron violencia obstétrica fueron las más insatisfechas con la calidad de la atención obstétrica recibida. Dato similar a lo observado por Martínez Galiano en España donde sus resultados mostraron que 67.4% de las mujeres encuestadas percibieron violencia obstétrica.

Las usuarias que tuvieron atención obstétrica en el HGZ 46 refirieron en su mayoría la realización de procedimientos sin consentimiento informado. Los resultados son similares a lo que reporta Iglesias Casas en España. Donde el 45,8 % de las mujeres opinaron que los sanitarios no solicitaron su consentimiento informado antes de cada técnica realizada.

El procedimiento obstétrico con mayor frecuencia realizado en las pacientes obstétricas sin su consentimiento fue la episiotomía, Datos similares a lo publicado por Rangel Flores en México, quien concluye que la mayor parte de las mujeres en su último parto, vivieron la experiencia de una episiotomía, mencionan que en la mayoría de las veces se les practica sin su consentimiento y se dan cuenta de esta intervención hasta que están en sus casas.

En este estudio por la pandemia Covid-19 el área de labor se reestructuró como área de bajo riesgo para las derechohabientes en recuperación de parto y cesárea por lo cual es imposible tener familiar de visita, por ser un área reducida y exclusiva para atención de parto.

Lo anterior, permite analizar la importancia de otorgar una atención obstétrica con calidad a las usuarias y familiarizarse con el tema de violencia obstétrica para tener mayor conocimiento y evitar incurrir en eventos de agresión y maltrato.



9. CONCLUSIONES

La violencia obstétrica identificada en este estudio se relaciona con la insatisfacción de las usuarias con la atención recibida en el HGZ 46 y se caracteriza por procedimientos realizados sin consentimiento informado (episiotomía y cesárea) y tactos vaginales reiterados que son realizados por diferentes personas.

En el embarazo las pacientes se encuentran más vulnerables por lo cual es necesario, tener mayor empatía ya que se ha observado en diversos estudios que las pacientes puede mostrar sentimientos de tristeza o culpa posterior al parto debido a los eventos violentos que le ocasionaron durante el trabajo de parto; por otra parte es importante dar a conocer a las pacientes los procedimientos que se realizan durante la atención obstétrica, eso brindaría mayor confianza y mejora en la calidad de la atención.

Se concluye que los resultados obtenidos en este estudio, aportan conocimiento nuevo a la institución para la mejora de la calidad en la atención obstétrica, que garantice a las usuarias el respeto a sus derechos humanos, tomando en cuenta su cultura y perspectiva de género.



10.RECOMENDACIONES

En la institución médica sensibilizar al personal de salud sobre violencia obstétrica.

Jefatura de enfermería sensibilizar para una mejor atención, dando orientación al personal sobre la calidad de la atención obstétrica.

Sensibilizar al médico, para realizar procedimientos siempre y cuando la usuaria de su consentimiento informado.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- OMS, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. Ginebra, Suiza, OMS; 2009 Enero. [Acceso: 05-12-2020.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf 27 de junio de 2011.
- 2.- NOM-007- SSA2-2016. Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016. DOF: 07/04/2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- 3.- Linder - Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med. 2019;: p. 577-586.
4. - RELACAHUPAN. Parto humanizado: recopilación de folletos y artículos sobre el tema. materiales de apoyo para talleres de capacitación. [Online].; 2007. Disponible en : http://www.muyfacil.org/no_mas/parto-humanizado-relacahupan/#page-content
- 5.- Comisión IDH. Informe "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos". OEA/Ser.LV/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap3.sp.htm>
- 6.- Faneite Josmery, Feo Alejandra, Toro Merlo Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2012 Mar [citado 2020 Dic 11]; 72(1): 4-12. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002



7.-OMS Organización Mundial de la Salud, se pronuncia sobre la violencia que sufren las mujeres en los paritorios del mundo, 2014. Disponible <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/10/03/la-oms-se-pronuncia-sobre-la-violencia-que-sufren-las-mujeres-en-los-paritorios-del-mundo>.

8.- Perez Porto Julian Merino Maria . Definición de violencia. [Online].; 2009. Disponible en: <https://definicion.de/violencia/>"<https://definicion.de/violencia/>.

9.- Bellon Sánchez, S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata, año 7, (2015) No 18, 93-111. ISSN 1989-7022 <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>

10.- Argentina, Senado y Cámara de Diputados de la Nación (2009). Ley nº 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

11- Senado de la República Mexicana. Senado aprueba sancionar la violencia obstetrica. [Online].; 2014. https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/69371

12.- Linder - Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med. 2019;; p. 577-586. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90311-2.

13.- Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. LGAMVLV Catalogo de Leyes. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Dominio Público. Ultima Reforma publicada en el DOF 28/01/2011 http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130420.pdf

14.- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato”, en Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, año 97,



tomo 148, núm. 189, 26 de noviembre de 2010, (véase la cuarta parte). Disponible en <<http://bit.ly/TVFpaK>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

15.- Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango”, 30 de diciembre de 2007. Disponible en <<http://bit.ly/XERUmu>> [consulta: 7 de enero de 2013].

16.- “Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave”, en *Gaceta Oficial del Estado de Veracruz*, núm. ext. 65, 28 de febrero de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/VKZW1A>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

17.- Publicada en el Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, el 1º de febrero de 2007. Disponible en línea en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LEY.pdf> Para efectos del presente artículo, se le denominará como la Ley. N.E.

18.-OPS organización panamericana de la salud. 2009.Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=observatorios-genero-salud-2125&Itemid=270&lang=es

19.- OMS. Organización Mundial de la salud. Declaración de la OMS sobre las tasas de mortalidad. [Online].; 2015.Availablefrom. Disponible en: "from:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statemente/es/."

20.- Rebecca Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho, (2013) Oxford. pág. 213. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41. 103-123. *Revista Argentina de Teoría Jurídica*, Volumen 15 (Agosto de 2014).



- 21.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México - Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. [Online].; 2016. Disponible en "<https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/286/datafile/F15>.
- 22.- Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública. 2008 [consultado 3/12/ 2020]; 34(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm).
- 23.-Hector. Ag. Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativa de los pacientes y de los trabajadores de las unidades medicas. Salud Pública de México. 1990 Marzo;:p.170-180.
- 24.- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, 2015. Disponible en : www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
- 25.- Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales, 89-96. Consultado el 2 de noviembre 2020 En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81501809>
- 26.- Castillo A, Delgado S. V y Carmona S. J (2006) Percepción de riesgo Familiar a desarrollar diabetes mellitus. Revista de Medicina del Instituto del Seguro Social. 44(6) 505-510.
- 27.- Molina Viana, Percepción de las mujeres sobre la violencia obstétrica durante el parto 2020.: University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico), ProQuest Dissertations Publishing, 28088108



28.- Martinez Galiano et al, La magnitud del problema de la violencia obstétrica y sus factores asociados: un estudio transversal. 2020 Colegio Australiano de Matronas. Publicado por Elsevier Ltd. Todos los derechos reservados. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>.

29.- Lansky et al Violencia obstétrica: Percepción de la mujer sobre la experiencia en el parto. Facultad de salud pública Brazil, Artículo Ciência & Saúde Coletiva, 24(8):2811-2823, 2019.

30.- Iglesias Casas S, Conde Martha, Gonzalez S.et al, ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 Mujeres opinan, Musas, vol. 4, núm. 1 (2019): 77 - 97. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num1.5

31.- Mejia Merino et al, La deshumanización en el parto: significados y vivencias de las mujeres asistidas en la red pública de Medellín Red Pública de Medellín. Invertir. Educ. Enferm. 2018; Sistema de Información Científica Redalyc © Red de Revistas Científicas.

32.- Rodríguez Ramos et al, la violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de tenerife1musas, vol. 2, núm. 2 (2017): 56 - 74. issn 2385-7005. doi: 10.1344/musas2017.vol2.num2.4.

33.- Rangel-Flores, et al, Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México, 2017 Revista CONAMED vol. No.4 2017 pp 166 - 169 Folio: 601/2017.

34.- Castro Roberto et al, Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016° Cuernavaca: en mujeres y CRIM, Disponible en https://www.researchgate.net/publication/321857324_Violencia_obstetrica_en_Mexico_resultados_de_la_ENDIREH_2016.



35.- J Pereira carlota et al, Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente, Rev Obstet Ginecol Venez vol.75 no.2 Caracas jun. 2015. Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002.

36.- Berit Stal et al, Percepciones de las mujeres sobre la calidad de la atención obstétrica de emergencia en un hospital de referencia en una zona rural de Tanzania 28 de febrero de 2015. Tropical Medicine International Health, <https://doi.org/10.1111/tmi.12496>.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



12.ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta de Satisfacción de la atención médica y su relación con la violencia obstétrica en el HGZ 46, Centro Tabasco, México.

A continuación se presentan algunas preguntas que requiere conteste la realidad de su percepción sobre la atención médica que ha recibido en esta unidad hospitalaria.

Apartado 1. Ficha de identificación y datos sociodemográficos

NSS:

NOMBRE:

DOMICILIO:

UBICACIÓN GEOGRAFICA: 1) Urbana 2) Rural

EDAD

ESCOLARIDAD: 1) primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato
4) Licenciatura 5) Posgrado

ESTADO CIVIL: 1) Casada 2) Unión libre 3) Soltera

RELIGIÓN: 1) Católica 2) Testigo de Jehová 3) Adventista
4) Cristiana 5) Ninguna

OCUPACIÓN: 1) Estudiante 2) Labores del hogar 3) Empleada
4) Ninguna 5) Otros

Apartado 2. Antecedentes obstétricos.

No DE EMBARAZO: ___ PARTO: _____ CESAREA: _____ ABORTO: _____

METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR_ 1) DIU (Dispositivo Intrauterino)
2) Salpingloclasia 3) Implante subdérmico 4) Ninguno, Mi marido me cuida.

INSTITUCIÓN DE LA ATENCION DE PARTO _____



ANEXO 2. Test de Violencia Obstétrica

NOTA: Esta investigación tiene por objeto evaluar la percepción sobre la atención obstétrica al finalizar el parto y la relación que guarda con la violencia obstétrica en derechohabientes del IMSS. La información que usted nos brinde será usada solo para fines académicos, de antemano agradecemos su colaboración y le garantizamos su pleno anonimato.

Instrucciones: Lee cuidadosamente y responda con honestidad cada una de las preguntas, gracias. Marque su opción de respuesta con una x.

Preguntas sobre Violencia Obstétrica	Si	No
1.- ¿el personal de salud criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?		
2.- ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su 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 resultó difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera?		
5.- ¿Se realizaron algunos o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirle consentimiento o explicarte por qué eran necesarios? 1.-Rasurado de genitales – 2.-Enema – 3.-Indicación de permanecer acostada todo el tiempo – 4.-Rotura artificial de bolsa 5.- Administración de medicamentos para acelerar el parto 6.-Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas 7.- Compresión del abdomen en el momento del parto 8.- Episiotomía 9.- Cesárea – 10.- Legrado		
6.- En el momento del parto, ¿le obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad en esa posición?		
7.- ¿La privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?		
8. Durante todo el proceso ¿Se le impidió estar		



acompañada por alguien de confianza?		
9. ¿al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hija/o antes de que se le realizaran cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?		
10. ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?		
11.- ¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia obstétrica?		
12.- Puede expresar su sentir acerca de la atención que recibió de manera general		

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ANEXO 3. Cuestionario sobre percepción de la calidad en la atención obstétrica

Preguntas sobre su satisfacción con el servicio	Si	No
1. ¿El área hospitalaria le pareció agradable para la atención de su embarazo?		
2. ¿La comodidad y la limpieza en área hospitalaria es adecuada?		
3. ¿Considera que el material y equipo eran adecuados para la atención de su parto o cesárea?		
4. ¿Los alimentos proporcionados durante su estancia hospitalaria fueron de calidad?		
5. ¿El tiempo que esperó para ser atendida en el servicio de urgencias fue mayor a 30 minutos?		
6. ¿A su ingreso al área de parto recibió información oportuna de su estado actual?		
7. ¿Le dieron a conocer los procedimientos médicos a su ingreso al área de parto?		
8. ¿Considera que el médico se mostró amable y respetuoso durante su atención?		
9. ¿El médico se presentó y mostró disponibilidad para otorgar informe a su familiar sobre su estado de salud?		
10. ¿El personal de enfermería le brindó apoyo para atender sus necesidades personales?		
11. ¿El personal de salud brindó apoyo para su recuperación?		
12. ¿Usted considera que la atención brindada durante su estancia hospitalaria por el personal de salud es competente y capacitado?		
13. ¿El personal médico, de enfermería y asistente médica le brindaron confianza y seguridad?		
14. ¿El personal de salud le brindó un trato digno y personalizado?		
15. ¿Usted considera que los camilleros y el personal de higiene y limpieza son eficientes?		
16. ¿Durante su estancia hospitalaria recibió orientación y consejería sobre la lactancia materna?		
17. ¿Volvería a acudir al hospital para una nueva atención?		



18. ¿Considera que recibió la visita de su familiar en tiempo y horario oportunos?		
19. En general ¿se siente satisfecho con la atención durante su estancia hospitalaria?		
20. ¿Qué sugerencias daría usted para mejorar la atención recibida?		

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo 4. Test de violencia obstétrica donde se observa los rubros con mayor evento violento.

Test de violencia	SI		NO	
	f	%	f	%
¿El personal de salud criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste?	6	4.5	128	95.5
¿La trataron con sobrenombres o diminutivos o modificando su nombre en tono cariñoso como si fuera una niña incapaz de comprender las intervenciones que están realizando o el proceso de parto?	0	0.0	134	100.0
¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, o tristeza durante el trabajo de parto?	3	2.2	131	97.8
¿Le resultó difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera?	4	3.0	130	97.0
¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirle consentimiento o explicarle por qué eran necesarios?	27	20.1	107	79.9
En el momento del parto ¿Le obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad en esa posición?	9	6.7	125	93.3
¿Le privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades?	15	11.2	119	88.8
Durante todo el proceso ¿se le impidió estar acompañado por alguien de confianza?	55	41.0	79	59.0
¿Al momento del nacimiento se le impidió el contacto inmediato con su hija/hijo antes de que se le realizaran cuidados o intervenciones rutinarias (pesar, medir, administración de vacunas y baño)?	14	10.4	120	89.6
¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, incapaz, culpable o insegura?	8	6.0	126	94.0
¿Conoce alguna ley que la respalde contra la violencia Obstétrica?	7	5.2	127	94.8



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: ¿Atención obstétrica o Violencia obstétrica? Percepción de las derechohabientes del Hospital General de zona 46 IMSS delegación Tabasco.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: HGZ No 46, Carretera Villahermosa- Frontera Km 2.5, col. Casa Blanca, Villahermosa, Tabasco octubre del 2020.

Número de registro:
Justificación y objetivo del estudio: Describir atención obstétrica o violencia obstétrica, percepción de las derechohabientes del HGZ 46

Procedimientos: Aplicación de encuesta

Posibles riesgos y molestias: Ninguno.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: No aplica.

Participación o retiro: Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica la unidad.

Privacidad y confidencialidad: Los datos serán tratados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica): no aplica

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Al finalizar el estudio se identificaran los factores de riesgo, posteriormente implementar estrategias de prevención.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Profa. Investigador de Posgrado, DACS, María Isabel Avalos García/M: Especialista Heberto Romeo Priego Álvarez, María Evelin Martínez Cortes, Especialista en ginecología y obstetricia

Colaboradores: Nayely Cruz Sosa. Residente de tercer año de Medicina Familiar

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Nayely Cruz Sosa. Residente de tercer año de Medicina Familiar de la UMF 39. Teléfono: 9171003252

Nombre y firma del derechohabiente _____ Nayely Cruz Sosa, R3 Medicina Familiar.

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____

Nombre, dirección, relación y firma _____ Nombre, dirección, relación y firma _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio
Clave: 2810-009-013



3.6.1.-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES						
Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición/ valores	Calificación de la variable	Tipo estadístico
Percepción de la calidad	Cualitativa	Es la percepción en base a las circunstancias personales, sociales o culturales de las usuarias sobre la calidad de la atención obstétrica.	La puntuación resultante de la encuesta Pecasuss.	Escala/ Nominal	0= satisfecho 1-2= insatisfecho	Descriptiva
Violencia obstétrica	Cualitativa	Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.	La puntuación resultante del Test Violencia obstétrica.	Nominal discreta 1= 2=	0= sin violencia 1= con violencia	Descriptiva Frecuencia
Edad	Cuantitativa	Del latín aetas, hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Años vividos	De razón		Medidas de tendencia central
Religión	Cualitativa	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con Dios.	Católico, protestante	Nominal Cadena 1 2 3 4 5	Católica Adventista Testigo de Jehová Cristiana Ninguna	Frecuencia
Escolaridad	Cualitativa	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.	Ultimo grado de estudio	ordinal 1 2 3 4	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	Estadística descriptiva
Estado civil	Cualitativa	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos.	Con o sin pareja	Nominal categórica 1 2 3 4	Soltero Casado Unión libre Divorciado	Estadística descriptiva
Embarazo	Cuantitativa	Es el período que transcurre entre a implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto	Edad gestacional	Discreta	1 2 3 4 5	Frecuencia
Parto	Cuantitativa	Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación.	Trabajo de parto. Pródromos de trabajo de parto	Discreta Si 1,2,3,4,5,	1 2 3 4 5	Frecuencia
Cesárea	Cuantitativa	Es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan parto	Cesárea keel	Discreta 0, 1, 2, 3	1 2 3 o más	Frecuencia
Aborto	Cuantitativa	La interrupción del embarazo antes de la vigésima tercera semana de gestación. Puede producirse por causas naturales, de manera espontánea, o ser inducido deliberadamente.	Aborto espontaneo Amenaza de aborto Aborto en evolución	Discreta 0,1,2,3	1 2 3 o más	Frecuencia
Método de planificación familiar	cuantitativa	Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad	Acepta o no método	Ordinal 1 2 3 4 5	DIU OTB Implante subdérmico Hormonal oral Hormonal inyectable	Frecuencia