



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**TEMA: FORMAS DE VIOLENCIA PSICOLOGICA Y VERBAL EXPERIMENTADA POR MADRES
QUE TUVIERON UN PARTO NORMAL.**

TESIS

Para obtener el grado de Licenciado en Enfermería

Presenta

PLESS. Cesar Alejandro Pimentel Guerrero

Asesor: Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Co- Asesor: Dra. En Educación María Jazmín Valencia Guzmán

Morelia Michoacán mayo de 2020.

ACTA DE REVISIÓN.

La Dra. En Enfermería María Leticia Rubí García Valenzuela Profesora e investigadora Titular “A” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como asesora de tesis de licenciatura, y la Dra. En Educación María Jazmín Valencia Guzmán como Co-asesora.

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de Tesis titulado “Formas de Violencia Psicológica y Verbal Experimentada por Madres que Tuvieron un Parto Normal, elaborado por Cesar Alejandro Pimentel Guerrero Pasante de Licenciatura del Servicio Social de Enfermería y que será presentado como requisito para obtener el grado de Licenciado en Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. En enfermería María Leticia Rubí García
Valenzuela Profesor e Investigador Titular “A” de
La Facultad de Enfermería de la UMSNH.

Firma: _____

Dra. En Educación María Jazmín Valencia
Guzmán Profesor e Investigador Asociado “C”
De la Facultad de Enfermería de la UMSNH.

Firma: _____

MCE. Brenda Martínez Ávila Profesor e
Investigador Asociado “B” de la Facultad de
Enfermería de la UMSNH.

Firma: _____

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproducidos de las mujeres incluyendo los derechos a la igualdad a la no discriminación ya la salud (OMS, 2012). Una de las formas más comunes de la violencia obstétrica es la psicológica y verbal por parte del personal multidisciplinario en salud. **Objetivo:** Analizar el índice de violencia psicológica y verbal obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto frente al cuidado recibido por el personal de salud. **Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo, no experimental, descriptivo, exploratorio y transversal. Muestra 50 mujeres, muestreo no probabilístico, por conveniencia, para recabar los datos se utilizó un cuestionario estructurado a partir de la operacionalización de variables que consta de 12 ítems con respuesta dicotómica, el cual se aplicó a mujeres egresadas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Mujer. **Resultados:** Las edades de las mujeres estudiadas, fueron de 15- 19 años con 26%, 20-24 años 22%, 25-29 años con 24% 30-34 años con 18% y 35-39 años con 10% población total de estudio. La religión presenta El 94% son católicas, 4% cristiana y 2% ateas. El 48%, de las mujeres vive en unión libre, el 42% está casada y un 10% esta soltera. El nivel educativo indicó que el 36% tienen la secundaria terminada. La fecha de parto presento que un 52% son con fecha del 16- 30 de abril. En cuanto al sexo del neonato presento que el 56% son sexo masculino y un 44% femenino. El 70% de las mujeres les fue incómodo y manifestar sus miedos. 56% tuvieron ruptura artificial de la fuente, el 62% se les realizo tactos vaginales por distintas personas, al 72% le aplicaron compresión en el abdomen durante los pujos, el 68% no se le obligo a permanecer acostadas boca arriba aunque manifestaran su incomodidad, al 90% de las mujeres no se les impidió el contacto con su hijo/a antes de que se lo llevara el neonatólogo para control, el 92% considero que no estuvo a la altura de lo que se esperaba de ella, el 82% no se sintió vulnerable, pero el 18% si se sintió así; el 94% no se sintió culpable y el 84% de las mujeres encuestadas no se sintió insegura. No obstante que parecieran porcentajes pequeños, las mujeres se sintieron culpables e inseguras....es decir, el personal de enfermería no está logrando brindarle situaciones o intervenciones, para que ellas se sientan seguras y cuidadas en este periodo tan importante, para ellas y para sus hijos. Además su posible identificar que les fue imposible el poder estar acompañado de alguien de confianza para tener esa seguridad después del trabajo de parto, y fueron obligadas a permanecer acostada boca arriba aunque manifestara su incomodidad. Además fueron obligadas a quedarse en cama impidiéndoles posiciones según sus necesidades.

Conclusiones.

Este trabajo es un aporte a la salud pública, dado que visibiliza un fenómeno normalizado en la práctica médica que amerita una intervención desde la perspectiva de la humanización de servicios de salud.

A partir de lo sostenido en la presente conclusión resulta posible sostener al menos dos cosas. En primer lugar que la experiencia comprada indica que la violencia obstétrica no puede ser, pues se requiere un cambio cultural. Esto significa difusión de derechos en la ciudadanía, adecuaciones en los planes de estudio de quienes se desempeñen en el ámbito de la salud y la institucionalización de procedimientos sanitarios que impidan la victimización de la mujer en contextos perinatales, entre otras medida. En segundo lugar, que ni la legislación vigente, ni el proyecto de ley sobre violencia obstétrica en actual tramitación parlamentaria se hace de esos aspectos.

Palabras clave: violencia, psicológica, verbal.

Abstract.

Introduction: Obstetric violence is a specific form of violation of the human and reproduced rights of women, including the rights to equality to non-discrimination and to health (WHO, 2012). One of the most common forms of obstetric violence is psychological and verbal by multidisciplinary health personnel. **Objective:** To analyze the index of obstetric psychological and verbal violence in relation to the lived experience of women during their birth process against the care received by health personnel. **Methodology:** A prospective, non-experimental, descriptive, exploratory and cross-sectional study was conducted. It shows 50 women, non-probabilistic sampling, for convenience, to collect the data a structured questionnaire was used based on the operationalization of variables consisting of 12 items with dichotomous response, which was applied to women graduated from the gynecology-obstetrics service of the Women's hospital. **Results:** The ages of the women studied were 15-19 years with 26%, 20-24 years 22%, 25-29 years with 24% 30-34 years with 18% and 35-39 years with 10% total population study. Religion presents 94% are Catholic, 4% Christian and 2% atheists. 48% of women live in free union, 42% are married and 10% are single. The educational level indicated that 36% have finished high school. The delivery date showed that 52% are dated April 16-30. Regarding the sex of the newborn, 56% are male and 44% female. 70% of women were uncomfortable and expressed their fears. 56% had artificial rupture of the source, 62% had vaginal touches by different people, 72% applied compression on the abdomen during the bids, 68 % were not forced to lie on their backs even if they expressed their discomfort, 90% of women were not prevented from contacting their child before the neonatologist took him for control, 92% considered that he was not at the height of what was expected of her, 82% did not feel vulnerable, but 18% did feel that way; 94% did not feel guilty and 84% of the women surveyed did not feel insecure. Although they seem small percentages, women felt guilty and insecure ... that is, the nursing staff is not able to provide situations or interventions, so that they feel safe and cared for in this important period, for them and for their children. In addition, it was possible to identify that it was impossible for them to be accompanied by someone they trusted to have that security after labor, and they were forced to lie on their backs even if they expressed their discomfort. They were also forced to stay in bed preventing positions according to their needs.

Conclusions

This work is a contribution to public health, given that it makes visible a phenomenon normalized in medical practice that merits intervention from the perspective of the humanization of health services.

From what is stated in this conclusion it is possible to support at least two things. In the first place, the experience acquired indicates that obstetric violence cannot be, since cultural change is required. This means dissemination of rights in citizenship, adjustments in the curricula of those who work in the field of health and the institutionalization of health procedures that prevent the victimization of women in perinatal contexts, among other measures. Second, that neither the current legislation, nor the draft law on obstetric violence in current parliamentary proceedings is made of these aspects.

Keywords: violence, psychological, verbal.

INDICE

I.	Introducción.....	4
II.	Planteamiento del Problema.	6
III.	Objetivos.....	9
3.1	General.....	9
3.2	Específicos.....	9
IV.	Justificación.....	10
V.	Marco Teórico.....	12
VI.	Metodología.....	31
6.1	Tipo de estudio.....	31
6.2	Población y Muestra.....	31
6.3	Criterios de inclusión.....	31
6.4	Criterios de exclusión.....	31
6.5	Criterios de eliminación.....	32
6.6	Instrumento para la colecta de datos.....	32
6.7	Análisis de datos.....	32
6.8	Ética.....	32
6.9	Procedimiento para la colecta de datos.....	33
VI.	Descripción de Resultados.....	34
VII.	Análisis y Discusión de Resultados.....	38
VIII.	Conclusiones y Sugerencias.....	40
IX.	Bibliografía.....	42
X.	Anexos y Apéndices.....	46
XI.	Instrumento validado.....	48
XII.	Tablas y Graficas de frecuencia.....	52

I. Introducción.

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional la violencia de género (OMS, 2012).

El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituir una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos y que Todas las mujeres tienen derecho a recibir en el embarazo y en el parto el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación» (OMS, 2014)

En muchas culturas quienes atendían los partos tenían ciertas características que inspiraban seguridad y confianza en la parturienta como por ejemplo, debían ser discretas, amables, alegres y de buenas costumbres, de entre 45 y 50 años, mejor si era viuda que ya hubiesen sido madres, y que fuesen a demás buenas cristianas. Tenía además, que estar preparadas para posibles complicaciones que pudiesen surgir (Sixto, 2016).

Por otra parte, a partir del siglo XIX, al institucionalizarse el parto, cambio para siempre la forma de pensar la gestación, el parto y el posparto. Ello significa que los obstetras no pasaron simplemente a realizar el trabajo de las parteras, sino que pasaron a hacerlo desde su propio *modus operandi* que pretendía, de hecho, alejarse de los viejos métodos utilizados por estas (Lundsteen, Martínez, & Palomera, 2014).

La violencia obstétrica hace referencia a aquellas prácticas ejecutadas por el personal de la salud, que van en contra de la dignidad, los derechos y la integridad de la mujer en proceso de parto (Belli, 2013). Es fácil para las mujeres que han tenido un parto identificar y conceptualizar el tema de violencia obstétrica, sin embargo conseguir que los profesionales de la salud y más específicamente, quienes intervienen en la atención y cuidado del parto, comprendan a profundidad que la violencia obstétrica, se ejerce aún sin intención y se realiza muchas veces de forma rutinaria, por lo que parece crucial, identificar su presencia y como esta actitud altera la calidad de los cuidados (Callister, 2014).

La tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto trata a la mujer al momento del parto como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho, de tal manera que la violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico (Olza, 2014).

Estudios muestran que las diferentes causas que originan la violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático a raíz del parto, es el haber recibido cuidados inadecuados, esto como resultado de las acciones u omisiones del personal de salud, basado en el desequilibrio entre el conocimiento y el ejercicio del poder (Pintado, 2015).

La identificación de problemáticas como la presencia de acciones o actitudes caracterizadas como formas de violencia, conducen a procesos de mejoramiento de la atención, con un beneficio hacia a las mujeres y a la calidad de los servicios, en la cual intervienen los profesionales de salud (Añón, 2016).

Es preciso situar la violencia obstétrica en el centro del debate para poder comenzar a cerrar el círculo vicioso y poner fin a la violencia en el parto. La comprensión de la relación existente entre el TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) en las mujeres, el maltrato y las causas que favorecen ese tipo de cuidado por parte de los profesionales es urgente.

Por lo anterior, esta investigación tiene como propósito identificar el índice de violencia obstétrica desde la experiencia de las mujeres que lo vivieron, interpretando los resultados para lograr una descripción de la misma. De esta manera, se busca sensibilizar al personal de la salud sobre las prácticas inadecuadas que pueden tener una consecuencia directa en la salud y el bienestar de las mujeres en el momento de su parto y a través de los años, persistiendo como una experiencia negativa en su memoria (Lucía, 2016).

II. Planteamiento del Problema.

El parto constituye un evento trascendental y de gran vulnerabilidad para la mujer, pleno de emociones intensas tanto para la madre como para la familia. Es un momento en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico, preparado para la impronta y el inicio del vínculo con su hijo al nacer. Estas condiciones hacen que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar grabados en la memoria consciente, tanto si son positivos como si son traumáticos (Lucía, 2016).

Las mujeres al parir, momento que implica fuertes procesos tanto a nivel físico como psicológico, a través del hacer profesional se transforman en objetos silenciosos, cuyos cuerpos y psiquismos son receptores de toda clase de procedimientos, normas y rituales que debe aceptar sumisamente (Camacaro, 2013).

La violencia obstétrica es una forma de violación de los derechos humanos de la mujer. Las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para mujeres. La tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto trata a la mujer al momento del parto como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho, de tal manera que la violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico (Julián, 2013)

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 (Jacobo, 2016).

Durante el proceso del parto muchas mujeres son víctimas de abusos y tratamiento irrespetuoso en el ámbito de las instituciones de salud. Esta realidad, que afecta a varios países, además de violar los derechos de estas mujeres a la atención de calidad pone en peligro su integridad física y mental en un momento de extrema singularidad. Por lo tanto, además de un problema de salud pública ha sido una cuestión de derechos humanos (ONU, 2015).

Desde 2007 varios países latinoamericanos (México, Argentina, y Venezuela) han adoptado leyes en contra de la VO.

Poco a poco, este término ha sido también utilizado por movimientos sociales en diversas partes del mundo para denunciar lo que muchas mujeres entienden como prácticas irrespetuosas y violentas ejercidas por el personal sanitario durante la atención de sus embarazos, partos y lactancias (Bellón, 2015).

Venezuela fue el primer país del mundo en el emplear el término “violencia obstétrica” en 2007, dentro de “La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, seguida por Argentina en 2009 y los estados mexicanos de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas, en 2007, 2008, 2010 y 2012 respectivamente. En abril de 2014 el Senado Nacional de México también aprobó modificaciones en varias leyes sobre violencia contra las mujeres para incluir la violencia obstétrica como una práctica punible (Bellón, 2015).

En países como México ya se encuentra tipificada la violencia obstétrica como una forma más de violencia, por lo que en el año 2015 se ha registrado un total de 132 denuncias; de ellas 48 ocurrieron en México D.F, 20 en Oaxaca, 14 en Durango, 10 en Puebla y 10 en Sinaloa (Pérez, Nuñez, 2016).

De acuerdo con estas leyes, la violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en género que implica “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de 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” (Venezuela, 2014).

Para las usuarias es fácil comprender el concepto de violencia obstétrica. Nombrarlo puede facilitar que muchas mujeres revelen sus traumas de parto como primer paso para la recuperación emocional. Conseguir que los profesionales comprendan en profundidad la violencia obstétrica parece crucial, ya que esta puede ser consecuencia de la medicalización extrema del parto, que también conlleva una negación de los aspectos más espirituales del mismo (Callister, 2014).

Estudios muestran que las diferentes causas que originan la violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático a raíz del parto es el haber recibido cuidados inadecuados, esto como resultado de las acciones u omisiones del personal de salud, basado en el desequilibrio entre el conocimiento y el ejercicio del poder (Pintado, 2015).

La identificación de problemáticas como la presencia de acciones o actitudes caracterizadas como formas de violencia, conducen a procesos de mejoramiento de la atención, con un beneficio hacia a las mujeres y a la calidad de los servicios, en la cual intervienen los profesionales de salud. Se busca una mayor visibilización desde la profesión de enfermería para generar interés por crear nuevo conocimiento y el cuidado a partir de la responsabilidad y compromiso.

Es preciso situar la violencia obstétrica en el centro del debate para poder comenzar a cerrar el círculo vicioso y poner fin a la violencia en el parto. La comprensión de la relación existente entre el TEPT en las mujeres, el maltrato y las causas que favorecen ese tipo de cuidado por parte de los profesionales es urgente. Es necesario un diálogo continuo entre grupos de usuarias y profesionales para poner fin a la violencia obstétrica.

Es por ello, que priorizamos saber, **¿Cuál es el índice de violencia psicológica y verbal obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto frente al cuidado recibido por el personal de salud?** Con esta pregunta investigaremos cómo el fenómeno vivido por las mujeres puede ampliar o modificar la conceptualización existente en la literatura acerca de la violencia obstétrica.

III. Objetivos

3.1 General.

- Analizar el índice de violencia psicológica y verbal obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto frente al cuidado recibido por el personal de salud.

3.2 Específicos.

- Describir el tipo de violencia psicológica y verbal durante su atención obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto.
- Especificar la violencia psicológica y verbal ejercidos por el personal de salud durante el proceso de parto de dichas mujeres.

IV. Justificación.

En muchas culturas quienes atendían los partos tenían ciertas características que inspiraban seguridad y confianza en la parturienta como por ejemplo, debían ser discretas, amables, alegres y de buenas costumbres, de entre 45 y 50 años, mejor si era viuda que ya hubiesen sido madres, y que fuesen a demás buenas cristianas. Tenía además, que estar preparadas para posibles complicaciones que pudiesen surgir (Sixto, 2016).

Por otra parte, a partir del siglo XIX, al institucionalizarse el parto, cambio para siempre la forma de pensar la gestación, el parto y el posparto. Ello significa que los obstetras no pasaron simplemente a realizar el trabajo de las parteras, sino que pasaron a hacerlo desde su propio *modus operandi* que pretendía, de hecho, alejarse de los viejos métodos utilizados por estas. Los conocimientos tradicionales de las comadronas fueron drásticamente descartados (Lundsteen, Martínez, & Palomera, 2014).

Si bien es cierto que al institucionalizarse el parto disminuyó considerablemente la morbilidad materno perinatal por complicaciones que no pudieran haberse atendido en el domicilio de la parturienta, por otro lado el personal de salud abolió la autonomía de ésta, tratándola como un objeto sobre el cual se puede tomar decisiones sin considerar sus opiniones , deseos, etc. Sintiendo dueños absolutos de la verdad respecto a las necesidades de la mujer en ese momento dramático en su vida. Este tipo de cuidado hospitalario, lejos de suscitar bienestar y confianza en sus usuarias, empezó a verse como un proceso angustiante, intrusivo, y sobre todo, irrespetuoso y poco saludable física y psicológicamente (Lundsteen, Martínez, & Palomera, 2014).

La atención de salud a la mujer embarazada se ha convertido en puerta abierta para el uso de la violencia por parte del personal de salud hacia las mujeres que acuden a recibir atención médica. El uso de insultos y prácticas médicas realizadas como rutina durante la atención no solo afectan la percepción de la calidad de los servicios sino también de forma directa la salud de las madres y los recién nacidos (Borja, 2017).

El tema de la violencia obstétrica y las experiencias vividas de las mujeres durante su proceso de parto resulta significativo para los futuros profesionales de enfermería, ya que se considera importante la responsabilidad de propagar cambios en algunas de las prácticas inadecuadas que pueden repercutir en la salud de las mujeres (Natalia Torres, 2016).

La relevancia de esta investigación radica en que es un tema poco estudiado en el estado de Michoacán, y teniendo clara la importancia que representa la violencia obstétrica en la atención de las mujeres durante el proceso del parto, observamos que al profundizar en el, se podría generar mayor conocimiento y así mismo crear conciencia en los profesionales de salud involucrados en el área sobre esta forma de violencia a la cual no se le considera como tal (Lucía, 2016).

Esta investigación es importante porque la salud materna es una de las prioridades de las políticas de salud y está incluida en promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, el objetivo es, mejorar la salud materna. Por lo cual se pretende investigar que vivencias experimentan aquellas mujeres que han sufrido dicha violencia, con el fin de comprender sus sentimientos y consecuencias para su vida y la de su hijo (Lucía, 2016).

El presente proyecto investigativo es importante, porque demuestra el vacío legal existente y la necesidad de llenar este, ya que toda mujer en algún momento de su vida han sido víctimas de Violencia Obstétrica siendo así afectada su salud mental y física durante el embarazo y su parto (Pérez, Nuñez, 2016).

Se planteó el presente trabajo con el objetivo de visibilizar las experiencias que vivieron las mujeres y describir el fenómeno de la violencia obstétrica desde las voces de quienes la experimentaron. En esta investigación se pretende que participen mujeres que en su experiencia del proceso de parto sintieron que vivieron violencia obstétrica, en cualquier institución hospitalaria o de salud y que fueron atendidas por profesionales o técnicos del sector salud (Pérez, Nuñez, 2016).

El ejercicio continuo de la violencia obstétrica, la falta de formación de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, la falta de conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos han acarreado por mucho tiempo consecuencias graves en la salud de las mujeres y sus recién nacidos (Borja, 2017).

La identificación de problemáticas como la presencia de acciones o actitudes caracterizadas como formas de violencia, puede conducir a procesos de reflexión y mejoramiento de la atención, con un beneficio directo a las mujeres y a la calidad de los servicios ofrecidos desde la institucionalidad, en la cual intervienen las diferentes profesiones de la salud.

También, se busca una mayor visibilización de este fenómeno desde la profesión de enfermería para generar un creciente interés por crear nuevo conocimiento y posiblemente, concebir una línea de cuidado a partir de la responsabilidad y compromiso del cuidado humanizado en este ámbito concreto (Natalia Torres, 2016).

V. Marco Teórico.

La violencia obstétrica puede adoptar diversas formas. La que resulta más relevante a los fines del presente trabajo es aquella que distingue entre la física, psicológica y verbal (sin perjuicio que en algunos casos existe íntima conexión entre ambas), dividiéndose esta última en acción y por omisión (García, 2018).

El dejar a la mujer sola sin acompañamiento psicoafectivo, maltratos y humillaciones Frases expresadas en el trabajo de parto, tales como: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, “si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”, o “con tu hombre si abres las piernas, mamacita” (INSGENAR y CLADEM, 2008) (Núñez, 2017).

Referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor, han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado (Núñez, 2017). Es de preguntarse: ¿Qué ha hecho que dicho lenguaje sexista se haya propagado en todo el país y se mantengan desde hace décadas sin que se limite o sancione su expresión? ¿Qué efectos produce en las mujeres en trabajo de parto? Y con respecto al personal de salud que la dice, podemos preguntarnos: ¿Qué gana al decirla?: ¿aprobación de sus compañeros?, ¿sensación de poder?, ¿revanchismo con las parturientas por la sobrecarga de trabajo y maltrato de los superiores jerárquicos? (Castro, 2003) (Núñez, 2017).

Maltrato cultural y social. Además del maltrato que reciben todas las mujeres en los servicios de salud por pertenecer a este sexo, las mujeres indígenas y pobres la padecen doblemente. Incluye burla o rechazo de sus concepciones y prácticas culturales, así como mayor discriminación.

El maltrato cultural presente en salud reproductiva, también afecta la labor de las parteras tradicionales, dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, que no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes. Esta temática ya fue retomada por el Programa Nacional y Sectorial en Salud 2007 – 2012, con un Programa de Acción Específico de Interculturalidad en Salud, en el cual se pretende identificar y contribuir a la erradicación de las barreras culturales y de género en los servicios de salud. Ante la afectación al derecho de protección a la salud, mediante procedimientos inadecuados y discriminación, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) estableció en 2009 la Recomendación General N° 15 sobre el Derecho a la Protección a la Salud (Almaguer et al, 2010) (Núñez, 2017).

La actividad de los cirujanos y médicos estuvo centrada en las ciudades y fue mayoritariamente utilizada por la clase social que podía pagar sus servicios; pero, una gran parte de la población, entre el 80-85%, seguía viviendo en zonas rurales, en pequeños núcleos, aldeas o casas aisladas donde no llegaba el cirujano, y donde la ayuda de la comadrona o de otras mujeres siguió siendo un recurso indispensable.

Sin embargo, este modelo de atención ha sido cuestionado desde diferentes campos del saber. Mercedes Campiglia, psicoanalista y doula mexicana, afirma: Tenemos que reflexionar acerca del tipo de atención médica que se ofrece a las mujeres cuando acuden a las instancias socialmente previstas para asistirles (Campiglia, 2015). Además, en su trabajo cita a la Secretaría de Salud de México expresando con preocupación la relación del modelo de atención y el trato que se le da a las mujeres en proceso de parto. Campiglia hace un llamado de atención a la forma institucionalizada de atención del parto y asegura:

El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido (Campiglia, 2015).

Las voces de estos sectores disidentes que se vienen gestando desde los años 70 generaron que incluso la OMS (Organización Mundial de la Salud), institución pionera en cuidar la salud de la población mundial, avalará en el año 1985, una serie de recomendaciones para el nacimiento, que buscaban garantizar que el proceso de parto se desarrollara con un enfoque humanizado y permitiera una atención adecuada durante el parto.

Estas recomendaciones sugieren que el abordaje a la mujer en proceso de parto debe ser holístico, teniendo en cuenta su emocionalidad, cultura, creencias y demás elementos que permitan que el nacimiento de un nuevo ser se desarrolle de forma natural y espontánea. La OMS vuelve a poner en el centro de la escena a las mujeres, tanto a las parturientas, como a las encargadas de ayudar a parir, cuya exclusión de la práctica legal ha sido considerada como un gran error (Pozzio, 2016).

La gran mayoría de los actos y omisiones contemplados actualmente dentro del concepto de violencia obstétrica han sido sujetos a investigación, análisis y denuncia en diferentes contextos desde las décadas de los sesenta y setenta (Castro R, 2014). Por ejemplo, en 1979, durante la Reunión del Comité Regional Europeo de las Naciones Unidas –evento que sentó las bases para la creación de comités multidisciplinarios de estudios perinatales y las conferencias interregionales a partir de las cuales se generaron las recomendaciones actualmente utilizadas a nivel global– se expresaba ya la preocupación por la creciente utilización de nuevas tecnologías en la atención del nacimiento, el rápido incremento de la tasa de cesáreas, la ascendente demanda de grupos de mujeres por recuperar el control de sus experiencias, pugnando por un nacimiento más humano así como la importancia de considerar las diferencias entre niveles de mortalidad perinatal como una cuestión de inequidad (Wagner, 1991).

En el 2002 d'Oliveira publicó los resultados de una investigación basada en información sobre la violencia ejercida contra las mujeres en instituciones de salud de Perú, Brasil, Tanzania, Nigeria y Sudáfrica. En esta, se clasifican los actos de violencia en las categorías de negligencia, violencia verbal, violencia sexual y violencia física. Entre los principales hallazgos se menciona el tratamiento médico inapropiado y el uso de procedimientos no indicados, incluyendo la realización de cesáreas por conveniencia o ganancia monetaria del médico, tricotomía, inducción del trabajo de parto y episiotomía realizados rutinariamente, así como el aislamiento de la mujer.

Se incluye también la importancia del cuestionamiento que hacen las mujeres sobre la legitimidad o calidad del servicio y el haber enfrentado prejuicios por parte del personal como elementos que influyen en la toma de decisiones sobre el uso de los servicios disponibles (d'Oliveira, 2014).

No obstante, señalan que la capacitación y sensibilización del personal no son suficientes, pues se requieren mejorar las condiciones laborales para que el personal tenga el tiempo y privacidad necesarios para atender a las pacientes adecuadamente, recibir capacitación técnica y contar con acceso a los servicios, tratamientos y fármacos que requieren para una práctica adecuada (Borja, 2017).

También considera que el personal directivo debe jugar que alienten activamente a las usuarias a presentar quejas, además propone que el personal que actúa como denunciante sea protegido, aunque no ahonda en cómo hacerlo.

El trabajo más completo que se encontró es el reporte llamado Explorando la evidencia de Falta de Respeto y Abuso (FRyA) en la Atención Institucional del Nacimiento (Browser D, 2010). Este trabajo revisa 150 documentos correspondientes no solo a estudios publicados, sino también la literatura gris de países de bajos, medianos y altos ingresos con el fin de explorar la definición, alcance, factores contribuyentes e impacto de la FRyA así como programas e intervenciones y vacíos en la evidencia existente. Las autoras presentan el fenómeno como un continuo que transcurre desde la atención digna y centrada en el paciente, la atención sin dignidad y la que es abiertamente abusiva, desde la humillación sutil, hasta el abuso físico y verbal.

En México, la violencia ejercida contra las mujeres durante la atención a la salud reproductiva es un fenómeno que se ha presentado por décadas y de múltiples formas. La investigación sobre lo que recientemente se ha posicionado en las agendas políticas nacionales bajo el rubro de violencia obstétrica puede rastrearse desde finales de los ochenta (Castro R, 2014), independientemente de que, aún ahora, exista una falta de consenso sobre los términos utilizados para nombrarle (Valdez, 2013).

En el estudio sobre los factores que facilitan la violación de los derechos reproductivos de las mujeres durante la atención al nacimiento en México, Castro y Erviti, exponen que el abuso ejercido contra las mujeres durante la atención ginecobstétrica representa un continuo en el que en uno de sus extremos se encuentran las formas graves –como cuando se pierde la vida de la mujer y/o el producto o cuando ocurren actos indudablemente delictivos- que son difundidos a través de los medios de comunicación u organismos defensores de los derechos humanos (Rico, 2003). En el otro extremo, se encuentran tipos de abuso naturalizados las formas elementales, aquellas que no están tipificadas como delito, no se traducen en un daño evaluable a la salud física y no se pueden reclamar dentro de la institución.

Los autores señalan que el estudio de las formas elementales de abuso es crucial para comprender las situaciones extremas, pues es en el contexto de los aspectos sutiles de violencia y abuso que se construye la objetivación de la mujer, es el momento a partir del cual se le desacredita como Sujeta de derechos y, por ende, se abre la puerta a las formas más graves (Rico, 2003).

Freedman et al proponen una definición para la FRyA durante la atención al nacimiento, fenómeno que aseguran es, más que la excepción, la norma en los servicios de maternidad de muchos países. En concordancia con las publicaciones presentadas en el contexto mexicano, los autores mencionan que se trata de un espectro muy amplio que incluye gritos, regaños, pellizcos, golpes, abandono de pacientes, discriminación, intervenciones sin consentimiento, entre otros y coinciden en señalar la influencia de las percepciones de las mujeres sobre la manera en que serán tratadas para tomar decisiones sobre el acceso y uso de servicios de atención al nacimiento (Freedman, 2014).

El argumento principal de este trabajo es la complejidad de esta situación en la que se entremezclan, por una parte, las expectativas, normalización y derechos de las personas involucradas y, por otra, el vínculo entre las acciones individuales y las condiciones sistémicas en las que ocurren. Es decir, que la FRyA no solo es cometida por individuos sino por los sistemas de salud, cuando las condiciones se desvían enormemente de los estándares aceptables de atención e infraestructura, personal, equipo y materiales requeridos para proporcionar el servicio, lo que además puede llevar a que los ideales de los profesionales sucumban a las condiciones de trabajo degradantes e irrespetuosas a través de estrategias de supervivencia física y emocional que derivan en la FRyA (Freedman, 2014) .

En otras palabras, la FRyA es una señal de un sistema de salud en crisis, incluidas las crisis de calidad y responsabilidad. Solo cuando se contemple la FRyA como el síntoma de un sistema de salud fracturado y la expresión de dinámicas de poder que conspiran en contra tanto de las mujeres como del personal se podrá comenzar a pensar en las maneras de mejorar la calidad y responsabilidad en la atención al nacimiento (Freedman, 2014) .

Un punto importante que sugieren al hablar de las condiciones sistémicas, es que se tome un abordaje realista sobre lo que ocurre en el frente de los sistemas de salud y sus recursos limitados; aunque no se trata de menospreciar el uso de estándares normativos, se debe partir de lo que se tiene, basados en los deseos y necesidades de las mujeres, con una visión de la atención a la salud respetuosa que tenga sentido tanto para mujeres como para los proveedores, apoyar y reforzar la agenda de las mujeres y comunidades para demandar mejores servicios y empoderar a los proveedores para hacer los cambios necesarios (Freedman, 2014) .

Los autores proponen un modelo conceptual que captura los aspectos individuales y estructurales del fenómeno; una herramienta útil para iniciar discusiones entre diversos actores, pues esta conceptualización permite reconocer de las experiencias y opiniones de todos los agentes involucrados. Argumentan que a nivel global, son muchas las mujeres que experimentan abuso, maltrato y falta de respeto durante la atención del embarazo y parto y que este fenómeno puede causar que las mujeres se alejen de los servicios de salud ofrecidos y se afecten así los objetivos internacionales para reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil. En ambos casos concluyen que es de vital importancia tomar en cuenta las perspectivas y experiencias de las mujeres en relación a la FRyA como barreras que impiden el acceso a la atención a la salud.

En México, estudios realizados en los estados de Morelos y Oaxaca, incorporan la búsqueda de datos cuantitativos; uno de ellos indaga específicamente sobre el abuso hacia las mujeres en las salas de maternidad de hospitales públicos del estado de Morelos y el otro está enfocado en explorar las prácticas de atención realizadas durante la atención al parto normal –o de bajo riesgo– en hospitales públicos de comunidades rurales del estado de Oaxaca.

A nivel mundial la atención a la salud materna es una prioridad que determina la calidad del sistema de salud de cada nación. Muchas de las acciones del personal de salud determinan la calidad de atención que reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, acciones que a su vez repercuten en la salud individual de cada mujer que pisa una institución de salud, tanto a nivel físico como mental (Palomino, 2017).

La culminación del proceso gestacional, es decir, el nacimiento, tiene muchas implicaciones para la mujer y el niño que está por nacer. Éste es doloroso y existen casos en que el proceso de parto es un fenómeno de gran impacto para la mujer, mismos que se ven influenciados por la atención brindada por el personal de salud, es decir, si el trato que recibe la mujer no es digno, si su integridad física y mental no es protegida o de alguna manera se atenta contra ellas, se habla de la violación a sus derechos, no sólo como mujer, sino como ser humano, y esto se considera violencia (Aguirre A, 2013).

Una de las causas por las cuales la violencia de género se ha mantenido invisibilidad responder a que muchas veces estos comportamientos son vistos como normales por parte de las mujeres, especialmente por aquellas que acuden a servicios de salud gratuitos y consideran que someterse a tratos poco amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención.

Cabe mencionar, que desafortunadamente la violencia obstétrica se ha visto de forma natural entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad, ya que la mayoría de las mujeres muchas veces prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto y concentrarse en no complicar su estado emocional.

En nuestra sociedad, así como en la mayor parte de los países de Latinoamérica, estos comportamientos se hallan naturalizados, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas quienes temen reclamar por sus derechos o, lo que es peor aún, no conocen sus derechos.

Lo mismo puede decirse en relación con gran parte del personal de salud, quienes a menudo ni siquiera llegan a cuestionarse la legitimidad de sus actos.

Las mujeres que se hallan en situación de pobreza, en general, tienen menor acceso a la atención en salud de calidad debido a razones geográficas y económicas. Pero también muchas veces es por causa de la discriminación de parte de los efectores de salud (Quevedo, 2013).

En este sentido, la Violencia Obstétrica implica la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Sin embargo, en las prácticas rutinarias de los profesionales y personal de salud pública no existen datos de su garantía, ni tampoco sobre la real existencia o no de violencia obstétrica.

Se entiende que sólo existen algunos relatos aislados que darían cuenta de la existencia de este tipo de violencia, los que provienen del ámbito privado de ciertas mujeres que expresan sus experiencias y las transmiten a otras.

Respecto de los objetivos, considero que han sido logrados exitosamente, a pesar de los obstáculos que pueden haberse presentado en el transcurso de la investigación, éstos han sido resueltos en la medida que este tipo de tarea lo permitió. Se ha podido indagar sobre la existencia y relación de la Violencia Obstétrica y la Violencia de Género en el hospital público más importante de Mendoza, como así también conocer los factores que intervienen en este tipo de violencia (las formas de manifestarse, las personas que la ejercen y el nivel de conocimiento de los/as profesionales y las pacientes en relación con la temática de estudio); y también los objetivos específicos que surgieron de estos generales.

Es importante señalar que, con relación al uso de los servicios de salud reproductiva de los hospitales, la población específica que concurre a ellos es femenina. Esta circunstancia nos lleva a pensar en la existencia de prácticas naturalizadas y 15 discriminatorias en razón de género.

Somos conscientes de la crisis por la que pasa el sistema de salud, de la carencia de infraestructuras adecuadas, de la escasez de recursos, de la insuficiencia de personal y de la insuficiencia del apoyo tecnológico, pero pensamos que su extrema gravedad no justifican los malos tratos en un régimen jurídico basado en el respeto a los derechos humanos ya que ninguna miseria da derechos a dañar y menos a lesionar por el género en lo sexual o reproductivo (Pérez, Nuñez, 2016).

La violencia obstétrica ejercida en los servicios de salud es una de las formas de transgresión más frecuentes de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer y constituye además un grave problema de salud pública, generando altas consecuencias tanto económicas como sociales (Faneite, Feo, & Toro, 2012). Para Pereira, Domínguez y Toro (2015), este tipo de violencia sigue sin ser reconocida y no se advierte de su gravedad, además ha sido por mucho tiempo una de las formas más profundas de discriminación sistemática, estructural e intergrupala (Añón, 2016).

Para Casal y Alemany (2014), la violencia obstétrica es transmitida de generación en generación por el personal de salud, haciendo que el modelo usado durante la atención sea el punto de partida para vulnerar los derechos fundamentales de las pacientes.

La violencia obstétrica ha sido consecuencia inevitable del ejercicio del paradigma médico ejercido por el personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres (Belli, 2013). Para Wolff y Waldow (2008), la violencia obstétrica se ha convertido en una “conspiración de silencio” entre el profesional de la salud, la paciente y la familia, lo que ha impidiendo reconocer la verdadera gravedad y la magnitud del problema.

Chadwick (2016), afirma que el uso del término Violencia Obstétrica partió como un acto deliberado para hacer frente a las prácticas problemáticas, que han sido ocultadas, invisibilizada y nada reconocidas como otra forma de violencia hacia las mujeres. Este tipo de violencia se genera durante la atención de salud a la mujer durante el embarazo, parto y posparto, en los servicios de salud tanto públicos como privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015).

Para Villanueva (2010), la violencia obstétrica se puede manifestar mediante: la manipulación de la información proporcionada sobre el estado de salud, regañones, retraso en la atención, indiferencia al dolor, no solicitar el consentimiento de la mujer y usarla como material didáctico durante la atención.

Prácticas de atención en salud consideradas violentas

Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera (2015), describen que las prácticas médicas de rutina producen la pérdida de la autonomía y la capacidad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos y derechos sexuales, haciendo de los procesos de atención del parto seguros para para el personal pero no para las mujeres.

Este conjunto de prácticas médicas realizadas en exceso en referencia a lo establecido en las Guías de práctica clínica para la atención de la mujer embarazada emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como: episiotomías, alterar el proceso natural del parto mediante la administración de oxitocina, la rasura del vello del pubis, la aplicación de enemas, revisión obstétrica, tactos vaginales, obligar a las pacientes a parir en posición supina cuando se cuenta con los elementos necesarios para el parto vertical sin su consentimiento libre e informado, obstaculizar el apego precoz cuando no existe una causa médica justificada, practicar cesáreas sin la existencia de condiciones médicas justificadas y no atender de forma oportuna las emergencias obstétricas, intimidan, degradan y oprimen a las mujeres durante la atención reproductiva (Ramírez G. , 2014).

Prácticas de atención en salud que sumadas a las asimetrías económicas o de educación en relación con los profesionales de la salud, la distancia a los establecimientos y muchas veces los costos generados de la atención conlleva a que las mujeres y su familia no acudan en búsqueda de atención obstétrica profesional desalentando además la elección de un parto institucional e incrementando el riesgo de muerte materna o neonatal (Belli, 2013).

Para Belli (2013), una de las causas del silencio sobre actos vividos de violencia durante la atención del embarazo, parto y puerperio se debe a que muchas veces las prácticas médicas realizadas en exceso durante la atención son consideradas como normales por parte de las mujeres, sobre todo en aquellas que utilizan los servicios de salud gratuitos y “consideran que someterse a tratos pocos amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención”, la naturalización de estos actos han dificultado que las mujeres que han sido violentadas o su familia realicen el reclamo de derechos hecho agravado por la falta de conocimiento sobre ellos.

Por otro lado, el personal de salud a cargo de la atención de la mujer a menudo no llega a cuestionarse la legitimidad de sus prácticas (Belli, 2013), sumado al desconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer son el detonante para un complejo sistema de relaciones de poder ejercidas durante la atención entre el personal y las usuarias de los servicios (Valdez, 2013).

Percepción sobre violencia obstétrica

Varios estudios indican que las acciones y omisiones de los obstetras, médicos y enfermeras acarrearán graves consecuencias en las mujeres durante el parto (Elmir, 2010), y varias han manifestado que no les habían respetado como personas, ni respetado su derecho al consentimiento informado y varias además calificaron el trato recibido de los profesionales como bárbaro, invasivo, terrible y degradante (Downe, 2008). Para (Olza, 2014), es difícil para los profesionales de la salud aceptar el término violación o violencia, durante su actuación en la atención a las pacientes, sin embargo también es común que los profesionales queden al igual que las pacientes traumatizados por la forma deshumanizada durante la atención del parto.

Beck y Gable (2012), realizaron un estudio mixto con enfermeras para determinar la prevalencia y la gravedad del estrés postraumático secundario a la atención del parto. Varias de las encuestadas afirmaron que habían presenciado partos abusivos y sentían haberles fallado a las pacientes al no haberlas defendido ni cuestionado las acciones de los obstetras durante la atención del parto. Para Olza, es fácil para las mujeres identificar y conceptualizar el tema de violencia obstétrica, sin embargo conseguir que los profesionales comprendan a profundidad la violencia obstétrica parece crucial, ya que esta puede ser consecuencia de la medicalización extrema del parto, que también conlleva una negación de los aspectos más espirituales del mismo (Olza, 2014).

Olza, concuerda que las razones que llevan a los profesionales ejercer la violencia obstétrica pueden incluir: la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales al parto, el propio trauma no resuelto, el alto índice de profesionales con síndrome de burnout, los profesionales de salud con este síndrome y que realizan atención de salud durante la etapa prenatal, trabajo de parto, parto y puerperio generan un trato aún más deshumanizado, con lo cual las cifras de mujeres que sufren partos traumáticos pueden seguir aumentando indefinidamente (Olza, 2014).

Otro estudio realizado por Faneite, Feo y Toro (2012), para determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud, identificó que el propio personal ha presenciado alguna vez maltrato a una embarazada y que fue ejercido por el 42.8% de los médicos y por el 42.5% al personal de enfermería; además el 82.4% del personal desconoce por completo el término de violencia

obstétrica y el 72.6% desconocen cuáles son los mecanismos de denuncia (Faneite, Feo, & Toro, 2012).

A principios del siglo XX el parto comenzó a realizarse en instituciones sanitarias con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de manejar la atención del parto como una enfermedad. Las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones, de este modo el parto se transformó en un acto médico cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la preferencia de la pacientes y el derecho de las mismas a elegir su posición de parto, tener acompañamiento, etc. En respuesta a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 realizó un encuentro en Brasil donde surgió la declaración; El nacimiento no es una enfermedad, que inició el proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado.

El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. El estado peruano al ser consciente de esta realidad, decreta la Ley de Promoción y Protección al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante en el año 2012, en donde se recomienda que para el bienestar de la madre y su familia, es fundamental que los profesionales de la salud posean conocimientos y capacidades para prestar el apoyo emocional adecuado, estableciéndose como necesidad de contar con un entorno favorable para el parto.

En este sentido, el Instituto Nacional Materno Perinatal como ente rector comprometido con la implementación de estrategias nacionales, viene promocionando la atención de parto humanizado con enfoque intercultural, que incluye un adecuado trato del profesional que atiende el parto, la libre elección de la gestante en la posición de su parto, el acompañamiento de la gestante y el manejo del dolor a través de la analgesia de parto, lo que brinda una mayor confortabilidad a la madre y mejores condiciones para el recién nacido, aportando a las tasas de reducción de la morbilidad materna en nuestro país.

A nivel nacional existe un marco legal que justifica la aplicación del parto humanizado y a nivel local, el Instituto Nacional Materno Perinatal ha implementado el parto humanizado como una estrategia para mejorar la satisfacción de las gestantes; sin embargo, debido al limitado abastecimiento del recurso humano y la gran demanda de atención de parto en esta institución especializada, puede no estarse brindando lo establecido en los protocolos de parto humanizado y esto verse reflejado en las percepciones de las usuarias (Coral, 2015).

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres actuales (S., 2009). Sin embargo, es importante tomar en cuenta también uno de los enfoques actuales acerca del parto humanizado que consiste en el respeto de las decisiones, preferencias y expectativas de las pacientes, en este sentido es muy importante llegar a un balance entre el enfoque descrito en primera instancia que se basa en la evitación de actitudes intervencionistas y el segundo enfoque que pone a la parturienta como protagonista de su parto.

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal.

De esta manera se ofrece a las personas que lleguen a este mundo una bienvenida en un ambiente saludable; es decir, se busca que las mujeres puedan parir y los bebés nacer en un ambiente de amor, respeto y seguridad donde se reconozca la fuerza y sabiduría de su cuerpo, con alegría y acompañamiento (Freyermuth G, 2009).

Existen profesionales que plantean una forma distinta de parir, apuestan a que cada mujer se reencuentre con su capacidad instintiva de dar a luz y tome la conducción activa del parto. Fomentan que tanto la familia, las instituciones de salud y la sociedad apoyen el derecho de la mujer y del bebé a tener el mejor nacimiento posible, en un medio amoroso y seguro (Magnone, Natalia, 2010).

La humanización del parto demanda que las mujeres se transformen en las verdaderas protagonistas del nacimiento de sus hijos/as, pudiendo vivir su parto de forma placentera, en un entorno tranquilo e íntimo y rodeado por sus vínculos afectivos.

La casi totalidad de los partos se asisten en hospitales siendo muy pocos los asistidos en las casas de las mujeres, lo cual contradice las recomendaciones realizadas por la OMS: una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia inferior capaz de asegurar un manejo correcto del parto. Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se centren en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura (Magnone, Natalia, 2010).

En éste sentido se vuelve necesario que nuestro sistema de salud brinde posibilidades de elección en cuanto al parto que cada mujer desee tener. Para ello es necesario que se respeten los derechos de las mujeres a elegir cómo, dónde y con quién quiere parir.

La forma en que las mujeres transitan un parto depende de la situaciones psico-afectivas en que se encuentren, de cuán acompañadas y contenidas estén; de cómo se les propicia o no las condiciones para liberarse en el parto (ejercicio de la movilidad, mínimo de intervenciones, aliento, amor); de acciones naturales para disminuir el dolor (masajes, hierbas naturales, música, concentración, ambiente íntimo y respetado, entre otros); de confianza en quien la está asistiendo; y de cuán preparadas estén para afrontar uno de los momentos más fuertes de la vida (Magnone, Natalia, 2010).

En el 2014 la OMS se pronunció respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, reconociendo que: el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos. Existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo (OMS, 2014).

A través del término violencia obstétrica, es posible construir un marco teórico y conceptual referente para el personal médico en el desempeño de su servicio, una guía para las autoridades al momento de adoptar políticas públicas, y una herramienta útil para las mujeres, víctimas y

organizaciones de la sociedad civil al momento de exigir la satisfacción plena de sus derechos, así como la reparación del daño (Espinoza, 2014).

En ocasiones, las prácticas que constituyen violencia obstétrica son una forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad (Ramírez G. , 2014)

Este Organismo Nacional considera que la falta de información estandarizada, exhaustiva y consensuada, criterios de identificación y definiciones sobre el maltrato a las mujeres durante el parto en las instalaciones de salud, complica la investigación y el desarrollo de herramientas para hacer frente a esta problemática. La presente Recomendación tiene por objeto, describir este fenómeno y hacer visible la situación de violencia que en ocasiones experimentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, para contribuir en la identificación y eliminación de toda práctica que genere violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica.

En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento de la violencia obstétrica han sido paulatinos. En el 2012, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) observó que hasta ese año, seis países contaban con leyes integrales de violencia contra la mujer (MESECVI-III, 2011), de los cuales sólo Venezuela y Argentina contenían el término violencia obstétrica; sin dejar de mencionar que en el caso de México, este tipo de violencia está contemplado desde el 2008 en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz.

En el 2007 Venezuela adoptó este concepto en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, con el objeto de identificar una nueva forma de violencia. Esto representó un avance en la protección de los derechos humanos de las mujeres, al reconocer la autonomía sexual y reproductiva como un derecho que debe ser respetado y garantizado por las instituciones de salud.

Por su parte, Argentina incluyó este término en su normatividad en el 2009. El artículo 6° de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, la contempla como una modalidad de la violencia.

Violencia Obstétrica en México

Respecto a la incidencia de esta figura en el contexto nacional Roberto Castro, especialista en la materia, manifestó que: desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en muchas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres (Belli, 2013).

Para ejemplificar lo anterior, esta Comisión Nacional se referirá a tres situaciones que ilustran y contextualizan esta problemática. Un ejemplo que no busca generalizar consiste en un estudio realizado por integrantes de la Universidad de las Américas de Puebla, en el que se entrevistó a 29 médicos especializados en obstetricia y se detectó que 10 de los 29 encuestados quienes afirmaron haber sido testigos de casos relacionados con violencia obstétrica y discriminación en razón de la edad, etnia o condición social, mientras que 11 de los 29, aseguraron haber identificado tratos groseros y agresiones verbales. De la totalidad de médicos consultados, 19 refirieron no tener suficiente información de violencia obstétrica ni herramientas para hacerle frente o evitarla.

Un caso que ejemplifica la situación contextual que se vive en algunas regiones de México, es el que consta en el artículo derivado de un estudio efectuado en establecimientos públicos de salud en el Estado de Oaxaca. La encuesta realizada a 323 mujeres reveló que “las prácticas de la atención durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, se realizan en muchos casos sin apego a los estándares nacionales y/o a las recomendaciones de la OMS (Elmir, 2010).

Los resultados arrojaron que las recomendaciones de la OMS se implementan en porcentajes bajos o muy bajos, sobre todo en el segundo nivel de atención, toda vez que no se llevan a cabo prácticas estandarizadas como “el acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto, la libre deambulaci3n y adopci3n de posiciones durante el trabajo de parto, la adopci3n de la posici3n que la mujer escoja libremente para las fases de pujo y de expuls3n, y la entrega inmediata del reci3n nacido a la madre, entre otros (Ibid, 2013).

Este t3pico ha sido abordado por acad3micos, organismos aut3nomos de protecci3n de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil, e integrado a la agenda p3blica y a los textos normativos de algunos Estados.

La Oficina del Alto Comisionado en México estableci3 que: la violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.

Se trata de un tipo de violencia invisibilidad, no desapercibida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto (Aguilera, 2014).

El Gobierno Federal contempla en el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, estrategias encaminadas a fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios y promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas, razón por la cual, el 19 de diciembre de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se modifica el Reglamento de la Ley General de Salud, con el objeto de regular la atención médica que debe brindarse a las mujeres que presentan una urgencia obstétrica con independencia de su derecho habiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

En abril de 2014, la Secretaría de Gobernación elaboró el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014- 2018, en el que se plantearon las estrategias, relacionadas con la violencia obstétrica. La primera tiene por finalidad, promover la armonización de la legislación nacional con tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres. La segunda, busca fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo violencia obstétrica. (Pérez P. M., 2014)

La Secretaría de Salud ha hecho manifiesto su rechazo a cualquier forma de violencia contra las mujeres, y ha reconocido que existen casos de violencia obstétrica que ocurren en las instituciones de salud públicas y privadas del país (Baez, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2014), por lo que se compromete a reforzar las acciones en favor de la salud materna, garantizando el respeto a los derechos humanos de las mujeres.

A través del Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro, elaborado por la citada Secretaría en el año 2008, se propone una estrategia alternativa para erradicar la violencia institucional y coadyuvar a la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en la que la mujer

embarazada sea la protagonista de su parto y se involucre la participación de las parteras y los parteros tradicionales asistidos, de ser necesario, por médicos, así como herramientas interculturales para escuchar la voz de las mujeres y hacer de dicho modelo uno en el que aquellas sean sujetos y no objetos de la atención.

Asimismo, cuenta con el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en el que se asentaron objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

Entre los retos identificados en el Programa se señala la necesidad de implementar los servicios de salud obstétrica con perspectiva de género e interculturalidad, con respeto a los derechos humanos y contar con personal capacitado, infraestructura e insumos necesarios.

De igual manera, se han desarrollado acciones de capacitación permanente al personal médico con enfoque en la atención primaria, así como estrategias diseñadas y ejecutadas a partir del Instituto Nacional de Perinatología, como son la atención prioritaria a grupos en condición de vulnerabilidad, atención con estricto apego a los principios bioéticos, implementación gradual de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud dirigidas a abatir prácticas vinculadas con la violencia obstétrica, entre otras.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en adelante CONAMED), dentro de las Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica, establece que una de las responsabilidades de los prestadores de la atención médica es proporcionar a la paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica (Tinoco-Zamudio, 2013).

La Suprema Corte de Justicia de la Nación en el Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos (SCJN, 2014), consideró a la violencia obstétrica como una conducta que se da en las instituciones de salud, la cual puede llegar a ser constitutiva de malos tratos.

El tema objeto de estudio, también ha sido desarrollado por esta Comisión Nacional al emitir en 2013, el Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres, en el que estableció que la violencia obstétrica está estrechamente ligada a la mortalidad materna; además señaló que desde 1990, organismos civiles, han reportado negligencia y subatención en el parto en comunidades indígenas. Finalmente, concluyó que las autoridades se deben comprometer a

incrementar las acciones, de no existir, instrumentarlas y así contribuir a eliminar toda práctica atentatoria de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a la violencia obstétrica (Pardo, 2014).

Durante el 2015, 2016 y 2017 este Organismo de protección, ha publicado 28 Recomendaciones en las que se señaló que la violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos que se comete en perjuicio de la mujer embarazada (con independencia del número de casos conocidos por este Organismo Nacional, cualquier violación a los derechos humanos de la mujer o del producto de la gestación es inadmisibles), por el personal que presta servicios de salud; resoluciones que se abordarán más adelante.

A partir del 2008, el concepto de violencia obstétrica fue incorporado en el orden jurídico de algunas entidades federativas, como los Estados de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí.

Cabe destacar que en los Estados de Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, esta conducta se encuentra tipificada como delito. Sobre el particular, este Organismo Constitucional considera, que la criminalización y tratamiento por la vía penal de los casos vinculados a violencia obstétrica, resultan ser medidas poco efectivas para asegurar una atención obstétrica adecuada, ya que se centra en la responsabilidad individual invisibilizando la institucional; lo que se requiere, es la reivindicación de los derechos de la mujer mediante estrategias encaminadas a la erradicación de ideas y estereotipos que la posicionan en un segundo plano en el contexto del embarazo, parto y puerperio, restándoles protagonismo y autonomía.

Si bien habrá situaciones en las que la violencia obstétrica sea punible como en el caso de la esterilización forzada o cuando su perpetración deba tener consecuencias penales (cuando de su comisión deriven lesiones graves o la pérdida de la vida), esta Comisión Nacional sostiene que para enfrentar la problemática, es necesario un cambio de paradigma mediante la inclusión de la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos, en los planes de estudio de las escuelas de medicina y enfermería, la adopción de políticas y medidas necesarias para la promoción e implementación del parto intercultural y respetado, entre otros aspectos.

VI. Metodología.

6.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio prospectivo, no experimental, descriptivo, exploratorio, de corte trasversal, con el uso de métodos cuantitativos y el apoyo de mujeres del Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia.

6.2 Población y Muestra.

La población estuvo conformada por las usuarias egresadas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán.

La muestra para esta investigación estuvo representada por mujeres pertenecientes al Hospital de la Mujer y egresadas del servicio de gineco-obstetricia. El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia.

6.3 Criterios de inclusión.

- Mujeres ingresadas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán.
- Parto que tuvo lugar en los últimos 30 días.
- Parto natural.
- Sin rango de edad.

6.4 Criterios de exclusión.

- Mujeres no ingresadas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán.
- Parto que no tuvo lugar en los últimos 30 días.
- Parto por cesárea.

6.5 Criterios de eliminación.

- Cuestionarios contestados incompletamente.
- Mujeres que no aceptaron participar.

6.6 Instrumento para la colecta de datos.

Como instrumento de recogida de datos, se utilizó un cuestionario de elaboración propia con una serie de preguntas basadas en el Test de Violencia Obstétrica del Marco Legal: Ley Nacional N° 26485 y Ley Nacional N° 25929, que consta de 12 ítems. La cual es una técnica en la que el entrevistador solicita información a una persona para obtener datos sobre el tema determinado.

6.7 Análisis de datos.

Se aplicó la estadística descriptiva, tablas de frecuencia y porcentaje, medidas de tendencia central y dispersión.

Se utilizó el paquete estadístico “StatisticalPackageforthe Social Science” (SPSS) Versión 20.0.

6.8 Ética.

El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

- Capítulo I del Artículo 13.
- Artículo 14, fracción I, V, VI, VII, VII.
- Artículo 16.
- Artículo 17, fracción II.
- Artículo 21 en sus fracciones I, II, VI, VII y VIII.
- Capítulo V, Artículo 57.

- Artículo 58.

6.9 Procedimiento para la colecta de datos.

Se acudió al Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia, se invitaron a las mujeres egresadas del servicio de gineco-obstetricia, cuyo parto haya tenido lugar en los últimos 30 días a participar en el estudio, se les entregó el Consentimiento Informado y posteriormente se les proporcionó las instrucciones acerca del llenado de los cuestionarios. Después, se les entregaron los instrumentos, se solucionaron las dudas que pudieran surgir en el llenado de las encuestas y finalmente se les agradeció la participación.

VI. Descripción de Resultados.

Se realizó un estudio en el cual participaron 50 mujeres hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de la mujer de Morelia Michoacán. Obteniendo un resultado de Alfa de Crombach de .434, donde se analizó en sus tres dimensiones.

Dimensión	Resultado
Violencia Verbal	.00
Violencia Psicológica	.58
Violencia Física	.31

Para este informe de investigación, al análisis se enfocara a las dimensiones verbal y psicológica.

Tomando en cuenta los diversos rangos de edad de 15-19 años con un 26%, de 20-24 años con un 22%, de 25-29 años con un 24%, de 30-34 años con un 18% y de 35-39 con un 10% encontrando un mayor índice en el grupo de edad de 15-19 años con un porcentaje de 26% de la población total del estudio.

En el caso de la religión presentó una mayor prevalencia en la religión católica con un 94% del total de las mujeres encuestadas, un 4% con religión cristiana y un 2% ateas.

Las encuestadas en su mayoría se encuentran en unión libre representando un 48% seguida de las mujeres que se encuentran casadas con un 42% y las solteras con un 10%.

En cuanto al nivel educativo los datos influyeron un 36% con mujeres que tienen secundaria terminada.

En cuanto a la fecha de parto con un mayor porcentaje del 52% con fecha del 16-30 de abril.

En cuanto al sexo del neonato predominó el sexo femenino con un 56% y el sexo masculino con un 44%.

Es de destacar la prevalencia de las mujeres que no les fue imposible o incomodo manifestar sus miedos representando un 70%.

A ninguna de las mujeres encuestadas se les realizo algún enema ni colocación de sonda vesical

Al 56% de las mujeres tuvieron ruptura artificial de fuente

Al 62% se les realizo tactos vaginales y por diferentes personas

Al 72% no les hicieron compresión en el abdomen durante los pujos

Al 68% no se le obligó al permanecer acostadas boca arriba aunque manifestaran su incomodidad ante esa posición

Al 74% no se les fue obligada a quedarse en cama impidiéndoles caminar o buscar posiciones según sus necesidades

Al 64% se les realizo episiotomía.

Al 90% de las mujeres no se les impidió el contacto con su hijo/a recién nacido antes de lo que se llevara el neonatólogo para control.

El 92% de las mujeres considero que no había estado a la altura de lo que se esperaba de ella.

El 82% no se sintió vulnerable.

El 94% no se sintió culpable.

El 84%no se sintió insegura.

Para identificar el comportamiento de las variables, se aplicó la prueba Correlación de Pearson, obteniendo los siguientes resultados:

1.- La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir insegura correlacionada con Se te impidió el contacto inmediato con el recién nacido. Presentó una correlación estadísticamente significativa a nivel de 0.01, con resultado de .400.

2.- Se le obligo a permanecer acostada boca arriba aunque manifestara su incomodidad Se relacionó con ser obligada a quedarse en cama impidiéndote posiciones según sus necesidades. Presentó una correlación estadísticamente significativa a nivel de 0.01, con resultado de .435.

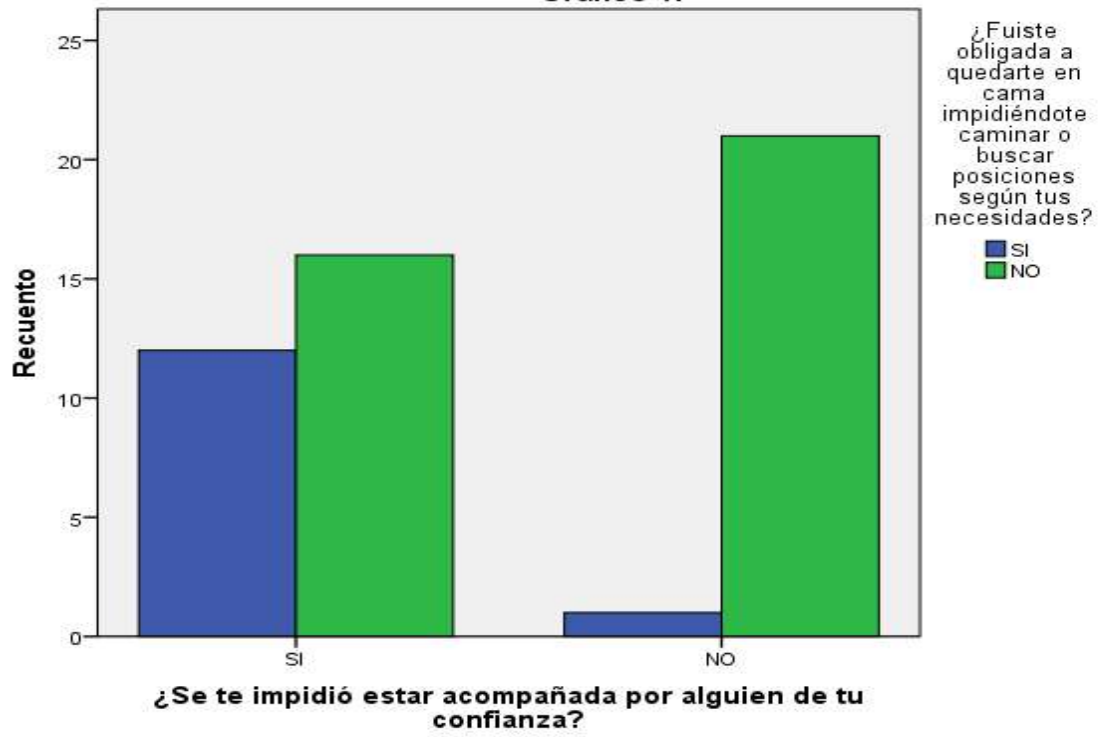
3.- Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza Correlacionada con fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades. Presentó una correlación estadísticamente significativa a nivel de 0.01, con resultado de .434.

4.- Te fue imposible o incómodo manifestar tus miedos Relacionada con Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote posiciones según tus necesidades. Presentó una correlación estadísticamente significativa a nivel de 0.01, con resultado de .456.

5.- Consideras que no estuviste a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”) Está relacionada con Se te impidió el contacto inmediato con el recién nacido. Presentó una correlación estadísticamente significativa a nivel de 0.01, con resultado de .393.

6.-Te fue imposible o incómodo manifestar tus miedos Correlacionada con el nivel académico. Presentó una correlación estadísticamente significativa a nivel de 0.01, con resultado de .362.

Gráfico 1.



VII. Análisis y Discusión de Resultados.

La atención de parto se fundamenta en una atención medicalizada, que subordina a las mujeres y que coincide con un trabajo realizado rutinariamente, sumado a fallas en la comunicación entre estas y el personal de salud. Se evidenciaron aspectos que vulneran los derechos de las mujeres en trabajo de parto y en parto, y que son legitimados por el personal de salud y justificado por ellas (Rocha, 2019).

La forma de violencia más nombrada... refiere al intervencionismo innecesario que inhibe los procesos naturales de los cuerpos de las mujeres y los recién nacidos. Se puede pensar en dos tipos de configuraciones en relación al cuerpo: la planteada por los portavoces de la visión humanista, en donde los cuerpos liderarían los procesos reproductivos y la visión hegemónica que organiza un modo tecnológico sistemático de intervenir sobre los mismos (Magnone, 2010) (Nuñez, 2017).

Se observó la falta de comunicación entre el personal de salud y las mujeres, ejemplifica en las siguientes situaciones: el encuentro entre el personal de salud y las mujeres se iniciaba con la presentación de personal de salud, dando cumplimiento al protocolo institucional; los procedimientos médicos destinados a acelerar el trabajo de parto, a mejorar la sintomatología de dolor y el tacto vaginal no fueron informados antes de realizarse; las mujeres no eran llamadas por su nombre, sino por el número de camilla o los centímetros de dilatación del cuello uterino; fue frecuente que el personal de salud utilizara términos y tonos infantiles para dirigirse a las mujeres empleando apelativos como “mama”, “mamita” la aplicación de analgesia epidural se explicó mayor dolor. En este aspecto se observó también que ante el dolor referido por las mujeres, el personal de salud las escuchaba, pero su actuar solo se limitaba a decirles “Se tiene que calmar para que al bebé no le pase nada” o a reconocer su dolor diciendo “pobrecita” (Rocha, 2019).

Siendo un tema poco estudiado en el estado de Michoacán, y teniendo clara la importancia que representa la violencia obstétrica en la atención de las mujeres durante el proceso del parto, se observa que al profundizar en el, se podría generar mayor conocimiento y así mismo crear conciencia en los profesionales de salud involucrados en el área sobre esta forma de violencia a la cual no se le considera como tal (Lucía, 2016).

Al analizar los resultados del Test de Violencia Obstétrica se observó que el rango de violencia en el Hospital de la Mujer es muy bajo de acuerdo a la población estudiada. Refieren que se les realizó buena práctica y atención durante el proceso de parto.

La atención de salud a la mujer embarazada se ha convertido en puerta abierta para el uso de la violencia por parte del personal de salud hacia las mujeres que acuden a recibir atención médica. El uso de insultos y prácticas médicas realizadas como rutina durante la atención no solo afectan la percepción de la calidad de los servicios sino también de forma directa la salud de las pacientes.

El ejercicio continuo de la violencia obstétrica, la falta de formación de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, la falta de conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos han acarreado por mucho tiempo consecuencias graves en la salud de las mujeres y sus recién nacidos (Borja, 2017). Los saberes femeninos, el conocimiento del propio cuerpo, las sensaciones y percepciones se han visto, generalmente relegadas a un segundo plano o directamente se han ignorado. En ocasiones a la mujer no se le ofrece la opción de la posición en la que quiere parir a pesar de que se debe promover la posición más favorable para la mujer. Se podría decir que hay un desfase entre la teoría y la práctica que perpetua la discriminación hacia las mujeres (Downe, 2008)

Las diferentes causas que originan la violencia obstétrica y trastorno de estrés postraumático a raíz del parto, es el haber recibido cuidados inadecuados, esto como resultado de las acciones u omisiones del personal de salud, basado en el desequilibrio entre el conocimiento y el ejercicio del poder (Pintado, 2015). Por ejemplo: episiotomías, alterar el proceso natural del parto mediante la administración de oxitocina, la aplicación de enemas, revisión obstétrica, tactos vaginales, obligar a las pacientes a parir en posición supina cuando se cuenta con los elementos necesarios para el parto vertical sin su consentimiento libre e informado, obstaculizar el apego precoz cuando no existe una causa médica justificada y no atender de forma oportuna las emergencias obstétricas, este conjunto de prácticas médicas realizadas en exceso en referencia a lo establecido en las Guías de Práctica Clínica para la Atención de la Mujer Embarazada intimidan, degradan y oprimen a las mujeres durante la atención reproductiva (Ramírez, 2014). Llama la atención por su gravedad y por el ataque frontal que supone a la dignidad de la mujer parturienta es el de las mujeres que se han sentido amenazadas o insultadas por parte del personal sanitario durante el trabajo de parto. En este sentido, el parto debe desarrollarse en un entorno seguro, íntimo y amigable, y, además, la mujer debe ser atendida e informada de los procesos que se le van realizar (Pintado, 2015)

Beck y Gable, Feneite, Feo y Toro, en sus estudios indican que las acciones y omisiones de los obstetras, médicos y enfermeras acarrear graves consecuencias en las mujeres durante el parto (Elmir, 2010), varias pacientes han manifestado que no les habían respetado como personas, ni respetado su derecho al consentimiento informado y además calificaron el trato recibido de los profesionales como bárbaro, invasivo, terrible y degradante (Downe, 2008). Para (Olza, 2014), es difícil para los profesionales de la salud aceptar el término violación o violencia, durante su actuación en la atención a las pacientes, sin embargo también es común que los profesionales queden al igual que las pacientes traumatizados por la forma deshumanizada durante la atención del parto.

No obstante, señalan que la capacitación y sensibilización del personal no son suficientes, pues se requieren mejorar las condiciones laborales para que el personal tenga el tiempo y privacidad necesarios para atender a las pacientes adecuadamente, recibir capacitación técnica y contar con acceso a los servicios, tratamientos y fármacos que requieren para una práctica adecuada (d'Oliveira, 2014).

Una de las causas por las cuales la violencia de género se ha mantenido invisible responde a que muchas veces estos comportamientos son vistos como normales por parte de las mujeres, especialmente por aquellas que acuden a servicios de salud gratuitos y consideran que someterse a tratos poco amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención. Cabe mencionar, que desafortunadamente la violencia obstétrica se ha visto de forma natural entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad, ya que la mayoría de las mujeres muchas veces prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto y concentrarse en no complicar su estado emocional (Pérez D. F., 2016).

VIII. Conclusiones y Sugerencias.

- Analizar el índice de violencia psicológica y verbal obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto frente al cuidado recibido por el personal de salud.
- Describir el tipo de violencia psicológica y verbal durante su atención obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto.
- Especificar la violencia psicológica y verbal ejercidos por el personal de salud durante el proceso de parto de dichas mujeres.

Si se concibe que el parto como un proceso biopsicosocial, se puede entender que dicho proceso puede cambiarse y mejorarse y, para ello, son necesarios estudios que pongan de manifiesto indicadores de riesgo y protección; en este estudio realizado en el Hospital de la Mujer los indicadores de violencia física y verbal resultaron bajos en comparación a los indicadores de violencia psicológica ya que algunas mujeres refirieron sentirse vulnerable e inseguras durante el proceso de parto.

El parto es el acontecimiento que puede tener implicaciones físicas y psicológicas en su experiencia de forma que, quienes lo asisten o están presentes deberían de considerarlo, las manifestaciones de violencia institucional son difícilmente reconocidas tanto como las propias mujeres como por la sociedad y la medicina.

Una de las posibles causas por las cuales la violencia obstétrica se ha mantenido invisible responde a que muchas veces estos comportamientos son vistos como normales por parte de las mujeres, especialmente por aquellas que acuden a servicios de salud gratuitos y consideran que someterse a tratos poco amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención.

Cabe mencionar, que desafortunadamente la violencia obstétrica se ha visto de forma natural entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad, ya que la mayoría de las mujeres muchas veces prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto y concentrarse en no complicar su estado emocional.

En nuestra sociedad, estos comportamientos se han naturalizado, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas quienes temen reclamar por sus derechos o, lo que es peor aún, no conocen sus derechos. Lo mismo puede decirse en relación con gran parte del personal de salud, quienes a menudo ni siquiera llegan a cuestionarse la legitimidad de sus actos.

Como sugerencias se recomienda realizar encuestas cualitativas con escala de medición de Likert, dar a conocer a las mujeres sus derechos como pacientes así como también como identifiquen las formas en las cuales se manifiesta la Violencia Obstétrica ya que para ellas algunas de estas acciones son consideradas como normales y lo dejan pasar por alto, se debe orientar y asesorar a las mujeres durante el proceso de parto así como también las posibles complicaciones del parto crear consciencia con el personal de salud sobre las consecuencias de sus actos por más insignificantes que puedan parecer, debemos darnos cuenta de su gravedad con su repercusión para la salud y la psicología de la persona que la sufre y la sociedad en su conjunto.

Como propuestas se sugiere introducir cambios tanto en el sistema medico como en la sociedad en general de forma que las mujeres sean consideradas como sujetos capaces y de pleno derecho en todos los aspectos de sus vidas y en cualquiera de las circunstancias en las que, como en el embarazo o parto, se pueden encontrar.

IX. Bibliografía

- Aguilera, L. F. (Mayo 2014). Defensa de los derechos de las mujeres . *Sala de prensa* , 45 .
- Aguirre A, M. B. (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia.
- Alvarado Rigos M, G. N. (2012). La violencia de genero un problema de salud pública. *Interaccion y Perspectiva* , 97 a la 106.
- Añón, M. (2016). Violencias con género. A proposito del concepto de la violecia contra las mujeres . *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho* , 1 a 26.
- Baez, R. C. (2014). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *CNEGSR* , 123 a 126.
- Baez, R. C. (Mayo 2014). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *CNEGSR* , 123 a 126 .
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.
- Bellón. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica . *DILEMATA* , 93 a la 111.
- Borja, C. B. (Mayo 2017). Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud. *Colegio de posgrados* .
- Browser D, H. K. (2010). Mujeres violetadas durante el embarazo . *GIRE* , 10.
- Callister. (2014). Violencia en los servicios de salud públicos . *GIRE* , 37.
- Calvo Gonzales G, C. B. (2014). La violencia de genero: evolucion impacto y claves para su abordaje. *Enfermeria global* , 424 a la 439.
- Camacaro, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derecho sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*. Vol. 18 , 185 a 192 .
- Campiglia, M. (2015). Violentar el nacimiento .
- Castro R, E. J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obtétrica en México. *CONAMED* , 37-42.
- Coral, G. d. (2015). Jerarquización de violencia . *PAMIMH* , 40 .
- d'Oliveira, A. F. (Mayo 2014). "Violence against women in health care institutions: an emerging problem . *The Lancet* , 1681 a 1685.
- Danúbia Mariane Barbosa Jardim, C. M. (2018). La Violencia Obstetrica en el cotidiano asistencial y sus características . *RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 12.
- Dimas Arias, M., & Hueta Baltazar, M. I. (2016). Violencia obtetrica asociada al desgaste profecional en el personal de Enfermeria de Morelia, Mexico .
- Downe, T. y. (2008). Violencia deshumanizada por el persona de salud . *GIRE* , 24.

Elmir, R. S. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* , 2142-2153.

En Mexico el 25% de las embarazadas son victimas de violencia obstetrica. (28 de Enero de 2019). *La Verdad de Tamaulipas* .

Espinoza, E. (2014). (In)visibilizaciones de violencia obstétrica en las percepciones de indígenas del centro norte de México . *CONAMED* , 58.

Faneite, J., Feo, A., & Toro, J. (2012). Grado de conocimiento de Violencia Obstétrica por el personal de salud. 35.

Freyermuth G, S. P. (2009). La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura . *CIESAS* , 75.

GALIMBERTI, D. (2015). Volencia obstetrica . 21.

GIRE. (2015). Omisión e indifeerencia. Derechos reproductivos en México .

Ibid. (2013). Violencia obsétrica: parto deshumanizado . *Tesis* .

Jacobo, R. (2016). Norma Oficial Mexicana Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *CONAMED* , 38 a 44.

Julián, M. C. (2013). Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

La Verdad de Tamaulipas. (28 de Enero de 2019). *En Mexico el 25% de las embarazadas son victimas de violencia obstetrica* .

Llaman CEEAV y SEIMUJER a generar Politicas Publicas favorales a Partos sin Violencia. (2018). *Redacción Michoacán Imparcial* .

Lucía, B. A. (2016). Violoencia Obstétrica: Vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el hospital Regional Docente Las Mercedes. *TESIS* .

Lucía, B. A. (Junio 2016). Violoencia Obstétrica: Vivencias durante el proceso de atención del nacimiento en mujeres atendidas en el hospital Regional Docente Las Mercedes. *TESIS* .

Lundsteen, M., Martínez, U., & Palomera, J. (2014). Reproducción social y conflicto en la periferias urbanas del estado español, fronteras y diálogos. *Actas del XIII Congreso de Antropología de la federación de asociaciones de antropología del estado español* .

Magnone, Natalia. (2010). Los derechos sexuales y reproductivos en el parto. *Trabajo presentando en las IX Jornadas de Investigación de la Fac. De Cs. Soc., UDELAR. Montevideo* .

Magnone, Natalia. (2010). Los derechos sexuales y reproductivos en el parto. *Trabajo presentando en las IX Jornadas de Investigación de la Fac. De Cs. Soc., UDELAR. Montevideo* .

Monroy, S. A. (2012). El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá.

Montes, M. J. (2007). Las culturas del Nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. 22.

N, F. L. (Julio 2014). Falta de respeto y el abuso de las mujeres en el parto . *The Lancet* , 55.

Natalia Torres, D. R. (2016). Me des-cuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante el proceso de parto. *TESIS* .

Olza, I. (2014). Las escuelas de la violencia obstétrica.

OMS. (2014). Cuidados en el parto normal:una guía práctica. *Departamento de investigación y Salud Reproductiva* .

ONU. (Febrero 2015). *La prevención y eliminación de la falta de respeto y abuso durante el parto en las instalaciones* .

Palomino, O. E. (Junio 2017). Violencia Obstétrica: Persepción de las usuarias sonorenses . *SANUS* , 21.

Pardo, A. (2014). Tipos de violencia . *CNDH* , 195-196.

Pérez, D. F. (2016). La violencia obstétrica y el derecho a la salud reproductiva. *Tesis* , 32.

Pérez, Danilo Fernando Nuñez. (2016). La violencia obstétrica y el derecho a la salud reproductiva. *Tesis* , 32.

Pérez, P. M. (Abril 2014). Penalización de actos de Violencia Obstétrica . *Diario Oficial de la Federeación* , 23 a 27 .

Pintado, S. P. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obtetrica . *GINECOL Obstet Mex* , 173 a 178 .

Pozzio, R. (2016). La Gineco-obstetricia en México: entre "el parto humanizado" y "la violencia obstétrica".

Quevedo, P. (2013). Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género.

Ramírez, G. (2014). La violencia Obstétrica: propuesta conceptual apartir de la experiencia costarricense . *Cuaderno intercambio sobre centro américa y el caribe* , 145 a 169 .

Rico, L. y. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto. *Género y Política en salud. UNIFEM* , 265.

Romina, M. B. (2014). Identificar el cumplimiento de la ley de parto respetado por el equipo de salud . *UNC Universidad Nacional de Cordoba* , 55.

S., D. (2009). Los conceptos del parto normal, natural y deshumanizado. *Revista de Antropología Iberoamericana* , 225-247.

Sánchez, F. (1992). Historia de la Ginecobstetricia en Colombia.

SCJN. (2014). Amparo directo en revisión . *Suprema Corte de Justicia de la Nación* , 68.

Sixto, M. (Abril 2016). El embarazo y la maternidad en la epoca medieval.

Soet, B. y. (2003). Trastornos de estrés postraumatico ddebido al parto: las consecuencias . *Nursing Research* , 42.

Tinoco-Zamudio, M. T. (2013). La subjetividad del médico y mortalidad materna. *CONAMED* , 157-160 .

Una de cada cuatro Mexicanas sufre Violencia Obstetrica en instituciones de salud. (23 de Junio de 2016). *MiMorelia* .

Valdez, R. H. (2013). Nueva evidencia a un viejo problea: el abuso de las mujeres en salas de parto. *CONAMED* .

Venezuela, A. N. (Mayo 2014). LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES. *Gaceta Oficial* , 647.

Wagner. (1991). Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género . *PAMIMH* , 67.

X. Anexos y Apéndices.

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la investigación: FORMAS DE VIOLENCIA OBSTETRICA EXPERIMENTADA POR MADRES QUE TUVIERON UN PARTO NORMAL

Investigador responsable: E.L.E. CLARITZA PÉREZ LUCAS, E.L.E. YARELI LÓPEZ LÓPEZ, E.L.E. ADRIANA RUIZ AGUILAR, E.L.E. CRISTINA RAMIREZ SANDOVAL, E.L.E. FELIPE DE JESUS OROZCO DAMIAN, E.L.E. RODOLFO RIVERA FLORES, E.L.E. CESAR ALEJANDRO PIMENTEL GUERRERO.

Información: ¿Cuál es el índice de violencia obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto frente al cuidado recibido por el personal de salud? Para poder comprender y compartir esa experiencia primeramente dentro de la misma Facultad de Enfermería de la UMSNH, y posteriormente con todas aquellas personas que se encuentren interesadas en esta investigación.

Por lo cual, le invito a que participe en este estudio, asumiendo el compromiso de mantener en el anonimato su identidad, como también garantizándole que el desarrollo de este estudio no tiene riesgo para su persona, ni para sus familiares o amigos.

En caso de que usted acepte participar, aún después de iniciado el estudio, y si así lo prefiere puede rehusarse a proporcionar más información, ya que la participación no es una obligación para usted.

Yo _____

Manifiesto estar de acuerdo en participar en el presente estudio de una manera libre y soberana. Entendiendo que fui elegid@ por tener la responsabilidad de ser la o el jefe de grupo en esta mi sección de esta Facultad de Enfermería

Firmo bajo mi consentimiento, doy testimonio de haber recibido la información mencionada y estar consciente de mis derechos que tengo:

- La garantía de recibir en cualquier momento respuestas y esclarecimientos a cualquier duda respecto a la entrevista, o algún asunto relacionado que surja con el mismo estudio.
- La libertad de retirar mi consentimiento, en cualquier momento, y dejar de participar en el estudio, sin que eso traiga consecuencias para mí, mis familiares o amigos.
- La seguridad de que no seré identificad@ y que la información será mantenida con carácter confidencial.
- La seguridad de que seré enterad@ de los resultados del estudio y los beneficios que puede traer para una mejor formación de las siguientes generaciones en formación dentro de la Facultad.

Morelia, Michoacán. A ____ de _____ del 20__

XI. Instrumento validado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE LIC. EN ENFERMERÍA

ENCUESTA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Marco Legal

Ley Nacional 25929, Derechos de Padre e Hijos en el Momento del Nacimiento.

Ley Nacional 26485, artículo 6 inciso “e”, de Protección Integral de las Mujeres “Violencia obstétrica”: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

El propósito de esta investigación es identificar el índice de violencia obstétrica en relación a la experiencia vivida de la mujer durante su proceso de parto frente al cuidado recibido por el personal de salud.

Su participación es de gran importancia, por lo que le agradecemos de antemano.

La información que proporcione será confidencial y anónima.

NOMBRE: _____

EDAD: _____ LUGAR DE PROCEDENCIA: _____ RELIGIÓN: _____

ESTADO CIVIL: a) Soltera _____ b) Casada _____ c) Viuda _____ d) Unión libre _____

ESCOLARIDAD: _____

FECHA DEL PARTO: _____ SEXO DEL NEONATO: _____

INSTRUCCIONES. CONTESTE LO QUE SE LE PIDE Y MARQUE CON UNA “X” LAS RESPUESTAS CON LAS CUALES SE IDENTIFIQUE.

Mientras estabas internada en el hospital en trabajo de parto...

	Preguntas	Respuestas	
		SI	NO
1.	¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tus reacciones?		
2.	¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamita, hijita), como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?		
3.	¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o parto?		
4.	¿Te fue difícil manifestar tus inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?		
5.	¿Te fue imposible o incómodo manifestar tus miedos?		

6.	¿Se realizaron alguno de los siguientes procedimientos?		
	• Enema		
	• Colocación de sonda vesical bruscamente		
	• Rotura artificial de bolsa (fuente)		
	• Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas		
	• Compresión del abdomen en el momento de los pujos		
	• Episiotomía		
7.	En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?		
8.	¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?		
9.	¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?		
10.	¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle pecho, etc.)		
11.	Después del parto, ¿consideras que no estuviste a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?		
12.	¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir?:		
	• Vulnerable		
	• Culpable		
	• Insegura		

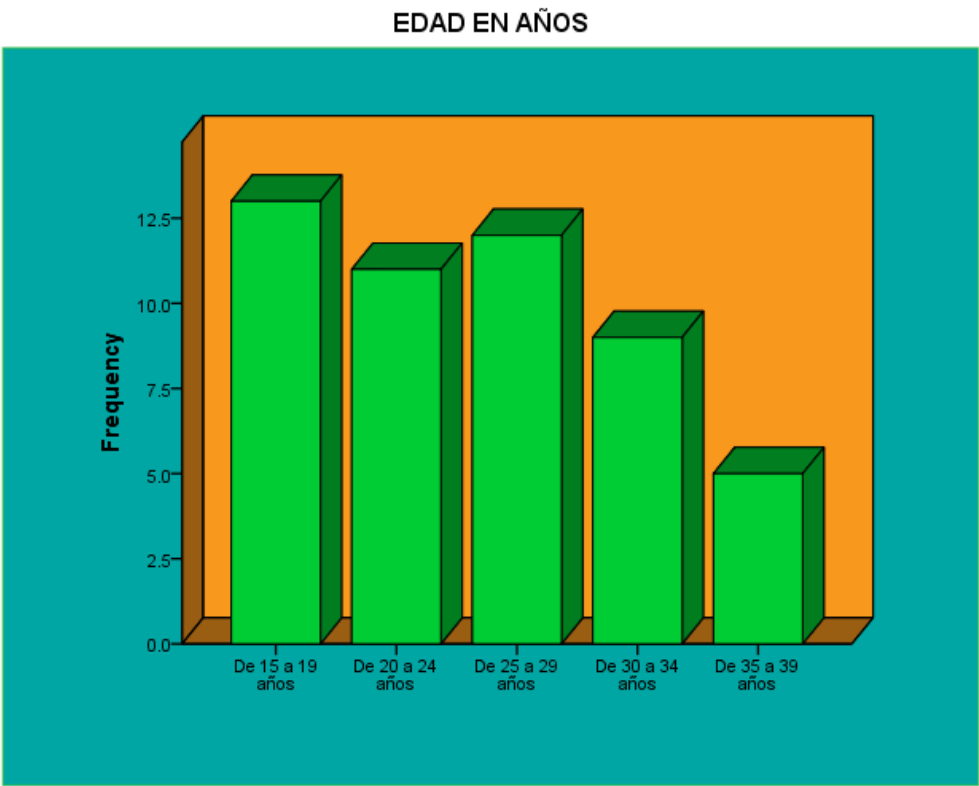
Elaboró: E.L.E. CLARITZA PÉREZ LUCAS, E.L.E. YARELI LÓPEZ LÓPEZ, E.L.E. ADRIANA RUIZ AGUILAR, E.L.E. CRISTINA RAMIREZ SANDOVAL, E.L.E. FELIPE DE JESUS OROZCO DAMIAN, E.L.E. RODOLFO RIVERA FLORES, E.L.E. CESAR ALEJANDRO PIMENTEL GUERRERO.

XI. Tablas y Gráficas de frecuencia.

Edad en años				
	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid De 15 a 19 años	13	26.0	26.0	26.0
De 20 a 24 años	11	22.0	22.0	48.0
De 25 a 29 años	12	24.0	24.0	72.0
De 30 a 34 años	9	18.0	18.0	90.0
De 35 a 39 años	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 1.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.



Fuente: Cuadro 1.

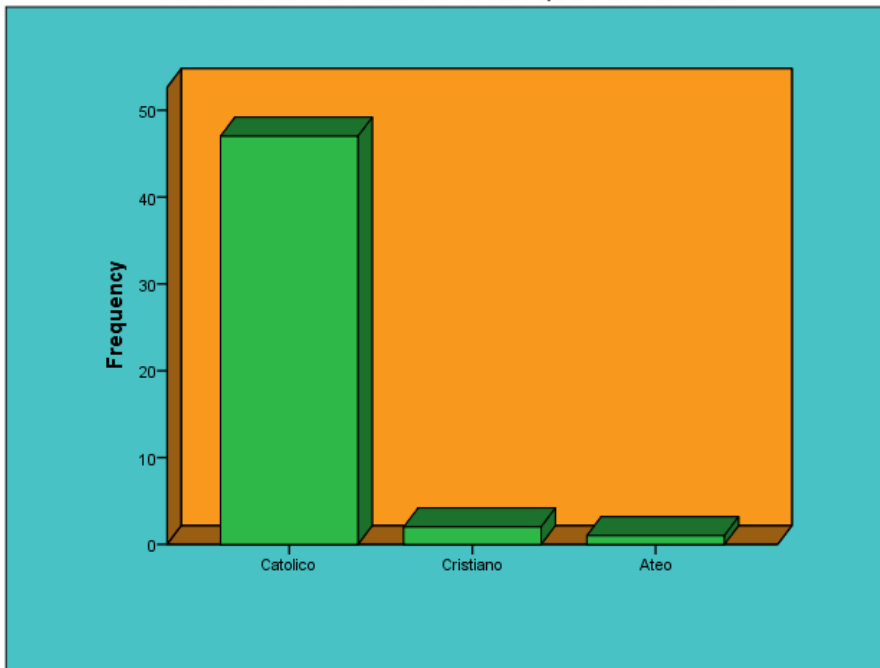
Se refiere a la religión que pertenece

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Católico	47	94.0	94.0	94.0
Cristiano	2	4.0	4.0	98.0
Ateo	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 2.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

SE REFIERE A LA RELIGION A LA QUE PERTENECE



Fuente: Cuadro 2.

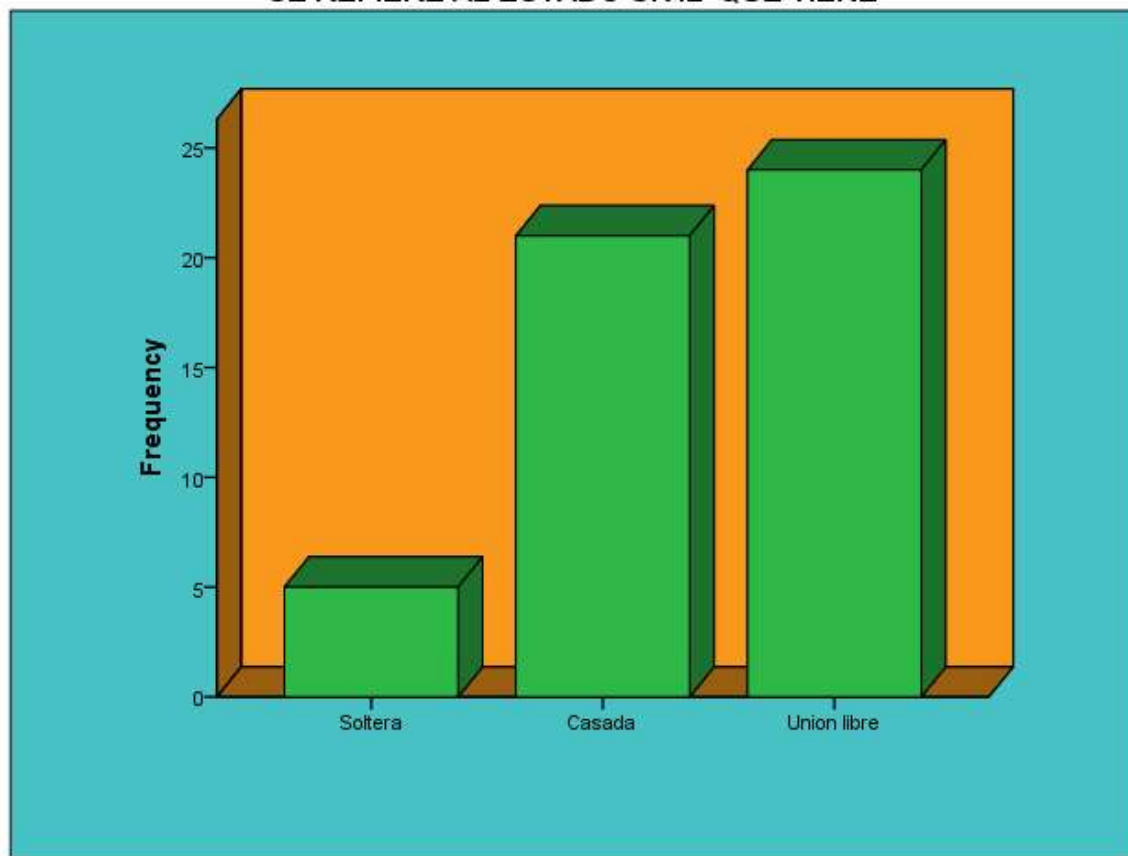
Se refiere al estado civil al que tiene.

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Soltera	5	10.0	10.0	10.0
Casada	21	42.0	42.0	52.0
Union libre	24	48.0	48.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 3.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

SE REFIERE AL ESTADO CIVIL QUE TIENE



Fuente: Cuadro 3.

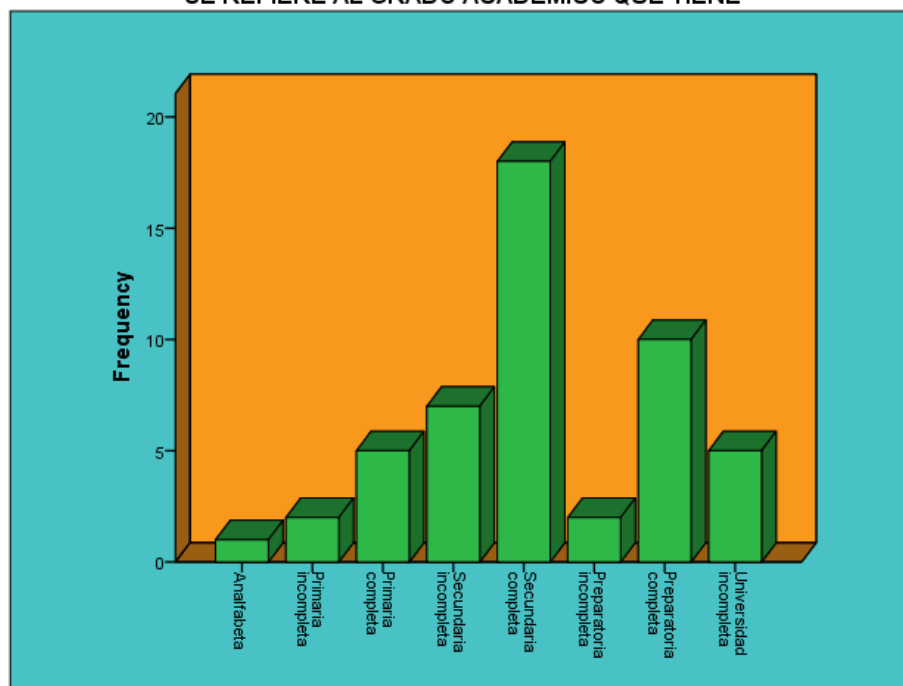
Se refiere el nivel académico que tiene

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Analfabeta	1	2.0	2.0	2.0
Primaria incompleta	2	4.0	4.0	6.0
Primaria completa	5	10.0	10.0	16.0
Secundaria incompleta	7	14.0	14.0	30.0
Secundaria completa	18	36.0	36.0	66.0
Preparatoria incompleta	2	4.0	4.0	70.0
Preparatoria completa	10	20.0	20.0	90.0
Universidad incompleta	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 4.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

SE REFIERE AL GRADO ACADEMICO QUE TIENE



Fuente: Cuadro 4.

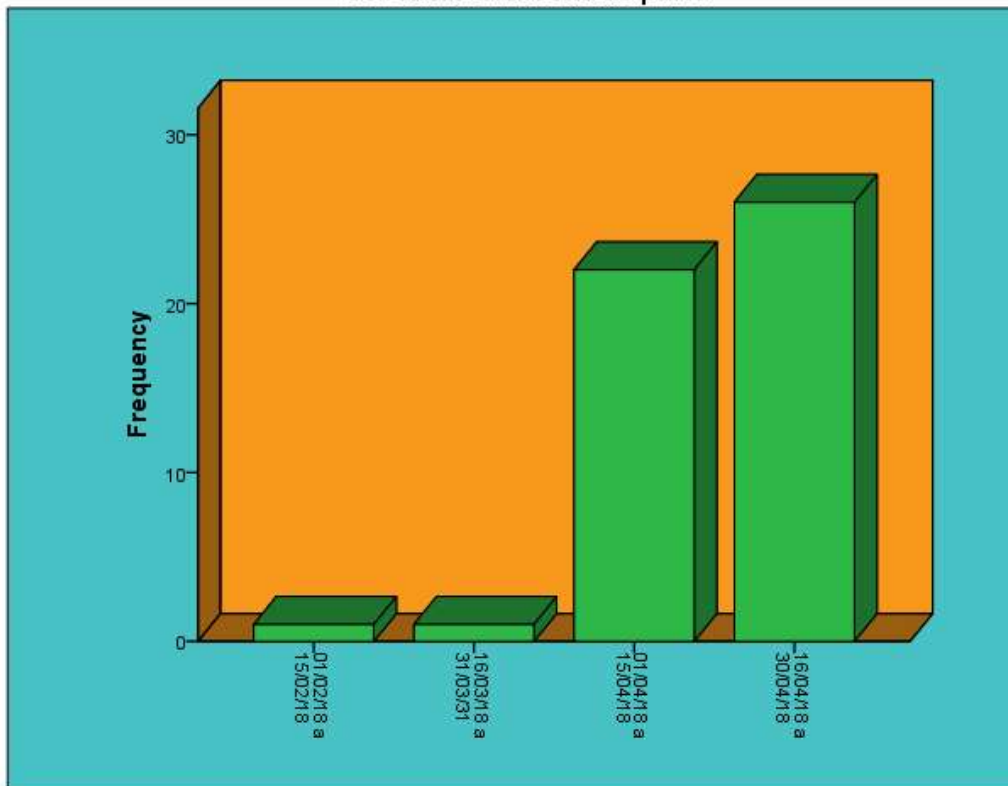
Se refiere a la fecha de parto

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
01/02/18 a 15/02/18	1	2.0	2.0	2.0
16/03/18 a 31/03/31	1	2.0	2.0	4.0
Valid 01/04/18 a 15/04/18	22	44.0	44.0	48.0
16/04/18 a 30/04/18	26	52.0	52.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 5.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

Se refiere a la fecha de parto



Fuente: Cuadro 5.

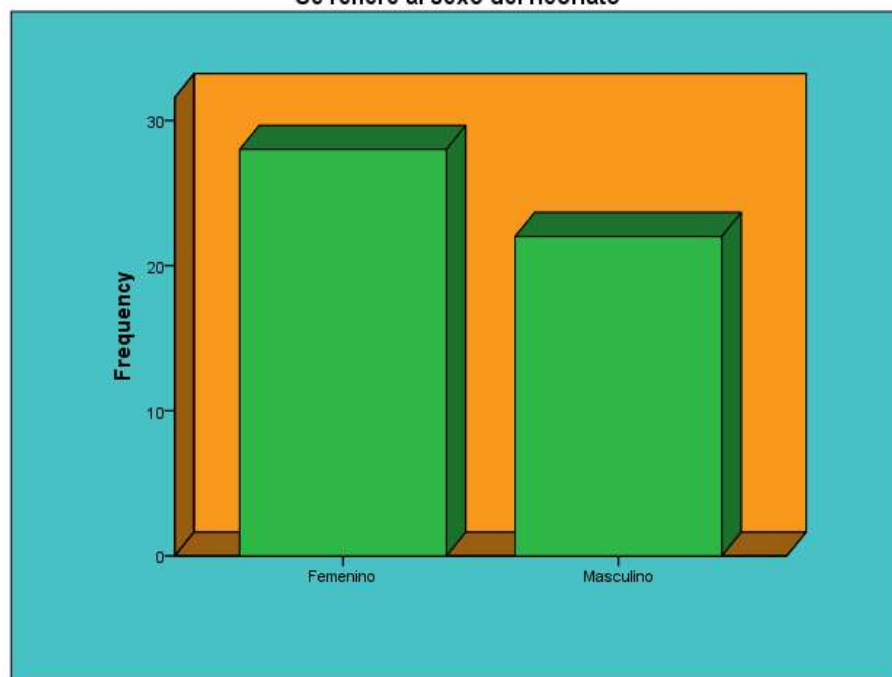
Se refiere al sexo del neonato

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Femenino	28	56.0	56.0	56.0
Valid Masculino	22	44.0	44.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 6.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

Se refiere al sexo del neonato



Fuente: Cuadro 6.

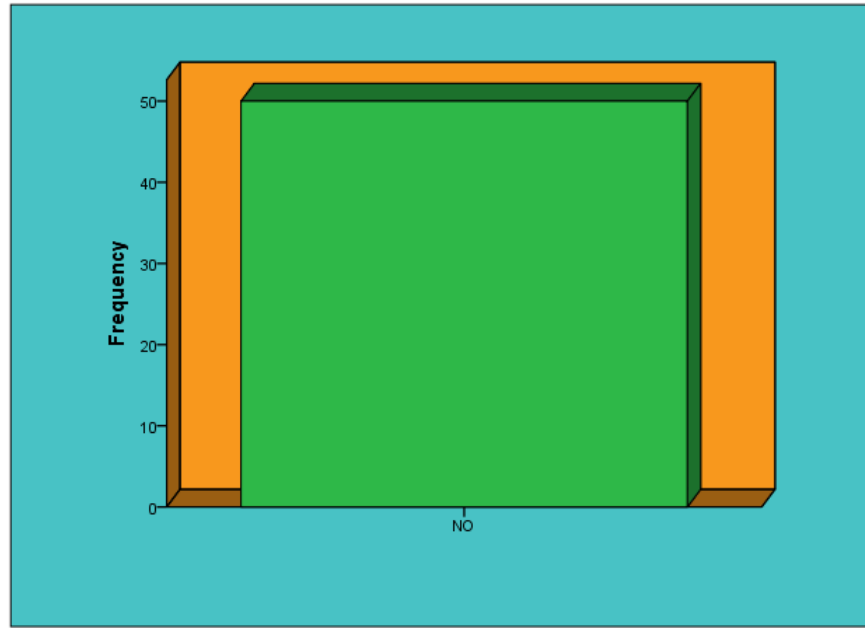
¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en todo de chiste acerca de tus reacciones?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NO	50	100.0	100.0	100.0

Cuadro 7.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en todo de chiste acerca de tus reacciones?



Fuente: Cuadro 7.

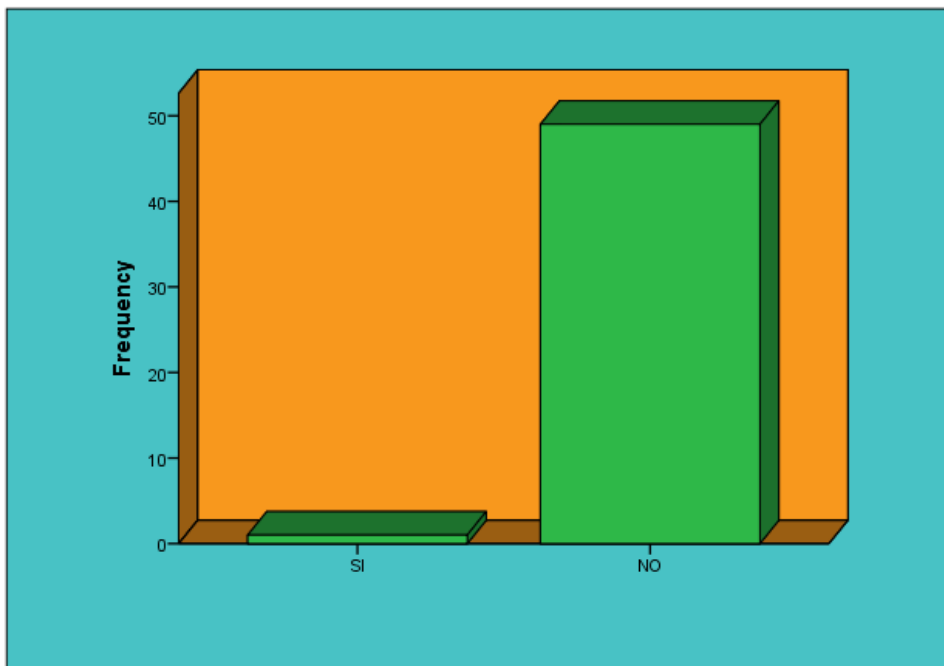
¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamita, hijita), como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	1	2.0	2.0	2.0
Valid NO	49	98.0	98.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 8.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita, mamita, hijita), como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?



Fuente: Cuadro 8.

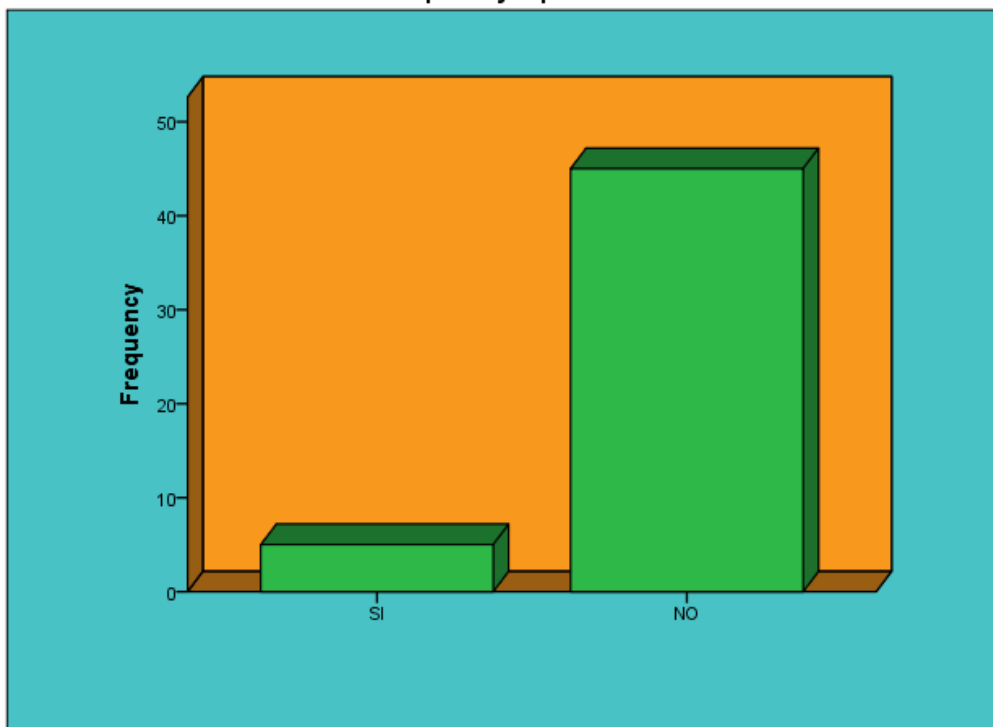
¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o parto?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	5	10.0	10.0	10.0
Valid NO	45	90.0	90.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 9.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o parto?



Fuente: Cuadro 9.

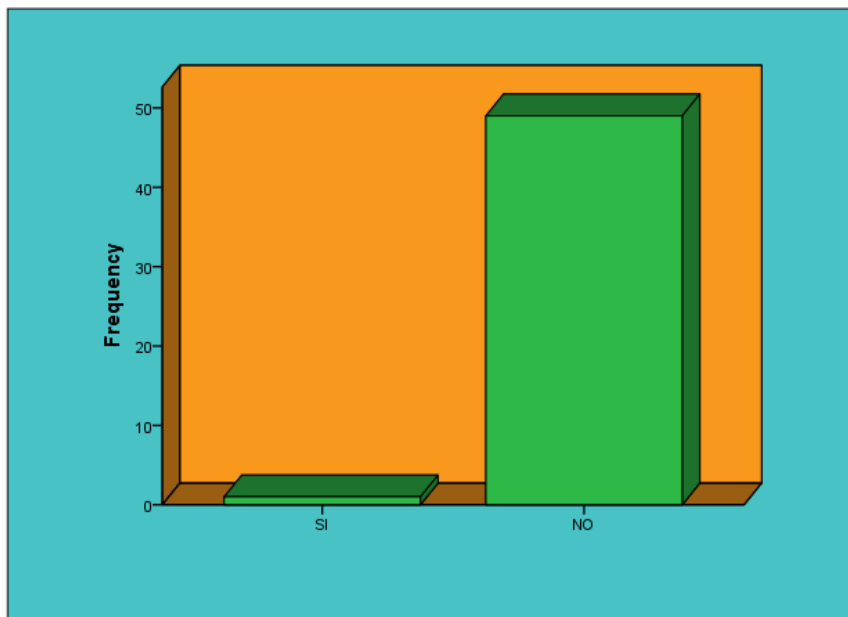
¿Te fue difícil manifestar tus inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	1	2.0	2.0	2.0
Valid NO	49	98.0	98.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 10.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

¿Te fue difícil manifestar tus inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?



Fuente: Cuadro 10.

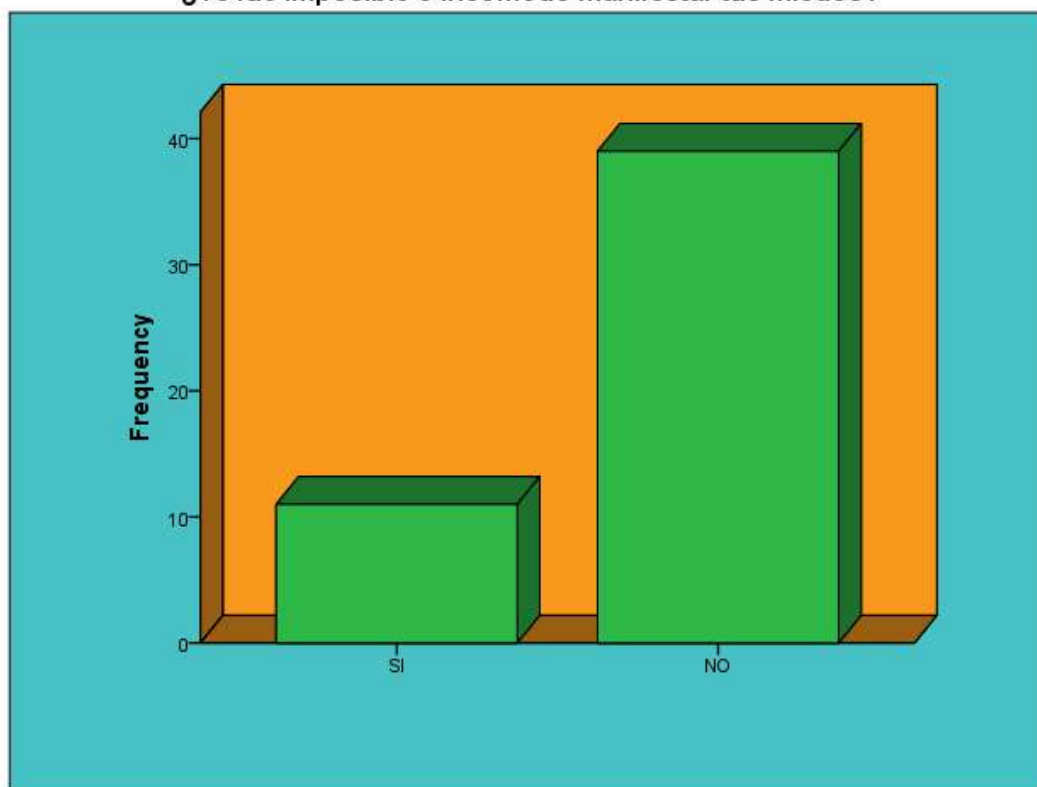
¿Te fue imposible o incómodo manifestar tus miedos?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	11	22.0	22.0	22.0
Valid NO	39	78.0	78.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 11.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

¿Te fue imposible o incómodo manifestar tus miedos?



Fuente: Cuadro 11.

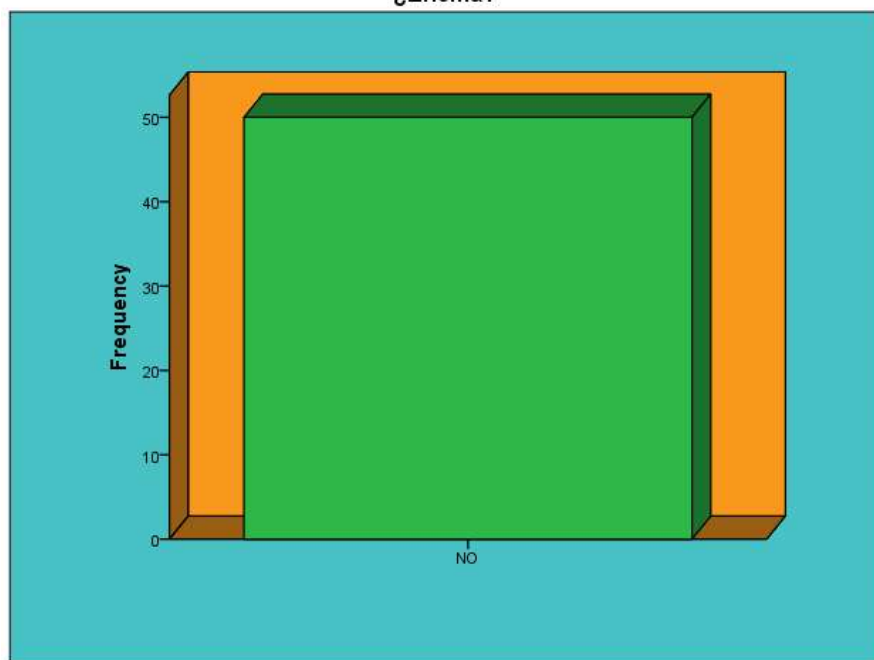
¿Enema?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NO	50	100.0	100.0	100.0

Cuadro 12.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

¿Enema?



Fuente: Cuadro 12.

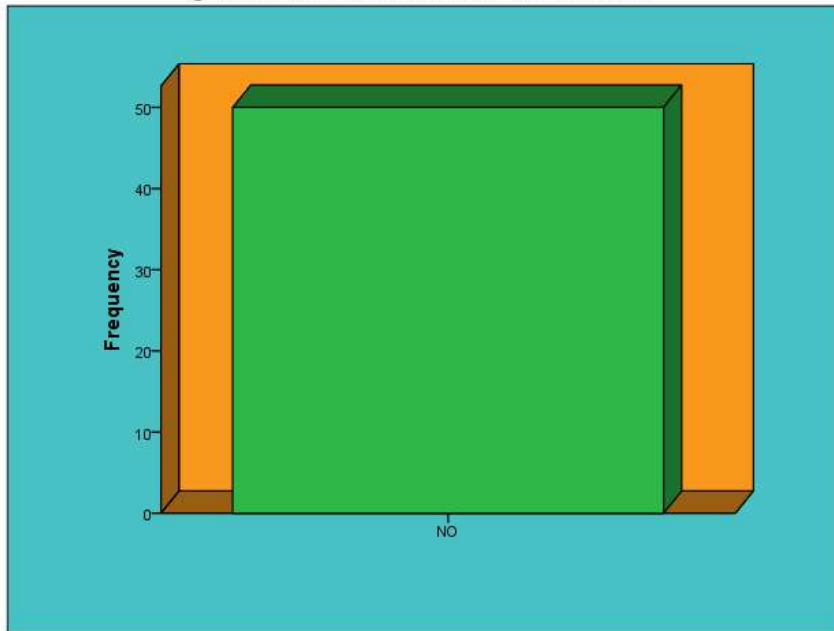
¿Colocación de sonda vesical bruscamente?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NO	50	100.0	100.0	100.0

Cuadro 13.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

¿Colocación de sonda vesical bruscamente?



Fuente: Cuadro 13.

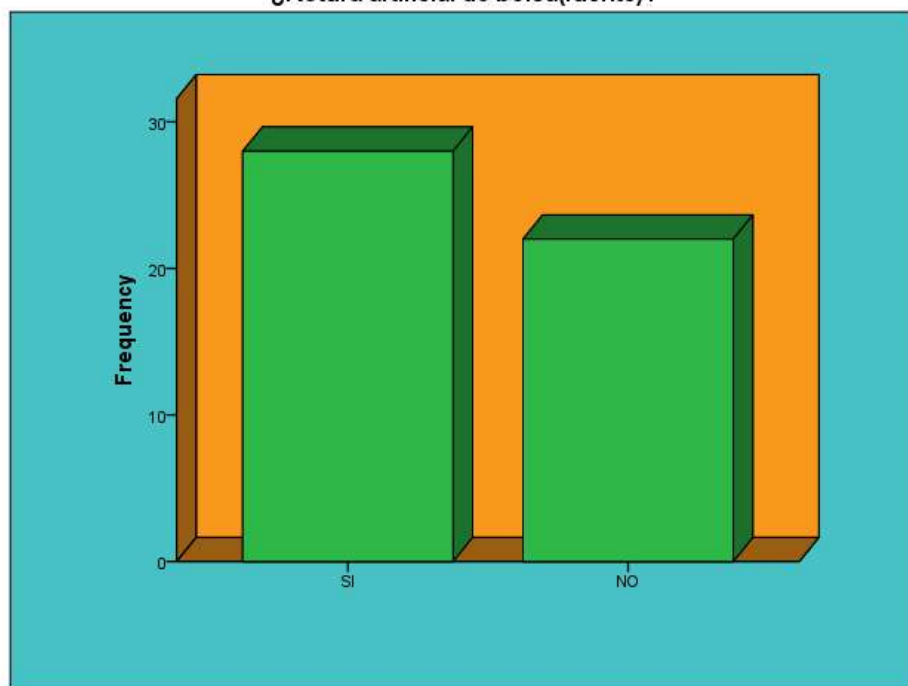
¿Rotura artificial de bolsa(fuente)?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	28	56.0	56.0	56.0
Valid NO	22	44.0	44.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 14.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

¿Rotura artificial de bolsa(fuente)?



Fuente: Cuadro 14.

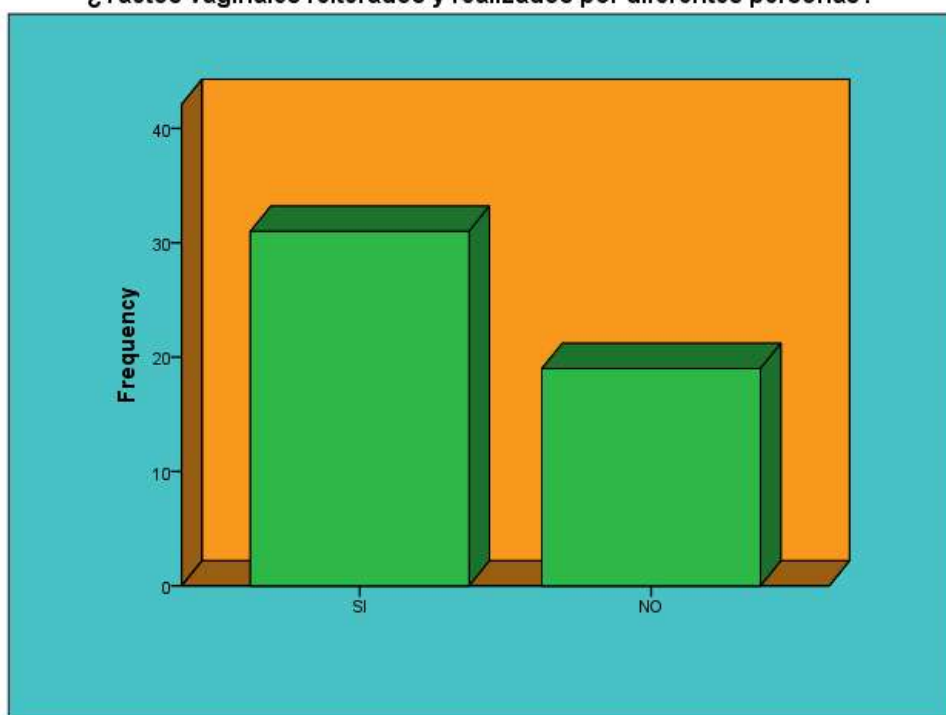
¿Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	31	62.0	62.0	62.0
Valid NO	19	38.0	38.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 15.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

¿Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas?



Fuente: Cuadro 15.

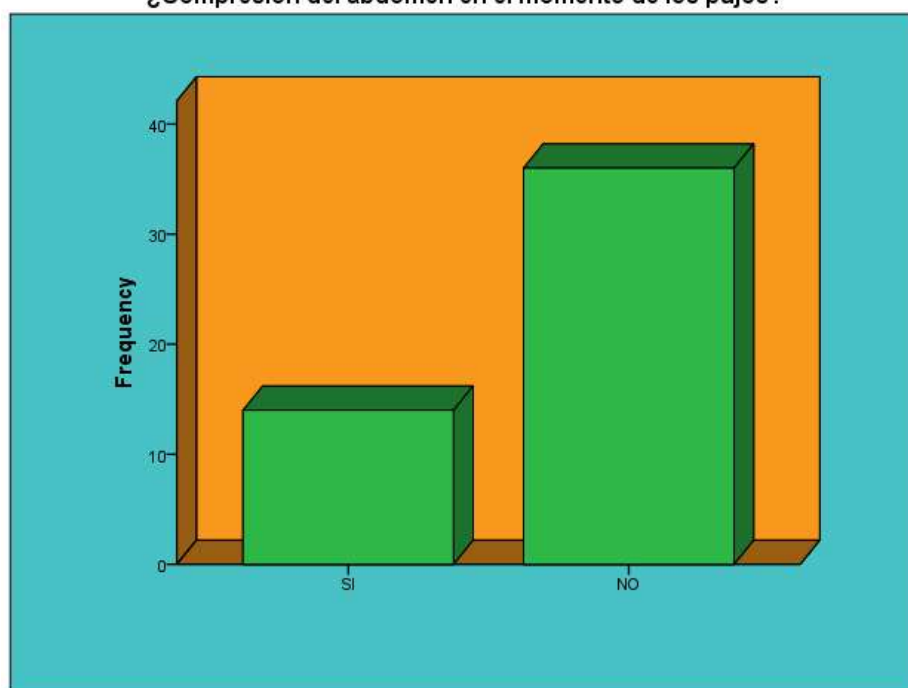
¿Compresión del abdomen en el momento de los pujos?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	14	28.0	28.0	28.0
Valid NO	36	72.0	72.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 16.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacan, Abril 2018.

¿Compresión del abdomen en el momento de los pujos?



Fuente: Cuadro 16.

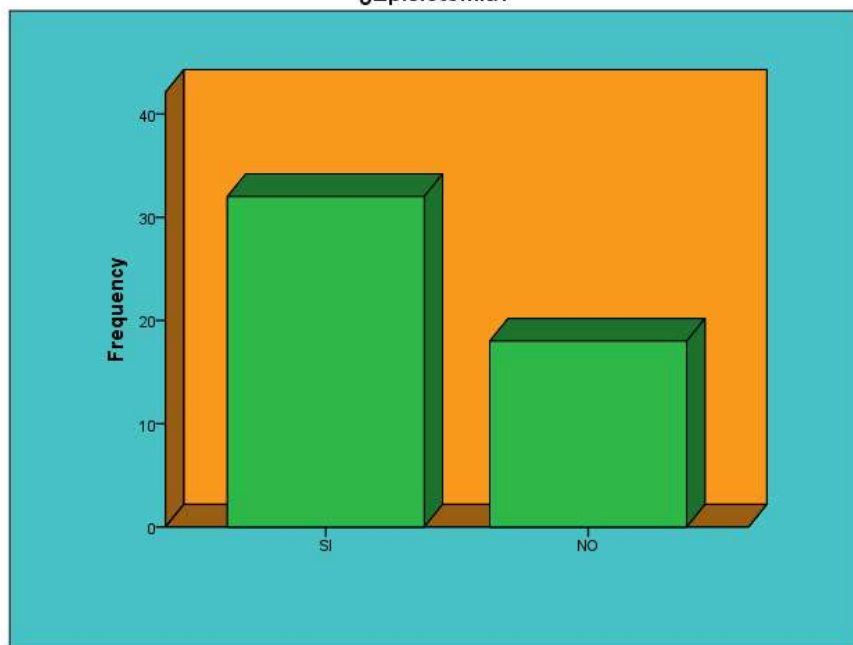
¿Episiotomía?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	32	64.0	64.0	64.0
Valid NO	18	36.0	36.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 17.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Episiotomía?



Fuente: Cuadro 17.

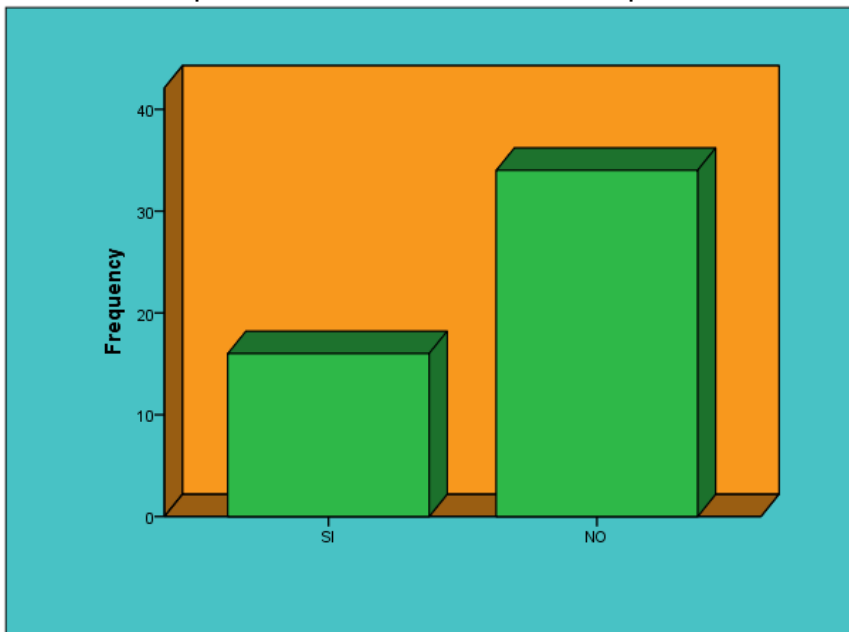
En el momento del parto¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	16	32.0	32.0	32.0
Valid NO	34	68.0	68.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 18.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

En el momento del parto¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?



Fuente: Cuadro 18.

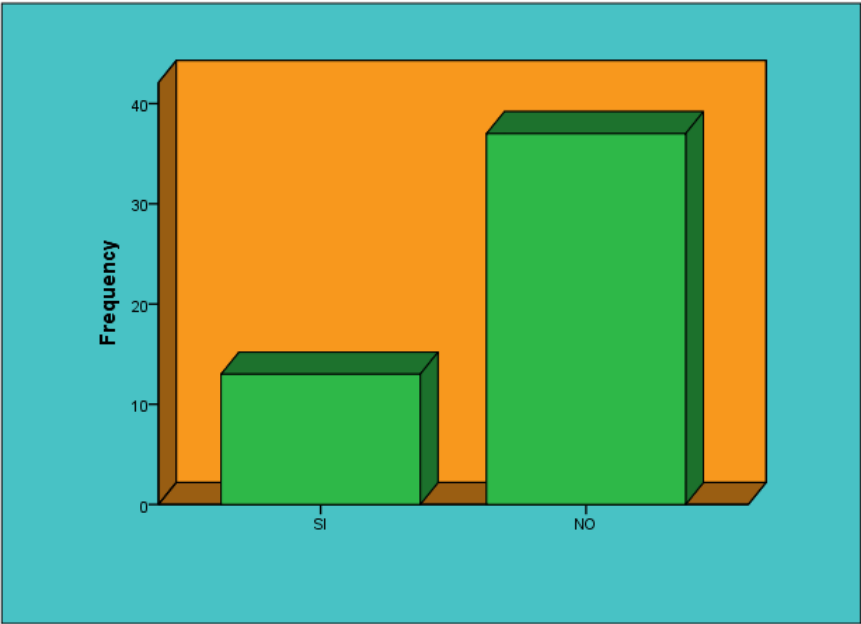
¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid SI	13	26.0	26.0	26.0
NO	37	74.0	74.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 19.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?



Fuente: Cuadro 19.

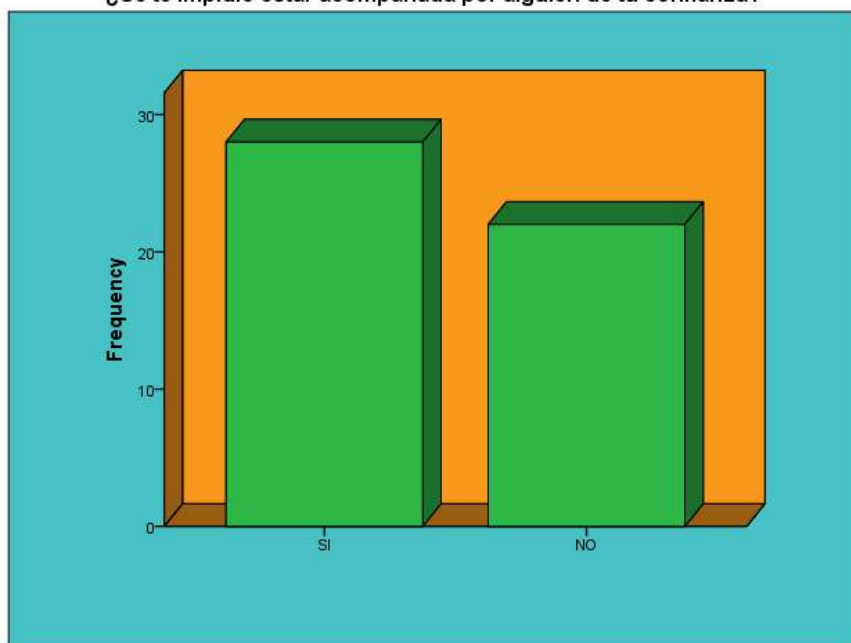
¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	28	56.0	56.0	56.0
Valid NO	22	44.0	44.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 20.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?



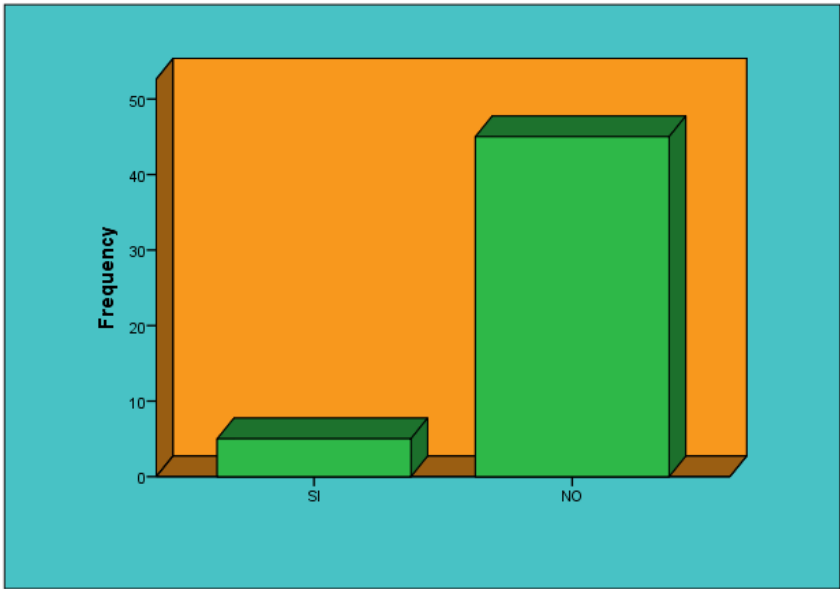
Fuente: Cuadro 20.

¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control?(Acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle pecho etc.)

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	5	10.0	10.0	10.0
Valid NO	45	90.0	90.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 21.
 Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control?(Acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle pecho etc.)



Fuente: Cuadro 21

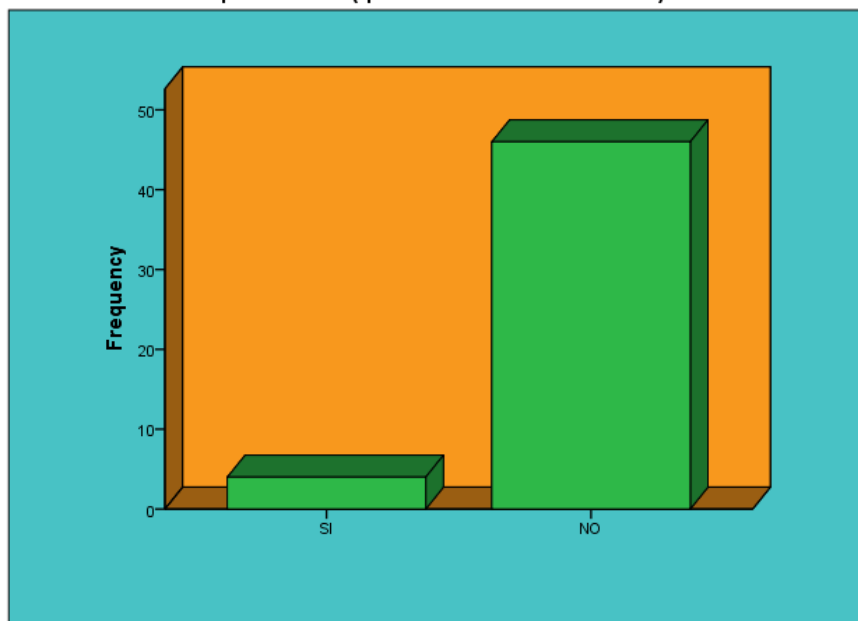
Después del parto, ¿Consideras que no estuviste a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías "colaborado")?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	4	8.0	8.0	8.0
Valid NO	46	92.0	92.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 22.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

Después del parto, ¿Consideras que no estuviste a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías "colaborado")?



Fuente: Cuadro 22.

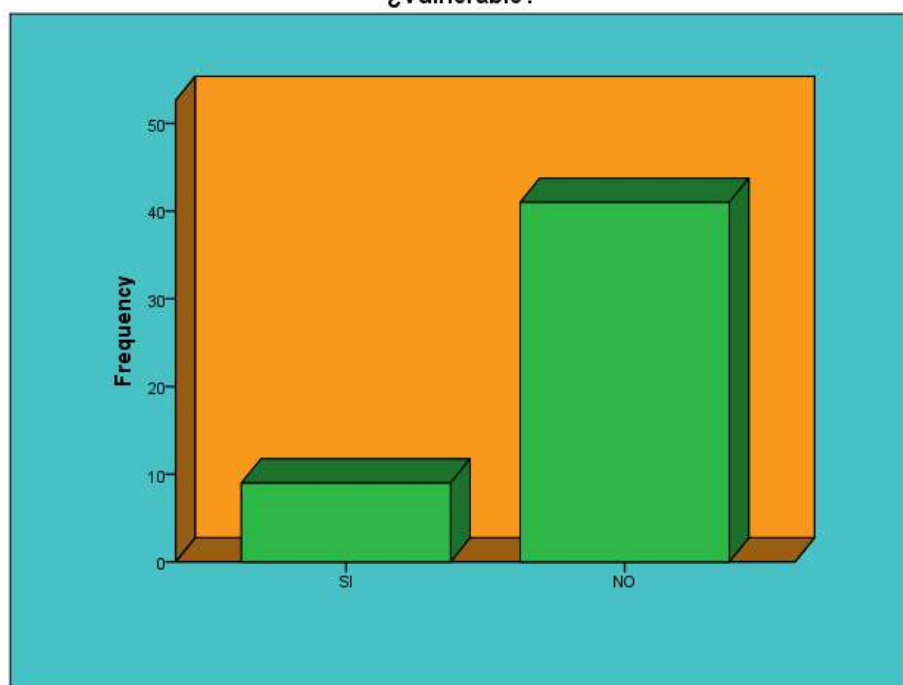
¿Vulnerable?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	9	18.0	18.0	18.0
Valid NO	41	82.0	82.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 23.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Vulnerable?



Fuente: Cuadro 23.

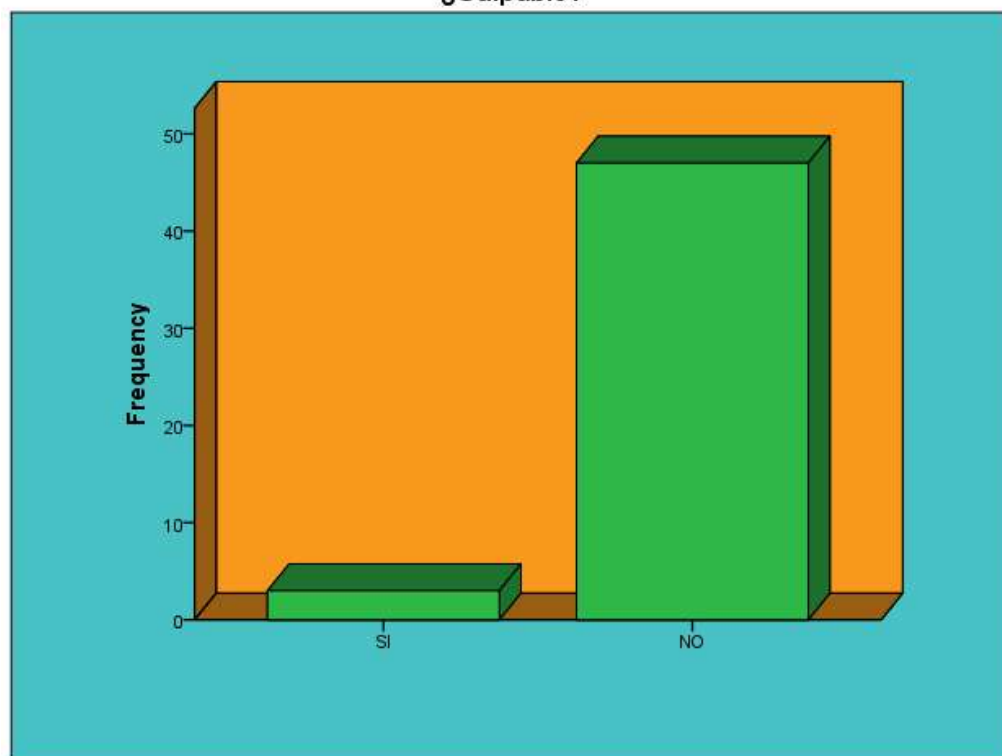
¿Culpable?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	3	6.0	6.0	6.0
Valid NO	47	94.0	94.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 24.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Culpable?



Fuente: Cuadro 24.

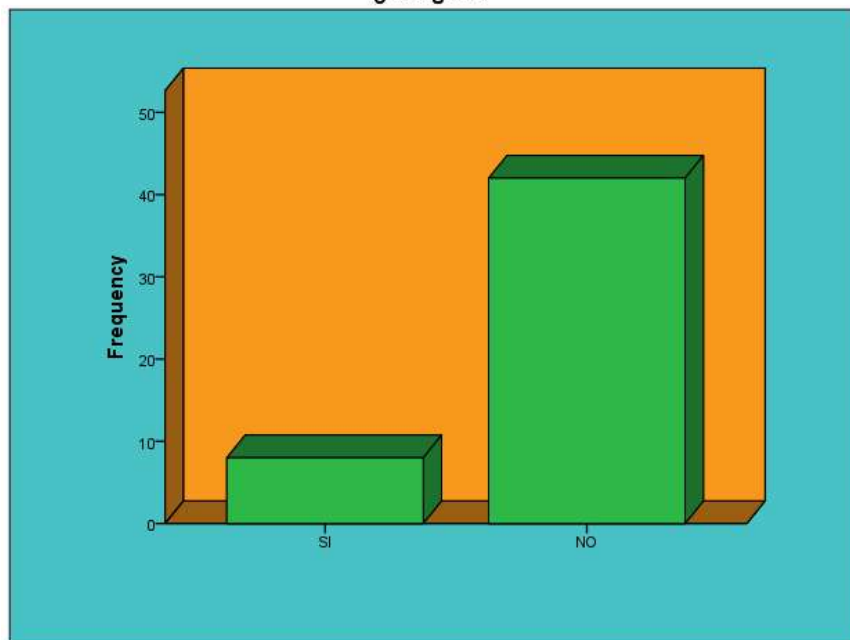
¿Insegura?

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
SI	8	16.0	16.0	16.0
Valid NO	42	84.0	84.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Cuadro 25.

Fuente: Encuestas realizadas a las mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, Abril 2018.

¿Insegura?



Fuente: Cuadro 25.

