



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Violencia obstétrica antes, durante y después del parto en usuarias de un hospital de segundo nivel en Morelia Michoacán

Tesis

Que para obtener el grado de Maestría en Enfermería con terminal en Gestión, dirección y liderazgo

Presenta

L.E. Martha Dimas Arias

Asesora. Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Co Asesoras. Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Morelia, Michoacán,

Agosto 2018

Tabla de contenido

I. Introducción	1
II. Justificación	4
III. Planteamiento del Problema	8
IV. Marco Teórico	12
<i>4.1 Teoría Del Cuidado Humano De Jean Watson</i>	12
4.1.1 Datos bibliográficos.	12
4.1.2 Influencias teóricas.	13
4.1.3 Supuestos.....	15
4.1.4 Elementos del cuidado o factores curativos de la ciencia del cuidado.	15
4.1.5 Conceptos de la teoría del Cuidado Humano.....	17
4.1.6 Conceptos Metaparadigmáticos.....	18
<i>4.2 Violencia Obstétrica</i>	22
<i>4.3 Concepto de Violencia obstétrica.</i>	22
V. Hipótesis	26
VI. Objetivos	26
6.1 <i>General</i>	26
6.2 <i>Específicos</i>	26
VII. Material y Métodos	27
7.1 <i>Enfoque</i>	27
7.2. <i>Diseño</i>	27
7.3. <i>Tiempo</i>	27
7.4. <i>Lugar</i>	27
7.5. <i>Universo</i>	27

7.6. Muestra.....	27
7.7. Muestreo.....	28
7.8. Criterios de Selección	28
7.8.1 Criterios de inclusión.	28
7.8.2 Criterios de eliminación.....	28
7.9.-Técnicas de recolección de datos	28
7.10.-Procedimiento.....	34
7.11 Análisis estadístico	35
7.12 -Consideraciones éticas y legales	36
VIII. Resultados	40
IX. Discusión	49
X. Conclusiones	56
XI. Sugerencias	57
XII. Bibliografía.....	58
XIII. Anexos.....	63
XIV. Apéndices	64
14.1 Hoja de colecta de datos cuestionario de violencia obstétrica.....	64
14.2 Operacionalización de variables	67

RESUMEN

Título de tesis: Violencia Obstétrica antes, durante y después del parto en usuarias de un hospital de segundo nivel en Morelia, Michoacán.

Introducción

Esta investigación aborda una situación inquietante de género que se vive actualmente en las instituciones de salud en México, la violencia obstétrica.

Se define a la violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”, (Pereira, Domínguez y Toro, 2015).

El presente trabajo, está fundamentado en la Teoría del “Cuidado Humano” de Jean Watson, que reconoce al cuidado en conjunto con el amor, en que ambos estructuran la energía psíquica primordial y universal. Constituyen la piedra angular de nuestra humanidad, (Guevara, Evies, Rengifo, Salas, Manrique & Palacio, 2014).

Metodología

Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo dado que la metodología utilizada pretendió medir y cuantificar la variable bajo estudio. El diseño fue descriptivo, prospectivo y transversal que se llevó a cabo a partir de la realización del protocolo en mayo 2016 a abril 2018 cuando se realiza la presentación de los resultados, mismo que se realizó en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán en el servicio de Ginecología y obstetricia, en los turnos: matutino, vespertino, nocturno guardia A, B y turno especial, así como el turno de jornada acumulada

Conclusiones

Cabe resaltar que un porcentaje considerable muestra que es durante el momento del parto donde más se perciben maltratadas tanto física como

verbalmente, lo que es muy semejante a la información de estudios previos, por lo que se concluye que sí existe violencia obstétrica en dicha institución.

Palabras clave: Violencia, Obstétrica, Enfermería, Cuidado Humanizado, Parto Humanizado.

Summary

Thesis title: Obstetric violence before, during and after birth of a second level hospital in Morelia, Michoacán.

Introduction

This investigation approaches a disturbing gender situation currently experienced in health institutions in Mexico, obstetric violence.

Obstetric violence is defined as "the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel that is expressed in a dehumanizing treatment, in an abuse of medication and pathologization of natural processes, leading to loss of autonomy and ability to decide freely on their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women ", (Pereira, Domínguez y Toro, 2015).

The present work is based on the Theory of "Human Care" by Jean Watson, which recognizes caring together with love, in that both structure the primordial and universal psychic energy. They are the cornerstone of our humanity, (Guevara, Evies, Rengifo, Salas, Manrique & Palacio, 2014).

Metodology

It was a study with a quantitative approach given that the methodology used was intended to measure and quantify the variable under study. The design was descriptive, prospective and transversal that was carried out from the implementation of the protocol in May 2016 to April 2018 when the presentation of the results was made, which was carried out in the General Hospital "Dr. Miguel Silva "from Morelia, Michoacán in the service of Gynecology and Obstetrics, in the shifts: morning, afternoon, night guard A, B and special shift, as well as the cumulative shift.

Conclusions

It should be noted that a considerable percentage shows that it is during the moment of birth that they are perceived as being mistreated both physically and verbally, which is very similar to the information from previous studies, so it is concluded that there is obstetric violence in said institution.

Key Words: Obstetric Violence, Nursing, Humanized Care, Humanized Birth.

I. Introducción

En esta investigación se aborda una situación inquietante de género que se vive actualmente en las instituciones de salud en México, la violencia obstétrica (V.O.).

Se define a la violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”, tal como lo menciona la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia, en su Artículo 15, numeral 13 (Pereira, Domínguez y Toro, 2015).

Dentro de este grave problema de la violencia contra la mujer se considera la violencia a la que está expuesta la embarazada durante su hospitalización para ser atendida por parto, por cesárea o por aborto espontáneo, situación que ha sido calificada como tal y por ende tiene repercusiones legales (Pereira et al, 2015).

Por lo que, en el ámbito institucional laboral, la violencia obstétrica se evidencia como un comportamiento natural que involucra principalmente a los profesionales de enfermería que son las y los cuidadores principales de este proceso, en el trato directo con las mujeres usuarias.

El presente trabajo, está fundamentado en la Teoría del “Cuidado Humano” de Jean Watson, que reconoce al cuidado en conjunto con el amor, en que ambos estructuran la energía psíquica primordial y universal. Constituyen la piedra angular de nuestra humanidad; asimismo, el nutrimento de estas necesidades (cuidado y amor) da sentido a la condición de ser humano, valorando que las personas poseen tres esferas del ser: mente, cuerpo y alma y la expresión de estas fuerzas conduce a un mejor entendimiento de uno mismo y de los demás, es por ello que prioriza que el ser humano necesita cuidado y amor, lo que implica que los seres humanos

necesitamos llegar a ser más cuidadosos, más afectivos, más amorosos ya que el cuidado y el amor son lo más universal, lo más sublime y lo más misterioso de las fuerzas cósmicas (Guevara, Evies, Rengifo, Salas, Manrique & Palacio, 2014).

La teoría del Cuidado Humano de J. Watson, está basada en los principios filosóficos del existencialismo que rescata el valor del ser humano como base universal de su experiencia de vida. Esta teoría retoma los constructos de la fenomenología de Edmund Husserl que explora y captura la experiencia subjetiva del individuo, del cómo la está percibiendo y qué significado tiene para este (Rubio & Arias, 2013), vincula íntimamente la experiencia que vive la mujer durante la experiencia del proceso del parto.

La fenomenología fue pensada y descrita por este autor como una filosofía que se puede entender como la ciencia de lo no visible o no evidente y la función fundamental de esta ciencia es la reflexión interpretativa de las experiencias vividas, intentando explicar la vivencia y clarificando las cosas mismas partiendo de la conciencia (Rubio & Arias, 2013).

Por lo tanto, la disciplina de enfermería precisa de la fenomenología para poder otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos de interés, que este caso sería la experiencia de cuidado desde la perspectiva de la persona que la vivencia, permitiendo conocer la importancia de los cuidados en las situaciones de salud-enfermedad y favoreciendo, a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos, un análisis crítico y reflexivo del cuidado de enfermería entregado a las personas (Rubio & Arias, 2013).

La estructura que sigue este trabajo es bajo los siguientes apartados: la introducción que nos presenta un panorama general de la violencia obstétrica. Posteriormente la justificación muestra algunos antecedentes de estudios previos y los parámetros estadísticos que la definen a nivel mundial, Latinoamérica y en México.

Seguidamente se realiza el planteamiento del problema que concluye con la pregunta de investigación. Consecutivamente se desarrolla el marco teórico donde se revisan los argumentos en los que se sustenta la teoría del cuidado humano de Jean Watson, abordado desde la importancia del cuidado de enfermería como marco de referencia de esta investigación, así como las definiciones, clasificaciones que describen la variable violencia obstétrica y las recomendaciones de la OMS sobre la atención del embarazo y parto. Seguido de se exponen la hipótesis alternativa y nula, los objetivos del estudio general y específicos.

Continuando con material y métodos que define el tipo de estudio, diseño, límites de tiempo y espacio, universo de estudio, muestra, criterios de selección y exclusión, la técnica de recolección de datos, el análisis estadístico del Instrumento utilizado para la recolección de los datos y las consideraciones éticas y legales, siendo el camino metodológico eje central que da sentido y sustento a esta indagación. Seguido de este apartado, se despliegan los resultados consistentes en datos estadísticos, la correlación de la variable de estudio con algunas variables sociodemográficas, lo que permitió la explicación de los hallazgos encontrados además de que con ello se aceptaron las hipótesis.

Finalmente se muestran las conclusiones y recomendaciones para dar fruto a la investigación además de la bibliografía consultada, anexos y los apéndices.

II. Justificación

La violencia contra la mujer constituye un problema de estado puesto que es la trasgresión más frecuente de los derechos humanos lo que constituye un problema de salud pública que genera altos costos tanto económicos como sociales (Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) declara que, en todo el mundo, muchas mujeres sufren de violencia obstétrica, que se ve reflejada en un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en instancias de salud, lo que se considera una violación contra sus derechos reproductivos, amenazando sus derechos a la vida, a la salud, a la integridad física y a la no discriminación.

En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales como se identifica en el Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (Secretaría de Salud, 2016).

La violencia obstétrica es reconocida a nivel mundial por primera vez por la República Bolivariana de Venezuela, incorporándola a la ley vigente desde el 2007 de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia seguida por Argentina en 2009 (Bellón, 2015). Y en el artículo 51 de esta ley define la violencia obstétrica, estableciendo sanciones para quienes la ejerzan (Belli, 2013).

Como antecedentes, en la provincia de Santa Fe, Argentina, la Cámara de Diputados declara en el reporte de derechos humanos sobre la atención en salud reproductiva en los hospitales públicos, existen organizaciones como el Instituto de género, derecho y desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM) que operan desde Junio del 2001, con el propósito de erradicar la violencia institucional que ofrece servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres (Cámara de Diputados de la provincia de Santa Fe, 2009).

En México cuatro de cada diez mujeres han sido víctimas por lo que la Comisión de Derechos Humanos refiere que México ocupa el segundo lugar a nivel nacional de violencia obstétrica en hospitales (Gómez, 2018). Anualmente se registran, 2 millones 500 mil nacimientos, lo que expone a más de 6 mil 800 mexicanas al día a sufrirla. (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE, 2015]).

La situación de México no es ajena al contexto mundial: en los últimos treinta años la lucha entre el nacimiento como problema médico y el nacimiento humanizado se ha intensificado y globalizado (Pozzio, 2016). El incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), es del 38.1% del total de nacimientos (Mejía, 2013). Muestra de ello es que en México el 80 por ciento de los nacimientos que se llevan a cabo en los hospitales privados se realizan bajo procedimiento quirúrgico: “cesáreas innecesarias”, en dicho procedimiento se ha registrado como causa frecuente la muerte materna por hemorragia, eclampsia y pre eclampsia (Mejía, 2013).

Por lo que representa un problema presente en los servicios de salud en México, Latinoamérica y el mundo, que se ha incorporado al marco legal de algunos países Latinoamericanos y estados de mexicanos como Veracruz y Chiapas. A pesar de ellos continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud (Restrepo, 2010).

En el senado de la República Mexicana LXIII Legislatura, aprobó la modificación del artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a partir del 2008. En los estados mexicanos como Durango se aprobó en el 2007, en Veracruz en el 2008, Guanajuato 2010 y en Chiapas, en el 2012 (Bellón, 2015).

Si bien la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia no incluye en sus definiciones a la violencia obstétrica, las leyes locales de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz sí la han contemplado; en esta última entidad, la violencia obstétrica está tipificada como delito (Pozzio, 2016).

Actualmente, se considera reglamentada la Ley Nacional 25.929 (2015), conocida como ley de parto humanizado, la cual declara en el artículo 2°, que “Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene los siguientes derechos: a ser informada sobre las distintas consideraciones médicas, a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado, a ser considerada, en su situación respeto del proceso de nacimiento, como persona sana, así como al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos”. Entre otros, por lo que se deberá brindar de forma obligatoria, en todas las instituciones una práctica libre de violencia contra la mujer (OMS, 2014).

En el estado de Michoacán, durante el periodo comprendido entre octubre de 2011 y octubre de 2016, se tenía una población de 1'000197 mujeres de entre 15 y 49 años de edad de acuerdo con cifras oficiales del INEGI. De este universo, 378,000 mujeres, que han experimentado al menos un parto, 120,960 mujeres que representan el 32 por ciento reportaron haber padecido violencia obstétrica (Alfaro, 2017).

Siendo los hospitales y clínicas adheridas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los centros médicos donde se presentó el mayor número de casos con el 40.8%, seguido de centros y clínicas no pertenecientes a éste y centros de salud locales (Alfaro, 2017).

De acuerdo a la media nacional, 34.8%, Michoacán se ubicó a tan solo 1.4 puntos porcentuales por debajo de ésta, es decir la tasa de incidencia fue del 33.4% por detrás de los estado de: México, Ciudad de México y Tlaxcala con 39.5%, 39.2% y 37.7% respectivamente (Alfaro, 2017).

Diversos autores señalan que la violencia obstétrica se presenta tanto en los servicios públicos como en los privados, con independencia de las condiciones sociales de las mujeres, otros investigadores han señalado la existencia de algunos determinantes sociales incrementan la vulnerabilidad de las mujeres para vivir esta experiencia. Algunos de éstos es el habitar un lugar con difícil acceso a los servicios

de salud, hablar lengua indígena o dialecto, ser menor de edad, vivir en contexto de pobreza y poseer bajos o nulos niveles educativos (Rangel & Martínez, 2017).

Y aunque la violencia contra la mujer puede existir en cualquier ámbito social, a menudo está relacionada con niveles socioeconómicos y educativos bajos, resulta prioritario plantear la necesidad de cambio y de nuevas políticas en las instituciones de salud en relación con la atención del embarazo, parto y puerperio conforme con los derechos humanos, normas mexicanas y recomendaciones de la OMS bajo lineamientos y políticas que garanticen la estabilidad física, psicológica y emocional de las usuarias (Cobo, 2016).

III. Planteamiento del Problema

La violencia en el embarazo y en todas las etapas de la vida, es un problema de salud pública porque pertenece a todo ser humano ser tratado con dignidad y respeto. Por lo tanto, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer (Mejía, 2013).

Es derecho fundamental de toda mujer embarazada, recibir una atención prenatal, en el parto y postparto apropiado, que garantice en todo momento un parto humanizado sin violencia, con autonomía reproductiva y a que sus deseos y opiniones sean escuchados y respetados (Mejía, 2013).

Ya que el embarazo, parto y puerperio constituyen una etapa fisiológica importante de la vida sexual y reproductiva de la mujer, la debe vivir plenamente, considerándose la principal protagonista de esta fase, sin violentar sus derechos humanos y reproductivos (Mejía, 2013).

Durante la atención del parto se da una relación en la que se niegan determinados derechos fundamentales a la parturienta, en varias ocasiones no se les proporciona toda la información que debería, hecho que permite actuar con total potestad a los profesionales sanitarios sin tener en cuenta el máximo bienestar de la gestante (Cobo, 2016).

Tal potestad se evidencia cuando a pesar de que la parturienta es la persona que mejor conoce los efectos fisiológicos y psicológicos que le está provocando el parto en ese momento, sus conocimientos, se consideran como ingenuos y acientíficos, por lo que se ignoran hasta no ser validados por los profesionales sanitarios. Entre ellos no hay intención de establecer un diálogo, sino una relación de poder, en este caso, de poder por conocimientos. La finalidad de la utilización del poder obstétrico es la producción de cuerpos dóciles, sexuados y disciplinados (Cobo, 2016).

Esto es lo que ocurre en el momento de la atención del parto, la parturienta deposita su plena confianza en los profesionales convirtiéndose en su objeto de control, en una persona incapaz de participar en la toma de decisiones acerca de su salud y carente de dominio sobre su propio cuerpo (Cobo, 2016).

Y ante esta problemática de la violencia obstétrica vista desde el marco legal, en nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2016) establece en el Artículo 1° “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacionalidad, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”; el Artículo 4° constituye; “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Así mismo, de la Ley General se derivan las Normas Oficiales y sin duda, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (NOM-007) (2016) busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Esta norma enfatiza la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria, lo que aumenta los riesgos o bien que sean innecesarios. De esta manera, se plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Así, en el apartado de las Disposiciones Generales de la NOM-007 (2016) declara; “La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura facultando, en la medida de lo posible apoyo psicológico durante su evolución”

Entre las medidas para combatir la violencia contra la mujer están los principales convenios internacionales (Pereira et al., 2015), la Ley y norma antes

mencionadas se suman a esta labor la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, la cual tipifica 19 formas que la ocasionan, tal lo refiere el Artículo 6 en los apartados I que describe la violencia psicológica y el V que describe cualquier forma análoga que lesione o sea susceptible a dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Específicamente, en el artículo 3, apartado IX de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, define a la violencia obstétrica como todas aquellas actividades que se consideren abuso, conducta, acción u omisión intencional, negligente y dolorosa contra la mujer durante el embarazo, parto o puerperio (Figueroa et al, 2017).

Por lo que resulta evidente el grave problema de la violencia contra la mujer, la cual está presente en la mayoría de las sociedades y en el ámbito hospitalario no es la excepción, particularmente la labor del profesional de enfermería en las áreas de obstetricia se ha apropiado de los procesos naturales de los diferentes ciclos de vida de las mujeres la cual es despojada de su identidad, cosificada y fragmentada en su integridad dejando de ser sujeta de derechos para convertirse en una especie de gran útero, cobijo de un “producto fetal” (Faneite, Feo y Toro, 2012).

La falta de formación de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, la realización de prácticas nocivas e innecesarias: cesáreas, episiotomías, exámenes vaginales clínicamente no relevantes, la falta negación de información a las pacientes y sus familiares, discriminación por género, raza o religión y malos tratos verbales, incluso físicos (Pintado et al., 2015), son una forma sutil y naturalizada de violencia obstétrica en el sector salud (Mejía, 2013).

Los bajos niveles educativos, la pobreza y en general el alto índice de rezago social, todas ellas, variables que se han asociado con una mayor vulneración de los derechos humanos en general y en específico de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (Rangel & Martínez, 2017).

Por esta razón se considera en esta investigación, la teoría de Jean Watson, que representa la esencia y la razón de ser de los profesionales de enfermería como

principales protagonistas del cuidado y que este sea fundado en valores humanísticos, de tal forma que su compromiso científico, filosófico y moral conduzca hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida mediante un cuidado humanizado (Guerrero, Meneses y de la Cruz, 2015).

Es por ello, por lo que el personal de enfermería puede constituirse en un factor clave para garantizar la calidad de la atención a través de dicho cuidado, que debe estar fundamentado además de lo ya mencionado, en las necesidades de las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el postparto, que esté encaminado a promover el bienestar de la mujer y de su hijo, teniendo en cuenta las necesidades individuales y las complicaciones que se puedan presentar (Álvarez, 2015).

Considerando todo lo anterior, la profesión de enfermería es sensible a las necesidades humanas y de cuidado de cada individuo como ser único e incorporarlo a su entorno, la familia y la comunidad, este compromiso profesional inherente al papel del profesional de enfermería, lo involucra no solo con el paciente, sino con los demás profesionales y con sus propios sentimientos (González, 2015).

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿existe violencia obstétrica antes, durante y después del parto en usuarias de un hospital de segundo nivel, en Morelia Michoacán?

IV. Marco Teórico

El marco teórico permite conocer los conceptos básicos necesarios para el desarrollo de este proyecto por lo que se revisará la variable de la investigación.

Primero se abordará la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson como sustento fundamental de esta investigación y para la disciplina de enfermería, se analizarán: los datos biográficos, principales conceptos, el metaparadigma y las afirmaciones teóricas o premisas y se concluye con una interpretación. Consecutivamente se aborda la violencia obstétrica, sus conceptos, origen, factores que la condicionan y se referencia ley que garantiza el parto humanizado.

4.1 Teoría Del Cuidado Humano De Jean Watson

4.1.1 Datos bibliográficos.

Margaret Jean Harman Watson, enfermera estadounidense, teórica contemporánea de enfermería, pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. Nació en el año de 1940, en Virginia Occidental. Inició sus estudios en la Escuela de Enfermería Lewis Gale, finalizando en el año de 1961. En 1964, obtuvo un *Bachelor of Science* en Enfermería, así mismo, continuó con sus estudios de posgrado realizando una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 (Urra, Jana y García, 2011).

Jean Watson se nutre de otras fuentes teóricas y elabora su teoría: “El Cuidado Humano”, con bases filosóficas de varios profesionales tales como Florence Nightingale, Hall, Leiniger, Henderson, entre otros. Como base principal se centra en el aspecto humano, espiritual y transpersonal, por lo que considera que el estudio de las humanidades expande la mente, incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal (Urra et al., 2011).

4.1.2 Influencias teóricas.

La teoría de Jean Watson “Del Cuidado Humano” se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado del ser humano enfermo es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. Por lo que esta teoría contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia un aspecto más humano (Marriner & Tomey, 1989).

Watson ha tenido grandes influencias teóricas que confluyen en el cuidado humano. Ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos como existencial – fenomenológico y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería (Guevara et al., 2014).

Por consiguiente, el cuidado humano se reconoce como un concepto universal, inherente a la humanidad, bajo esta perspectiva, el cuidado en enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos. El ser humano es físico, biológico, síquico, cultural, social e histórico, es una unidad compleja que hay que restaurarla, de tal manera que cada uno desde donde esté tenga conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja y de su plena libertad y de la elección individual, ya lo destaca la filosofía del existencialismo que, es la libertad para elegir (Guevara et al., 2014).

Y que dicho cuidado, al fundamentarse en la fenomenología favorece la posibilidad de acceder a la persona y de tratarlo no como un objeto ya que es un ser pensante libre y autónomo, cuya dignidad se debe respetar y reconocerle

independientemente de sus rasgos físicos, psíquicos o sociales y del grupo cultural al que pertenece (Guevara et al., 2014).

Este respeto por la condición humana o existencia se refiere que la vida de una persona transcurre desde el momento de la concepción hasta la muerte, en este periodo atesora un conjunto de experiencias vitales las cuales sirven para desarrollar su propia condición humana y por ende considerarse un ser multidimensional. La persona en sus expresiones corporales puede demostrar soledad, temor, dolor, desesperación, desinformación, dudas, ansiedad, entre otros sentimientos; y es aquí donde el profesional de enfermería tiene la oportunidad de ejercer su rol de cuidador mediante la empatía, la comprensión, el respeto, la orientación, permitirle el apoyo emocional y espiritual unido a todas aquellas habilidades y destrezas y la seguridad en la ejecución de los procedimientos técnicos (Guevara et al., 2014).

El profesional de enfermería pues, debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente y padece y evitar considerarlo como un ser cosificado que solo responde a un desequilibrio biológico manifestado por signos y síntomas o por la mujer que solo va a parir. Es por ello que el enfoque Watsoniano enfatiza que el ideal y el valor del cuidado es un punto de partida, una postura, una actitud que tiene que convertirse en deseo, una intención, un compromiso y un juicio consciente que se manifieste en actos concretos (Guevara et al., 2014).

Por lo que Watson aborda siete supuestos que son las premisas, las cuales se identifican como el fundamento básico de la misma teoría, ya que manifiestan los aspectos interpersonales – transpersonal – espirituales de su obra reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana; conjuntamente muestra los 10 elementos del cuidado o factores caritativos de cuidado y el metaparadigma (Urrea et al., 2011).

4.1.3 Supuestos.

El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.

El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.

El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona que puede llegar a ser.

Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez, permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería (Urra et al., 2011).

4.1.4 Elementos del cuidado o factores curativos de la ciencia del cuidado.

Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de un cuidado enfermero holístico y de un cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y en el momento de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

Inculcación de la fe-esperanza: se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto

para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos; implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo para la enfermera y para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y

espiritual así como creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

Aceptación de fuerzas existenciales – fenomenológicas: este factor de cuidado se refiere a que se debe atender y estar abiertos a la parte espiritual y existencial de la vida y la muerte cuidando el alma de uno mismo y del que se cuida. (Poblete, Valenzuela y Merino, 2012).

4.1.5 Conceptos de la teoría del Cuidado Humano.

Interacción enfermera-paciente. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimientos de los procesos del cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

Campo fenomenológico. El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

Relación de cuidado transpersonal. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos, al paciente y a la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro. El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones

espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal del cuidado corresponde a proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior. Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

Momento de cuidado: una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo las cuales están basadas en la historia pasada, el presente y el futuro imaginado de uno mismo (Olive, Isla, 2015).

4.1.6 Conceptos Metaparadigmáticos.

Persona. “Un ser en el mundo”, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt; es el locus de la existencia humana y el sujeto del cuidado de enfermería Raile y Marriner (2011).

Medio ambiente. “Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo”. El campo fenomenológico o realidad subjetiva,

incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado) Raile y Marriner (2011).

Salud. “Unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado” Raile y Marriner (2011).

Enfermería. Watson la define como “ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética Raile y Marriner (2011)

El cuidado es inherente a la profesión de enfermería, siendo este, el acto más primitivo que un ser humano ha realizado. Sin embargo, para (Urra et al., 2011) “el cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas y la otra, la moral que asigna al cuidado un valor, un bien que legitima el actuar” (Urra et al., 2011).

En la profesión de enfermería se procura reconocer que la persona cuidada es una entidad única poseedora de atributos, conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo que, el cuidado de enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos (Guevara et al., 2014).

Por lo tanto en la práctica de enfermería humanizada implica la trascendencia más allá de la simple relación entre humanos, exige la presencia significativa de la persona que cuida y de la persona receptora de cuidado. Esta presencia significativa implica ver, escuchar, tocar y sentir a través de un proceso de empatía que debe estar presente en la relación interpersonal (Guevara et al., 2014).

La teoría de Jean Watson expone que el cuidado no es sólo cuestión de curar o que convierta en algo meramente estructurado, sino es integrar el conocimiento biofísico con el comportamiento del otro ser humano para satisfacer las necesidades, generar, promover, mantener y o restaurar la salud, dando sentido al cuidado

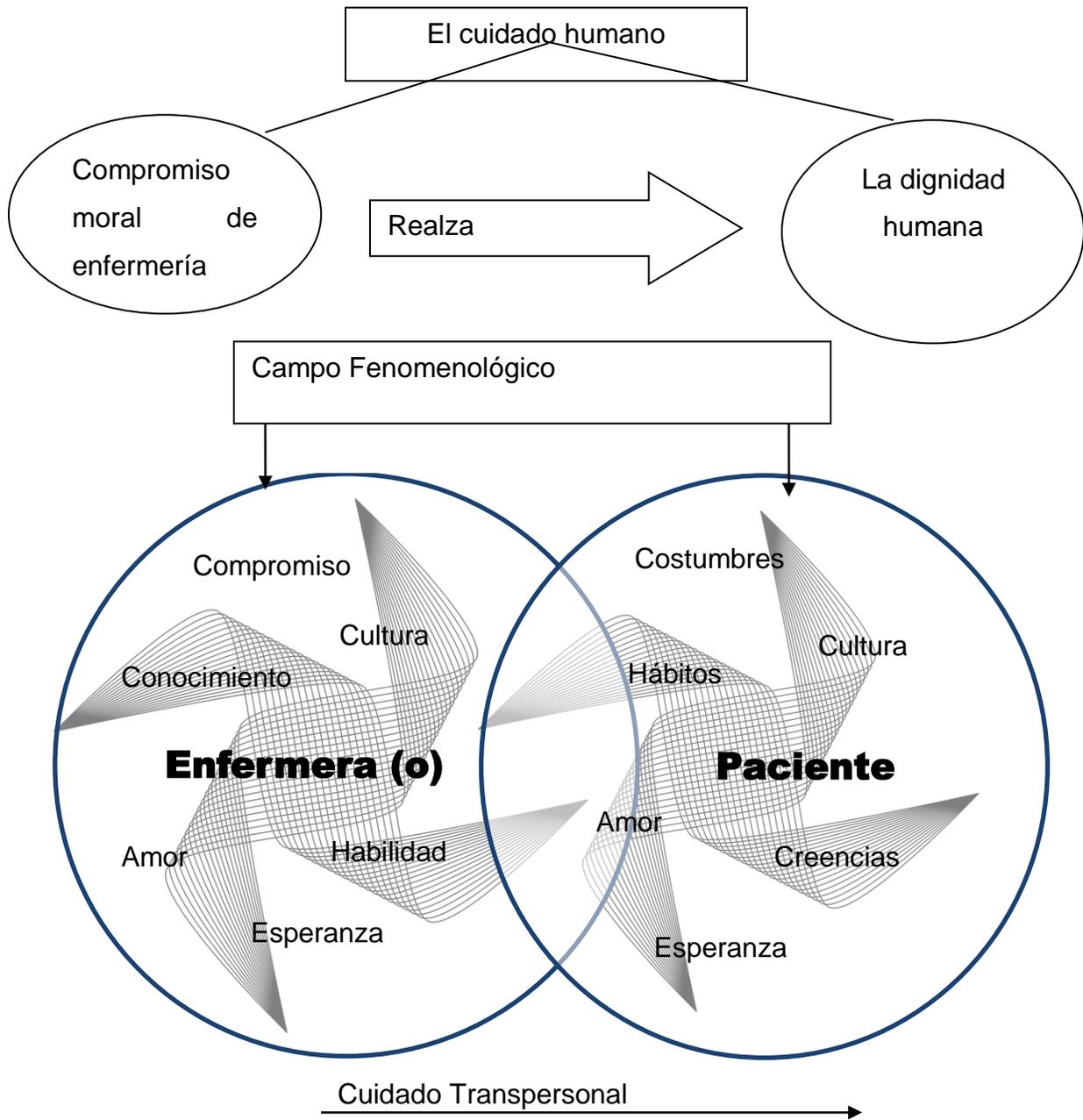
humanizado centrado en el paciente como ser humano, con necesidad de ser escuchado, respetado, valorado y no en número o una patología (Urra et al., 2011).

Si el personal de enfermería se rehusara a reconocer sus propios sentimientos sería difícil entender aquellos a los que cuida. La expresión de estos sentimientos es la forma que hace trascender el propio yo, es la representación más visible de la empatía, mostrarse vulnerable ante el sufrimiento del otro (Urra et al., 2011).

El cuidado, expuesto en forma de supuestos y factores, da cuenta de una metodología inspirada en la fenomenología como forma de aproximación para que el cuidador profesional se convierta en instrumento terapéutico y en una forma de entender la relación intersubjetiva, interpersonal y transpersonal situada en una esfera cósmica, donde cada acción tienen un efecto, lo que además impone una responsabilidad, entendida como una respuesta de profundo sentido ético en la relación con usuarios o clientes, y estimulando un proceso de individualización dinámico y coherente con el convivir (Urra et al., 2011).

Este es el cuidado transpersonal como una forma singular que aborda el enfermero o la enfermera, es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral, de proteger y realzar la dignidad humana” (Urra et al., 2011). (Véase esquema 1).

El esquema 1. Muestra la teoría de El Cuidado Humano de Jean Watson



Esquema 1. Fuente: (Guerrero, Meneses y De la Cruz, 2015). Adaptado por Dimas (2017).

4.2 Violencia Obstétrica

Actualmente se vive en una sociedad en la que el modelo sanitario dominante es el biomédico que define la idea de que “existe un tratamiento para todo”, incluso para aquellos procesos biológicos como el embarazo y el parto que son abordados como patológicos y que, por tanto, deben ser supervisados y tratados por profesionales sanitarios. Este modelo sanitario es altamente jerarquizado y misógino, en el que la autoridad y el poder están en manos de los médicos, y de quien demanda la asistencia sanitaria, la usuaria embarazada que adopta una posición de “sujeto pasivo”, carente de autonomía (Cobo, 2016).

Esto es lo que ocurre en el caso del embarazo y el parto, desde un primer momento en la atención, la usuaria embarazada, deposita su plena confianza en los profesionales de la salud, convirtiéndose en su objeto de control, en una persona incapaz de participar en la toma de decisiones acerca de su salud y carente de dominio sobre su propio cuerpo, donde se niegan determinados derechos fundamentales a la parturienta, uno de ellos es el ocultarles información, hecho que permite actuar con total potestad a los profesionales sanitarios, así como la realización de ciertas técnicas que parecen innecesarias o injustificadas que no respetan la singularidad de cada proceso y de las cuales podrían derivarse numerosas complicaciones, esto sin tomar en cuenta que lo que realmente importa, que es alcanzar el máximo bienestar de la usuaria, en todas sus dimensiones (Cobo, 2016).

4.3 Concepto de Violencia obstétrica.

Se define como violencia obstétrica a “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929” (Belli, 2013).

Las leyes de acceso del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela y de los estados de Veracruz y Chiapas en la República Mexicana expresan que la violencia obstétrica consiste en: omitir la atención oportuna y eficaz

de las emergencias obstétricas. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, en cuclillas o hincada. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarle inmediatamente después de nacer (Restrepo, 2010).

Estos otros aspectos también expresan violencia: alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Practicar el parto por vía de una cesárea existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Restrepo, 2010).

Así, la violencia obstétrica se manifiesta de diferentes formas; como el trato paternalista o despectivo, abuso de medicamentos o de intervenciones quirúrgicas sin que estuvieran justificadas médicamente, prohibición de comer o de beber durante horas. Son sufrimientos que muchas mujeres han padecido alguna o varias veces durante el embarazo parto y puerperio (Mejía, 2013).

Dentro de la misma violencia obstétrica se encuentran la realización de prácticas nocivas e innecesarias, cesáreas, episiotomías, exámenes vaginales clínicamente no relevantes, situaciones de negligencia médica, discriminación por edad, raza o nivel socio demográfico, situaciones de indiferencia, omisión o negación de información médica a las pacientes y familiares (Pintado, Penagos y Casas, 2015).

Por lo anterior citado la violencia obstétrica se caracteriza por ser física y psicológica. La física “se configura cuando se le realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o cuando no se respeten los tiempos, ni la posibilidad del parto biológico” (Medina, 2009).

La violencia obstétrica psicológica incluye: “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere

atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto” (Medina, 2009).

Como ya se mencionó con anterioridad, la violencia obstétrica se considera silenciosa; las formas sutiles y naturalizadas de maltrato y abuso sólo se hacen visibles en casos límite como la muerte de una mujer o del producto en gestación. Esta problemática se agrava en casos de mujeres en situaciones de mayor riesgo de que se vulneren sus derechos por su condición de etnia, estatus económico y edad, tales como mujeres indígenas, marginadas, así como niñas y adolescentes (Medina, 2009). Por lo que de manera congruente con los derechos humanos la OMS (2016) realiza una serie de recomendaciones para la atención del parto humanizado y son:

Un miembro elegido por la usuaria debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional. Derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes. La inducción y conducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones. No está indicado rasurar el vello púbico o administrar un enema antes del parto. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo (OMS, 2016).

Dentro de las mismas recomendaciones se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo. No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Debe protegerse el perineo siempre que sea posible y no está justificado el uso sistemático de la episiotomía. Debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos solo en casos para corregir o prevenir alguna complicación. Contacto inmediato piel con piel con su madre y permanezca así durante horas, sin interrupción además de facilitar el inicio temprano de la lactancia materna (OMS, 2016).

Otro aspecto que aqueja esta situación de violencia contra la mujer es el derecho reproductivo, ya que, durante la atención institucional del parto, las mujeres se ven amenazadas y humilladas al ser tratadas con regaños ante la negación del tratamiento o a la manipulación de la información, así como utilizarlas como recurso didáctico sin respeto a su dignidad humana (Medina, 2009).

La constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza el derecho reproductivo, a decidir sobre el número de hijos/as que se requiere tener; con base en este argumento, la mujer puede decidir no consentir un método anticonceptivo inmediato, sin embargo, a nivel Institucional para cumplir las políticas y metas del programa de planificación familiar, se desaprueba y descalifica el alto número de hijos que las parejas deciden tener, siendo víctimas de regaños y castigos, lo que justifica a dichas Instituciones la aplicación de medidas de planificación y esterilización de manera forzosa (Restrepo, 2010).

La salud reproductiva, incluye el derecho a la salud sexual, el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos, así como el derecho al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (Castro, 2014).

V. Hipótesis

H₁. Existe violencia obstétrica antes, durante y después del parto en usuarias de un hospital de segundo nivel, en Morelia Michoacán.

H₀. No existe violencia obstétrica antes, durante y después del parto en usuarias de un hospital de segundo nivel, en Morelia Michoacán.

VI. Objetivos

6.1 General

Analizar la existencia de violencia obstétrica antes, durante y después del parto en usuarias en puerperio inmediato.

6.2 Específicos

1. Caracterizar a la población participante del estudio con base en las variables sociodemográficas.
2. Identificar antecedentes obstétricos de la población de estudio.
3. Identificar la existencia de violencia obstétrica en las dimensiones Procedimiento, Trato y Momento del parto.
4. Identificar las diferencias de violencia obstétricas por ocupación, estado civil y escolaridad.

VII. Material y Métodos

7.1 Enfoque

Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo dado que la metodología utilizada pretendió medir y cuantificar la variable bajo estudio (Hernández, Fernández y Batista, 2010).

7.2. Diseño

Fue descriptivo, prospectivo y transversal (Hernández, Fernández y Batista, 2010).

7.3. Tiempo

Se llevó a cabo a partir de la realización del protocolo en mayo 2016 a abril 2018 cuando se realiza la presentación de los resultados.

7.4. Lugar

Se realizó en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán en el servicio de Ginecología y obstetricia, en los turnos: matutino, vespertino, nocturno guardia A, B y turno especial, así como el turno de jornada acumulada.

7.5. Universo

Estuvo conformado por usuarias en puerperio inmediato fisiológico, cesárea y legrado que se encontraron hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán.

7.6. Muestra

Estuvo conformada por 124 usuarias que acudieron a los servicios de Ginecología y obstétrica de un hospital de Morelia, para la resolución del parto. El momento en el que se recolectó la información para el llenado del instrumento fue en el puerperio inmediato (24hrs posteriores), debido a que es el momento de recuperación emocional y física posterior a la vivencia de la atención del parto. El

puerperio inmediato se consideró la etapa ideal para abordar a la mujer ya que si se cuestionaba en el momento de mayor dolor o mayor vulnerabilidad quizá la percepción de violencia obstétrica pudiera resultar confusa y aunque el instrumento permitió abordar desde el período del trabajo de parto hasta el puerperio, se consideró prudente interrogar en ese momento, una vez que la parturienta había asimilado la experiencia de la atención del parto.

7.7. Muestreo

Fue no probabilístico por conveniencia.

7.8. Criterios de Selección

7.8.1 Criterios de inclusión.

Toda usuaria en el puerperio inmediato fisiológico, por cesárea y legrado hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

7.8.2 Criterios de eliminación.

Toda usuaria en el puerperio inmediato fisiológico, por cesárea y legrado hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia que no aceptaron participar en el estudio y que aun cumpliendo los requisitos de inclusión no respondieron completamente el cuestionario.

Toda usuaria en el puerperio mediano fisiológico, por cesárea y legrado hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia (periodo comprendido 48 hrs de estancia hospitalaria).

7.9.-Técnicas de recolección de datos

Se utilizó una cédula de variables sociodemográficas que consta de 6 ítems con opción múltiple de respuesta, además de 6 ítems para valorar los antecedentes obstétricos con opción múltiple de respuesta.

Para medir la violencia obstétrica se decidió utilizar el Cuestionario de violencia obstétrica (versión 1) de Quevedo (2012). Este cuestionario se derivó de una investigación de enfoque cuali-cuantitativo que consta en la versión original de 33 ítems con escala de respuesta dicotómica de sí y no, agrupados en cinco dimensiones: dimensión Procedimiento (Ítem del 1 al 10), dimensión Trato (Ítem del 11 al 18), dimensión Momento del Parto (Ítem del 19 al 23), dimensión Pos Parto (Ítem del 24 al 27) y dimensión Experiencia de Parto (Ítem del 28 al 33).

Con este cuestionario se realizó una prueba piloto a 15 usuarias con características semejantes a la muestra de estudio y se midió la fiabilidad, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.703 y se procedió a la discriminación a partir del Índice de Homogeneidad, considerando los ítems con alto valor estadístico igual o mayor a 0.250, tal como se observa en la tabla 1.

Tabla 1.

Índice de homogeneidad del Cuestionario de violencia obstétrica versión 1.

No	Ítems	Índice de Homogeneidad ^a
1	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó rasurado sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	<.250
2	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó enema (lavado de intestino para evacuar) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	<.250
3	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó ruptura artificial de la bolsa sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.312**
4	¿Mientras estabas hospitalizada, se te administró medicamento a goteo para “apurar” el parto sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.373**
5	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales seguidos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.327**
6	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales realizados por diferentes personas sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.465**
7	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó compresión del abdomen en el momento de los pujos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.561**
8	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó episiotomía (incisión de la vulva al ano para evitar desgarrar tejidos durante el parto) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.455**
9	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó cesárea sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	<.250
10	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó raspaje de útero sin anestesia y sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.444**
11	¿Mientras estabas hospitalizada con contracciones de trabajo de parto, el personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chistes acerca de tu comportamiento?	.259**
12	¿Mientras estabas hospitalizada, te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-hijita) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?	.305**
13	¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto?	.500**

14	¿Mientras estabas hospitalizada fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el parto?	.345**
15	¿Mientras estabas hospitalizada, hospitalizada fuiste criticada por llorar o gritar de emoción y alegría, durante el parto?	<.250
16	¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían?	.259**
17	¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque te respondían de mala manera?	.259**
18	¿Mientras estabas hospitalizada, se te impidió tomar agua?	.319**
19	¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?	.388**
20	¿En el momento del parto, fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	.382**
21	¿En el momento del parto, se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	<.250
22	¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (verle el sexo) antes de que se lo llevara el médico para control?	.435**
23	¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho.) antes de que se lo llevara el médico para control?	.354**
24	¿Después del parto, sentiste que no habías colaborado?	<.250
25	Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir desprotegida?	.420**
26	Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir culpable?	<.250
27	Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir insegura?	.333**
28	¿Te paso algo que consideraras violento que vulnerara tus derechos durante el embarazo que no haya mencionado?	.376**
29	¿Te paso algo que consideraras violento que vulnerara tus derechos durante el parto que no haya mencionado?	.487**
30	¿Te paso algo que consideraras violento que vulnerara tus derechos después el parto que no haya mencionado?	.259**
31	¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos durante el embarazo, que no haya mencionado?	<.250
32	¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos durante el parto que no haya mencionado?	.274**
33	¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos después del parto que no haya mencionado?	<.250

Nota: ^a los ítems de puntuación menor a .250 se muestran en negrita.

Los nueve ítems que se eliminaron se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.

Ítems eliminados del Cuestionario de violencia obstétrica

No	Ítems	Índice de Homogeneidad
1	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó rasurado sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	<.250
2	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó enema (lavado de intestino para evacuar) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	<.250
9	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó cesárea sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	<.250
15	¿Mientras estabas hospitalizada, hospitalizada fuiste criticada por llorar o gritar de emoción y alegría, durante el parto?	<.250
21	¿En el momento del parto, Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	<.250
24	¿Después del parto, sentiste que no habías colaborado?	<.250

26	Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir culpable?	<.250
31	¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos durante el embarazo, que no haya mencionado?	<.250
33	¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos después del parto que no haya mencionado?	<.250

Nota: ^a los ítems de puntuación menor a .250.

El cuestionario de violencia obstétrica fue sometido a la prueba estadística de covarianza para identificar la correlación total de los elementos corregidos, tal como se identifica en la tabla 3.

Tabla 3

Índice de covarianza del cuestionario de violencia obstétrica versión 2.

No. de ítem	Ítem	Correlación
1	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó ruptura artificial de la bolsa (ruptura de la fuente) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.312**
2	¿Mientras estabas hospitalizada, se te administró medicamento a goteo para "apurar" el parto sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.373**
3	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales seguidos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.327**
4	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales realizados por diferentes personas sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.465**
5	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó compresión del abdomen en el momento de los pujos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.561**
6	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó episiotomía (cortaron y cocieron) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.455**
7	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó raspaje de útero (limpiaron con la mano dentro de tu útero) sin anestesia y sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	.444**
8	¿Mientras estabas hospitalizada, con trabajo de parto, el personal de la salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chistes acerca de tu comportamiento?	.259**
9	¿Mientras estabas hospitalizada, te trataron con sobrenombres (gorda, madre, hija) o diminutivos (gordita, hija, madrecita, reina, hermosa) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?	.305**
10	¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto?	.500**
11	¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el parto?	.345**
12	¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían?	.259**
13	¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque te respondían de mala manera?	.259**
14	¿Mientras estabas hospitalizada, se te impidió tomar agua?	.319**
15	¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?	.388**
16	¿En el momento del parto, fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	.382**
17	¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (verle el sexo) antes de que se lo llevara el médico para control?	.435**
18	¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho) antes de que se lo	.354**

	llevara el médico para control?	
19	¿Podrías decir que la experiencia de la atención del parto te hizo sentir desprotegida?	.420 ^{**}
20	¿Podrías decir que la experiencia de la atención del parto te hizo sentir insegura?	.333 ^{**}
21	¿Te paso algo que hayas considerado violento, que no protegiera tus derechos durante el embarazo que no haya mencionado?	.376 ^{**}
22	¿Te paso algo que hayas considerado violento que desprotegiera tus derechos durante el parto que no haya mencionado?	.487 ^{**}
23	¿Te paso algo que hayas considerado violento que desprotegiera tus derechos después del parto que no haya mencionado?	.259 ^{**}
24	¿Te paso algo que hayas considerado incorrecto, que desprotegiera tus derechos durante el parto que no haya mencionado?	.274 ^{**}

Nota: Cuestionario de violencia obstétrica con 24 ítems

El cuestionario de violencia obstétrica constituida por 24 ítems se evaluó con la ponderación del Alfa de cada reactivo y sólo se seleccionaron 19 ítems que demostraron aumentar el Alfa si el ítem se había suprimido.

El resultado del proceso estadístico al que se sometió el cuestionario de violencia obstétrica derivó finalmente en un Instrumento de 19 preguntas significativas, con escala de respuesta dicotómica (Véase Tabla 4) y tres dimensiones. Obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach 0.599 que se confirmó con la prueba de dos mitades de Guttman y se obtuvo un coeficiente final de 0.749.

Tabla 4.

Cuestionario de violencia obstétrica versión 3.

No. de ítem	Ítem
1	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó ruptura artificial de la bolsa (ruptura de la fuente) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
2	¿Mientras estabas hospitalizada, se te administró medicamento a goteo para "apurar" el parto sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
3	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales seguidos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
4	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales realizados por diferentes personas sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
5	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó compresión del abdomen en el momento de los pujos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
6	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó episiotomía (cortaron y cocieron) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
7	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó raspaje de útero (limpiaron con la mano dentro de tu útero) sin anestesia y sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
8	¿Mientras estabas hospitalizada, con trabajo de parto, el personal de la salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chistes acerca de tu comportamiento?
9	¿Mientras estabas hospitalizada, te trataron con sobrenombres (gorda, madre, hija) o diminutivos (gordita, hija, madrecita, reina, hermosa) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?

- 10 ¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto?
- 11 ¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el parto?
- 12 ¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían?
- 13 ¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque te respondían de mala manera?
- 14 ¿Mientras estabas hospitalizada, se te impidió tomar agua?
- 15 ¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?
- 16 ¿En el momento del parto, fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?
- 17 ¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (verle el sexo) antes de que se lo llevara el médico para control?
- 18 ¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho) antes de que se lo llevara el médico para control?
- 19 ¿Podrías decir que la experiencia de la atención del parto te hizo sentir desprotegida?

Nota: Cuestionario de violencia obstétrica derivado del instrumento de 33 ítems.

Tabla 5.

Dimensiones del Cuestionario de violencia obstétrica versión 3.

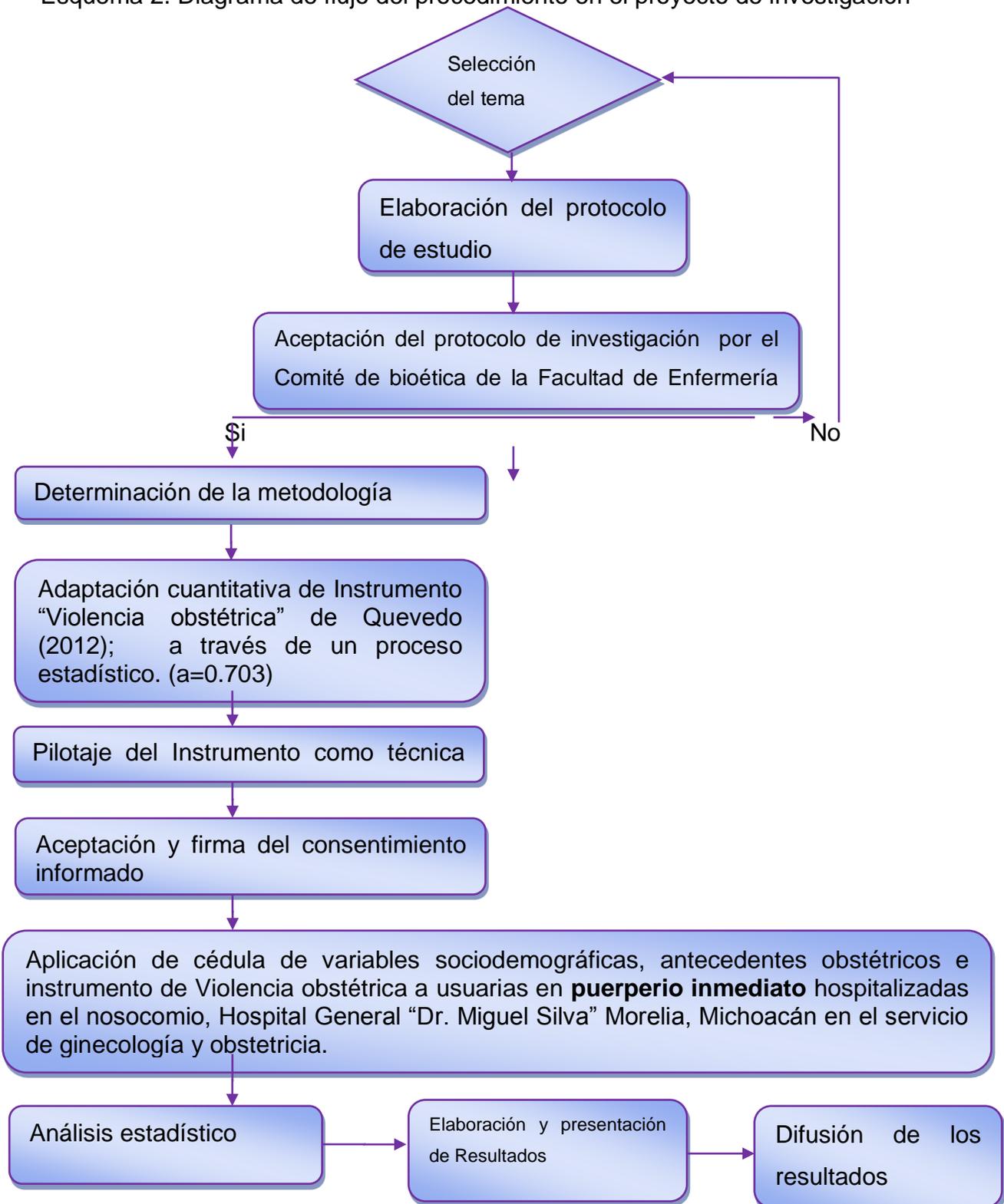
Dimensiones	Número de ítems
Procedimiento	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.
Trato	10, 11, 12, 13 y 14.
Momento del parto	15, 16, 17, 18 y 19.

Nota: Dimensiones y número de ítems

7.10.-Procedimiento

El procedimiento puntual de esta investigación se desarrolla en el esquema 2.

Esquema 2. Diagrama de flujo del procedimiento en el proyecto de investigación



7.11 Análisis estadístico

Los datos obtenidos y recolectados recibieron tratamiento a través de estadística descriptiva, presentado frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, los cuales se capturaron y procesaron mediante el software *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS) para Sistema Operativo *Windows V. 24* en español, para dar respuesta a los objetivos uno, dos y tres.

Para el objetivo cuatro, se utilizó estadística inferencial mediante Chi cuadrada.

El proceso estadístico del Cuestionario de violencia obstétrica de Quevedo (2012) fue el siguiente. A partir de la primera adaptación cuantitativa del Instrumento violencia obstétrica conformado por 33 ítems originalmente y habiendo obtenido un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.703, se procedió a la discriminación a partir del índice de homogeneidad considerando los ítems con alto valor estadístico igual o mayor a 0.250 y calculando además la covarianza, obteniendo como resultado 24 ítems del para la versión 2 del cuestionario de violencia obstétrica.

La versión 2 del cuestionario de violencia obstétrica se sometió a la prueba estadística de Alfa de Cronbach para cada reactivo y sólo se seleccionaron 19 ítems que demostraron aumentar el Alfa si el ítem se había suprimido. Estos 19 ítems constituyeron la versión 3 del cuestionario de violencia obstétrica.

A la versión 3 del cuestionario se le realizó la prueba estadística Alfa de Cronbach y se obtuvo un coeficiente de 0.599 que se confirmó con la prueba de dos mitades de Guttman y se obtuvo un coeficiente de 0.749.

7.12 -Consideraciones éticas y legales

De acuerdo con las disposiciones generales del Reglamento De La Ley General De Salud en Materia De Investigación Para La Salud (2007), se prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad del ser humano sujeto de estudio, y a la protección de sus derechos y bienestar (Art.13), manteniéndose la confiabilidad y la privacidad de la información relacionada al Art. 21 frac. I, II, III, IV, V, VI, VII de la misma Ley.

Considerando lo establecido en el Capítulo I, artículo 17, fracción II, se clasificó como de riesgo mínimo, ya que se realizan procedimientos comunes como el obtener información a través de la aplicación de una entrevista a profundidad.

Se contará con consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del titular de ambas instituciones de atención de salud (Art. 14 frac. V y VIII). Se anexará la autorización por escrito de dicha institución.

El consentimiento informado, será libre revocable y preferentemente por escrito de acuerdo con el Código de Núremberg y a Declaración de Código de Helsinki (III) así como la protección de la vida y la salud de la persona participante.

Previo a la aplicación de cualquier instrumento, se requerirá del consentimiento informado verbal de los informantes, tal y como lo sugieren el artículo 14 en sus fracciones V y VI; los artículos 20 y 21 fracciones I, II, IV, VI, VII y VIII.

Para esta investigación se tomó en cuenta la Ley Nacional 25.929 Parto Humanizado, la cual declara:

En el Artículo 2º

Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3º.-

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Artículo 6º.-

El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

También nos fundamentaremos en los derechos sexuales, que reconocen la ciudadanía de las mujeres, involucran el derecho a ser consideradas como ciudadanas plenas, dignas, libres y, a ser tratadas como personas y no como seres exclusivamente reproductivos, así como a ejercer su sexualidad de manera placentera sin que esta implique un embarazo.

Así mismo en los derechos reproductivos, que permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas. Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales:

Esta investigación se basó también en la Autodeterminación reproductiva; entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, y en ese sentido planear su propia familia.

Se revisará lo correspondiente a la atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia) y programas de atención de cáncer uterino, de mamas.

Y es importante y fundamental basar esta investigación en los Derechos Reproductivos que incluyen; el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo. No sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia. Tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los períodos de gestación, parto y lactancia y se brinde las máximas

Este proyecto garantizó la privacidad en la identidad del paciente, así como el respeto a su anonimato indicado en el artículo 16 del capítulo I.

VIII. Resultados

En este apartado se dan a conocer los resultados que emergen a raíz de la investigación que buscó analizar la presencia de violencia obstétrica en mujeres en puerperio inmediato atendidas en un hospital general de segundo nivel de atención de la ciudad de Morelia, Michoacán durante el mes de febrero de 2016.

Los resultados del estudio se describen a partir del cumplimiento de los objetivos específicos.

El objetivo específico número uno fue caracterizar a la población de estudio, se describieron las variables sociodemográficas de las 124 mujeres usuarias que fueron hospitalizadas para ser atendidas por los servicios de obstetricia para la resolución del embarazo, (parto o cesárea) y aborto en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia Michoacán. Se encontró que la mayoría de las mujeres se estaban en rangos de edad de 18-22 años, con estado civil de unión libre (46.8%), dedicadas a ser amas de casa (86.3%), originarias de Morelia (54.8%) y residentes de la misma ciudad (58.1%). Los resultados específicos se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6.

Variables socio demográficas de las usuarias en periodo post-parto en un hospital de Morelia, Michoacán.

Variable		f	%
Edad (años)	13-17	11	8.9
	18-22	52	41.9
	23-27	36	29.0
	28-32	12	9.7
	33-37	10	8.1
	>37	3	2.4
Estado civil	Soltera	17	13.7
	Casada	47	37.9
	Unión libre	58	46.8
	Divorciada	2	1.6
Escolaridad	Sin estudios	1	.8
	Primaria	44	35.5
	Secundaria	54	43.5
	preparatoria	23	18.5
	Licenciatura	2	1.6

Ocupación	Ama de casa	107	86.3
	Empleo de oficio	14	11.3
	Profesionista	2	1.6
	Estudiante	1	0.8
Lugar de origen	Morelia	68	54.8
	Otro	56	45.2
Lugar de residencia	Morelia	72	58.1
	Otro	52	41.9

Nota: cédula de identificación del Cuestionario para medir la Variable Violencia Obstétrica

A continuación, se particularizan los antecedentes obstétricos (Véase Tabla 7) que dan respuesta al objetivo específico número dos. Se observó que el (30.6%), de las usuarias son primigestas y han parido una sola vez (33.9%), concerniente al número de cesáreas, el (17.7%) de las mujeres han sido sometidas una vez a esta cirugía, un (15.3%) refirió haber presentado 1 aborto, y un (86.3%) llevaron control prenatal, mientras que el (51.6%) utilizaron métodos anticonceptivos, y un 4.8% consumió alguna sustancia tóxica (Alcohol y cigarro), durante su embarazo.

Tabla 7.

Antecedentes obstétricos de las mujeres en periodo post-parto

Antecedente Obstétrico	f	%	
Número de embarazos	1	38	30.6
	2	30	24.2
	3	34	27.4
	4	14	11.3
	5	5	4.0
	>5	3	2.4
Número de partos	0	30	24.2
	1	42	33.9
	2	22	17.7
	3	23	18.5
	4	3	2.4
	>5	4	3.2
Número de cesáreas	0	78	62.9
	1	22	17.7
	2	14	11.3

	> 3	10	8.1
Número de abortos	0	100	80.6
	1	19	15.3
	2	5	4.0
	0	100	80.6
Control prenatal	Si	107	86.3
	No	17	13.7
Métodos anticonceptivos	Si	60	48.4
	No	64	51.6
Adicciones	Si	6	4.8
	No	118	95.2

Nota: cédula de identificación del Cuestionario para medir la Variable Violencia Obstétrica

Así, para el objetivo específico número tres que buscó identificar el nivel de violencia obstétrica en usuarias en periodo post-parto en las Dimensiones Procedimiento, Trato y Momento del parto obtenido de las encuestas aplicadas al total de la muestra, en el mes de febrero y Marzo del año 2017. Los resultados de la violencia obstétrica se reflejan en frecuencias y porcentajes (Véase Tabla 8), en dimensiones; Procedimiento, Trato y Momento del parto como escala total (Véase Tabla 9) y en ítems del instrumento, (Véase Tabla 10).

Tabla 8.

Frecuencias y porcentajes de los resultados de la violencia obstétrica

No. de ítem	Ítem	Sí		No	
		f	%	f	%
1	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó ruptura artificial de la bolsa (ruptura de la fuente) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	21	16.9	103	83.1
2	¿Mientras estabas hospitalizada, se te administró medicamento a goteo para "apurar" el parto sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	21	16.9	103	83.1
3	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales seguidos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	16	12.9	108	87.1
4	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales realizados por diferentes personas sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	24	19.4	100	80.6

5	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó compresión del abdomen en el momento de los pujos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	22	17.7	102	82.3
6	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó episiotomía (cortaron y cocieron) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	21	16.9	103	83.1
7	¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó raspaje de útero (limpiaron con la mano dentro de tu útero) sin anestesia y sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?	20	16.1	104	83.9
8	¿Mientras estabas hospitalizada, con trabajo de parto, el personal de la salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chistes acerca de tu comportamiento?	8	6.5	116	93.5
9	¿Mientras estabas hospitalizada, te trataron con sobrenombres (gorda, madre, hija) o diminutivos (gordita, hija, madrecita, reina, hermosa) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?	45	36.3	79	63.7
10	¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto?	6	4.8	118	95.2
11	¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el parto?	6	4.8	118	95.2
12	¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían?	5	4.0	119	96.0
13	¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque te respondían de mala manera?	5	4.0	119	96.0
14	¿Mientras estabas hospitalizada, se te impidió tomar agua?	58	46.8	66	53.2
15	¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?	20	16.1	104	83.9
16	¿En el momento del parto, fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?	19	15.3	105	84.7
17	¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (verle el sexo) antes de que se lo llevara el médico para control?	50	40.3	74	59.7
18	¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho) antes de que se lo llevara el médico para control?	59	47.6	65	52.4
19	¿Podrías decir que la experiencia de la atención del parto te hizo sentir desprotegida?	4	3.2	120	96.8

Nota: ^a los ítems en negrita son los de mayor porcentaje.

En la tabla 8 se observó de forma general, que a 24 mujeres (19.4%) se les realizó tactos vaginales realizados por diferentes personas y sin pedirles consentimiento o explicarles el por qué eran necesarios. Referente al ítem, sobre el trato recibido durante su estancia hospitalaria, si le nombraron con sobrenombres como (gorda, madre, hija) o diminutivos (gordita, hija, madrecita, reina, hermosa) (36.3%), respondió de manera afirmativa, y al (46.8%) se les impidió tomar, así mismo para el (40.3%) se le impidió el contacto inmediato con su hijo/a recién nacido

(verle el sexo), mientras que para el (47.6%) se le prohibió (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho) antes de que se lo llevara el médico para control.

Tabla 9.

Violencia obstétrica en la escala total y por dimensiones.

Violencia obstétrica	Con		Sin	
	f	%	f	%
Escala total	1	0.8	123	99.2
Dimensiones				
Procedimiento	2	1.6	122	98.4
Trato	6	4.8	118	95.2
Momento del parto	46	37.1	78	62.9

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 9 se observa que el 37.1% de las mujeres presentaron violencia obstétrica en la dimensión Momento del parto.

Tabla 10.

Frecuencias y porcentajes de los ítems del instrumento violencia obstétrica

Ítems	No		Sí	
	f	%	f	%
1	121	97.6	3	2.4
2	123	99.2	1	0.8
3	103	83.1	21	16.9
4	103	83.1	21	16.9
5	108	87.1	16	12.9
6	102	82.3	22	17.7
7	103	83.1	21	16.9
8	119	96.0	5	4.0
9	104	83.9	20	16.1
10	116	93.5	8	6.5
11	79	63.7	45	36.3
12	118	95.2	6	4.8
13	119	96.0	5	4.0
14	66	53.2	58	46.8
15	104	83.9	20	16.1
16	105	84.7	19	15.3
17	12	9.7	112	90.3
18	74	59.7	50	40.3
19	65	52.4	59	47.6

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje de cada ítem

La tabla 10 muestra la frecuencia y los porcentajes de las respuestas cada uno de los ítems del instrumento.

Para el cumplimiento del objetivo específico número cuatro que fue relacionar las características sociodemográficas de las usuarias del estudio, con las dimensiones de violencia obstétrica los resultados de esta investigación arrojaron la significancia estadística (valor de p) con: ocupación (Violencia Obstétrica), estado civil (Dimensión Momento del Parto), escolaridad (Dimensión Trato y Procedimiento). (Véase tablas de la 11 a la 16).

Tabla 11.
Correlación en ocupación y violencia obstétrica.

Variable	Violencia obstétrica				χ^2	Gl	Valor de p
	Sin		Con				
	f	%	f	%			
Ocupación					6.345	1	0.012
Amas de casa	107	100.0	0	0.0			
Otras	16	94.1	1	5.9			
Total	<	99.2	1	0.8			

Nota: χ^2 =chi cuadrado, gl=grados de libertad

La tabla 11 muestra que la χ^2 (1, N=124)=6.345, $p= 0.12$

Tabla 12.
Correlación entre la Dimensión “Momento del Parto”, con el estado civil de las usuarias.

Variable	15. En el momento del parto, a la usuaria le obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara incomodidad en esa posición.				χ^2	gl	Valor de p
	No		Sí				
	f	%	f	%			
Estado civil					4.60	1	0.032

Soltera	12	66.7	6	33.3
Casada	92	86.8	14	13.2
Total	104	83.9	20	16.1

Nota: χ^2 =chi cuadrado, gl=grados de libertad

La tabla 12 muestra que la χ^2 (1, N=124)=4.60, $p= 0.03$

Tabla 13.

Correlación entre la Dimensión “Trato” (comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chistes) con escolaridad.

Variable	8. Mientras estaba hospitalizada la usuaria con trabajo de parto, el personal de la salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chistes acerca de su comportamiento.				χ^2	gl	Valor de p
Escolaridad	No		Sí		25.262	2	.000
	f	%	f	%			
Analfabeta	0	0.0	1	100.0			
Primaria/secundaria	96	98.0	2	2.0			
Bachillerato/Licenciatura	20	80.0	5	20.0			
Total	116	93.5	8	6.5			

Nota: χ^2 =chi cuadrado, gl=grados de libertad

La tabla 13 muestra que la χ^2 (2, N=124)=25.262, $p= .000$

Tabla 14.

Correlación entre la Dimensión “Procedimiento” (ruptura artificial de la bolsa) con escolaridad.

Variable	1. Mientras la usuaria estaba hospitalizada, se le realizó ruptura artificial de la bolsa (ruptura de la fuente) sin pedirte consentimiento o explicarle el por qué eran necesarios.				χ^2	gl	Valor de p
Escolaridad	No		Sí		8.297	2	0.16
	f	%	f	%			
Analfabeta	0	0.0	1	100.0			
Primaria/secundaria	79	80.6	19	19.4			
Bachillerato/Licenciatura	24	96.0	1	4.0			
Total	103	83.1	21	16.9			

Nota: χ^2 =chi cuadrado, gl=grados de libertad

La tabla 14 muestra que la χ^2 (2, N=124)=8.297, $p= 0.16$

Tabla 15.

Correlación entre la Dimensión “Procedimiento” (tactos vaginales seguidos sin pedir consentimiento) con escolaridad.

Variable	3. Mientras la usuaria estaba hospitalizada, se le realizaron tactos vaginales seguidos sin pedirte consentimiento o explicarte el por qué eran necesarios.				χ^2	gl	Valor de p
Escolaridad	No		Sí		8.680	2	.013
	f	%	f	%			
Analfabeta	0	0.0	1	100.0			
Primaria/secundaria	84	85.7	14	14.3			
Bachillerato/Licenciatura	24	96.0	1	4.0			
Total	108	87.1	16	12.9			

Nota: χ^2 =chi cuadrado, gl=grados de libertad

La tabla 15 muestra que la χ^2 (2, N=124)=8.680, $p= 0.13$

Tabla 16.

Correlación entre la Dimensión “Procedimiento” (compresión del abdomen en el momento de los pujos) con escolaridad.

Variable	Mientras la usuaria estaba hospitalizada, se le realizó compresión del abdomen en el momento de los pujos sin pedirte consentimiento o explicarle el por qué eran necesarios.				χ^2	gl	Valor de p
Escolaridad	No		Sí		4.699	2	.095
	f	%	f	%			
Analfabeta	0	0.0	1	100.0			
Primaria/secundaria	81	82.7	17	17.3			
Bachillerato/Licenciatura	21	84.0	4	16.0			
Total	102	82.3	22	17.7			

Nota: χ^2 =chi cuadrado, gl=grados de libertad

La tabla 16 muestra que la χ^2 (2, N=124)=4.699, $p= .095$

La significancia estadística que se muestra al correlacionar las dimensiones del Instrumento de violencia obstétrica y las variables sociodemográficas aunado a los altos porcentajes de las respuestas en el instrumento, demuestran que **existe** violencia obstétrica en las dimensiones: Procedimiento, Trato y Momento del Parto, con lo cual se acepta la hipótesis de estudio. Y aunque la violencia contra la mujer puede existir en cualquier ámbito social, a menudo está relacionada con niveles socioeconómicos y educativos bajos.

IX. Discusión

A la luz de los resultados y con base a los objetivos planteados, se encontró que los mayores porcentajes de respuesta positiva se encontraron en los ítems 4, 9, 14, 17 y 18 lo que evidencia que en la muestra de esta investigación aún se siguen realizando funciones de enfermería que son catalogadas como violencia obstétrica.

Al analizar las dimensiones del cuestionario se logró identificar lo siguiente: en la Dimensión Procedimiento, el estudio arrojó que casi la cuarta parte de los participantes refirieron que se les practicó los siguientes procedimientos tactos vaginales realizados por diferentes personas, compresión del abdomen, ruptura de la bolsa y administración de medicamento para apurar el parto. Lo anterior fue similar a lo encontrado por Pereira, Domínguez y Toro, (2015), en su estudio violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente, con una población de 326 personas, donde reveló que casi la mitad de ellas no recibió información adecuada sobre los procedimientos que se les practicaron, además de que a un poco más de la mitad de las pacientes se les realizó procedimientos quirúrgicos sin solicitar consentimiento informado por escrito. Esta situación se presenta a pesar de la normatividad que en México se establece.

Estos datos coinciden con el estudio de Pintado, Penagos y Casas (2015) en su investigación Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica con una muestra de 29 participantes, donde la mayor parte de los participantes reportó haber presenciado situaciones de negligencia médica (prácticas nocivas).

Lo que concuerda con el estudio de Castillo (2017) en su artículo Frecuencia y Caracterización de violencia obstétrica con una población de 260 usuarias, él reportó cifras mayores, ya que más de la mitad de la población refirió haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica y casi la mitad describió violencia contra el cuerpo femenino.

Si bien, la OMS (2016) realiza una serie de recomendaciones para la práctica apropiada para una experiencia positiva del parto, aún se evidencia la medicalización, así como un intervencionismo injustificado.

Por otra parte dentro de la Dimensión Trato como resultado final, lo más relevante fueron, los ítems número 9 y 14 referente al trato con sobrenombres o diminutivos (36.3%) y el impedimento a tomar agua (46.8%) y aunque para la gran parte de la población de estudio, refirió haber recibido un buen trato, semejante a lo que encontraron Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, Duarte y Cázares, (2017) en su estudio publicado violencia obstétrica Percepción de las Usuarias Sonorenses con una muestra de 45 participantes, más de la cuarta parte de las mujeres encuestadas percibieron algún tipo de violencia obstétrica, la mitad fueron criticadas por llorar, y menos de la cuarta parte les llamaron con sobrenombres o diminutivos, además de recibir comentarios irónicos o descalificadores en tono de chiste.

Que en homólogo a Soto-Toussaint, (2016) en la revista mexicana de Anestesiología, la prevalencia de maltrato a mujeres atendidas en las salas de parto por hospital con 512 pacientes en uno de los nosocomios se reportó un porcentaje bajo de maltrato verbal, de percepción de maltrato y por último una mínima parte refirió maltrato físico. Lo que para Valdez, Mojarro y Arenas (2013) en su nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en las salas de parto, una cuarta parte de las mujeres encuestadas reportó algún tipo de abuso verbal con frases intimidatorias y que limitan el derecho a las mujeres a expresar sus emociones y proceso natural de dolor que conlleva el trabajo de parto.

Así mismo en similitud con Faneite, Feo y Toro (2012) en su indagación sobre el grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud con 500 personas del área obstétrica de los diferentes centros hospitalarios, la mayor parte de la población presencié maltrato a una embarazada, y de esta parte la mitad resultó ser efectuada por parte del médico y por el personal de enfermería. Quizás se deba al hecho de que muchas mujeres, ven este tipo de comportamiento como una práctica común o “normal”.

Parecido con Cobo (2016) que consideró que el recibir una atención poco respetuosa por parte de los profesionales sanitarios es el precio que las mujeres tienen que pagar por beneficiarse de los servicios de salud gratuitos, lo que justifica actos denominados como violencia obstétrica.

En cuanto a la Dimensión Momento del Parto los ítems con mayor puntuación fueron el número 17 y 18 referente a que les obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara incomodidad en esa posición (16.1%), además de sentirse obligadas a quedarse en cama o buscar posiciones según sus necesidades (15.3%). Lo más relevante para esta dimensión fue que se les impidió el contacto con el recién nacido, identificar su sexo (40.3%) abrazarlo, amamantarlo inmediatamente después de nacer (47.6%), lo que coincide con Terán, Castellanos, González y Ramos, (2013) en su averiguación sobre violencia obstétrica: Percepción de las Usuaris con un total de 425 puérperas, en donde la mitad de las pacientes fueron objeto de algún tipo de trato deshumanizante y entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz.

Estos datos concuerdan con los resultados de Vela (2015) Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal donde, de 100 puérperas, la mayor parte de las pacientes refirió que nunca se les enseñó posiciones de parto y no se les explicó que podían escoger la posición para parir.

Lo mismo para Rodríguez, Aguilera y Musas (2017), quienes, en sus pesquisas sobre la violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer; El caso de Tenerife, de un total de 282 mujeres, la parte mayoritaria de la muestra sufrió violencia obstétrica durante el parto refiriendo como indicador frecuente la participación del alumnado a prácticas sin el consentimiento de la mujer y el cambio de ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario. Por ende, resulta prioritario señalar que la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el artículo 51 establece claramente que obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amantarla inmediatamente al nacer se deriva en un delito.

Seguido de esto, existe evidencia científica de que, el contacto piel a piel madre e hijo, establece un vínculo emocional entre ellos, además de favorecer la adaptación a la vida extrauterina del recién nacido, como momento idóneo para

estimular su instinto para mamar, mejor conocido como *Breast Crawl* (gatear para mamar), entre otros beneficios.

La violencia obstétrica contra la mujer sigue presente en la sociedad mexicana a pesar de que existe una ley que la tipifica, pareciera que, para muchas de las beneficiarias, la atención que reciben de los servicios de salud, fuese aceptable. Y posiblemente, para muchas de las usuarias encuestadas, se reservaron información sobre la experiencia de parto durante su estancia hospitalaria, por miedo o por evitar ser mal atendidas, o simplemente porque desconocían los términos.

Esta investigación converge con la teoría del cuidado humano de Jean Watson como sustento fundamental de la misma, que, al analizarla, se relaciona con los resultados obtenidos, reconociendo algunos factores de cuidado, y algunos de los supuestos de esta conjetura.

Uno de los supuestos es la práctica del cuidado que es el centro en la enfermería, este, va más allá de una valoración objetiva, implica un compromiso moral que involucra proteger, reforzar y conservar la dignidad de la mujer para mantener su armonía interna. Ya que el proceso fisiológico que está pasando puede representar riesgos para la salud materna y perinatal, lo que puede generar ansiedad, temor, estrés, incertidumbre. Enfermería debe focalizarse en un acompañamiento sensible, centrado en la usuaria como ser humano y esta práctica de cuidado debe estar basada en el conocimiento. Por lo tanto, se deben incorporar factores de cuidado como:

El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros. Para Watson el ser humano es un primer lugar, un ser sintiente, al igual como lo marca el existencialismo que destaca la esencia del Ser Humano como una persona digna y libre. Es habitual que en la praxis sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, por lo cual muchos usuarios tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos y además se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Watson destaca que la expresión de los sentimientos es una forma de empatía con otros, es por ello que el practicar la

sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor (Urrea et al., 2011).

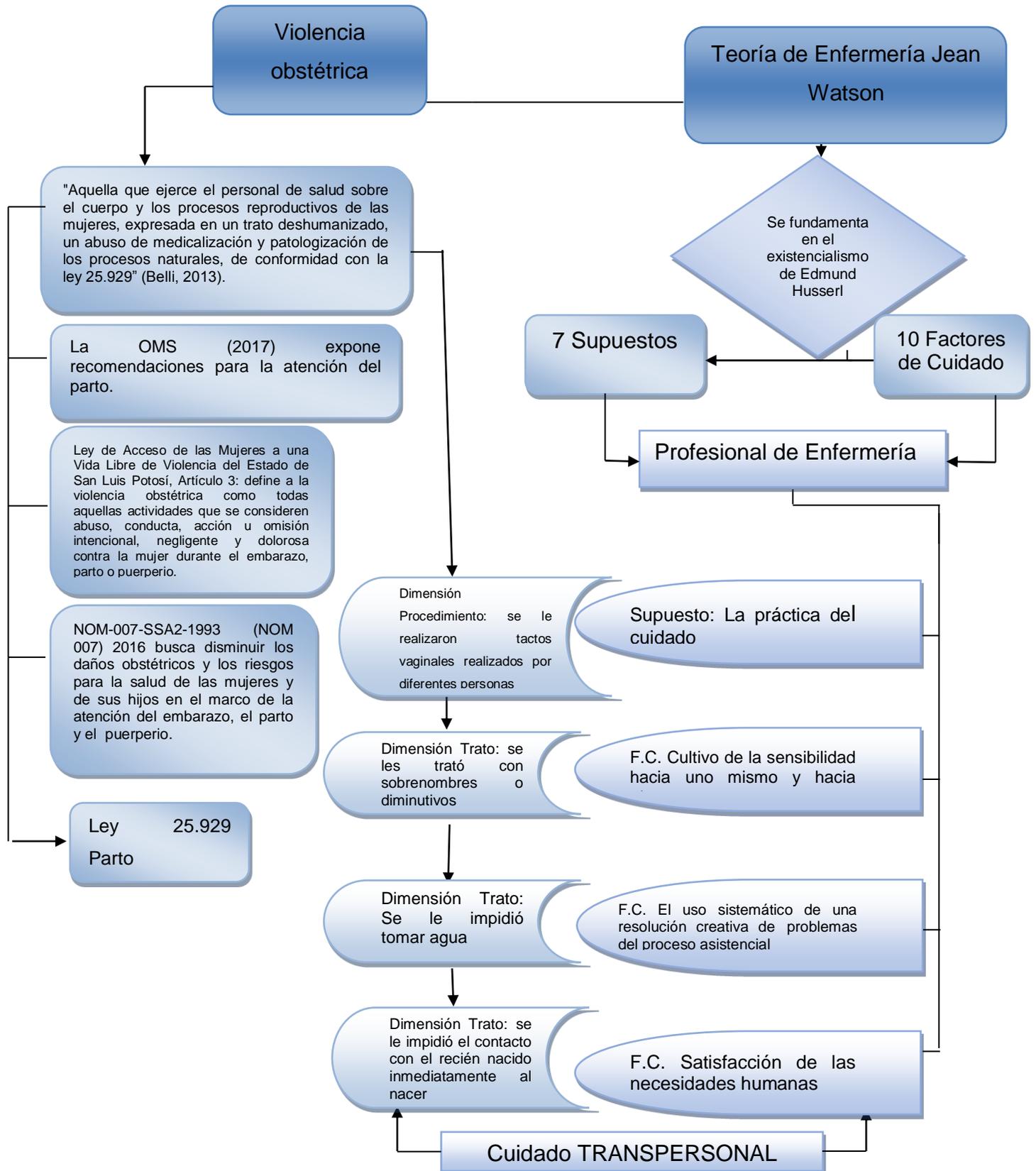
El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial. Watson se refiere a la sistematización excesiva de las normativas que impiden el desarrollo creativo de la profesión de enfermería. El uso del proceso enfermero el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería y aunque eso no debería ser obstáculo para el estudio, la investigación y el desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones nuevas en la práctica diría, convirtiéndose en un proceso mecánico que normalmente no está centrado en el paciente sino en la patología. Ya que el no delimitar el campo propio de la enfermería y referirlo a un campo biomédico no hace posible la autonomía y la creatividad, por lo que Watson cumplir con la misión de brindar cuidados efectivos es adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía (Urrea et al., 2011).

Satisfacción de las necesidades humanas. La asistencia de estas necesidades modificará la percepción de las usuarias en relación con el cuidado de enfermería, lo que tendrá lugar a la satisfacción del cuidado recibido, al apoyo brindado durante el momento del parto o post parto, lo que influirá de forma positiva en las usuarias y más aún si se les permite la participación activa de la madre con el hijo, favorecerá a tener control y confianza en sí misma y de su propio proceso, cuando sucede lo contrario, llegará a sentir rabia y enojo, dado que se sienten mal atendidas por un equipo incompetente.

Es por ello, por lo que el profesional de enfermería es el encargado de brindar a la mujer ya su hijo un cuidado de calidad encaminado a promover el bienestar, durante el trabajo de parto, parto y post parto, fundamentado en el respeto, en la dignidad y en las necesidades individuales de las usuarias mujeres, tanto en el aspecto físico, emocional, cultural, económico y social, integrando los valores y las creencias de cada uno (Urrea et al., 2011).

En el siguiente esquema se aborda de forma esquemática la triangulación entre los resultados obtenidos en esta investigación, violencia obstétrica y la Teoría de Jean Watson. Ver Esquema 3.

Esquema 3. Triangulación de los resultados obtenidos (violencia obstétrica), con la teoría de Jean Watson



X. Conclusiones

Con esta investigación se analizó la existencia de violencia obstétrica en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la ciudad de Morelia, y ante la meta trazada, durante el desarrollo de la misma, se logró el cumplimiento del objetivo general, así mismo, observar que las mujeres son víctimas de violencia obstétrica durante y después del parto, lo que pone de manifiesto la vulnerabilidad de la mujer embarazada.

Cabe resaltar que un porcentaje considerable muestra que es durante el momento del parto donde más se perciben maltratadas tanto física como verbalmente, lo que es muy semejante a la información de estudios previos.

Por lo que se concluye que sí existe violencia obstétrica en dicha institución.

Quizá, si las mujeres fueran conocedoras de sus derechos y de su dignidad como seres humanos, la atención que recibieran resultara distinta, ya que las usuarias empoderadas con este tipo de información, tendrían la capacidad y el valor para negarse a diferentes intervenciones, muchas veces traumáticas y hasta negligentes que atentan contra la vida misma.

Enfermería está obligada a trabajar de forma sensible, consciente y competente desde el primer contacto que se tiene con la usuaria embarazada; orientando, informarla, participando en la consulta, acompañándola en su proceso, dignificando su trato.

Se necesitan personas comprometidas con su profesión que sean capaces de transformar los ambientes hospitalarios fríos, apáticos e insensibles al dolor humano en ambientes empáticos y cálidos en donde se refleje la seguridad, la confianza y el buen trato tan solo por el hecho de ser Persona.

XI. Sugerencias

Esta investigación demuestra la necesidad que se tiene de empoderar a la mujer, ya que de esta actitud depende el nivel de conocimientos y el reconocer su valía como persona para ser capaz de poner límites. Por eso se sugiere:

Dar a conocer por medios masivos de comunicación, así como difusión dentro de la Institución de estudio, los derechos y la necesidad del Parto Humanizado.

Dar a conocer la Investigación en el Hospital General “Miguel Silva” para promover la necesidad del Parto Humanizado (acompañado) y lleve a la capacitación del personal de Salud

Sugerir en la Dirección del Hospital General “Dr. Miguel Silva” en conjunto con el programa de “Seguro Popular” la obligatoriedad de la información a la usuaria sobre Violencia Obstétrica.

Fomentar la difusión en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” a través de carteles, trípticos, periódicos murales y pláticas informativas sobre la Violencia Obstétrica, a fin de que la usuaria conozca sus derechos.

A partir de los resultados de esta investigación, se proyecta proponer con las autoridades competentes, implementar el Parto Humanizado (Acompañado) en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

XII. Bibliografía

Aguirre, A., Martínez, B., Rivero, K., Blancas, C., Badillo, S., González, L. (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Revista Salud Quintana Roo*. 6(25): 21-5

Alfaro, F. (26 de noviembre del 2017) INEGI: 32% de las mujeres ha padecido violencia obstétrica en Michoacán. *QUADRATÍN Michoacán*. Recuperado de <http://www.quadratín.com.mx>

Álvarez, C. C. (2013). Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia post parto. *Revista Aquichán*. 13(1): 17-26

Argueda, G. (2014). La Violencia Obstétrica: Propuesta conceptual a partir de una experiencia Costarricense. *Revista Cuadernos intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 11(1) 145-169

Belli, L. F. (2013). La Violencia Obstétrica: Otra forma de violencia a los derechos humanos. *Revista Redbioética Unesco*. 1(7): 25-34

Bellón, S (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y biopolítica. *Revista Dilemata* 7(18):93-111

Camaro, M. (2013). La Violencia Obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista venezolana de Estudios de la Mujer*. 18(40): 185-192

Castellanos, A. (2015). Índices de violencia obstétrica en México. Recuperado lunes de enero de 2016, de <http://cisau.mx/violencia-obstetrica-en-México/#sthash.003Y1Lns.dpof>

Castillo L. M. (2017). Frecuencia y Caracterización de violencia obstétrica en el Hospital Homero Castanier Crespo (Proyecto de investigación previa a la obtención del título de médico). Universidad de Cuenca Facultad de ciencias médicas, Escuela de medicina. Cuenca-Ecuador

Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*. 37-42

Cobo G. C. (2016). La Violencia Obstétrica (Trabajo de fin de grado-Grado en enfermería). Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de enfermería "Casa de salud valdecilla". España

Declaración y Erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centro de Salud OMS. (2014).

Diccionario Enciclopédico Internacional Tomo 1,2, 3 y 4 (1889) Editorial Norma S.A. Sistemas Audiovisuales Internacionales, S.A. de C.V.

Faneite, J., Feo, A., Toro, J. (2012) Grado de conocimiento de Violencia Obstétrica por el personal de a salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 72(1): 4-12

Federación, D. O. (6 de ENERO de 1995). Obtenido de NOM Norma Oficial Mexicana No. 007: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550

Figuroa, O. E., Hurtado, R., Valenzuela, D. G., Bernal, J. D., Duarte, C. D., Cazares, F. A. (2017) Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. *Revista SANUS*. 3 (1): 14-21

GIRE. (2015). Obtenido de Grupo de Información en Reproducción Elegida: recuperado de <http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>

Gómez, L. (27 de abril del 2018) CDMX, segundo lugar de violencia obstétrica en hospitales: CDHDF. *La jornada en línea*. Recuperado de <http://www.jornada.com.mx>

Guerrero, R., Meneses, M.E., De la Cruz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao. *Rev enferm Herdiana*. 09(2): 133-142

Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis *Enfermería Global*. 33: 318-327

Hernández, A. M., Vázquez, M.L. (2015). El cuidado de Enfermería comprometido: motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev. Univ. Salud*. 17(1): 80-96

Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición McGraw-Hill Interamericana México D.F.

Hernando, A. C. (2015). La Gestión del cuidado. *Revista Enfermería C y L*. 7(2)

Marriner, A., & Tomey, R. M. (1989) Modelos y teorías de enfermería. Sexta Edición Elsevier Mosby Barcelona España

Martínez, M., & Briones, R. C. (2013). Metodología de la investigación para el área de la salud. 2da edición McGraw-Hill Interamericana.

Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. Rev de Derecho y familia de las personas Buenos Aires N°4, <http://bit.ly/vj-obstetricia/>.

Mejía, R. (2013). Obtenido de RicardoMejía.mx/iniciativa-para-combatir-la-violencia

Mino, F. (2012). Parir con dolor. La jornada N°189

Observatorio en Salud Género y Derechos Humanos. (2009). Una mirada a la salud reproductiva de los derechos humanos de las mujeres. Con todo al aire 2

Olive, C., Isla, M. P. (2015). El modelo de Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Rev Rol enferm*. 38(2): 123-128

Organización Mundial de la Salud (OMS) Cuidados en el parto normal cita link www.holistika.net/parto_natural/oms/cuidados_en_el_parto_normal_guia_practica_oms.asp 2017

Pablete, M.D.C., Valenzuela, S. V., Merino, J. M. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medicación del cuidado Humano transpersonal basadas en la teoría de Jean Watson. *Revista Aquichán*. 12(1): 8-21

Parto Humanizado-Ley Nacional N° 25.929. (s.f.). Obtenido de [www.unicef.org/argentina/spanish/ley de parto humanizado.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf)

Pereira, C. J., Domínguez, L. A; Toro, M. J. (2015). Violencia Obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 75(2): 81-90

Pérez, R. (2014). Derechos sexuales y reproductivos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 74(2): 73-77.

Pintado, S., Penagos, J.C., Casas, M. A. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Revista Ginecol Obstet México*. (83): 173-178

Quevedo, P. (2012) "Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género". (Tesis de pregrado). Facultad de ciencias políticas y sociales, Universidad de Cuyo. Perú.

Raile, M, Marriner, A, (2011), *Modelos y Teorías en Enfermería*, 7ed Barcelona España, Elsevier Mosby

Rangel, Y, Y., Martínez, A, G. (2017) Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista CONAMED*. 22(4): 166-169

Restrepo. (2010). *Revista Género y Salud EN CIFRAS*, Secretaria de Salud vol.8, N° 3

Rodríguez, D., & Valdeoriola, J. (2009). *Metodología de la Investigación*. Universitat Oberta de Catalunya.

Rodríguez, P. A., Aguilera, L. (2017). La Violencia Obstétrica otra forma de violencia contra la mujer, El caso de Tenerife. *Musas*. 24(2): 56-74

Rubio, M., Arias, M. (2013). Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería *Rev Cubana Enferm.* 29(3): 191-198.

Segovia, F. (2014). Violencia contra la mujer y dispositivos de atención psicológica. (Tesis trabajo final de grado). Universidad de la república, Facultad de Psicología. Montevideo Uruguay

Soto-Toussaint, L. H. (2016). Prevalencia de maltrato a mujeres atendidas en salas de parto, por hospital. *Revista mexicana de Anestesiología.* 39(51): 55-60

Terán, p., Castellanos, C., González, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias. *rev obstet Ginecol Venez.* 73 (3): 171-180.

Unión, C. d. (1 de Febrero de 2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_171215.pdf

Unión, H. C. (19 de Septiembre de 2006). La ley general de salud. Obtenido de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Urra, E., Jana, A., García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería XVIII* (3):11-22

Valdez, S., Mojarro, M., Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED.* 18(1): 14-20

Vela C.G. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal (Tesis para obtener el título profesional de licenciatura en obstetricia). Facultad de Medicina EAP, Lima Perú

Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED.* 15(3): 147-151

XIII. Anexos

XIV. Apéndices

14.1 Hoja de colecta de datos cuestionario de violencia obstétrica

Tabla 17.
Cuestionario para medir la variable violencia obstétrica

Dimensiones	Ítems	Respuesta SI	Respuesta NO
Dimensión Procedimiento:	1.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó rasurado sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	2.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó enema (lavado de intestino para evacuar) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	3.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó ruptura artificial de la bolsa sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	4.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te administró medicamento a goteo para “apurar” el parto sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	5.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales seguidos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	6.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó tactos vaginales realizados por diferentes personas sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	7.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó compresión del abdomen en el momento de los pujos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	8.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó episiotomía (incisión de la vulva al ano para evitar desgarro de tejidos durante el parto) sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
	9.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó cesárea sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		

	10.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te realizó raspaje de útero sin anestesia y sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?		
Dimensión Trato	1.- ¿Mientras estabas hospitalizada con contracciones de trabajo de parto, el personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chistes acerca de tu comportamiento?		
	2.- ¿Mientras estabas hospitalizada, te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-hijita) o como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?		
	3.- ¿Mientras estabas hospitalizada, fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto?		
	4.- ¿Mientras estabas hospitalizada fuiste criticada por llorar o gritar de dolor durante el parto?		
	5.- ¿Mientras estabas hospitalizada, hospitalizada fuiste criticada por llorar o gritar de emoción y alegría, durante el parto?		
	6.- ¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían?		
	7.- ¿Mientras estabas hospitalizada, te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque te respondían de mala manera?		
	8.- ¿Mientras estabas hospitalizada, se te impidió tomar agua?		
Dimensión en el momento del Parto	1.- ¿En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?		
	2.- ¿En el momento del parto, fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?		
	3.- ¿En el momento del parto, Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?		
	4.- ¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (verle el sexo) antes de que se lo llevara el médico para control?		
	5.- ¿En el momento del parto, se te impidió el contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido (acariciarlo, tenerlo en brazos, hablarle, darle el pecho.) antes de que se lo llevara el médico para control?		

Dimensión Pos Parto	1.- ¿Después del parto, sentiste que no habías colaborado?		
	2.- ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir vulnerable?		
	3.- ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir culpable?		
	4.- ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿Te hizo sentir insegura?		
Dimensión Experiencia de Parto	1.- ¿Te paso algo que consideraras violento que vulnerara tus derechos durante el embarazo que no haya mencionado?		
	2.- ¿Te paso algo que consideraras violento que vulnerara tus derechos durante el parto que no haya mencionado?		
	3.- ¿Te paso algo que consideraras violento que vulnerara tus derechos después el parto que no haya mencionado?		
	4.- ¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos durante el embarazo, que no haya mencionado?		
	5.- ¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos durante el parto que no haya mencionado?		
	6.- ¿Te paso algo que consideraras incorrecto, que vulnerara tus derechos después del parto que no haya mencionado?		

14.2 Operacionalización de variables

Tabla 18.

Operacionalización de la variable metodológica de la investigación

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador
Violencia obstétrica	Variable metodológica Dependiente	“Violencia obstétrica, aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929” (Belli, 2013).	La violencia obstétrica es aquella que se realiza en la mujer en las dimensiones procedimiento, trato y momento del parto por el personal de salud.	Procedimiento (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7). Trato (ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14). Momento del Parto (15, 16, 17, 18 y 19).	Respuesta dicotómica 1= sí 2= no Cuando la respuesta es afirmativa, indica violencia obstétrica

Nota: elaboración propia

Tabla 19.

Variables sociodemográficas de la investigación

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual/ Operacional	Escala de Medición	de Estadísticos
Edad	Continua	Esta referida al tiempo de existencia de alguna persona o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	Número de años cumplidos	Frecuencia, media, mediana, moda y desviación estándar
Escolaridad	Cualitativa nominal	Espacio de tiempo en que dura la enseñanza obligatoria. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-bachillerato 5.- licenciatura	Frecuencia y porcentaje
Ocupación	Cualitativa nominal	Hace referencia a trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo. Diccionario Enciclopédico	1.- Ama de casa 2.- Trabajadora 3.- Profesionista	Frecuencia y porcentaje

		Internacional (1998)		
Religión	Cualitativa nominal	Término latino religión y se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1. Católica 2.-Otra	Frecuencia y porcentaje
Estado Civil	Cualitativa nominal	Situación personal que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea un pariente, constituyendo con ella una institución familiar. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.-Soltera 2.-Casada 3.- Unión libre	Frecuencia y porcentaje
Lugar de Origen	Cualitativa nominal	Del latín procedens, procedencia es origen de algo o el principio de donde nace o deriva. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.- Morelia 2.-Otra Localidad	Frecuencia y porcentaje
Lugar de Residencia	Cualitativa nominal	Del latín residens y que hace mención a la acción y efecto de residir. Puede tratarse del lugar o domicilio. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.- Morelia 2.-Otra Localidad	Frecuencia y porcentaje

Nota: elaboración propia

Tabla 20.
Antecedentes obstétricos de las usuarias en estudio

Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Conceptual/ Escala de Medición	de Estadísticos
Número de Embarazos	Cuantitativa discreta	Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.- Uno 2.- Dos 3.- Mas de 3	Frecuencia, porcentaje, media, mediana y moda
Partos	Cuantitativa discreta	Del latín "partus" el parto designa tanto al acto de parir. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.- Uno 2.- Dos 3.- Mas de 3	Frecuencia, porcentaje, media, mediana y moda
Cesáreas	Cuantitativa discreta	Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto (vivo o muerto) y placenta a través de una incisión que se realiza en la pared abdominal materna y pared uterina. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.- Uno 2.- Dos 3.- Mas de 3	Frecuencia, porcentaje, media, mediana y moda
Abortos	Cuantitativa discreta	La OMS define como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.- Uno 2.- Dos 3.- Mas de 3	Frecuencia, porcentaje, media, mediana y moda
Toxicomanías	Cualitativa nominal	Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de la droga. Diccionario Enciclopédico Internacional (1998)	1.- Si 2.- No	Frecuencia y porcentaje
Control Prenatal	Cualitativa nominal	Son todas las acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para identificar factores de riesgo y corregirlos.	1.- Si 2.- No	Frecuencia y porcentaje

Nota: elaboración propia

14.3 Carta de Consentimiento informado



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado



Maestría con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo en Enfermería

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto “Nivel de Violencia Obstétrica en usuarias en periodo post-parto atendidas en un hospital de Morelia, Michoacán”

Consentimiento Informado

Mediante la presente doy consentimiento para participar en este proyecto al cual fui invitada (o), y he decidido notificar libremente mi decisión a participar después de analizarlo. Entiendo que este estudio tiene como propósito establecer la asociación de la violencia obstétrica.

Considerando lo establecido en el Capítulo I, artículo 17, fracción II, se clasifica como de riesgo mínimo para mi persona.

Se me informó y explicó el procedimiento de este proyecto, que no recibiré ninguna compensación económica, que mi participación es voluntaria la cual consiste en contestar un cuestionario de 33 preguntas.

Entiendo que al firmar este documento adquiero la responsabilidad de contestar de forma libre y con honestidad y que toda la información que proporcione será analizada de manera discreta y confidencial, teniendo acceso exclusivo a estos datos, la investigadora.

El conocimiento que se obtenga de esta investigación puede ser utilizado en beneficio de la ciencia, en la profesión de enfermería. Estoy consciente de que

cuando los resultados se den a conocer a la comunidad científica, mi identidad será completamente anónima.

Así mismo se me explicó que este proyecto se sometió a una rigurosa evaluación y se autorizó para su aplicación por el comité académico interinstitucional de la maestría en enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, de la ciudad de Morelia, Michoacán.

Acepto participar en la investigación

Nombre y firma del entrevistado

Nombre, dirección y firma del Testigo

Nombre, dirección y firma de Testigo

L.E. Martha Dimas Arias

Entrevistadora

Notifico que estoy enterado (a) que la responsable del estudio es la L.E. Martha Dimas Arias; que cuenta con recursos económicos para la realización de este proyecto: conozco sus datos personales que están al final de este documento y sé que puedo recurrir a ella cuando lo necesite, o tenga cualquier duda o desee retirarme del proyecto.

Morelia Michoacán., a ____ de ____ 2017

Investigador responsable: Martha Dimas Arias

Dirección: Avenida de las Aves #773, fraccionamiento Villas del Pedregal

Teléfono: 4431115039

Correo electrónico: diarias.princess@gmail.com