



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE ENFERMERIA REGIÓN XALAPA**



**“VIOLENCIA OBSTÉTRICA. ESTUDIO DE CASO
EN ALTOTONGA VERACRUZ”.**

**Proyecto de Tesis que para obtener el grado de:
Especialista en salud Materno y Perinatal**

Presenta:

L.E. Enfermería Adriana Castro Peralta

Directora de Tesis

Dra. Elizabeth Bonilla Loyo

Xalapa, Ver; Diciembre 2014

Dra. Sara Ladrón de Guevara González

RECTOR

Mtra. Leticia Rodríguez Audirac

SECRETARIA ACADÉMICA

Dra. Eli Alejandra Garcimarrero Espino

DIRECTORA DEL AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Yolanda Méndez Grajales

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA-XALAPA

JURADO

**DRA. ELIZABETH BONILLA LOYO
PRESIDENTE**

**DRA. YOLANDA MENDEZ GRAJALES
SECRETARIO**

**MTRA. RUTH ANGELICA LANDA
VOCAL**

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A Dios.

“Padre celestial, te doy las gracias por permitirme nacer en esta vida, tener los padres que me diste y los hermanos que me enviaste. Y de respirar este aire, de sentir cada día el calor del sol así como de la lluvia”. Dios gracias por estar siempre a mi lado y de mi corazón no te has separado, por haberme permitido ejercer esta hermosa profesión de enfermería y realizar mi sueño de ser una especialista.

A Mis padres:

José y Carmen gracias por su inmenso amor por que siempre me han apoyado en mis decisiones, por los consejos que me da, en los momentos difíciles, le doy gracias a Dios porque me ha dado unos padres que son ejemplo a seguir de lucha y constancia, por esa humildad que los ha caracterizado. Gracias Dios porque me has dado la dicha de que este vivos y permitido ver este logro. Dedicada muy en especial a mi padre que está enfermo y esperando que Dios le de pronto su recuperación.

Dra. Bonilla:

Gracias por brindarnos su conocimiento, por esas horas de desvelos por que estando enferma siempre tuvo tiempo para motivarnos a realizar este protocolo, por su dedicación y tolerancia, gracias.

RESUMEN

El Objeto de estudio de esta investigación fue identificar las acciones e intervenciones médicas y de enfermería que conlleva a cometer violencia obstétrica en las mujeres parturienta que acuden a tener su parto en el área de un hospital. **El objetivo general:** Identificar el conocimiento de las parturientas sobre las intervenciones y acciones que inciden en la violencia Obstétrica, durante el trabajo de parto y parto que denoten saberes y su percepción sobre el ejercicio del poder médico en el Hospital de Altotonga, Veracruz. **Metodología: El tipo de estudio.** Fue transversal pues estudió las variables simultáneamente en determinado momento, descriptivo, porque estuvo dirigido a determinar cómo estaba la situación de las variables que se estudiaron en la población. **El universo** estuvo constituido por las mujeres que demandaron la atención del parto. **La población** está representada por todas las mujeres que cursaron el puerperio fisiológico en el hospital Altotonga. **La muestra** a la cual se le aplicó la encuesta estuvo representada por cuarenta mujeres de puerperio fisiológico que oscilan de 13 a 38 años de edad que estuvieron hospitalizadas en el área de alojamiento conjunto. El método utilizado fue el cuantitativo, la técnica utilizada fue la encuesta, para la cual se diseñó un instrumento de medición como fue el cuestionario, aplicado estructurado a través de cincuenta y ocho preguntas de opción múltiple, agrupadas en tres bloques conceptuales. **El plan de análisis y tabulación,** se realizó a través del paquete estadístico SPSS con el apoyo del bloque conceptual trabajado en el cuadro de Operacionalización de variables distribuidas en tres conceptos claves: Violencia obstétrica, poder en el campo médico y conocimiento y saberes de violencia obstétricas. Entre los **resultados**, se encontró que el 92.7% de las mujeres que acudieron a atender su parto en el Hospital de Altotonga Veracruz, desconoce el término violencia y un 85.4% desconoce La ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz, un 70.7% sufrió abuso verbal en la sala de parto labor por parte del médico general, la realización de procedimientos por rutina como es la aplicación de oxitocina, amniorrhexis, episiotomía, el no brindar información sobre todos los procedimientos a realizar. Dentro de la **discusión** coinciden

con los autores Valdez, Hidalgo, Mojarro, Arenas (2013) Terán, Castellanos, González, Ramos (2013) y Faneite, Feo, Toro (2013) coincidieron y abordaron el tema violencia obstétrica coincidiendo en las siguientes variables: Abuso, cuidado deshumanizado, conocimiento. **Conclusión** Las mujeres que más sufrieron y percibieron la violencia obstétrica son las primigestas del grupo de edad de 13 a 17 años con estudio de secundaria. Es necesario que el personal de salud informe a la mujer parturienta y familiares sobre los procedimientos a realizar durante el trabajo de parto y parto, brinde un trato más humanístico para mejorar la calidad de la atención obstétrica aplicando la medicina basada en evidencia y fomentando el protagonismo de la mujer en su proceso reproductivo, que el personal este en constante capacitación para reforzar el conocimiento sobre las normas y guías prácticas clínicas y las recomendaciones de la OMS para la atención del trabajo de parto y parto, para así no realizar procedimientos por rutina.

INDICE			Página
RESUMEN			4
I	Índice de tablas		8
II	Índice Gráficas		8
INTRODUCCION (relevancia del tema, justificación social, académica y personal, estructura del trabajo)			9
Capítulo I	Intervenciones de enfermería para disminuir la Violencia Obstétrica		
1.1.	Antecedentes y delimitación conceptual de V O		11
1.1.1	Antecedentes sobre Violencia Obstétrica		11
1.1.2.	Delimitación conceptual del objeto de estudio Revisión de estudios relacionados con V O		17
	Perspectivas teóricas de Virginia Henderson		21
1.2	Tejido teórico y aproximaciones conceptuales. Violencia Obstétrica		22
	1.2.1. Obstetricia		23
	a. Violencia obstétrica		24
	b. Abuso		28
	c. Trabajo de parto		29
	d. Parto		33
	e. Puerperio		36
	d. Cuidado deshumanizado desde enfermería		38
	1.2.2. Ejercicio del poder en el campo medico		38
	a. Poder		38
	b. El Poder en el campo medico		39
	c. Apropiación del cuerpo de la embarazada		40
	d. Practicas del habitus médico		40
	e. Poder obstétrico		42
	f. Abuso en sala de maternidad por médicos y residentes		42
	h.Ejercicio del poder médico durante el trabajo de parto y parto		42
	1.2.3. Conocimientos y saberes sobre violencia obstétrica		43
	a. Conocimiento sobre violencia obstétrica y sus implicaciones legales		43
	b. Normatividad institucional sobre la violencia obstétrica		44
	c. Prácticas médicas hospitalarias sobre sexualidad y salud reproductiva (Trabajo de parto y parto)		46
1.3	Marco Contextual del espacio físico de la investigación.		47
1.3.1	Origen, Evolución y Estado actual del Espacio físico		48
1.3.2	Filosofía institucional, Misión, Visión, Valores.		49
1.3.3	Marco legal de la institución de salud		50
1.3.4	Organigrama institucional		53
Capítulo II	Metodología		
2.1.	Problema de investigación		54
2.1.1	Evidencias Empíricas, argumentación del problema		54
2.2	Marco Epistémico		57
2.2.1	Pregunta general de investigación, Hipótesis/ y objetivos general		57
2.2.2	Subpreguntas de investigación, Hipótesis alternas / y Objetivos específicos		57
2.3	Diseño del estudio		59
2.3.1	Tipo de estudio		59
2.3.2	Universo, población y muestra		60
2.3.3	Operacionalización de variables		61
2.4	Técnicas para la recolección de la información.		72
2.4.1	Encuesta (Instrumento de medición)		73
2.4.2	Validación del Estudio PILOTO		73

	2.4.3	Plan de tabulación y análisis estadístico de la información SPSS	73
	2.5.	Organización logística del trabajo de campo (narrativa)	74
CAPITULO III	Resultados del Diagnóstico		
	3.1.	Resultados del diagnóstico y supuestos hipotéticos	74
		a. Discusión y conclusiones	96
		b. Informe evaluativo	101
CAPITULO IV	Propuesta de Intervención: “Por una atención integral del trabajo de parto y parto, para reducir la violencia obstétrica		
	4.1.	Metodología para la intervención en Violencia Obstétrica	102
	4.2.	Propuesta de intervención	103
	4.3.	Plan e instrumentos de Evaluación de la Intervención	106
	4.4.	Conclusiones y recomendaciones	109
	4.5.	Experiencia en el proceso de investigación	109
	4.6.	Referencias Bibliográficas y Anexos	110

INDICE DE TABLAS		
		Pagina
Tabla Núm. 1	Negación de la atención médica en área de urgencias.	75
Tabla Núm. 2	Discriminación o diferencia de trato en área de urgencias.	76
Tabla Núm. 3	Trato que le brindó la enfermera y médico en área de urgencias.	77
Tabla Núm. 4	Trato que le brindó personal de salud durante estancia en área de toco labor.	78
Tabla Núm. 5	Información sobre violencia obstétrica.	79
Tabla Núm. 6	Personal de salud que brindó información sobre trabajo de parto y parto.	81
Tabla Núm. 7	Intervenciones de enfermería en el área de urgencias.	82
Tabla Núm. 8	Ingesta de alimentos durante trabajo de parto y parto.	83
Tabla Núm. 9	Uso de medicamento para acelerar dolores y reducir tiempo.	84
Tabla Núm. 10	Posición para parir.	85
Tabla Núm. 11	Durante parto le cortaron para que naciera su bebé.	86
Tabla Núm. 12	Qué sintió cuando revisaron su útero.	87
Tabla Núm. 13	Cuando nació mi bebé me permitieron cargarlo y acariciarlo	88
Tabla Núm. 14	Tipo de abuso sufrido en área de toco labor.	89
Tabla Núm. 15	Personal de enfermería preguntó sobre miedos durante parto.	90
Tabla Núm. 16	Médico brindó información sobre todas las acciones realizadas	92
Tabla Núm. 17	Familiar que la acompañó en área de toco labor.	93
Tabla Núm. 18	Han escuchado sobre Ley General de Acceso de Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	95

INDICE DE GRAFICAS		
		Pagina
Grafica Núm. 1	Estado civil.	60
Grafica Núm. 2	Pacientes.	60
Grafica Núm. 3	Escolaridad.	61
Grafica Núm. 4	Nivel socioeconómico.	61
Grafica Núm. 5	Violencia obstétrica	80

INTRODUCCION

Actualmente la violencia obstétrica es un problema presente en nuestro país y continua desapercibida en los servicios de salud públicos y privados, a pesar de que ya se estableció en el marco legal de nuestro estado de Veracruz, así como en discusión para la formación y practicas gineco-obstétricas. La OMS define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, que por el solo hecho de ser mujer la que la recibe cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. “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 en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto” (GIRE 2010). La violencia obstétrica es “. Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. La cual se divide en violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir informe, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de salud de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. (Medina, 2008). Constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006).

Roberto Castro, investigador del centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM (2014) , dio a conocer que Oaxaca, Estado de México, Veracruz, Jalisco, Guerrero y Sinaloa, así como el Distrito Federal, son las entidades que concentran el mayor número de quejas por violencia obstétrica y salud reproductiva en México. La CONAMED informó que entre 2009 y 2011 han sido concluidas 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención ginecológica y obstétrica, en los que se observó evidencia del maltrato hacia mujeres.

El presente trabajo se estructuró en cuatro capítulos, **el primero** abordó el objeto de estudio de investigación, el cual se sustentó en el apartado de tejido teórico y aproximaciones conceptuales, así como aspectos generales del marco contextual donde se realizó la investigación. **El segundo capítulo**, describe la metodología y el proceso para llevarlo a cabo: problema de investigación; marco epistémico donde ubicaron preguntas, supuestos hipotéticos y objetivos; diseño del estudio; técnicas de investigación y organización logística del trabajo de campo. **El tercer capítulo**, presenta los resultados, describiendo el análisis e interpretación de datos, discusión, conclusiones y experiencia en el proceso de investigación. Y finalmente en el **capítulo cuatro** se presenta la propuesta de intervención que incluyó: título, objetivo general, específicos, metas y problema; plan e instrumentos de intervención; plan e instrumentos de evaluación; conclusiones y recomendaciones; experiencia en el proceso de investigación; referencias bibliográficas y anexos.

1.1. Antecedentes y delimitación conceptual de Violencia Obstétrica

1.1.1. Antecedentes del Objeto de Estudio en contexto internacional, nacional y estatal

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de la mujer embarazada, ya que el personal de salud se apropian del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, que se expresa en un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, eso conlleva que la mujer pierda su autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

Esta problemática se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. En este sentido las instituciones de salud durante la atención del parto, el personal de salud violan los derechos humanos y reproductivos de la mujer embarazada utilizándolas como un recurso didáctico sin un respeto a su dignidad, utilizando expresiones verbales que van desde los regaños, burlas, ironías, insultos, humillaciones, una mala información sobre su proceso en el trabajo de parto tomando decisiones sin consultárselas, el aplazamiento o a veces la negación del tratamiento médico (GIRE,2013). Desde esta perspectiva, se abordan los antecedentes sobre violencia obstétrica en los siguientes párrafos:

Por este tipo de violaciones a los derechos humanos de la mujer durante el parto, se han realizado reuniones internacionales para abordar este problema como fueron: La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979, declaró ley 23.179/85); en Puerto Rico se dictó la ley 54 en (1989); Convención sobre los Derechos del Niño (ONU) estableció ley 23.849/90 en 1989; Declaración y programa de Acción de Viena en (1993), Protocolo de Palermo Ley 25.632(2002); Protocolo Facultativo de la CEDAW (Ley 26.171(2006). Otros países como Ecuador estableció la Ley 103 para reprimir la Violencia contra la Mujer y la Familia” en (1995); Guatemala el Decreto la Ley 97 en (1996) para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar; Perú lo hizo mediante la Ley 27.306(2000);

Uruguay dictó la Ley 17.514(2002) de Violencia Doméstica; España sancionó la Ley Orgánica 1(2004) de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; Chile estableció la Ley 20.066 en (2005) sobre Violencia Intrafamiliar; por su parte Brasil estableció la Ley 11.340(2006), llamada Ley María da Penha; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad(ONU, en 2006 la Ley 26.378(2008) (Ley de protección a la mujer,2009:735-736).

Por otro lado, destaca también la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, acuerdo firmado en 1994 en, en la ciudad de Belem de Pará, y treinta y dos estados de treinta y cuatro en Brasil. Los acuerdos en esta convención tienen como objetivo fundamental

“...proteger los derechos humanos de las mujeres y prevenir, sancionar y eliminar los estados de violencia que puedan afectarlas, en el entendido que toda humana tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. La Convención de Belén do Pará, es el único instrumento internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer...” (Villegas, 2009: 127).

En este sentido la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer define como *“violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”* (Villegas, 2009: 127). De acuerdo a esta definición la convención afirma que los tipos de violencia se evidencian como acciones físicas, sexuales o psicológicas, considerando como agresores a quienes la infringen en el espacio doméstico, en la comunidad, por el Estado y agentes.

Mientras que en 1995 en Pekín, se celebró la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, donde los países del mundo presentes y representados consensan en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un impedimento para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque es una violación y un menoscabo al

goce y el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres, la mitad de la Humanidad. Además, va más allá, y define la violencia como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. (Villegas, 2009).

Ya en 2006 el país de Venezuela aprobó a través de La Asamblea Nacional de Venezuela aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, establece en su Artículo 14, que la violencia contra las mujeres comprende todo acto sexista que resulte un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial para éstas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la coacción de ejecutar tales actos, si se produjeran en el ámbito público como en el privado.(Villegas2009). En su preámbulo, la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que *“la violencia de género queda delimitada claramente por el sujeto que la padece: las mujeres”* (Villegas2009: 127)

La Convención Interamericana de Belem do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, celebrada el 9 de junio de 1994, llegó a ser firmada por México en 1995 y ratificada por el Senado mexicano en 1998. Con esto se dota de un instrumento internacional el cual vincula a México para condenar todas las formas de violencia contra la mujer y se acordó adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia en el territorio (Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2008).

En México el 19 de Diciembre de 2006, el Congreso de la Unión expidió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada el 1º de Febrero del año 2007; la cual realiza una aproximación a la definición de la violencia contra las mujeres:“ Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público” (art. 5 Fracción IV) “...y que se expresa en amenazas, agravios, maltrato, lesiones, y daños asociados a la exclusión, la subordinación, la discriminación y la explotación de las mujeres y que es consubstancial a la opresión de género en todas sus modalidades afectando sus derechos humanos.

La violencia de género contra las mujeres involucra tanto a las personas como a la sociedad, comunidades, relaciones, prácticas e instituciones sociales, y al Estado que la reproduce al no garantizar la igualdad, al perpetuar formas legales, jurídicas, judiciales, políticas androcéntricas y de jerarquía de género y al no dar garantías de seguridad a las mujeres durante todo su ciclo de vida” (art 8). (Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2008).

Gutiérrez señala que cuatro de cada cinco indígenas son víctimas de la violencia obstétrica, lo que se refleja en el maltrato, humillación, ridiculización y agresiones psicológicas, físicas y verbales en el control del embarazo, el parto o al solicitar atención en los servicios de salud. (López, 2014)

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo; lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio.

Se dice que los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas. (GIRE, 2010).

En cuanto a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, refiere que México se encuentra en el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Además revela que ha habido un incremento de 50.3% de la práctica de cesáreas en los últimos doce años. En el sector público se incrementó en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio (GIRE, 2010).

Del resto de los nacimientos, 59.7% fueron partos “eutócicos” (parto normal, entendido como el proceso que termina sin necesidad de intervención médica quirúrgica a la madre), 2% fueron partos “distócicos” (parto con complicaciones, que requiere apoyo médico especializado), en el 0.2% de los casos no se especifica. Se debe enfatizar que como ya fue señalada la OMS recomienda un máximo de 15% de cesáreas. México tiene más del doble de este porcentaje recomendado, lo que habla de un abuso de este procedimiento. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio (GIRE 2010).

A nivel nacional, en 2010, 97 de cada 100 mujeres embarazadas fueron atendidas por un médico y 2% por una partera, el resto no especificó por quién fue atendida.

No existen estudio o informes cuantitativos que permitan dimensionar el problema de violencia obstétrica pero diversas investigaciones académicas con enfoque cualitativo dan cuenta de un patrón preocupante que es interesante hacer notar. En principio habría que señalar que “la violencia obstétrica continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y practicas gineco-obstetra.

Se realizó una encuesta para documentar los casos e incidencia de violencia obstétrica en la cual se preguntó sobre el número de quejas recibidas contra el personal de salud de las instituciones como lo son: Instituto de seguridad y servicio sociales de los trabajadores del estado (ISSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaria de salud (México) del Gobierno Federal Mexicano (SSA) y Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), solo el ISSTE reportó que durante el periodo 2009 al 2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos o negligencia médica contra las mujeres en la atención ginecológica y de obstetricia. Mientras tanto la CONAMED informó que durante el 2009 y 2011 han sido concluidas 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención gineco-obstetricia en la cual se observó evidencia de maltrato hacia la mujer (GIRE, 2010).

La Comisión Nacional Derechos Humanos (CNDH) recibió también 122 quejas relacionadas con malos tratos durante la atención del embarazo, parto y puerperio

durante el 2009 al 2012, 92 quejas fueron para el IMSS, ISSTE 13 quejas, Secretaria de la defensa nacional 3, Secretaria de Marina 3, SSA 3. (GIRE, 2010)

Castro (2014) dio a conocer que Oaxaca, Estado de México, Veracruz, Jalisco, Guerrero y Sinaloa, así como el Distrito Federal, son las entidades que concentran el mayor número de quejas por violencia obstétrica y salud reproductiva en México.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) señaló que del 2000 al 2012 en el país se registran 2 mil 877 quejas sobre la especialidad de ginecología y obstetricia, por su parte la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió 400 recomendaciones a nivel nacional entre los años 2002 y 2013, sobre violencia de derechos en materia de salud reproductiva. Las entidades federativas con mayor número de expedientes son el Distrito Federal, Estado de México, Veracruz, Tabasco, Oaxaca, Jalisco, Guerrero y Sinaloa.

Valdez, señala que en el Estado de Morelos en el 2012, el 29% de las mujeres mencionó algún tipo de abuso o maltrato durante el parto y 19% recibió un comentario humillante. Resaltó que el tacto vaginal fue la maniobra de que más se quejaron las mujeres, por la que hay que cuidar el contexto en el que se hacen los partos y todos los procesos (CONAMED 2013).

En el 2007, Veracruz avanzó de manera importante en la lucha de las mujeres veracruzanas, al aprobarse por unanimidad en el Congreso Estatal la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, donde se instituye, entre otros aspectos, los tipos de violencia hacia las mujeres por razones de género y la coordinación de los tres órdenes de gobierno para la generación de políticas y programas en atención, prevención, sanción y erradicación de violencia (Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2008).

Se realizó una investigación en el 2010 por parte del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) a nivel nacional en donde reporta que el estado de Veracruz se atienden 60% partos eutócicos y 40% cesáreas de los cuales el 93% son atendidos por médicos, el 6% por parteras y el 1% sin datos, además también se realizó una encuesta donde indica que el Estado durante el 2009 y 2012 se presentaron 8 quejas por violencia obstétrica que reportó el SSA, la CNDH sin datos de quejas. (Gire,

2010). También se quiere hacer notar que a nivel local, no se tiene estadística formal por la delicadeza de la temática que se revisa.

A lo largo de las últimas décadas se han observado y confirmado las posturas del personal de salud acerca de la violencia obstétrica a nivel mundial, no hay estadísticas exactas internacionales sobre las mujeres que han sufrido esta tipo de violencia. En México ha sido uno de los temas con más auge durante este último año, aunque no hay cifras exactas de violencia obstétrica en el estado, de cuántas quejas se han reportado ante la CNDH, además las instituciones de salud no las reporta; es un tema relevante ya que las instituciones deben de brindar una atención de calidad y calidez a la mujer embarazada para evitar las muertes maternas.

Una vez revisado los antecedentes sobre la relevancia y magnitud del problema sobre violencia obstétrica, se revisaron algunos estudios realizados al respecto, y que fueron considerados como casos ejemplares teóricos y metodológicos, con la finalidad de delimitar conceptualmente el objeto de estudio de esta investigación, mismos que se describen de manera sintética.

1.1.2. Delimitación conceptual del objeto de estudio revisión de estudios relacionados con Violencia obstétrica.

Faneite et'al (2012) realizó un estudio para *determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales por el personal de salud* y concluye señalando que el término violencia obstétrica resultó ser conocido por los encuestados, no así la existencia de la Ley específica que la define. Los actos constitutivos de violencia obstétrica no están claros. El consentimiento informado es aplicado. Los mecanismos de denuncia y los organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica son desconocidos.

Valdez et' al (2013) realizaron un estudio para caracterizar los tipos de abuso ejercido por el personal de salud durante la atención del parto. Se analizaron las respuestas de las mujeres que acudieron a los hospitales de estudio. En sus resultados aporta

elementos para el desarrollo de una cultura de respeto a los derechos humanos de las mujeres durante la atención del parto entre las y los profesionales de la salud.

Por su parte Castellanos et al (2013) en su estudio para “Evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica”. Concluye que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud. No se aplica de manera sistemática la obtención del consentimiento informado.

Argüedas (2014) en su artículo denominado. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Contiene algunos resultados preliminares de un proyecto de investigación cuyo objetivo es teorizar acerca de la violencia obstétrica a partir del caso de Costa Rica. Para ello, propone un concepto teórico novedoso: el poder obstétrico. A partir de dicho estudio, este trabajo retoma fuentes teóricas relevantes y evidencia empírica relacionadas con el tema. Se considera que, entre las teorías disponibles, la desarrollada por Michel Foucault es referencia clave para el análisis del problema. De ahí que sea posible identificar una particular forma de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas.

Belli (2013). Exploro la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos, muchas veces ignorada. En el artículo se denota puntualmente, cuál es la diferencia específica entre un tipo de violencia que favorecía el poder andrógino de intervención inadecuada de médicos y personal de salud.

Castro y Erviti. (2014) en su artículo “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”. Señalan que el principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización que suele hacerse de la misma, desde el campo médico, como un problema básico de “calidad de la atención”. Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un inconveniente de

calidad pero el tema no se agota ahí. El predominio de esta errónea construcción explica la falla sistemática que han enfrentado las campañas por la “calidad” de la atención y el reiterado fracaso de los esfuerzos de “sensibilización” de los médicos. Fracaso que a su vez se demuestra por las estadísticas de la propia CONAMED.

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

Por su parte Villegas (2009) en su artículo: “La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”. El tema central lo constituye la violencia obstétrica como fenómeno vinculado a la violencia de género. Dichos conceptos son analizados en torno al marco legal que rige la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia, donde se establece que la obstétrica está estrechamente relacionada con la vulneración de sus derechos humanos primordiales, enunciados en el presente documento. Con todo ello se concluye que es prioritario la tarea de deconstrucción del patriarcado, por medio de: Promoción y desarrollo de una Cultura de no-violencia, educación integral sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos sin contenidos no machistas, no sexistas. Democratización del trabajo doméstico del hogar igualitario. La resignificación del lenguaje cotidiano y medios de comunicación, fomento de corresponsabilidad de los roles de hombres y mujeres en los roles reproductivos. Surgimiento de una nueva masculinidad solidaria y fraternal.

Castro (2014) en su artículo. Génesis y prácticas del habitus médico autoritario en México. *El habitus médico autoritario en México* se gesta desde los años de formación en las escuelas de medicina, así como en la residencia y la especialización. Son elementos de este proceso, las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico. Este artículo muestra el funcionamiento del habitus médico a partir de observaciones en salas de labor y parto en hospitales públicos. La solución al problema de las violaciones de derechos humanos de las mujeres en servicios de salud implicaría una reestructuración del campo médico y el desarrollo de la ciudadanía de las usuarias. Conclusiones. Las relaciones entre el habitus médico aprendido desde los años de formación universitaria sobre todo a través del currículum oculto y el ejercicio profesional, se debe cuestionar qué posibilidades tienen los prestadores de servicios de salud de establecer relaciones cordiales con las usuarias de los servicios, es decir, basadas en la igualdad, en el conocimiento y afirmación de los diversos derechos de salud y reproductivos, si ellos han sido incorporados plenamente en un campo autoritario y jerárquico y, por lo tanto, han agregado ellos mismos la lógica de dicho campo. Esto no exime de responsabilidad a los actores, médicos y enfermeras, de los atropellos en que incurrir, pero sí permite comprender expertamente el origen social de los impulsos de sus actuaciones.

1.1.3. Delimitación del objeto de estudio

De acuerdo a la revisión de estos autores Villegas (2009) y Belli (2013) trabajaron el primer concepto de violencia obstétrica, por su parte Valdez, Hidalgo y Mojarro (2013), estudiaron la variable abuso, cuidado deshumanizado desde enfermería. Para el segundo concepto de estudio se coincidió con el autor Argüedas (2014) ejercicio del poder en el campo médico donde se encontraron las variables: poder, poder en el campo médico, poder obstétrico, Castro (2014) estudio la variable practicas del habitus médico y por su parte Faneite, Feo y Toro (2012) estudio el ultimo concepto de conocimiento y saberes sobre violencia obstétrica.

Finalmente de acuerdo a la revisión de estos autores se coincidió en ellos en tres conceptos clave para esta investigación: Uno violencia obstétrica, dos ejercicios del poder en el campo médico, conocimientos y saberes de la violencia obstétrica.

Desde esa perspectiva el objeto de estudio quedó delimitado de la siguiente manera: Abordar la violencia obstétrica tal y como se da en el hospital general de Altotonga, Veracruz, ubicada en la zona centro del Estado de Veracruz.

1.1.4. Perspectiva teórica desde el campo de la enfermería

Desde la filosofía de la ciencia de la enfermería esta investigación se fundamenta en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson, quien desarrolló su trabajo bajo la inquietud que le causaba el constatar la ausencia de una determinada función propia de la enfermera. Gracias a su experiencia teórica y práctica le condujeron a preguntarse qué debería hacer la enfermera que no pudieran hacer otros profesionales; *dice que la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo para contribuir en actividades para la salud o a su recuperación de la forma más rápida posible* (Fernández, Novel, 1993). Y agrega que la enfermera cumple el papel de sustituta cuando hace por el otro lo que el haría si tuviera la capacidad, la habilidad y los conocimientos necesarios.

De acuerdo con la definición de la función de la enfermera, Henderson precisa su conceptualización de la persona, objeto de los cuidados. Afirma que cada persona se conforma como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, de las cuales ella describe catorce necesidades básicas para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento: 1) necesidad de oxigenación, 2) necesidad de nutrición e hidratación, 3) Necesidad de eliminación, 4) de moverse y mantenerse en una buena postura, 5) de descanso y sueño, 6) de usar prendas de vestir adecuadas, 7) termorregulación, 8) higiene y protección de la piel, 9) evitar los peligros, 10) de comunicarse y 11) vivir según sus creencias y valores, 12) de trabajar y

realizarse,¹³)necesidad de jugar/participar en actividades recreativas,¹⁴) de aprendizaje (Fernández, Novel, 1993).

En este sentido la enfermera se vuelve sustituta del cuidado a la mujer pues ella carece del conocimiento, habilidades y capacidades de cuidado durante el trabajo de parto, por lo que las acciones la debe realizar el personal médico y de enfermería. Sin embargo, lejos de proporcionarle un cuidado de calidad, este es proporcionado con violencia.

De acuerdo las necesidades señaladas por Virginia Henderson y aun cuando pareciera que con violencia no se satisface ninguna de las necesidades señaladas por ella, para este trabajo se opta por trabajar con la necesidad de nutrición e hidratación, toda vez que esta es necesidad no satisfecha es común en todas las mujeres que ingresan a la unidad para la atención de parto, pues el médico le restringe los alimentos o las dejan completamente en ayuno ocasionando que se presente un problema por ingesta insuficiente de nutrientes y líquidos para poder sobrevivir lo cual conlleva a que presenten deshidratación. La necesidad de comunicarse es fundamental que se satisfaga, pues la mujer tiene necesidad de expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno, las mujeres embarazadas durante su trabajo de parto muchas veces están nerviosas intranquilas tienen dudas sobre los procedimientos a realizar y desean expresarlas, además de también expresar su miedo e inquietud sobre el evento que va a vivir pero el personal de salud muchas veces no las escuchamos, ni se le permite que un familiar este acompañándola para comunicarse con ellos que se sienta apoyada, escuchada, durante el evento obstétrico necesidad de moverse y mantener una buena postura muchas veces las dejan en una sola posición sin permitirles que deambulen o cambie de posición las inmovilizan .(Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal 2010). Desde esta perspectiva desde la enfermería se desarrolló el marco teórico de esta investigación, en el cual se consideraron tres conceptos: violencia obstétrica, poder en el campo médico y conocimiento y saberes de violencia obstétrica.

1.2 Tejido teórico y aproximaciones conceptuales. Violencia obstétrica

1.2.1. OBSTETRICIA

a. Obstetricia es una rama de la medicina que trata la fisiología y fisiopatología de la mujer relacionada con la reproducción desde el embarazo, hasta el puerperio (Álvarez, 2007- 2008). La cual aborda el embarazo, el trabajo de parto y el parto mismo. Torres define el embarazo normal como aquél que se refiere al feto a término, es decir, que el producto de la concepción ha llegado a la etapa de final de desarrollo, con la madurez orgánica suficientemente aceptable, como para vivir fuera del útero (2009).

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (NOM-007-1993), indica que la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido define al embarazo normal como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. En este sentido, el embarazo, es definido por esta guía como *“el periodo comprendido desde la concepción (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva de embarazo médicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos”* la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Otra definición sobre embarazo, es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto (Benso y Pernoll, 1994).

Por otro lado, la sensibilización del trabajo de parto y parto, se define como una sensibilización sustentada en la información y orientación breve que le brinda el médico a la paciente, sobre el proceso que va a vivir durante el trabajo de parto y parto para que la parturienta, tenga el conocimiento del proceso como son los dolores, con que intensidad se le presentara, asimismo de brindarle el apoyo emocional y de ánimo a la parturienta. También le explicara que intervenciones y procedimiento le realizaran el personal médico y de enfermería que la tendrá a su cargo.

a. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

a.1 Violencia

La OMS definió a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de coacción o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones física, sexual, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones tanto en el ámbito público como el privado (2002).

Por su parte Reiss y Roth define a la violencia como comportamientos de las personas que amenazan, intentan infligir y ocasionar un daño físico a otros de forma intencionada (1993). Otra definición de Violencia considerado como el “uso intencionado de la fuerza física en contra de un semejante con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte”(Rojas, 1995). Por lo tanto, la Violencia es un problema social que va en aumento en todas sus formas, muy en especial la violencia contra la mujer, la cual está presente sin distinción de clases sociales, edad, religión, raza no es un problema de la sociedad moderna ni de la actualidad, esta situación ha existido a lo largo de la historia de la humanidad y mientras se siga aceptando, se mantendrá.

A continuación se definirán los tipos de violencia contra las mujeres, establecidas en el estado de Veracruz en su artículo 7 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia.

La *violencia psicológica* es: “Acto u omisión que dañe la estabilidad psíquica y/o emocional de la mujer; consistente en amedrentar, negligencia, abandono, celotipia, insultos, humillaciones, denigración, marginación, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo y restricción a la autodeterminación” de acuerdo a la Ley (Instituto Veracruzano de las mujeres 2008). Situación milenaria que se ha mantenido por los usos y costumbres en este país y que flagela la dignidad femenina.

La *violencia sexual* es: “Acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, que atenta contra su libertad, dignidad e integridad, como una expresión de abuso de poder que implica la supremacía sobre la mujer, al denigrarla o concebirla como objeto; se considera como tal, la discriminación o imposición vocacional, la regulación de la fecundidad o la inseminación artificial no consentidas, la prostitución forzada, la pornografía infantil, la trata de niñas y mujeres, la esclavitud sexual, el acceso carnal violento, las expresiones lascivas, el hostigamiento sexual, la violación, los tocamientos libidinosos sin consentimiento o la degradación de las mujeres en los medios de comunicación como objeto sexual” de acuerdo a la Ley (Instituto Veracruzano de las mujeres 2008). Al igual que la psicológica, esta violencia sexual, la generalidad de las veces es para denotar el poder andrógino.

La *violencia física* es un: “Acto que inflige daño usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas”, de acuerdo a lo establecido en la ley (Instituto Veracruzano de las mujeres 2008). Y de acuerdo a la cultura social en la que prevalece la mujer, lo oculta o disculpa este daño.

La *violencia económica* es: “Acción u omisión de la persona agresora que afecta la supervivencia económica de la víctima; se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral; también se considerará como tal, el no reconocimiento de la paternidad y/o el incumplimiento de las obligaciones que se derivan de la misma”.(Instituto Veracruzano de las mujeres 2008). Pero con el reconocimiento de esta problemática se identificará con mayor claridad y se estará en la búsqueda de la igualdad misma.

La *violencia patrimonial* es: “Acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima; se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede

abarcas los daños a los bienes comunes o propios de la víctima”, como lo establece la Ley (Instituto Veracruzano 2008). Que la mayoría de las ocasiones se sigue incurriendo por desconocimiento de la misma Ley.

La *Violencia Laboral* es de acuerdo a la ley: “Acto u omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo, y atenta contra la igualdad; se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica” (Instituto Veracruzano de las Mujeres 2008). Por lo que tanto se lucha en Instituto Veracruzano de la Equidad de Género.

La *violencia escolar* la contempla la ley como: “Conductas que dañan la autoestima de las alumnas con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, condición étnica, condición académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros, personal directivo, administrativo, técnico, de intendencia, o cualquier persona prestadora de servicios en las instituciones educativas. Lo es también las imágenes de la mujer con contenidos sexistas en los libros de texto, y el hostigamiento sexual.” (Instituto Veracruzano de las mujeres 2008).

La *violencia en la comunidad* de acuerdo a la ley son: “Actos individuales o colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres y propician su degradación, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público” (Instituto Veracruzano de las mujeres 2008).

La *violencia feminicida* se define como: “Forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar tolerancia social e indiferencia del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres” (Instituto Veracruzano de las mujeres 2008).

En 1993 se definió a *Violencia de Género* por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, como: “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (ONU 1993).

Violencia Institucional: Son acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano o institución pública, que tengan como fin retardar obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previsto por la ley. (Villegas 2009).

Como resultado de todas estas modalidades de violencia, surge la delimitación y clarificación de la violencia obstétrica que ocupa especial importancia en esta investigación.

a.2 Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es definida por Villegas (2009) como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por el personal de salud, que expresa un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Por su parte Belli (2013) la define como la violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de la mujer expresado en un trato jerárquico deshumanizado, el abuso en la aplicación de medicamentos y patologización de los procesos naturales, lo que conlleva a la pérdida de su autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad y resulta amenazante en la atención de la salud sexual, embarazo, parto y puerperio.

Desde el punto sociológico Argüedas (2014) define a la violencia obstétrica como un conjunto de prácticas que humillan, intimida y oprime a las mujeres, en el ámbito de la atención en salud reproductiva y de manera más intensa en el periodo del embarazo,

parto y puerperio. El indicador que se ubicó fue patologización de los procesos naturales son unas series de intervenciones médicas y tecnológicas que se realizan durante el trabajo de parto y parto; dichas acciones son la medicalización como es el uso de oxitocina, analgesia, la realización de cesáreas no justificadas, episiotomía, tactos vaginales en forma excesiva, revisión de cavidad uterina maniobras de Kristeller, amniorrhexis, la utilización de fórceps la mayoría de los procedimientos médicos no están fundamentados en la evidencia científica, sino que se repiten y se aplican por rutina, porque generaciones de gineco-obstetras lo han hecho así; de esa manera y así lo han transmitido a los estudiantes de medicina en formación (Camaro, 2010).

b. Abuso

Según Valdés (2013) abuso es la flexión de algún tipo de daño que pueda ser tanto físico como psíquico y que generalmente tiene lugar y razón de ser, gracias al poder de las personas que provocan o materializan el abuso que tiene sobre aquella a la cual se lo produce, ya sea por una superioridad material que lo protege y le da esa fuerza sobre el otro, o bien por la sistemática amenazada. El abuso en medicina se definió como aquella que se ejerce en las instituciones de salud, es un complejo problema social en donde converge un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género muy en especial en el sala de gineco-obstetricia (Valdez,2013). En el término abuso se encontraron dos indicadores: abuso institucional y abuso por personal de salud en sala de maternidad, mismos que a continuación se definen:

b.1. Abuso institucional

Abuso institucional es definido por Valdez (2013) como la precariedad del sistema de salud en donde prevalecen jornadas extenuantes para el personal, la falta de materia de insumos necesarios, falta de personal lo cual conlleva que el personal de enfermería realice doble jornada de trabajo por consiguiente ellas presenta un trato deshumanizado, además las condiciones estructurales que propician prácticas de baja calidad en la atención de obstétrica. Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población la OMS recomienda no globalizar las salas de labor pero la

mayorías de las salas de parto en nuestro país los espacios son reducido, espacio donde solo entran las parturientas en donde no puede participar algún familiar.

b.2. El término abuso en la sala de maternidad por el personal de enfermería y médicos.

Son aquellas acciones que realiza el personal mediante humillaciones, trato descortés, prepotencia, regaños, frases expresadas en el trabajo de parto y parto por ejemplo: no llore, cálese no grite, aguántese, no se levante, puje fuerte, por su culpa se va a morir su hijo si no puja ¿verdad que hace nueve meses, no le dolía? ¿Cuándo lo estabas haciendo no te dolió verdad?, así como la colocación de batas cortas, rotas y transparentes que exponen su cuerpo y su pudor. Al realizarle el tacto vaginal sin explicación y exponer sus genitales ante varias personas presentes, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, las despersonaliza al llamarla por número de cama o patología y nunca por su nombre (Valdez, 2013).

c. TRABAJO DE PARTO

Mondragón (2012) define al trabajo de parto como “un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible”, la cual se dividen en tres etapas. Durante el trabajo de parto puede haber ciertas indicaciones que se realizan de forma rutina por el personal médico que no estén justificada científicamente con llevan a cometer violencia obstétrica como son:

c.1.Enemas.

Enema es la solución que se introduce mediante una cánula, en el interior del recto y el colon sigmoideo, a través del ano (Técnicas de enfermería 2014). Enema es un medicamento líquido que se introduce en el organismo a través del ano y que sirve para limpiar los intestinos y provocar las evacuaciones. Enema es una solución que se introduce mediante una cánula, en el interior del recto y el colon sigmoideo, a través del ano (Manual de procedimientos de enfermería 2001).

Durante muchos años se ha venido administrando enemas al inicio del trabajo de parto y parto. Otras razones que justifican esta práctica eran la creencia de que el vaciado intestinal proporcionaría más espacio para el nacimiento del feto y que el estímulo del

enema mejoraría la dinámica uterina y reduciría la duración de trabajo de parto. También se pensaba que la evacuación intestinal disminuía la contaminación fecal del periné y, de esta forma, se disminuían las probabilidades de infección para la madre y el R/N. Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto (guía práctica clínica 2014).

C.2.Tricotomía

Es el proceso que se ejecuta en la zona en la que se llevará a cabo la incisión, que consiste en retirar el vello de dicho lugar.El rasurado perineal e incluso pubiano se ha venido realizando en la creencia de que disminuía el riesgo de infección y de que era necesario para facilitar la sutura de la episiotomía que, durante mucho tiempo, se ha venido practicado de forma sistemática. Pero el rasurado ocasiona erosiones cutáneas que pueden dar lugar a la colonización de microorganismos. Además, es desagradable y causa intenso malestar y prurito durante el período de crecimiento del vello. No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto (Guía práctica clínica 2014)

c.3 Ayuno

Es la acción de no ingerir ningún tipo de alimentos durante ciertas horas. Restricción de líquidos y sólidos en muchas instituciones se prohíbe la ingesta de alimentos y de líquidos durante todo el trabajo de parto el trabajo de parto. La restricción de líquidos y sólidos durante el parto es una rutina asistencial que trata de prevenir el riesgo de aspiración gástrica en caso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general, son justificaciones que dicen los médicos. Aunque se conoce que no garantiza la reducción de contenido estomacal por vaciamiento y que el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o de ingerir alimentos. La ingesta de líquidos claros durante el parto no influye sobre la evolución del mismo, tipo de parto, duración y empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del recién nacido. Además se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementan las complicaciones maternas (Guía práctica clínica 2010).

c.4. Movilización y adaptación de diferentes posiciones

En la actualidad muchas instituciones las mujeres que están en trabajo de parto permanecen acostadas desde su ingreso en posición supina, para monitorización continua con el tococardiografo lo cual ha limitado las posibilidades de las mujeres de ambular durante el trabajo de parto o adoptar posiciones diferentes ya que el personal de salud se lo prohíbe. Pero ellas tienen el derecho de deambular y elegir la posición que desean tener en el parto para el nacimiento de su hijo, esto ayudara a mejorar el bienestar de la mujer y aliviar un poco el dolor además de brindarle confort. (Guía práctica clínica 2014)

c.5. Amniorrexis

Es la ruptura artificial de las membrana que la produce en algunas ocasiones el obstetra, para acelerar el trabajo de parto (Mondragón, 2012). La amniorrexis artificial es uno de los procedimientos más comunes en obstetricia de forma rutinaria, acompañada o no de perfusión de oxitocina. Se practica con el propósito principal de aumentar las contracciones y, por tanto, de disminuir la duración del parto. Sin embargo, hay interrogantes en cuanto a los efectos no deseados sobre la madre y el feto, ya que se puede ocasionar infección materna y neonatal. Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que se ha demostrado que esto no mejora los resultados. El riesgo de infección se incrementa con el número de los tactos vaginales. Además, el número de tactos vaginales en el manejo de la primera etapa del parto tras la rotura prematura de membranas, es el factor independiente más importante para predecir una infección materna y neonatal. Se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas (Guía práctica clínica 2010)

c.6.Oxitocina

De acuerdo a Figueroa, Marusic, Gonzáles, Barcos y Yunge (2002), La oxitocina es una hormona conocida por su potente efecto uterotónico y ha sido utilizada en clínica para inducir el parto. Esta inducción del parto de término, es en algunas pacientes totalmente ineficaz, aún en altas dosis mientras que en otros embarazos de término basta una

mínima dosis de oxitocina para inducir la contractilidad uterina. Por su parte López (2014), define a la oxitocina como un fármaco que más prescripción tiene en la práctica de la obstetricia para la inducción o conducción del trabajo de parto. Es una hormona no peptídica mejor conocida por su participación en la lactancia materna y el trabajo de parto. La palabra oxitocina proviene del griego que significa “nacimiento rápido” la cual se produce en los núcleos supra óptica y para ventricular del hipotálamo, se libera sobre todo de la neurohipofisis y de terminaciones nerviosas. Por su parte Stubbs (2000) la define como una hormona excretora por los núcleos supra ópticos y para ventriculares del hipotálamo que se almacena en la pituitaria posterior para inducir el trabajo y estimular las contracciones uterinas una vez que se ha iniciado el parto. En conclusión podemos decir que la oxitocina es un medicamento que los médicos utilizan con mucha frecuencia en el trabajo de parto y muchas veces necesario otras de forma rutinaria para aprontar el parto. Infusión intravenosa de oxitocina es una de las intervenciones rutinarias que se realizan con frecuencia en las instituciones de salud durante el trabajo de parto ya sea con membranas integra o rotas, se utiliza para inducir un parto y para acelerar la dilatación, lo cual no permite que evolucione de forma natural el proceso. El uso de oxitocina está contraindicado cuando tenga antecedentes de cesárea de ruptura uterina previa, cirugía uterina previa, macrosomía, sufrimiento fetal, desprendimiento de placenta, placenta previa. Se debe usar únicamente bajo indicación justificada con un estricto control de las contracciones, frecuencia cardíaca fetal y la presencia de sangrado. No se debe de realizar en forma rutinaria (Guía práctica clínica 2014)

c.7.Tacto vaginal

Es un examen común, que muchos ginecólogos realizan a sus pacientes embarazadas para conocer cuál es la posición del producto, si la mujer embarazada ya está en trabajo de parto, el medico introduce su dedos índice y medio con guante estéril en la vagina de la gestante para examinar las estructuras pélvicas mediante las paredes de la vagina. Es un procedimiento que se utiliza con mucha frecuencia durante la asistencia a la mujer gestante tanto en el periodo del trabajo de parto como durante su embarazo (Ballesteros et'al 2012).Frecuencia de tacto vaginal. Antes de practicar un tacto vaginal

se debe explicar la razón por la que se practica confirmar que es realmente necesario y que la información que se proporcione sea relevante en la toma de decisiones, explicarle a la embarazada que es una exploración molesta e invasiva pero necesaria garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer. El propósito del tacto vaginal es comprobar su evolución, pero muchas veces la embarazada es sometida a revisiones frecuentes sin explicarle anticipadamente sobre el procedimiento que se le realizara. Y esto puede ocasionar edema bulbar o infección si tiene ruptura de membranas (Guía práctica clínica 2010).

d. Parto

Es un proceso natural del cuerpo de la mujer y fisiológico de reproducción individual; no es una enfermedad, la cual está asociada a su sexualidad y reproducción, mediante la perspectiva antropológica, social, cultural, psicológica (Villegas2009). La norma oficial mexicana 007-SSA2-1993 define al parto como un conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. Por su parte la guía práctica clínica (2014) define al Parto como un “conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres momentos: el primer momento es el de dilatación, segundo es la expulsión y tercer momento es el alumbramiento.” En el cual la mujer parturienta puede adoptar diferentes posiciones como son:

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal. La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis (Almaguer, García, 2007).

Posición de cuclillas esta posición se realiza pegando los talones a los glúteos, con el peso hacia atrás (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto o una persona para sostener la espalda). Otra es con los talones levantados y las pompas más arriba,

sostenida en una barra. Se puede realizar con apoyo de otra persona en la espalda, es utilizada por la madre para autoatenderse del parto (Almaguer, García, 2007).

Posición sentada. Se utilizan una serie de elementos para facilitar que la mujer se siente, se utiliza un banquito bajo efectivo. Es común incorporar elementos para facilitar un punto de apoyo para que se puedan agarrar y pujar. Posición litotomía el paciente se encuentra en posición supina, los glúteos cerca del borde de la mesa las piernas flexionada poniendo sus muslo y pies en los estribos (pierneras) que generalmente se encuentra al frente y en los bordes externo de la mesa declarando su inmovilidad (Almaguer, García, 2007).

d.1. Maniobras de Kristeller

Samuel Kristeller definió esta maniobra como la realización de una presión del fondo uterino para favorecer la salida del feto en el período expulsivo. Esta maniobra se sigue utilizando en la actualidad. La presencia de complicaciones es enorme, tanto para la madre como para el feto con la realización de este tipo de maniobra. Los principales problemas en la parte materna pueden ser: aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado de desgarro cervical, inversión uterina, rotura del útero, prolapso uterino, desprendimiento prematuro de placenta, fracturas de la parrilla costal, hipotensión por la presión sobre la vena cava, dolor y malestar materno. Las complicaciones que se pueden presentar en el feto son: fractura de húmero y clavícula, incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales, hipoxia fetal, aumento en la transfusión de sangre entre la madre y el feto (importante en caso de incompatibilidad RH o cuando la madre presenta VIH, hepatitis B u otra enfermedad viral 2010).

d.2. Episiotomía

Mondragón (2012) define como una incisión quirúrgica que se lleva a cabo en periné y vagina. Incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijera o bisturí y debe repararse por medio de sutura (Guía práctica clínica IMSS-608-13). Etimológicamente episiotomía significa “cortar el pubis” (episeion=pubis y

temmo= yo corto). También denominada colpoperineotomía es una intervención quirúrgica que pretende facilitar la expulsión del feto ampliando el canal blando del parto (Ramón, Sánchez 2000).

Es uno de los procedimientos que realizan con frecuencia en algunas instituciones, no se debe practicar de forma rutinaria en los partos espontáneos, debe realizarse si hay necesidad clínica que se sospeche de compromiso fetal ante un periné corto o rígido que afecte al estado fetal, antes de realizarlo deberá informarle a la mujer con una analgesia eficaz excepto en una emergencia obstétrica (Guía práctica clínica 2014). Pero hoy en día se ha convertido virtualmente en rutina.

d.3. Pinzamiento tardío del cordón umbilical

No se lleva a cabo ya que los médicos cortan el cordón umbilical de forma inmediata a los recién nacidos a término. El pinzamiento tardío se puede realizar al cese del latido del cordón umbilical, al menos 1 a 3 minutos después del nacimiento no incrementa el riesgo de hemorragia pos-parto y si mejora los niveles de hierro en neonatos, el cual permite el paso de 80 ml de sangre desde la placenta hacia el recién nacido. Esta contra indicado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en caso de asfixia fetal al nacimiento (Guía práctica clínica 2014).

d.4. Revisión de cavidad uterina

Es un procedimiento que se realiza de forma rutinaria posterior al alumbramiento en muchas instituciones sin fundamento científico en donde el médico introduce el puño de la mano en la cavidad uterina, para revisar si quedaron restos placentarios, sin la utilización de analgesia obstétrica lo cual genera dolor y riesgo de infección bajo una asepsia inadecuada. Solo se debe revisar la cavidad uterina cuando exista sospecha ya sea parcial o total, cuando haya hemorragia uterina pos-parto, parto fortuito, óbito, así como también debe revisar la presión arterial, frecuencia cardíaca se debe corroborar que el útero se encuentre contraído y el sangrado tras vaginal sea escaso al terminar el evento obstétrico. (Guía práctica clínica 2014).

La anticoncepción posparto de acuerdo a la Secretaría de Salud de México, es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal permanente (SSA,2002). Desde el punto de vista legal, la anticoncepción posparto está considerada en ley general de salud y en el código penal del Estado de Veracruz en el artículo 160 Bis, como esterilización forzada. De acuerdo a estas dos posturas se define en los siguientes párrafos ambas posturas: Anticoncepción pos evento forzado para esta investigación se define por quien esto escribe, como la colocación del dispositivo intrauterino después de dar a luz sin haberle informado previamente sobre las ventajas y desventajas que tiene este método solo por cumplir con metas establecidas por programas ya que descalifican el alto número de hijos, que tienen algunas parejas es clara la importancia de las campañas, pero no tienen que imponer la anticoncepción. Desde el punto de vista legal, Villegas (2009) considera la anticoncepción como esterilización forzada, la cual define como causar intencionalmente o realizar la esterilización a la mujer, ya sea un tratamiento o acto quirúrgico que tenga como resultado su esterilización o privación de la capacidad biológica y reproductiva de la mujer sin brindarle la debida información, sin su consentimiento informado.

e. Puerperio fisiológico

Puerperio fisiológico es la etapa constituida para el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo, que oscila entre 6 o 8 semanas (Mondragón, 2012).

Por su parte Torres dice que es la etapa comprendida desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital de la madre se completa. La duración de esta etapa es alrededor de 6 a 8 semanas, se clasifica en puerperio inmediato es de 24hrs, inmediato comprende del segundo al séptimo día y el tardío abarca del octavo a los 42 días (2009). Durante esta etapa en muchas instituciones no permiten que la mujer puerperas este hospitalizadas las 24hrs. después de su parto indica alta del servicio después de seis a ocho horas de estancia, el cual conlleva a cometer violencia

obstetricia porque muchas veces no son valoradas como deben de ser ya que pueden presentar complicaciones durante el pos parto.

e.1. Apego tardío para la lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones para la Infancia (UNICEF, siglas en inglés), señalan que la lactancia materna “es una forma inigualable de facilitar a los niños pequeños el alimento ideal para el crecimiento y desarrolló correcto”. La lactancia materna contribuye de manera fundamental al desarrollo y bienestar materno e infantil y es trascendental en los primeros meses de vida, ya que proporciona al recién nacido nutrientes, defensas inmunológicas y líquidos. Esta práctica contribuye a disminuir la mortalidad infantil, disminuyendo la probabilidad de infecciones. Además, contribuye al vínculo entre madre e hijo, generando con ello un mejor desarrollo psicosocial (Primer foro Nacional de Lactancia Materna 2013), sin embargo todavía persisten hospitales en el que el personal de salud (médicos y enfermeras) retrasan la lactancia materna y el apego precoz inmediato con el recién nacido y su madre, esto conlleva a cometer violencia obstétrica, ya que no se establece un adecuado vínculo de madre-hijo(a) y no recibe el calostro durante los primeros horas de vida porque muchas veces colocan al r/n inmediatamente en una incubadora y posteriormente los baña. Es importante que se le brinde el seno materno al recién nacido en las primeras horas de vida ya que el contacto temprano de piel con piel le brinda calor al neonato, el sonido del latido del corazón y su respiración de la madre es algo que el recién nacido reconoce y es llamativo para él ,lo cual da lugar a un incremento de la secreción de oxitocina, hormona que provoca la disminución del tamaño uterina y la eyección de calostro ya que alcanza los niveles máximo de prolactina que es el comienzo de la lactancia materna, el neonato debe permanecer con la madre siempre que sea posible ya que se da lugar a un vehículo afectivo entre la madre y el recién nacido (Guía práctica clínica 2014). El contacto temprano, psicológicamente estimula a la madre y al niño a conocerse el uno al otro.

d. Cuidado deshumanizado por el personal de enfermería.

Para abordar el cuidado deshumanizado por el personal de enfermería, es necesario conceptualizar en primer término *deshumanización*, la cual se define como la pérdida de los atributos y de la dignidad humana en el contexto de la relación del profesional de la salud con el paciente (Arredondo, 2008), por lo que a continuación se define cuidado deshumanizado por el personal de enfermería:

Cuidado deshumanizado por el personal de enfermería es la utilización de instrumentos tecnológicos y novedosos en la práctica diaria de enfermería utilizándolas constantemente bajo la cotidianidad y rutina de acciones realizadas a diario, lo cual conlleva a que muchos olviden la importancia del contacto de piel a piel, acercarse a las embarazadas para hablar de sus miedos, dudas, inquietudes, ansiedad, angustias y si tienen dolor (Rodríguez, 2011).

Otra definición de **Cuidado deshumanizado por el personal de enfermería**: “Es una despersonalización, entendida como una falta de sensibilidad de los profesionales de enfermería hacia la persona que cuida, visualiza al paciente como un sujeto de conocimiento, estable que la experiencia vivida en relación a él, se convierte en objeto, descontextualizando y vaciando de subjetividad y sentido” (Vargas, 2007).

1.2.2 Ejercicio del poder Médico.

a. Poder

Para abordar el concepto de poder como aportación disciplinaria desde la sociología al campo de la enfermería, fue necesario recurrir a tres autores, un autor clásico como fue Michel Foucault quien realizó estudios sobre ejercicio del poder en instituciones hospitalarias y otro autor como Pierre Bourdieu con el concepto de habitus concretamente, habitus en el campo médico, mismos que se definen en los siguientes párrafos:

El término poder, proviene del latín possum-poten, potui-posse, que significa ser capaz, tener la fuerza para algo, ser potente para lograr el dominio o posesión de un objeto

físico o concreto, o para el desarrollo de tipo, oral, político o científico, el discurso del poder, el discurso de las obligaciones a través de los cuales el poder somete, aterroriza e inmoviliza. (Mayz-Vallenilla 1982). Desde el punto sociológico Weber (1974) define al poder como la “probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquier que sea el fundamento de esa probabilidad”. Poder personal, voluntarioso, sin determinismo externos, en una primera instancia, como expresión fundamentalmente humana de supremacía y dominación.

Para el filósofo francés Michael Foucault (1926–1984), el poder no se considera como una propiedad, ni como una posesión, ni como algo exclusivo de una clase dominante, estado o soberano, al que puede aspirar una clase oprimida, sino más bien como una estrategia. Los efectos de la dominación no surgen de la apropiación del poder por un sujeto, sino de sus maniobras, tácticas, técnicas y funcionamiento. Una relación de poder no se constituye como una obligación o una prohibición que los más poderosos imponen a los menos poderosos, sino que los involucra, los envuelve y es transmitido por ellos y a través de ellos. Foucault no conceptualiza el poder como una institución, ni como una estructura, sino como una situación estratégica compleja, como una multiplicidad de relaciones de fuerza... simultáneamente intencionales y a la vez no subjetivas.

b. El poder en el campo médico

Skrabanek afirma que es, cuando el personal de salud se deja llevar por sus ansias de poder (social o económico) en lugar de preocuparse por el bienestar de las personas, pierde el sustento de los principios éticos y morales. Así, resulta imperioso que el Estado no sólo se encargue de la formulación de los derechos en normas, sino que promueva y facilite que los ciudadanos se apropien de sus derechos civiles, más aún cuando el entorno social está impregnado de una cultura que tolera y fomenta posturas que niegan el reconocimiento de las mujeres como sujetos morales, es decir, con derecho a tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción. Desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de

mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos (1999).

Por su parte Jaime Breilh indica que el poder en el campo médico es disenso de las instrucciones médicas, lo cual provoca una reacción en el personal de salud que puede llegar a ser terminante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado una insubordinación. Las parturientas se le aísla de sus familiares lo cual con lleva a que ellas se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud. No se les comunica nada al respecto, se les prohíbe el acceso a la información, cuando no, se les brinda una información parcial o distorsionada, con el objeto de que no pueda sospechar o quejarse por malos manejos. Jaime Breilh expone lo siguiente: "... tanto el método como las bases de información se estructuran también como formas de poder simbólico. Muchas veces la información se construye y presenta de tal manera de servir como oscurecimiento, más que como recurso de conocimiento" (Breilh, 2007).

c. Apropiación del cuerpo de la embarazada. Para fines de éste estudio se define como el abuso que realiza el personal de salud para adueñarse del cuerpo de la parturienta ya que ellas son desplazadas por la autoridad del saber médico lo cual ha traído como consecuencia su pérdida de autonomía y dependencia de decidir sobre su cuerpo, además de intimidarlas ya que los médicos son los del conocimiento y la mujer debe ser obediente, esto con lleva a que el médico desarrolle un conjunto de saberes tendientes a regular y controlar la experiencia de la maternidad y los procesos del trabajo de parto y parto (Camacara,2009).

d. Prácticas del habitus médico

Es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de lo social hecho cuerpo, de las estructuras objetivas del campo médico, las cuales las adquieren los profesionales médicos a través de su formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza, las cuales las recrea

cotidianamente a través de su práctica como son la relación autoritaria que tienen con las mujeres durante su atención del parto (Castro, 2014).

Prácticas del *habitus* médico está formado por el conjunto de las instituciones de salud como: el médico, paramédico, de enfermería y administrativo que trabajan en dicho lugar; es la interiorización de las estructuras objetivas de campo médico que a su vez permite la reproducción de aquellas estructuras. Es el resultado del encuentro entre un *habitus* particular, es decir, la predisposición para actuar de cierta manera y un campo que le es propicio (Castro, Erviti, 2014).

Habitus en el campo médico. Bourdieu define por separado a este término. "*habitus*" como sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes. Es decir, no se trata de una serie de disposiciones adquiridas en forma innata o "natural", sino socialmente, que predisponen a actuar, sentir, pensar y percibir conforme al contexto y a la posición social que ocupan los actores. Una relación dialéctica en tanto el agente, depende de las condiciones y las disposiciones culturales de su entorno, así como participa de las mismas, proveyendo con sus prácticas y capitales a las propias estructuras de mantenimiento y cambio.

Respecto al concepto de campo, Bourdieu lo define como: una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones, (que) se definen objetivamente en sus existencias y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo, y de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones dominación, subordinación, homología (Bourdieu y Wacquant, 1995).

e. El poder Obstétrico constituye una forma de poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles. Para producir unos cuerpos que obedecen los mandos de la socialización de género en la sociedad antigua, debe ejercerse un poder disciplinario capaz de moldearlos y someterlos a ese régimen de facilidad. Y en caso de las mujeres parturientas parte de esa disciplina se ejerce por medio del poder disciplinario enmarcado dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y por lo tanto se ejerce un territorio de género-específico los cuerpos que se puedan embarazar y parir, dispone de ciertas tecnologías disciplinarias. La vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración medico jurídica del embarazo y el parto, son los mecanismos de control y generadores del poder obstétrico. El control del tiempo, del movimiento, de los ritmo, es constante, nada sucede sin autorización y sin un propósito (Arguedas, 2014).

f. Abuso en la sala de maternidad por médicos, residentes.

Durante la atención del parto muchas instituciones públicas violan los derechos humanos y reproductivos de las mujeres ocurre una amplia gama de maltratos hacia las pacientes, que se denomina violencia institucional. Esta provoca daños físicos y psicológicos a las personas la cual se manifiesta a través de humillaciones, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o infórmalas sobre las decisiones que van tomando en el curso de trabajo de parto, utilizándolas como recurso didáctico para aprender, sin ningún respeto a su dignidad humana (Villanueva 2010).

h. Ejercicio del poder médico durante el trabajo de parto y parto

Desde el momento, que la embarazada ingresa al área hospitalaria recibe una serie de mensajes que la induce sobre la comodidad de someterse a las órdenes de los médicos, lo cual propicia a un control riguroso de su cuerpo de manera desinformada hacia ella. El personal médico incluyendo a las enfermeras, no entabla una comunicación efectiva, ya que lejos de explicarle sobre el proceso de trabajo de parto y el parto, se limita a solo dar indicaciones, ordenes, instrucciones o señalizaciones,

para producir de alguna manera poder simbólico sobre ellas y así acepten y obedezcan órdenes, así como procedimientos. El personal médico justifica estas acciones argumentando que “ellas no saben nada y ellos son los del conocimiento”. Imponiéndose a la paciente, desacreditándola, e incluso discriminándola por su condición económica e ignorancia frente al saber científico, lo cual propicia un ambiente de trabajo violento, trato cruel, inhumano y degradante, en donde los sentimientos, placeres y temores quedan excluidos de la dimensión subjetiva del sufrimiento, ignorada frente a la dimensión objetiva del saber (Villanueva, 2010).

1.2.3 Conocimiento y saberes violencia obstétrica en el personal de salud

a. Conocimiento sobre violencia obstétrica y sus implicaciones legales

Faneite (2012) realizó un estudio en Venezuela para determinar si las enfermeras y personal médico tenían conocimiento sobre que es la violencia obstétrica y si existía una ley, que protegiera a la mujer en cualquier tipo de violencia y encontró que aunque manifestaron si tenerlo solo una minoría realmente conoce que es la violencia obstétrica la existencia de la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una libre vida de violencia.

La violencia obstétrica en el país es un problema invisibilizado, poco tratado ya que muchas instituciones de salud no dan a conocer las quejas y denuncias por actos que puedan constituir sobre dicho tema ya mencionado, no hay investigaciones en México que evalúen al personal de salud sobre el conocimiento de violencia obstétrica y si conocen la ley. La Convención Interamericana de Belem do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, celebrada el 9 de junio de 1994, llegó a ser firmada por México en 1995 y ratificada por el Senado mexicano en 1998. El 19 de Diciembre de 2006, el Congreso de la Unión expidió en México la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada el 1º de Febrero del año 2007; en nuestro estado de Veracruz la violencia obstétrica se tipificó en el código penal en el artículo 363 fracción IV (Gire, 2013).

b. Normatividad institucional sobre la violencia obstétrica.

En México no existen ninguna norma que hable sobre violencia obstétrica pero la OMS ha hecho público una serie de lineamientos para la atención del parto que los ha clasificado como:

Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas: un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y si procede a su familia. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto, ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto. Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible, seguro y donde la mujer se sienta más segura y confiada. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto, apoyo afectivo de los asistentes durante el parto. Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto, dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee. Métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación, monitorización fetal con auscultación intermitente, uso único de material desechable y esterilización apropiada del material, reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto, uso de guantes en los tactos vaginales durante el nacimiento del bebé y el manejo de la placenta. Libertad de posición y movimientos durante todo el parto. Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del parto grama, esterilidad al cortar el cordón y contacto inmediato piel con piel de la madre y el recién nacido, apoyo para el inicio de la lactancia en las primeras horas después del parto (OMS 1996).

Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas. Uso rutinario del enema, rasurado púbico, infusión intravenosa de rutina en el parto, inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina, posición en decúbito supino rutinaria durante la dilatación, administración de oxitócicos antes del

nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados, posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto, esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos durante la segunda fase del parto, masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto, uso de ergometrina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto, revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento (OMS, 1996).

Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente: restricción de líquidos y alimentos durante el parto, control del dolor con analgesia epidural, monitorización fetal electrónica, el uso de oxitocina, cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda etapa del parto, cauterización de la vejiga. Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es casi completa o completa, antes que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma. Uso liberado o sistemático de la episiotomía y exploración manual del útero después del alumbramiento (OMS, 1996).

En el 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la resolución por la que se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido. La cual busca disminuir los daños obstétricos y el riesgo de la salud de las mujeres y sus hijos, esta norma pone en énfasis en la realización de prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que son innecesarias. El objetivo de esta norma es: establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales. Su campo de aplicación: observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores públicos, social y privado a nivel nacional, que brinda atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacido. De acuerdo a esta norma los criterios de la atención del parto son:

Durante el trabajo de parto normal: Se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica. No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta. No debe aplicarse de manera

rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto, estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto. En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido. Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores. El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer. La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.

c. Prácticas médicas hospitalarias sobre sexualidad y salud reproductiva

En nuestro país existe el programa de acción reproductiva que nos habla sobre:

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio, la promoción de la salud sexual, requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad. La educación de la sexualidad conforma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura (Programa de acción: Salud reproductiva 2001-2006).

El ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos se basa en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, el derecho a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en la Constitución Mexicana. En el ejercicio de estos derechos, los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la sociedad (Programa de acción: salud reproductiva 2001-2006)

1.3 MARCO CONTEXTUAL DEL ESPACIO FÍSICO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 Origen, Evolución y Estado actual del espacio físico

El hospital “Eufrosina Camacho de Ávila” es una institución de Segundo Nivel que tiene un compromiso con la salud de nuestros usuarios, para lo cual realiza esfuerzos por satisfacer las expectativas de nuestros pacientes internos y externos. En el año de 1944 el antiguo hospital contaba con amplios pabellones con una infraestructura en servicios de medicina interna, ginecología, tóco cirugía, cirugía, quirófano, urgencias, cocina, lavandería y habitaciones para el personal. Esta obra fue diseñada por el arquitecto Armando Bravo del departamento de Comunicaciones y Obras públicas del Estado, con una aportación mensual de trescientos pesos que remitía el Licenciado Jorge Serdán Gobernador del Estado de Veracruz; existió la necesidad de formar una directiva que denominaron Junta de Asistencia Pública de Altotonga, Ver. En la cual estuvo de presidente el Dr. Lamberto Castellanos Rivera con la ayuda del Sr. Enrique Calderón, Samuel Juárez Carriles, Herminio Alavista Pestaña, por mencionar algunos. Así se concluyó el primer hospital civil de Altotonga, ver. Llevando consigo el nombre de “Eufrosina Camacho de Ávila”.

Con el tiempo este nosocomio se deterioró y surgió la necesidad de contar con un nuevo edificio, se gestionó la obra con el Gobierno del Estado cuando en su momento era presidente municipal el Lic. Manlio Fabio Baltazar Montes, así se realizó la construcción de un nuevo inmueble, concluyéndola el Ing. Isaí Thomas Castellanos, inaugurándose en el año 2001, e iniciando actividades el día 03 de julio del 2001, cuando en su momento el Gobernador del Estado de Veracruz Lic. Miguel Alemán Velasco y Dr. Mauro Loyo Varela Secretario de Salud de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz. El día 19 de mayo del 2011, es acreditado el hospital para prestar servicios de atención médica a beneficiarios del sistema de protección social en salud, lo que conocemos como seguro popular.

El Hospital General “Eufrosina C. de Ávila “es una institución de la Secretaria de Salud Acreditada, ubicado en Dirección: calle Juan de la Luz Enríquez núm. 50, Col. Centro de Altotonga, Ver., pertenece a la Jurisdicción Sanitaria Núm. V. con domicilio en Banderilla, Ver., Los centros de salud que refieren son: municipio de Atzalan: Toxtepec, U.M. Ixtatahuia, Zapotitlán, Municipio de Jalacingo: Francisco Barrientos, Francisco Barrientos Santa Anita, Mixquiapan, Orilla del Monte, Miguel Hidalgo, Municipio de Altotonga: Altotonga, Ahueyahualco, Gutiérrez Zamora, Juan Marcos, San Pedro Tepozoteco, Adolfo Moreno, Champilico, Mecacalco, Kilate Antiguo, Tatempa, Temimilco y a los Hospitales que se refiere son: Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”, Hospital Civil “Dr. Luis F. Nachón” , Hospital Regional de Veracruz, Tarimoya, Hospital de Rio Blanco.

Mapa del municipio de Altotonga, ver.



1.3.2 Fisiología institucional, Misión, Visión, Valores.

MISION

Brindar de manera oportuna, con calidad, eficiencia y calidez, servicios de salud especializados, con personal calificado y comprometido con las políticas institucionales: a través de los procesos de prevención, curación y rehabilitar que incidan favorablemente en el bienestar físico y mental de los usuarios.

VISIÓN

Ser una institución hospitalaria certificada en los procesos de atención médica, que garantice servicios integrales de salud altamente competitivos, consolidando un equipo de trabajo profesional, con espíritu de servicio y trato humano, capacitado continuamente en la investigación médica.

VALORES

Responsabilidad

Capacidad de reconocer, aceptar y asumir las consecuencias de las acciones que se han realizado.

Tolerancia

Consideración de admisión hacia la manera de ser, las opiniones y prácticas de los demás, así sean diferentes de las nuestras.

Compromiso

Poner la vocación, todo el entusiasmo y la energía en lo que se realiza para alcanzar los objetivos trazados.

Respeto

Reconocimiento de la dignidad de todo ser humano.

Honestidad

Demostrar a través de la transparencia de sus actos, ser digno e íntegro.

Lealtad

Cumplir con las obligaciones guardando la debida fidelidad y no defraudar la confianza depositada en cada uno.

Humanismo

Tener la sensibilidad y compasión de las adversidades en la salud de los usuarios, respetando su individualidad, brindándole un trato digno y respetuoso.

Pluralidad

Unificación del personal para el desarrollo y ejecución de los objetivos establecidos en beneficio del usuario.

1.3.3 Marco legal de la institución de salud

MARCO JURIDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; D.O 5-II-1917; Ref. D.O. 3-II-1983, 17-II-1987.

Constitución Política del Estado de Veracruz; G.O. 16-IX-1917

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; D.O. 29-XII-1976; Ref. D.O. 2-XII-1982.

Ley de planeación; D.O. 5-I-1983

Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Veracruz; G.O. 31-XII-1986.

Ley de Instituciones de Beneficencia Privada; G.O. 12-II-1937.

Ley de Asistencia Pública; G.O. 31-VI-1969.

Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; D.O. 9-I-1986.

Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social; G.O. 9-I-1986.

Ley Estatal de Salud; G.O: 17-V-1988.

Ley General de Salud; D.O. 7-I-1984; Ref. 27-V-1987, 23-XII-1987, 14-VI-1991.

Ley no. 53 que reforma el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración pública del Estado de Veracruz-Llave; G.O 6-III-1977.

Ley no. 54 que crea el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz; G.O. 6-III-1997.

REGLAMENTOS

Reglamento e Ingeniería Sanitaria relativo a edificios; D.O. 20-V-1964.

Reglamento de la Ley General De Salud En Materia De Sanidad Internacional; D.O. 18-II-1985.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica; D.O. 14-v-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de control Sanitario de la Publicidad; D.O. 26-IX-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; D.O. 6-I-1987.

Reglamento Interior de la Secretaria de Salud y Asistencia del Estado; G.O: 9-Iv-1987.

Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; D.O 20-II-1985; Ref. 26-VI-1987.

Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios; D.O. 18-I-1988.

Reglamento Interior de la Secretaria de Salud, D.O. 31-XI- 1993. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud, D.O. 1-VI-1999.

CODIGOS

Código Fiscal De La Federación.

Código Civil Del Distrito Federal.

Código De Procedimiento Civiles Para El D.F.

Código Penal Para El D.F.

Código De Procedimientos Penales Para El D.F.

ACUERDOS

Acuerdo Interno que crea y establece las normas de modernización Administrativa para la organización de las unidades administrativas de la Secretaria de Salud y Asistencia; D.O. 22-VI- 1983.

Acuerdo que crea las oficinas de quejas y denuncias de la secretaria de Salubridad y Asistencia y por el que se establece el procedimiento para aplicar la Ley Federal de responsabilidades de los Servicios Públicos de la Secretaria de Salubridad y Asistencia

y de las entidades paraestatales agrupadas en el Sector Salud en los términos de los artículos 50 y 51 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; D.O. 22-VI-1983.

Acuerdo de Coordinación para la realización del programa sectorial concertado, denominado Promoción y Gestión para el Establecimiento del Sistema Estatal de Control, D.O. 17- II - 1984.

Acuerdo Interno No. 25 por el que las unidades administrativas de la Secretaria de Salud, que se indican deben de contar con una Unidad de Planeación, D.O. 21- V-1984.

Acuerdo Interno No.31 por el que establecen las normas a las que se ajustara la organización y funcionamiento de las delegaciones Administrativas de la Secretaria; D.O. 17-VIII- 1984.

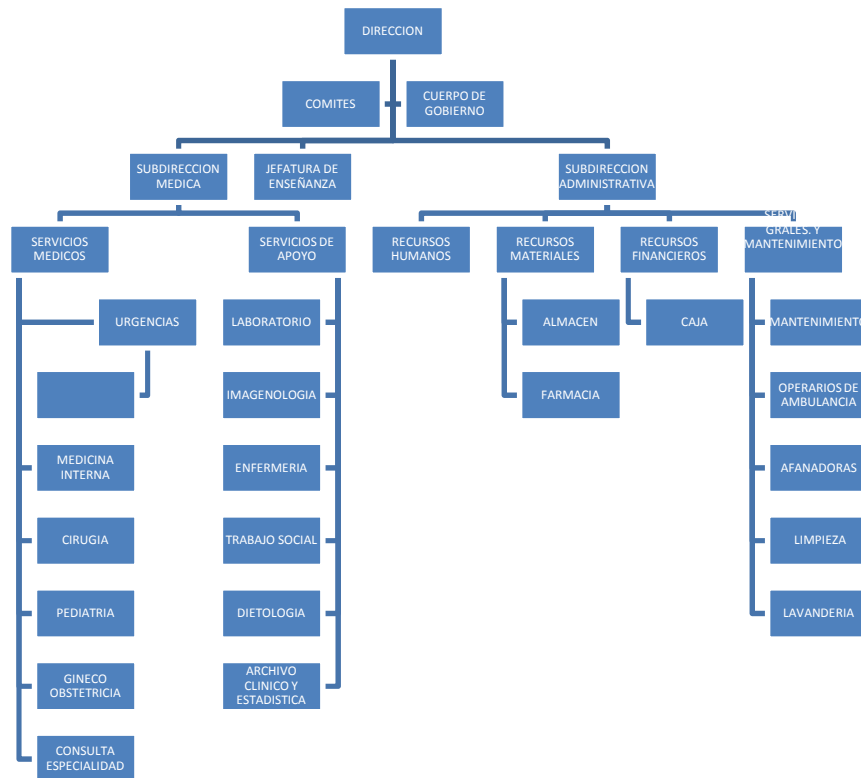
Acuerdo Interno No.33 por el que se desconcentran las facultades a los Servicios Coordinados de Salud Publica en las entidades federativas; D.O. 31- VIII – 1984.

Acuerdo Interno No.55 por el que se integran patronatos a las unidades hospitalarias de la Secretaria de salud y se promueve su creación en los Institutos Nacionales de Salud; D.O. 17-VIII- 1986.

Acuerdo de Coordinación que Celebran El ejecutivo Federal, por Conducto de las secretarias de Programación y Presupuesto; de la Contraloría General de la Federación; de la Secretaria de Salud y el Ejecutivo del Estado de Veracruz, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del programa descentralización de Los servicios de Salud en la Entidad; D.O. 24- X-1986.

Acuerdo No. 78 por el que se reestructura la Comisión Consultiva de Normas Técnicas en Materia de salubridad General; D.O. 19-V- 1988.

1.3.4 Organigrama Institucional



Filosofía

- Estamos comprometidos con la calidad en nuestro servicio y nuestra calidez en nuestra atención.
- Todas las personas deben tratarse con consideración, confianza y respeto.
- Cada persona es valiosa, es única y realiza una contribución importante.
- Todos nosotros debemos comprometernos incesantemente con la excelencia en lo que hacemos.
- La innovación tecnológica es esencial.
- La comunicación abierta es importante para lograr el éxito.
- Las decisiones deben tomarse de manera participativa.

2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 En el problema de investigación se identificaron las evidencias empíricas del objeto de estudio, el problema de conocimiento y la argumentación del problema de investigación. Los cuales se desglosan en los siguientes párrafos.

Tabla No. 1: Problema de Investigación		
Problema Empírico	Problema de Conocimiento	Argumentación del Problema
Violencia obstétrica		
1. Desconocimiento de la mujer parturienta sobre violencia obstétrica.	La violencia obstétrica es definida por Villegas (2009) como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por el personal de salud, que expresa un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.	1. La mujer parturienta desconoce sobre la violencia obstétrica considerada como un trato, abuso, patologización y deshumanizado.
2. Ausencia de información a la parturienta sobre el proceso de trabajo de parto y parto	Sensibilización del trabajo de parto y parto es la información breve que le brinda el médico a la paciente sobre el proceso que va a vivir durante el trabajo de parto y parto para sensibilizarlas, como se va ir desarrollando, como son los dolores, con que intensidad se le presentara, asimismo de brindarle el apoyo emocional y de ánimo a la parturienta. También le explicara que intervenciones le realizara el personal que la tendrá a su cargo.	2. La mujer parturienta carece de información por parte del personal de salud, sobre el proceso del trabajo de parto y parto y apoyo emocional.
3. El médico ordena que realicen procedimientos a la parturienta que se consideran como violencia obstétrica	Durante esta etapa el personal médico realiza indicaciones como es ayuno, restricción de líquidos y sólidos, administración de oxitocina, amniorrexia, tactos vaginales posición supina restringiéndole a la paciente a deambular y moverse.	La rutina sin justificación como son, ayuno restricción de líquidos y sólidos, aplicación de oxitocina, amniorrexia, prohibición de la deambulación de la parturienta son acciones que conllevan a cometer violencia obstétrica.

4. Cuidado deshumanizado por el personal de enfermería hacia la mujer parturienta.	Cuidado deshumanizado por el personal de enfermería "Es una despersonalización, entendida como una falta de sensibilidad que los profesionales de enfermería tienen hacia la persona que cuida, visualizando al paciente como un sujeto de conocimiento, estable que la experiencia vivida en relación a él, se convierte en objeto, descontextualizando y vaciando de subjetividad y sentido" (Vargas, 2007). De acuerdo a Rodríguez, cuidado deshumanizado por el personal de enfermería es la utilización de instrumentos tecnológicos y novedosos en la práctica diaria de enfermería utilizándolas constantemente bajo la cotidianidad y rutina de acciones realizadas a diario, lo cual conlleva a que muchos olviden la importancia del contacto de piel a piel, acercarse a las embarazadas para hablar de sus miedos, dudas, inquietudes, ansiedad, angustias y si tienen dolor (2011).	Cuidado deshumanizado por el personal de enfermería hacia la mujer parturienta por falta de sensibilización y utilización de instrumentos tecnológicos que conlleva a cometer violencia obstétrica
5. El abuso del personal de enfermería y médico en la sala de maternidad hacia la parturienta.	Son aquellas acciones que realiza el personal mediante humillaciones, trato descortés, prepotencia, regañños, frases expresadas en el trabajo de parto y parto por ejemplo: no llore, cállese no grite, aguántese, no se levante, puje fuerte, por su culpa se va a morir su hijo si no puja ¿verdad que hace nueve meses, no le dolía? ¿Cuándo lo estabas haciendo no te dolió verdad?, así como la colocación de batas cortas. (Valdez, 2013).	Las acciones que realiza el personal de salud mediante humillaciones, trato descortés, prepotencia, regañños, frases inadecuadas expresadas en el trabajo de parto y parto, son consideradas como abuso hacia la parturienta
6. Durante el parto se realizan procedimientos violentos por el personal médico	La guía práctica clínica (2014) define al Parto como un "conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal, donde se realizan procedimientos como episiotomía, (corte del periné) maniobra de Kristeller (presión del fondo uterino), pinzamiento temprano del cordón umbilical (debe ser entre 1 y 3 minutos después del nacimiento) y revisión de cavidad uterina (ausencia de analgesia para la introducción del puño).	Los procedimientos realizados durante el parto como son: episiotomía, maniobra de Kristeller, pinzamiento temprano del cordón umbilical y revisión uterina son acciones que conlleva a cometer violencia obstétrica.
Ejercicio del poder en el campo médico		
1. Las ansias de poder del personal de enfermería y médico, conlleva a la pérdida de bienestar de la mujer puerpera	Skrabanek afirma que es, cuando el personal de salud se deja llevar por sus ansias de poder (social o económico) en lugar de preocuparse por el bienestar de las personas, perdiendo el sustento de los principios	Pérdida del bienestar de la mujer puerpera, por ansias de poder del personal médico y de enfermería.

	éticos y morales. (1999)	
2. Prácticas del habitus médico ejercidas autoritariamente.	Prácticas del habitus médico la adquieren los profesionales médicos a través de su formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza, las cuales las recrea cotidianamente a través de su práctica como son la relación autoritaria que tienen con las mujeres durante su atención del parto (Castro, 2014).	Prácticas del habitus médico ejercidas con autoritarismo genera violencia obstétrica.
3. Poder en el campo médico.	Por su parte Jaime Breilh (2007) indica que por el poder en el campo médico, las mujeres se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud. No se les comunica nada al respecto, se les prohíbe el acceso a la información, cuando no, se les brinda una información parcial o distorsionada, con el objeto de que no pueda sospechar o quejarse por malos manejos, como formas de poder simbólico.	El poder simbólico en el campo médico ejercido en las mujeres implica desinformación sobre todos los procedimientos a realizar para evitar quejas de malos manejos.
Conocimiento y saberes sobre violencia obstétrica		
1. Desconocimiento de la mujer parturienta sobre la Ley que se rige en el Estado de Veracruz sobre Violencia obstétrica	1. Artículo 7°. Son tipos de violencia contra las mujeres: VI. La violencia obstétrica: apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, 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, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el	El desconocimiento de la mujer parturienta sobre la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, para el Estado de Veracruz obstaculiza que la atención del trabajo de parto y parto sea libre de violencia obstétrica.

	consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Fuente: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, publicada en la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz el 28 de febrero de 2008.	
--	---	--

2.2 Marco Epistémico

2.2.1 Pregunta, hipótesis y objetivo general de investigación

¿Cuál es el conocimiento de la mujer hospitalizada sobre la violencia obstétrica, durante el trabajo de parto y parto, que denoten saberes y su percepción sobre el ejercicio del poder médico, en el Hospital de Altotonga, Veracruz? **Hipótesis:** el conocimiento de las parturientas es que los conocimientos, saberes y ejercicio del poder médico, inciden en la violencia obstétrica durante el trabajo de parto y parto. **Objetivo general:** Identificar el conocimiento de las parturientas sobre las intervenciones y acciones que inciden en la violencia Obstétrica, durante el trabajo de parto y parto que denoten saberes y su percepción sobre el ejercicio del poder médico en el Hospital de Altotonga, Veracruz.

2.2.2 Subpreguntas de investigación

I. Subpregunta sobre Violencia Obstétrica

1. ¿De qué manera afecta el desconocimiento de la mujer parturienta sobre la deshumanización, abuso de medicación y patologización? Hipótesis. En la medida las que las mujeres parturientas tengan el conocimiento sobre deshumanización, abuso de medicalización y patologización en esa medida se disminuirá la violencia obstetricia. Objetivo: Identificar el conocimiento que tiene la mujer parturienta sobre violencia obstétrica.

2. ¿De qué manera afecta no informarle a la mujer parturienta sobre el proceso de trabajo de parto y parto y no brindarle apoyo emocional? Hipótesis. En la medida que el personal de salud le brinde información y sensibilice a la mujer parturienta sobre el proceso de trabajo de parto y parto que vivirá en esa medida disminuirá la violencia obstétrica. Objetivo identificar si la mujer parturienta tiene suficiente información sobre el trabajo de parto y parto y si recibe apoyo emocional por parte del personal de salud.
3. ¿De qué manera afecta a las mujeres parturientas las indicaciones rutinarias durante su trabajo de parto y parto? Hipótesis. En la medida que el médico omita indicaciones de forma rutinaria disminuirá la violencia obstétrica. Objetivo. Identificar los procedimientos que el médico le realiza de forma rutinaria a la mujer parturienta.
4. ¿De qué manera las acciones que realiza el personal de enfermería afecta a la mujer parturienta? Hipótesis. En la medida que el personal de enfermería brinde un trato adecuado a la mujer parturienta se disminuirá la violencia obstétrica. Objetivo. Identificar las acciones y procedimientos que el personal de enfermería realiza hacia la mujer parturienta.
5. ¿Cómo afecta la falta de sensibilización y la utilización de instrumentos novedosos por parte del personal de enfermería a la mujer parturienta? Hipótesis. En la medida que la enfermera se sensibilice, con la mujer parturienta en esa medida disminuirá la violencia obstétrica. Objetivo. Identificar si el personal de enfermería utiliza aparatos novedosos, si se acerca a la mujer parturienta para preguntar sus inquietudes y dudas.
6. ¿Cómo afecta los procedimientos rutinarios como es la episiotomía, maniobras de Kristeller y la revisión de cavidad a la mujer parturienta? Hipótesis. En la medida que el personal médico disminuya los procedimientos como son episiotomía, maniobra de Kristeller, la revisión de cavidad uterina en esa medida disminuirá la violencia obstétrica. Objetivo. Identificar si el personal médico realiza procedimientos de forma rutinaria como es la episiotomía, maniobras de Kristeller y la revisión de cavidad uterina.

II Ejercicio del poder en el campo médico

7. ¿De qué manera afecta la falta de información sobre todos los procedimientos a realizar a la mujer parturienta y familiares? Hipótesis: En la medida que el personal de salud brinde información de todos los procedimientos que les realizara durante el trabajo parto y parto a la mujer parturienta y familiares, en esa medida disminuirá la violencia obstétrica. Objetivo. Identificar si el personal de salud brinda información sobre todos los procedimientos a realizar a la mujer parturienta y familiares.

III Conocimientos y saberes sobre violencia obstétrica

8. ¿De qué manera afecta el desconocimiento de la mujer parturienta sobre la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia? Hipótesis. En la medida que la mujer parturienta conozca la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida de Violencia en esa medida se disminuirá la violencia obstetricia. Objetivo Identificar el conocimiento que tiene la mujer parturienta sobre La Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de violencia.

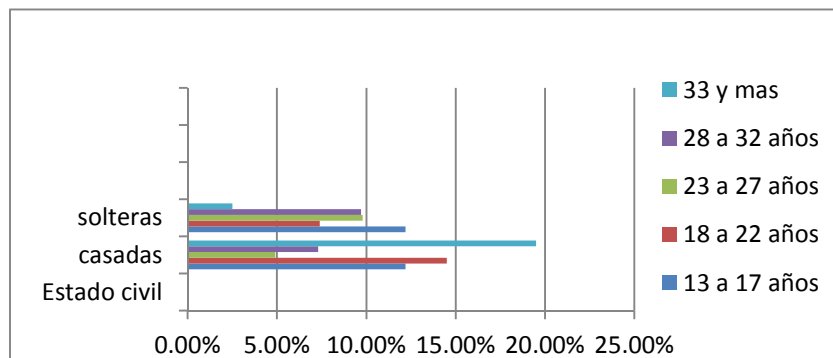
2.3 DISEÑO DE ESTUDIO

2.3.1. Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Por el periodo de secuencia, se trató de un trabajo transversal, pues sólo se estudiaron las variables en un determinado momento a fin de identificar y determinar la información y establecer qué elementos se requerían para proponer una estrategia. Descriptivo porque estuvo dirigido a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudiaron en la población seleccionada. Criterio de inclusión. Mujeres que demandaron atención del parto en el hospital, mujeres puérperas de 13 a 36 es la población que más demanda el servicio. Criterio de exclusión mujeres que presentaran alguna discapacidad para responder el cuestionario, mujeres que no hablaran español (solo hablaran lengua indígena).

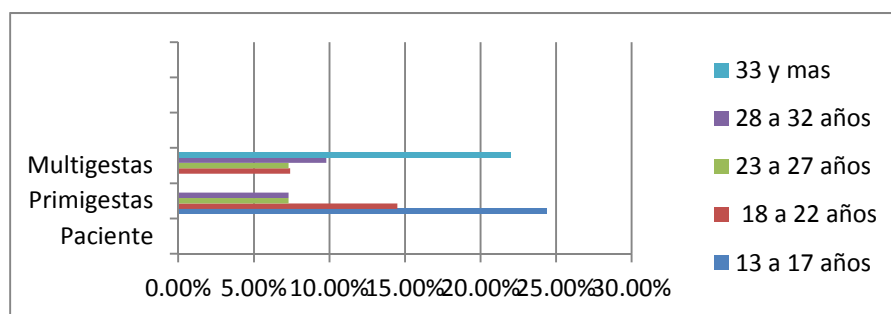
2.3.3 Universo, población y muestra

El universo estuvo constituido por las mujeres que demandaron la atención del parto. **La población** está representada por todas las mujeres que cursaron el puerperio fisiológico en el hospital Altotonga. **La muestra** a la cual se le aplicó la encuesta está representada por las mujeres de puerperio fisiológico que estuvieron hospitalizadas en el área de alojamiento conjunto siendo mujeres de distintas edades. La muestra que caracterizó esta investigación estuvo conformada por 40 mujeres de puerperio fisiológico 58.5% casadas y un 41.6% solteras, prevaleciendo un 53.7% de mujeres primigestas, con escolaridad en su mayoría de primaria y secundaria, de nivel socioeconómico medio. Ver grafica No.1.



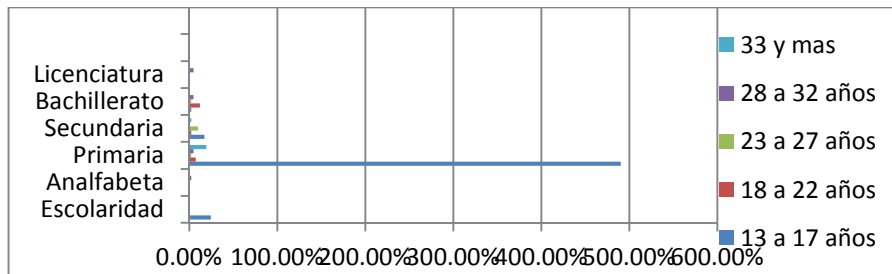
Fuente: Violencia Obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Ver Grafica No. 2.



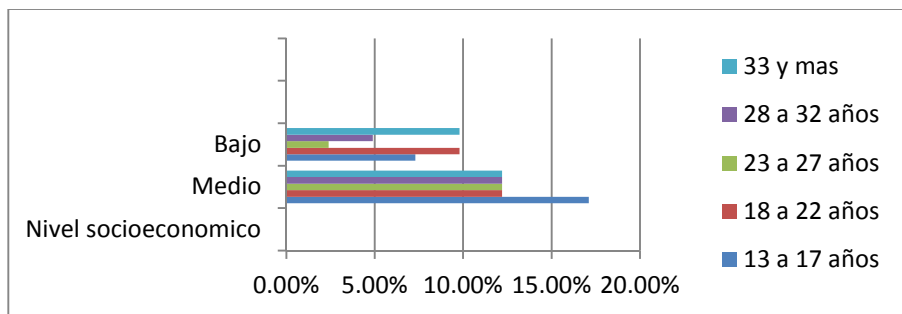
Fuente: Violencia Obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Ver grafica No. 3



Fuente: Violencia Obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Ver grafica No.4.



Fuente: Violencia Obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz.

2.3.4. Operacionalización de variables

La operacionalización de variables se realiza a partir de los tres conceptos fundamentales que anteriormente se definen de acuerdo a los autores analizados, y de esta manera se desglosan sus variables e indicadores de acuerdo al objeto de estudio de la investigación, así como sus definiciones. Ver tabla No 2.

Tabla No. 2 : Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual de variables	Definición operacional de variables	Indicadores	Preguntas
Violencia obstétrica en el Hospital de Altotonga Veracruz				
Violencia obstétrica	Desde el punto sociológico Argüedas (2014) define a la violencia obstétrica como un conjunto de prácticas que humillan, intimida y oprime a las mujeres, en el ámbito de la atención en salud reproductiva y de manera más intensa en el periodo del embarazo, parto y puerperio. La violencia obstétrica es definida por Villegas (2009) como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por el personal de salud, que expresa un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales	La violencia obstétrica es un trato deshumanizado ejercido por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de una violencia invisibilizado y se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillación, negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto.	Violencia Obstétrica	<p>1. Hablar de violencia obstétrica durante el trabajo de parto es un tema que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Escuchado entre amigas o familiares. 2. () Ha leído en internet 3. () Le informaron en el centro de salud. 3. () No sé de qué se trata. <p>2. ¿Qué es violencia obstétrica para usted?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Es un proceso del embarazo 2. () Es un trato deshumanizado, agresión física y psicológica durante el trabajo de parto y parto por parte del personal médico. 3. () Es un trato deshumanizado, agresión física y psicológica durante el trabajo de parto y parto por parte del personal de enfermería.
			Tratos inadecuados	<p>3. ¿Al solicitar la atención en el área de urgencia sufrió alguna discriminación o diferencia de trato por parte del personal de salud?</p> <p>Si () No ().</p> <p>4. Si su respuesta es sí ¿qué personal la discrimino o trató de manera diferente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Enfermera(o) 2. () Médico 3. () Trabajo social 4. () Recepcionista
			Humillaciones	<p>5. Durante su estancia en el área de toco labor sufrió tratos inadecuados que la hiciera sentirse humilla.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>6. ¿Por parte de que personal sintió que recibió trato inadecuado que la hiciera sentirse humillada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Enfermera 2. () Médico General 3. () Ginecólogo 4. () Trabajo social 5. () Ninguno
			Negación del servicio	<p>7. ¿Al solicitar la consulta en el área de urgencia para recibir atención médica se le negó la atención?</p> <p>Si () No ().</p> <p>8. Si su respuesta es sí ¿qué personal se la negó?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Recepcionista 2. () Enfermera 3. () Trabajo social 4. () Médico
				<p>9. ¿Durante su estancia el área de urgencia el trato que le brindo la enfermera y</p>

			Atención del personal de salud, Se asume como el trato que recibe la embarazada por el médico y la enfermera en la sala de urgencia, toco labor y recuperación y alojamiento conjunto.	<p>médico fue?</p> <p>1. () Excelente 2. () Buena 3. () Regular 4. () Mala</p> <p>10. ¿Cómo considera usted el trato que le brindo el personal de salud en el área de toco labor durante su estancia?</p> <p>1. () Excelente 2. () Buena 3. () Regular 4. () Mala</p> <p>11. ¿Cómo considera el trato que le brindo el personal de salud durante su recuperación en el área de alojamiento conjunto?</p> <p>1. () Excelente 2. () buena 3. () Suficiente 4. () Insuficiente</p>
Embarazo de termino	<p>Torres define el embarazo normal como aquél que se refiere al feto a término, es decir, que el producto de la concepción ha llegado a la etapa de final de desarrollo, con la madurez orgánica suficientemente aceptable, como para vivir fuera del útero (2009).</p> <p>La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, indica que la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido define al embarazo normal como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Embarazo es la</p>	Embarazo normal es un producto a término que tiene la madurez para vivir fuera del útero de la madre.	Embarazo Normal	<p>12. ¿La resolución de su embarazo fue?</p> <p>1. () Parto Normal 2. () Parto complicado 3. () Cesárea</p>

	gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto (Benso y Pernoll, 1994).			
Sensibilización del trabajo de parto y parto	Es la orientación e información breve que le brinda el médico a la paciente sobre el proceso que va a vivir durante el trabajo de parto y parto para que la embarazada tenga el conocimiento del proceso, como son los dolores, con que intensidad se le presentara, asimismo de brindarle el apoyo emocional y de ánimo a la parturienta. También le explicara que intervenciones y procedimiento le realizaran el personal médico y de enfermería que la tendrá a su cargo.	Es la sensibilización y orientación que se le brinda a la parturienta desde su ingreso al servicio de urgencia y los procedimientos que vivirá en su trabajo de parto, en donde el personal le brindara el apoyo emocional de fortaleza, ánimo y le explica sobre las intervenciones como es la tricotomía, enema y por qué se le realizaran.	Información	13. ¿Qué personal de salud le brindo información sobre su proceso de trabajo de parto y parto que usted vivió? 1.() Médico general 2.() Enfermera 3.() Ginecólogo 4.() Trabajo social 5.() Ninguno 14.La información que recibí durante mi trabajo de parto la considero: 1. () Excelente 2. () Buena 3. () Regular 4. () Mala
			Apoyo emocional	15.Durante mi estancia en este hospital recibí apoyo emocional por parte de: 1.() Ginecólogo 2.() Médico general 3.() Trabajo social 4.() Enfermeras 5.() Por ninguna persona
			Fortaleza y animo	16. ¿Qué personal de salud le brindo fortaleza y animo durante su estancia en este hospital? 1.() Enfermera 2.() Medico general 3.() Ginecólogo 4.() trabajo social 5.() Ninguna persona
			Intervenciones	17. Le explicación brindada por el personal de salud sobre las intervenciones que se le realizaron durante el proceso del trabajo de parto fue. 1.() Antes 2.() Durante 3.() Posterior 4.() No se le explicaba
			Tricotomía y Enema evacuante	18. ¿Qué intervenciones le realizo el personal de enfermería en el área de urgencias? 1.() Tricotomía 2.() Enema evacuante 3.() Ningún procedimiento
Trabajo de	Mondragón define al	Trabajo de parto es		19. ¿Durante su trabajo de

parto	trabajo de parto como “un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible”. Durante esta etapa el personal médico realiza indicaciones como es ayuno, administración de oxitocina, amniorrexis, tactos vaginales posición supina restringiéndole a la paciente a deambular y moverse	un fenómeno dinámico que vive la parturienta y que pasa de una etapa a otra. En donde el medico realiza indicaciones de forma rutinaria, como es: ayuno a la parturienta, la realización de tacto vaginal muchas veces sin información del procedimiento, no le permite deambular y le realiza amniorrexis y administración de oxitocina para acelerar el trabajo de parto .En muchas ocasiones se les coloca el DIU forzadamente	Ayuno	parto le permitieron la ingesta de algunos alimentos cómo? 1.() Dieta blanda 2.() Dieta liquida 3.() Ayuno
			Tacto vaginal	20. ¿Durante su trabajo de parto se le informo antes de realizar el tacto vaginal y el motivo por que se realizaba? 1. () Siempre 2. () Rara vez 3. () Casi siempre 4. () No le informaron
			Deambulaci3n	21. ¿Durante su estancia en el 1rea de toco labor le permitieron caminar? 1.() Mucho 2.() Algunas veces 3.() En ning3n momento
			Amniorrexis	22. Durante su estancia en el 1rea de toco labor se le realiz3 ruptura de membrana (amniorrexis) ¿por parte de que personal? 1.() No se lo realizaron 2.() Medico general 3.() Enfermera 4.() Ginec3logo
			Oxitocina	23. Durante su trabajo de parto el m3dico le indico alg3n medicamento (Oxitocina) para acelerar o incrementar los dolores y reducir el tiempo de trabajo de parto. 1.()No me aplicaron ning3n medicamento 2.() Si se me explico claramente y autorice 3. () Solo se me informo 4. () No me informaron
Puerperio fisiol3gico	Puerperio fisiol3gico es la etapa constituida para el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo, que oscila entre 6 o 8 semanas (Mondrag3n, 2012). Por su parte Torres dice que es la etapa comprendida desde que termina el alumbramiento hasta que la involuci3n genital de la madre	Es la etapa desde que termina el alumbramiento hasta que el 3tero involucione la cual dura de 6 a 8 semanas y se clasifica en: inmediato, mediato y tard3o en esta etapa se debe iniciar el apego inmediato y la lactancia materna de manera inmediata si el reci3n nacido no tiene ninguna	Apego inmediato	24. ¿Cu1ndo mi bebe naci3 el personal de salud solo? 1. () Me lo mostro. 2. () Me permitieron cargarla y acariciarla. 3. () No me la(o) mostro. 4. () Solo me dijo el sexo. 5. () No permiti3 que lo cargara ni acariciara. 25. La enfermera se llev3 a mi bebe y lo colocho en una incubadora. 1.() TDA 2.() MUDA 3.() NMDA/NMEDA 4.() EDA 5.() TED
			Lactancia materna	26. ¿En qu3 tiempo el personal le acerco a su bebe para iniciar el seno materno? 1. () Media hora despu3s. 2. () Una hora despu3s. 3. () Una hora y media despu3s. 4. () Dos horas despu3s.

	se completa. La duración de esta etapa es alrededor de 6 a 8 semanas, se clasifica en puerperio inmediato es de 24hrs, mediato comprende del segundo al séptimo día y el tardío abarca del octavo a los 42 días (2009).	complicación.		
Abuso	Según Valdés, abuso es la flexión de algún tipo de daño que pueda ser tanto físico como psíquico y que generalmente tiene lugar y razón de ser, gracias al poder de las personas que provocan o materializan el abuso que tiene sobre aquella ala cual se lo produce, ya sea por una superioridad material que lo protege y le da esa fuerza sobre el otro, o bien por la sistemática amenazada (2013). El abuso en medicina se definió como aquella que se ejerce en las instituciones de salud, es un complejo problema social en donde converge un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género muy en	Abuso es un daño psicológico que se manifiesta por medio de gritos, regaños y humillaciones, insultos, frases al ti sonantes, discriminación, por el personal de salud en la sala toco labor, además de la colocación de batas rotas y cortas sin cubrirlas con ninguna sabanas.	Abuso	27. ¿Qué tipo de abuso sufrió en el área de toco labor? 1.() Psicológico 2.() Físico 3.() Verbal
			Gritos	28. El personal que le atendió durante su trabajo de parto y parto le grito. 1.() Casi siempre 2.() Nunca 3.() Siempre 4.() Algunas veces
			Frases altisonantes	29. Durante mi trabajo de parto y parto recibí frases altisonantes como cálese no grite, cuando lo estaba haciendo no le dolió verdad: por parte de: 1. () Enfermera. 2. () Medico General. 3. () Ginecólogo.
			Personal de salud	30. ¿Por qué personal de salud se sintió maltratada durante su estancia en el área de toco labor 1. () Medico general. 2. () Ginecólogo. 3. () Enfermeras. 4. () Trabajo social. 5. () No se sintió maltratada.
			Regaños	31. Recibió usted regaños que le haya hecho algún personal de salud dúrate su estancia en el área de toco labor durante su trabajo de parto y parto por parte de: 1.() Enfermera 2.() Medico 3.() Ginecólogo 4.() Trabajo social 5.()No recibió regaños
			Trato descortés y de prepotencia	32. ¿Qué personal de salud que estuvo a su cargo durante su trabajo de parto y parto era descortés y prepotente? 1.() Enfermera

	especial en el sala de gineco-obstetricia (Valdez,2013)			2.() Medico General 3.() Ginecólogo 4.() Ningún personal
Cuidado deshumanizado por el personal de enfermería	<p>“Es una despersonalización, entendida como una falta de sensibilidad que los profesionales de enfermería tienen hacia la persona que cuida, visualizando al paciente como un sujeto de conocimiento, estable que la experiencia vivida en relación a él, se convierte en objeto, descontextualizando y vaciando de subjetividad y sentido” (Vargas, 2007).</p> <p>De acuerdo a Rodríguez, cuidado deshumanizado por el personal de enfermería es la utilización de instrumentos tecnológicos y novedosos en la práctica diaria de enfermería utilizándolas constantemente bajo la cotidianidad y rutina de acciones realizadas a diario, lo cual conlleva a que muchos olviden la importancia del contacto de piel a piel, acercarse a las embarazadas para hablar de sus</p>	<p>Es la falta de sensibilidad del personal de enfermería hacia el paciente utilizando aparatos tecnológicos en su práctica diaria, conlleva a que muchos olviden la importancia del contacto de piel a piel, trato es despersonalizado distante la ve como un objeto. No se acerca a parturienta para hablar de sus miedos, dudas, inquietudes, ansiedad, angustias</p>	Aparatos tecnológicos	33. Durante su estancia en el área de toco labor le colocaron un aparato para escuchar su corazón de su bebe (toco cardiógrafo) ¿Qué tiempo se lo dejaron? 1.() Una hora 2.() Media hora 3. () Todo el tiempo 4. () Dos hora 5. () No se lo pusieron 34. Durante mi estancia la enfermera me tomaban los signos vitales con aparatos novedosos tecnológicos: 1. () Siempre. 2. () En ocasiones. 3. () Casi siempre. 3. () No utilizaba aparatos novedosos tecnológicos.
			Trato como un objeto	35. Usted se sintió tratada como un objeto no como una persona que siente. Durante su trabajo de parto y parto 1. () Algunas veces 2. () Raras veces 3. () Casi Siempre
			Trato distante	36. La enfermera o el medico usted la sintió que tenía un trato distante no la miraba, no la llama por su nombre, si no por número de cama 1. () Algunas vece 2. () Rara vez 3. () Casi siempre 4. () Nunca
			Amabilidad	37. ¿Cuándo la enfermera le tomaba los signos vitales lo realizaba con amabilidad? 1.() Casi siempre 2.() Siempre 3.() Rara vez 4.() No era amable
			Dudas , miedos ,inquietudes ansiedades angustia	38. El personal de enfermería que estuvo durante su trabajo de parto y parto preguntaba sobre sus miedos, dudas, inquietudes,

	miedos, dudas, inquietudes, ansiedad, angustias y si tienen dolor (2011).			ansiedades, angustias 1.() Rara vez 2.() Algunas veces 3.() No le preguntaba
Parto	El parto es un proceso natural del cuerpo de la mujer y fisiológico de reproducción individual; no es una enfermedad, la cual está asociada a su sexualidad y reproducción, mediante la perspectiva antropológica, social, cultural, psicológica (Villegas2009) La guía práctica clínica (2014) define al Parto como un “conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres momentos: el primer momento es el de dilatación, segundo es la expulsión y tercer momento es el alumbramiento.” En el cual la mujer parturienta puede adoptar diferentes posiciones para dar a luz como son: vertical, cucullas,	Durante el parto la parturienta puede adoptar la posición que ella dese vertical, cucullas, sentada, el medico realiza una series de procedimientos muchas veces de forma rutinaria como es la episiotomía, revisión de cavidad uterina, maniobras de Kristeller, pinzamiento temprano del cordón umbilical .En muchas ocasiones se les coloca el DIU forzosamente	Posición	39¿Cuándo ya tenía dilatación completa se le pidió opinión sobre la posición que usted deseaba tener a su bebe? 1.() Nunca pidieron mi opinión 2.() Si pidieron mi opinión 40. Para parir me colocaron en la posición de: 1. () Con las piernas levantadas y abiertas(litotomía) 2.() En cucullas 3.() Posición vertical 4.() sentada
			Episiotomía	41. Durante mi parto me cortaron para que naciera mi bebe(episiotomía) 1.() Enfermera 2.() Medico general 3.() Ginecólogo 4.() No me lo realizaron 42. El personal que se lo realizo le pidió su consentimiento y le informaban sobre cómo era el procedimiento de la episiotomía 1.() No me informo 2.() Si se me informo y fue vago mi consentimiento 3.() Solo se me informo
			Maniobra de Kristeller	43. Durante el parto al momento que usted estaba dando a luz algún personal de salud le apretó su abdomen para que naciera su bebe (Maniobra de Kristeller) : 1.()No me lo apretaron 2.() Enfermera 3. () Medico
			Revisión de cavidad uterina	44. Después de que nació su bebe le explico el médico que tenía que introducir su mano para limpiar su útero(Revisión de cavidad uterina)

	sentada			<p>1.() No recibí información</p> <p>2.() Si recibí información</p> <p>3.()No me realizaron el procedimiento</p> <p>45. ¿Qué sintió en ese momento usted cuando el médico o enfermera le realizó la revisión de su útero (Revisión de cavidad uterina)?</p> <p>1.()Incomodidad, dolor intenso, molestia</p> <p>2. () No sintió dolor, ni molestia</p> <p>46. ¿Considera que es adecuado que la revisión de su útero se lo realizó bajo anestesia?</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p> <p>47. ¿Cuando ya había nacido mi bebe el personal de salud me insistió ponerme el DIU?</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p>
Ejercicio del poder en el campo médico				
Poder	<p>Para Foucault el poder no es algo que posee la clase dominante, postula que no es una propiedad sino que es una estrategia. Es decir, el poder no se posee, se ejerce, es esencialmente lo que reprime a la naturaleza, a los instintos, a una clase, a los individuos, es una tecnología individualizante, se basa en escrutar en los individuos sus comportamiento y su cuerpo con el fin de producir cuerpos dóciles que se puedan manejar. (Foucault, 1978).</p> <p>Skrabanek afirma que es, cuando el personal de salud se</p>	Poder es ejercido por el personal de salud hacia la mujer parturienta para crear cuerpos dóciles que se puedan manejar	Poder	<p>48. El médico/a transmite su conocimiento al personal de enfermería, de manera autoritaria</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p>

	deja llevar por sus ansias de poder (social o económico) en lugar de preocuparse por el bienestar de las personas, perdiendo el sustento de los principios éticos y morales(1999).			
Prácticas del habitus médico	<p>Prácticas del habitus médico</p> <p>Es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación lo social hecho cuerpo, de las estructuras objetivas del campo médico, las cuales las adquieren los profesionales médicos a través de su formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza, las cuales las recrea cotidianamente a través de su práctica como son la relación autoritaria que tienen con las mujeres durante su atención del parto (Castro, 2014) Bourdieu define el habitus , como prácticas adquiridas socialmente, que predisponen a actuar, sentir, pensar y percibir conforme al contexto y a la posición social que ocupan los actores. Una relación</p>	Son aquellas prácticas de autoritarismo del médico hacia las mujeres parturientas que el personal va a aprendiendo en su formación del cual ejerce un poder sobre el cuerpo de la embarazada basándose en ordenes, acciones e indicaciones hacia los demás integrantes	Médico autoritario	<p>49. ¿Usted considera que el médico fue autoritario sobre las ordenes que indicaba durante su estancia en el área de toco labor?</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p>
			Poder sobre el cuerpo	<p>50. ¿Usted considera que el médico tiene cierto poder de vigilancia sobre su cuerpo en el momento que usted estaba en el área de toco labor?</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p>
			Acciones	<p>51. ¿El médico le brindaba información sobre todos las acciones que le realizo durante el trabajo de parto y parto?</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p>
			Indicaciones al personal	<p>52. ¿Usted considera que el médico solo proporcionaba indicaciones al personal que estaba a su cargo sin escuchar las opiniones de los demás?</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p>

	dialéctica en tanto el agente, depende de las condiciones y las disposiciones culturales de su entorno, así como participa de las mismas, proveyendo con sus prácticas y capitales a las propias estructuras de mantenimiento y/o cambio. Y por otra parte nos dice que el campo			
Poder en el campo medico	Por su parte Jaime Breilh indica que por el poder en el campo médico , las mujeres se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud. No se les comunica nada al respecto, se les prohíbe el acceso a la información, cuando no, se les brinda una información parcial o distorsionada, con el objeto de que no pueda sospechar o quejarse por malos manejos, como formas de poder simbólico (2007)	Las mujeres se enfrenta a un control riguroso de la información de su trabajo de parto y parto ausencia de la misma, se les brinda una información distorsionada o parcial , no depende de su cuerpo, las intimidan y solo están para obedecer	Incomunicada	53.Mencione que familiar estuvo con usted acompañándola en el área de toco labor durante su trabajo de parto y parto 1. () Padre 2. () Madre 3. () Suegra 4. () Esposo 5. () Ningún familiar
			Ausencia de información	54. ¿En qué momento se le brindaba información a sus familiares: 1.() Cuando usted lo solicitaba 2.() Sin preguntar el médico le informaba 3.()Nunca le brindaron información
			Información parcial o distorsionada	55. La información que me brindaba el médico en el área de toco labor era parcial o distorsionada. 1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA 56. Durante mi estancia el médico no me pedía mi opinión solo tenía que obedecer órdenes. 1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA
Conocimiento y saberes violencia obstétrica				
Conocimiento sobre violencia obstétrica y sus	La violencia obstétrica en el país es un problema	Muchas instituciones no dan a conocer las	Ley general de Acceso de las mujeres a una	57. Ha escuchado que existe una Ley en el Estado de Veracruz sobre Ley General de Acceso de las

implicaciones legales	<p>invisibilizado, poco tratado ya que muchas instituciones de salud no dan a conocer las quejas y denuncias por actos que puedan constituir sobre dicho tema ya mencionado, no hay investigaciones en México que evalúen al persona de salud sobre el conocimiento de violencia obstétrica y si conocen la ley (Gire 20) El 19 de Diciembre de 2006, el Congreso de la Unión expidió en México la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada el 1º de Febrero del año 2007;en nuestro estado de Veracruz la violencia obstétrica se tipifico en el código penal en el artículo 363 fracción IV(Gire, 2013).</p>	denuncias sobre la violencia que se ejerce hacia los derechos humanos de la parturienta, pero si existen una Ley en el estado: Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de Violencia	<p>vida Libre de Violencia</p> <p>Derechos Humanos</p>	<p>Mujeres a una vida Libre de Violencia</p> <p>1.() TDA 2.() MDA 3.() NTA/NTED 4.() MEDA 5.() TEDA</p> <p>58. Durante mi estancia en este hospital fueron violentados mis derechos humanos.</p> <p>1. () TDA 2. () MDA 3. () NTA/NTED 4. () MEDA 5. () TEDA</p>
-----------------------	---	---	--	--

2.4. TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La técnica de investigación utilizada fue la encuesta, para ello se diseñó un instrumento de medición como fue un cuestionario que constó de 58 preguntas de opción múltiple. La recolección de información se obtuvo a través de una entrevista a mujeres que tuvieron un parto tales como: pacientes puérpera, hospitalizados en el hospital de Altotonga Veracruz, en las áreas de alojamiento conjunto.

2.4.1 Instrumento de la investigación.

La encuesta se aplicó a mujeres puérperas hospitalizados en el Hospital de Altotonga Veracruz, en el área de alojamiento conjunto. La integrante de esta investigación fue la encargada de la aplicación de la encuesta.

2.4.2 Validación del instrumento

La prueba piloto constó de 62 preguntas que se aplicaron a las pacientes puérperas hospitalizadas en el área de alojamiento conjunto del Hospital Rafael Lucio (CEMEV). Con la colaboración de la Dra. Elizabeth Bonilla y las contestaciones de las encuestadas en la prueba piloto se validaron el instrumento en la cual se corrigió algunas preguntas y se eliminaron algunas.

2.4.3 Análisis de la información.

La información obtenida se analizó a través del paquete estadístico SPSS, para el cual primero se enumeraron los cuestionarios, se codificaron y se capturaron en el paquete. Se obtuvieron frecuencias generales y porcentajes válidos en primera instancia y en segunda se cruzaron variables demográficas con las preguntas del cuestionario. La información se vació a tablas previamente diseñadas retomando la propuesta metodológica de Bonilla (2006).

2.4.4 Técnica de análisis de información.

Se analizó la información con el apoyo del bloque conceptual trabajado en el cuadro de Operacionalización de variables, por medio de tres conceptos generales: Violencia obstétrica, ejercicio del poder en el campo médico y conocimiento y saberes sobre violencia obstétricas. El análisis que se realizó sobre violencia obstétrica, se presentó de acuerdo a los indicadores de cada variable, por lo que algunas preguntas se analizaron de manera individual y otras de manera agrupada de acuerdo al bloque de operacionalización de variables, considerando las diversas opciones en cada una de las preguntas.

2.5. Organización logística del trabajo de campo.

Este trabajo fue realizado en el Hospital de Altotonga Veracruz El hospital “Eufrosina Camacho de Ávila para el trabajo de investigación, se tomó como grupo en estudio a las pacientes puérperas que recibieron la atención médica para parir en dicho hospital estas pacientes se encontraban en el área de alojamiento conjunto.

En el mes de junio se propone el Instrumento para recabar información por lo que se realiza una prueba piloto en cuatro pacientes que se encontraban en el área de alojamiento conjunto de las siguiente edades 15,18, 24 y 30 años respectivamente en el centro de especialidades médicas Rafael Lucio (CEM), que acudieron a este hospital a recibir atención para atender su parto y las cuales no formaron parte de la población en estudio pero que ayudaron a la validación del instrumento.

En el mes de julio se aplicó dicho instrumento en 40 pacientes puérperas que tuvieron la edad de 13 a 30 y más años.

En el mes de agosto se realizó el vaciamiento de la información y se analizaron los resultados.

3.1 Resultados del diagnóstico y supuestos hipotéticos

3.1.1 Resultados:

I. Violencia Obstétrica

Del cien por ciento de las entrevistadas el 92.7% respondieron que no se le negó la atención médica en el área de urgencia, con escolaridad de primaria, sobre saliendo el grupo de edad 13 a 17 años, corresponde a un nivel socioeconómico medio. Y un porcentaje mínimo del 7.3% contestaron que si se le había negado la atención médica, por parte de la enfermera y recepcionista, encontrando similitud con el grupo de edad que oscila entre los 23 a 27 y 28 a 32 años de edad, con escolaridad de secundaria y bachillerato en un 2.4%. Ver tabla No. 1.

Tabla No 1: Negación de atención médica en área de Urgencias				
Variables		SI	NO	Total
Grupo de edad	13-17	0	24.4%	24.4%
	18-22	2.5%	19.5%	22%
	23-27	2.4%	12.2%	14.6%
	28-32	2.4%	14.6%	17.1%
	33 y +	0	22%	22%
Total		7.3%	92.7%	100%
Estado Civil	Casada	2.4%	56.1%	58.5%
	Soltera	4.9%	36.6%	41.4%
Total		7.3%	92.7%	100%
Paciente	Primigesta	4.9%	48.8%	53.7%
	Multigesta	2.4	43.9%	46.3%
Total		7.3%	92.7%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	2.4%
	Primaria	2.5%	36.6%	39%
	Secundaria	2.4%	29.3%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	19.5%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	4.9%
Total		7.3%	92.7%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	2.4%	61%	62.4%
	Bajo	4.9.%	32.7%	37.6%
Total		7.3%	92.7%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Un 90.2% del cien por ciento de las encuestadas, respondió que no sufrió discriminación al solicitar la atención en el área de urgencias, siendo primigestas de un nivel socio económico medio con estudios de escolaridad primaria, encontrando similitud en los grupos de edad de 13 a 17 y 18 a 22 años de un 19.5%. Y un porcentaje mínimo del 9.6% con escolaridad bachillerato y secundaria, primigestas, multigesta con un nivel bajo respondió que si recibió discriminación por parte del personal de enfermería. Ver tabla No. 2.

Tabla No. 2: Discriminación o diferencia de trato en área de Urgencias					
Variables		No contestó	SI	NO	Total
Grupo de edad	13-17	0	4.8%	19.5%	24.4%
	18-22	0	2.4%	19.5%	22%
	23-27	0	0	14.6%	14.6%
	28-32	0	2.4%	14.6%	17.1%
	33 y +	0	0	22%	22%
Total		0	9.6%	90.4%	100%
Estado Civil	Casada	0	2.4%	56.1%	58.5%
	Soltera		7.2%	34.3%	41.5%
Total		0	9.6%	90.4%	100%
Paciente	Primigesta	0	7.2%	46.5%	53.7%
	Multigesta	0	2.4%	43.9%	46.3%
Total		0	9.6%	90.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	2.4%	36.6%	39%
	Secundaria	0	4.8%	26.8%	31.7%
	Bachillerato	0	2.4%	19.5%	22%
	Licenciatura	0	0	4.9%	4.9%
Total			9.6%	90.4%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	0	4.8%	61%	65.8%
	Bajo	0	4.8%	29.4%	34.2%
Total		0	9.6%	90.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las entrevistadas femeninas respondieron en un 46.3% que el trato que recibieron durante su estancia en el área de urgencia por el personal médico y enfermera fue regular, el 26.8% son pacientes multigestas con escolaridad de primarias encontrando una similitud en el porcentaje, casadas con un nivel socioeconómico medio, en donde resalta el grupo de edad 18 a 22 años, el 29.3% respondió que recibieron un mal trato por parte de dicho personal de salud sobre saliendo el grupo de edad de 13 a 17 años, primigestas . Y un minino respondió que el trato que se le brindo fue bueno. Ver tabla No.3.

Tabla No. 3: Trato que le brindó la enfermera y médico en área de Urgencias					
Variables		Buena	Regular	Mala	Total
Grupo de edad	13-17	0	7.3%	17.1%	24.4%
	18-22	0	19.5%	2.4%	22%
	23-27	4.9%	2.4%	7.3%	14.6%
	28-32	12.2%	2.4%	2.4%	17.1%
	33 y +	7.3%	14.6%	0	22%
Total		24.4%	46.3%	29.3%	100%
Estado Civil	Casada	14.6%	36.6%	7.3	58.5%
	Soltera	9.8%	9.8%	21.9%	41.4%
Total		24.4%	46.3%	29.3%	100%
Paciente	Primigesta	9.8%	19.5%	24.4%	53.7%
	Multigesta	14.6%	26.8%	4.9%	46.3%
Total		24.4%	46.3%	29.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	7.3%	26.7%	4.9%	38.9%
	Secundaria	4.9%	9.8%	17.1%	31.8%
	Bachillerato	4.9%	9.8%	7.3%	22%
	Licenciatura	4.9%	0	0	4.9%
Total		24.4%	46.3%	29.3%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	17.1%	29.3%	19.5%	65.9%
	Bajo	7.3%	17%	9.8%	34.1%
Total		24.4%	46.3%	29.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Un 63.4% del cien por ciento de las encuestadas femeninas respondieron que el trato que recibió por parte del personal de salud en el área de toco labor fue malo siendo primigestas, casadas con escolaridad de primaria con un nivel socioeconómico medio sobre saliendo el grupo de edad 18 a 22 años de edad. Y un mínimo 4.9% respondieron que el trato fue excelente, todas ellas de nivel económico medio, solteras y casadas del grupo de edad 23 a 32 años. Estos hallazgos coincidieron con los autores Terán, castellano, González, Ramos (2013) en su estudio en donde señala que el 49.4% de las parturientas fue objeto de un trato deshumanizante en el área de toco. Ver tabla No. 4.

Tabla No. 4: Trato que le brindó personal de salud durante estancia en área de Toco labor						
Variables		Excelente	Buena	Mala	Regular	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	14.6%	9.8%	24.4%
	18-22	0	2.4%	17.1%	2.4%	21.9%
	23-27	2.5%	0	9.8%	2.4%	14.7%
	28-32	2.4%	7.3%	7.3%	0	17%
	33 y +	0	7.3%	14.6%	0	22%
Total		4.9%	17.1%	63.4%	14.6%	100%
Estado Civil	Casada	2.4%	14.6%	39%	2.4%	58.5%
	Soltera	2.5%	2.4%	24.4%	12.2%	41.5%
Total		4.9%	17.1%	63.4%	14.6%	100%
Paciente	Primigesta	2.4%	4.9%	34.1%	12.2%	53.7%
	Multigesta	2.4%	12.2%	29.3%	2.4%	46.3%
Total		4.9%	17.1%	63.4%	14.6%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	2.5%	7.4%	29.3%	0	39.2%
	Secundaria	0	2.4%	17.1%	12.2%	31.7%
	Bachillerato	0	4.9%	14.6%	2.4%	21.9%
	Licenciatura	2.4%	2.4%	0	0	4.8%
Total		4.9%	17.1%	63.4%	14.6%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	2.4%	12.2%	39%	12.2%	65.9%
	Bajo	2.5%	4.8%	24.4%	2.4%	34.1%
Total		4.9%	17.1%	63.4%	14.6%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las encuestadas el 92.7% de las pacientes puérperas casadas primigestas con escolaridad de primaria con un nivel socio económico medio con edad de 13 a 17 años, respondieron no saber que es la violencia obstétrica. Y un mínimo respondió que lo ha leído en internet, con escolaridad de Licenciatura sobresaliendo el grupo de edad 28 a 32 años, encontrando similitud en el porcentaje. En este sentido, hay un desconocimiento sobre lo que es violencia obstétrica, al responder que es un proceso del embarazo y un mínimo del 2.4% respondió que es un trato deshumanizado por el personal médico y de enfermería. Estos hallazgos difieren con los autores Faneite, Feo, Toro (2013) ya que ellos realizaron el estudio al personal de

salud encontrando que el 89.2% si conoce la definición de violencia obstétrica. Ver tabla No. 5.

Tabla No. 5: Información sobre violencia obstétrica					
Variables		No Contestó	Ha leído internet	No sabe de qué trata	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	24.4%	24.4%
	18-22	0	0	22%	22%
	23-27	0	2.4%	12.2%	14.6%
	28-32	0	4.9%	12.2%	17.1%
	33 y +	0	0	22%	22%
Total		0	7.3%	92.7%	100%
Estado Civil	Casada	0	2.4%	56.1%	58.5%
	Soltera	0	4.9%	36.6%	41.5%
Total			7.3%	92.7%	100%
Paciente	Primigesta	0	4.9%	48.8%	53.7%
	Multigesta	0	2.4%	43.9%	46.3%
Total		0	7.3%	92.7%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	2.4%	36.6%	39%
	Secundaria	0	0	31.7%	31.7%
	Bachillerato	0	0	22%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	0	4.9%
Total		0	7.3%	92.7%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	0	2.4%	63.4%	65.8%
	Bajo	0	4.9%	29.3%	34.2%
Total		0	7.3%	92.7%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Un 63.4% del cien por ciento de las encuestadas femeninas primigestas casadas respondieron que durante su estancia en el área de toco labor si sufrieron tratos inadecuados que la hicieron sentirse humillada, un 24. 4% refirió que fue maltratada por parte del ginecólogo, mientras que en el área de alojamiento conjunto el trato fue regular en un 53.7%, la mayoría de las púerperas tuvieron un parto normal, todas ellas con escolaridad de secundaria y un nivel socioeconómico medio, sobresaliendo el grupo de edad de 13 a 17 años. Por otro lado, el 26.8% respondió que no recibieron

tratos inadecuados en el área de toco labor sobresaliendo el grupo de edad 28 a 32 años multigestas con escolaridad de primaria. Estos hallazgos coincidieron con los autores Terán, castellano, González, Ramos (2013) en su estudio en donde señala que el 49.4% de las parturientas tuvieron un trato deshumanizante en el área de toco labor. Ver gráfica No. 5.



Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas el 70.7% primigestas casadas respondieron que no recibieron información sobre como es el proceso de trabajo de parto y parto, considerando un 43.9% como mala la información ya que no recibieron apoyo emocional, fortaleza y ánimo durante el trabajo de parto y parto, todas la respondentes con grado de escolaridad primaria y secundaria encontrando una similitud en nivel socioeconómico medio. Y un mínimo señaló que el ginecólogo y la enfermera si le brindaron información, todas del grupo de 28 a 32 años de edad solteras, casadas. Ver tabla No. 6.

Tabla No. 6: Personal de salud que brindó información sobre trabajo de parto y parto							
Variables		No contestó	Médico general	Enfermera	Ginecólogo	Ninguno	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	0	2.4%	22%	24.4%
	18-22	0	0	0	0	22%	22%
	23-27	0	7.4%	0	0	7.3%	14.6%
	28-32	0	7.3%	2.4%	2.4%	4.9%	17%
	33 y +	0	7.3%	0	0	14.6%	22%
Total		0	22%	2.4%	4.8%	70.8%	100%
Estado civil	Casada	0	17.1%	2.4%	2.4%	36.6%	58.5%
	Soltera	0	4.9%	0	2.4%	34.2%	41.5%
Total		0	22%	2.4%	4.8%	70.8%	100%
Paciente	Primigesta	0	7.3%	2.4%	2.4%	41.5%	53.7%
	Multigesta	0	14.6%	0	2.4%	29.3%	46.3%
Total		0	22%	2.4%	4.8%	70.8%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	0	9.8%	0	2.4%	26.9%	39.1%
	Secundaria	0	4.9%	0	0	26.8%	31.7%
	Bachillerato	0	4.9%	0	0	17.1%	22%
	Licenciatura	0	2.4%	2.4%	0	0	4.8%
Total		0	22%	2.4%	4.8%	70.8%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	14.6%	2.4%	4.8%	43.9%	65.9%
	Bajo	0	7.3%	0	0	26.9%	34.2%
Total		0	22%	2.4%	4.8%	70.8%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Un 87.8% del cien por ciento de las encuestadas femeninas casadas primigestas respondieron que durante su ingreso al área de urgencia le realizaron enema evacuante y tricotomía; Un 56.1% opinó que la explicación brindada por el personal de enfermería fue durante la realización de las intervenciones; un nivel socioeconómico medio, con grado de escolaridad primaria y secundaria, destacando el grupo de edad de 13 a 17 años. Y un mínimo respondió que no le realizaron ningún procedimiento sobresaliendo el grupo de edad 28 a 32 años con escolaridad de licenciatura. Estos Hallazgo coinciden con los autores Valdez, Hidalgo, Mojarro, Arenas (2013) en donde señala que el 35% de las pacientes se le realizó la episiotomía, enema. Ver tabla No. 7.

Tabla No. 7: Intervenciones de enfermería en el área de Urgencias					
Variables		Rasurado púbico	tricotomía y enema	Ninguno	Total
Grupo de edad	13-17	0	24.4%	0	24.4%
	18-22	2.5%	19.5%	0	22%
	23-27	2.4%	12.2%	0	14.6%
	28-32	0	12.2%	4.9%	17.1%
	33 y +	2.4%	19.5%	0	22%
Total		7.3%	87.8%	4.9%	100%
Estado Civil	Casada	4.9%	51.2%	2.4%	58.5%
	Soltera	2.4%	36.6%	2.5%	41.5%
Total		7.3%	87.8%	4.9%	100%
Paciente	Primigesta	0	48.8%	4.9%	53.7%
	Multigesta	7.3%	39%	0	46.3%
Total		7.3%	87.8%	4.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	7.3%	31.7%	0	39%
	Secundaria	0	31.7%	0	31.7%
	Bachillerato	0	22%	0	22%
	Licenciatura	0	0	4.9%	4.9%
Total		7.3%	87.8%	4.9%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	4.9%	58.5%	2.4%	65.8%
	Bajo	2.4	29.3%	2.5%	34.2%
Total		7.3%	87.8%	4.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas respondieron en un 95.1% que durante su trabajo de parto le indicaron ayuno, un 85% no se le permitió en ningún momento caminar, siendo primigestas casadas con escolaridad de primaria y nivel económico medio, destacando el grupo de edad 13 a 17 años, Y un mínimo ingirió dieta líquida y blanda, se le permitió caminar, prevaleciendo la edad 23 a 27 y 28 a 32 casadas, multigestas y primigestas, con estudios de secundaria y licenciatura nivel económico medio. Estos hallazgos coinciden con los autores Terán, castellano, González, Ramos (2013) en donde un 15.8% no se le permitió deambular ya que se les indico la posición decúbito lateral izquierdo. Ver tabla No 8.

Tabla No. 8: Ingesta de alimentos durante trabajo de parto y parto					
Variables		Dieta blanda	Dieta líquida	Ayuno	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	24.4%	24.4%
	18-22	0	0	22%	22%
	23-27	2.4%	0	12.2%	14.6%
	28-32	0	2.4%	14.6%	17.1%
	33 y +	0	0	22%	22%
Total		2.4%	2.4%	95.2%	100%
Estado Civil	Casada	2.4%	2.4%	53.7%	58.5%
	Soltera	0	0	41.5%	41.5%
Total		2.4%	2.4%	95.2%	100%
Paciente	Primigesta	0	2.4%	51.3%	53.7%
	Multigesta	2.4%	0	43.9%	46.3%
Total		2.4%	2.4%	95.2%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	0	39%	39%
	Secundaria	2.4%	0	29.3%	31.7%
	Bachillerato	0	0	22%	22%
	Licenciatura	0	2.4%	2.4%	4.9%
Total		2.4%	2.4%	95.2%	100%
Nivel Socioeconómica	Medio	2.4%	2.4%	61%	65.9%
	Bajo	0	0	34.2%	22%
Total		2.4%	2.4%	95.2%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Un 80.5% del cien por ciento de las encuestadas femeninas casadas primigestas respondieron que durante su trabajo de parto se le aplicó oxitocina para incrementar los dolores y así reducir el tiempo de trabajo de parto, un 63.4% se le realizó ruptura de membranas(amniorrexia) la mayoría realizada por el médico general, sin explicarle en qué consistía el procedimiento, un 46.3 % no brindaban información sobre la realización del tacto vaginal; con grado de escolaridad de primaria, un nivel socio económico medio prevaleciendo el grupo 13 a 17 años de edad . Y un mínimo sobre saliendo el grupo de edad 33 y más años multigestas, solteras y casadas, con un grado de escolaridad de licenciatura, bachillerato, secundaria. Estos hallazgos coinciden con los

autores Valdez, Hidalgo, Mojarro, Arenas (2013) encontraron que un 56% se le realiza amniorrexis y un 54% administración de oxitocina. Ver tabla No. 9.

Tabla No. 9: Uso de medicamento para acelerar dolores y reducir tiempo					
Variables		No aplicaron	me informo	No me informaron	Total
Grupo de edad	13-17	0	24.4%	0	24.4%
	18-22	0	19.5%	2.4%	22%
	23-27	0	9.8%	4.9%	14.6%
	28-32	7.3%	7.3%	2.4%	17.1%
	33 y +	2.4%	19.5%	0	22%
Total		9.8%	80.5%	9.8%	100%
Estado Civil	Casada	4.9%	48.8%	4.9%	58.5%
	Soltera	4.9%	31.7%	4.9%	41.5%
Total		9.8%	80.5%	9.8%	100%
Paciente	Primigesta	4.9%	41.5%	7.3%	53.7%
	Multigesta	4.9%	39%	2.4%	46.3%
Total		9.8%	80.5%	9.8%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	4.9%	31.7%	2.4%	39%
	Secundaria	0	29.3%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	17.1%	2.4%	22%
	Licenciatura	2.4%	0	2.4%	4.9%
Total		9.8%	80.5%	9.8%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	7.3%	53.7%	4.9%	65.9%
	Bajo	2.5%	26.8%	4.8%	34.1%
Total		9.8%	80.5%	9.8%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas primigestas 100% respondieron que la colocaron en posición ginecológica para parir; un 100% nunca le pidieron opinión sobre qué posición deseaba tener a su bebe, en su mayoría casadas con escolaridad primaria y un nivel socio económico medio, prevaleciendo el grupo de edad 13 a 17 años. Ver tabla No.10.

Tabla No. 10: Posición para parir						
Variables		No contestó	Posición litotomía	Posición vertical	Sentada	Total
Grupo de edad	13-17	0	24.4%	0	0	24.4%
	18-22	0	22%	0	0	22%
	23-27	0	14.6%	0	0	14.6%
	28-32	0	17%	0	0	17.1%
	33 y +	0	22%	0	0	22%
Total		0	100%	0	0	100%
Estado Civil	Casada		58.6%	0	0	58.6%
	Soltera	0	41.4%	0	0	41.4%
Total		0	100%	0	0	100%
Paciente	Primigesta	0	53.7%	0	0	53.7%
	Multigesta	0	46.3%	0	0	46.3%
Total		0	100%	0	0	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	0	39%	0	0	39%
	Secundaria	0	31.7%	0	0	31.7%
	Bachillerato	0	22%	0	0	22%
	Licenciatura	0	4.9%	0	0	4.9%
Total		0	100%	0	0	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	0	63.4%	0	0	63.4%
	Bajo	0	36.6%	0	0	36.6%
Total		0	100%	0	0	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Un 63.3% del cien por ciento de las encuestadas femeninas respondieron que el médico general le realizó la episiotomía, 43.9% del personal nunca le pidió su consentimiento, ni le informó como era el procedimiento, el 56.1% señaló que la enfermera le realizó las maniobras de Kristeller durante el parto, en su mayoría casadas primigestas, escolaridad secundaria nivel socioeconómico medio, prevaleciendo el grupo de edad 13 a 17 años. Y un 7.2% señaló que el ginecólogo realizó la episiotomía, prevaleciendo el grupo 23 a 27 años de edad solteras, multigestas con educación primaria. Estos hallazgos coinciden con los autores Valdez, Hidalgo, Mojarro, Arenas (2013) ya que encontraron que el 66.5% de las pacientes primigestas se le realiza la episiotomía. Ver tabla No.11

Tabla No. 11: Durante parto le cortaron para que naciera su bebé							
Variables		No contestó	Ginecó logo	Enferm era	Médico general	No lo realizaro	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	2.5%	22%	0	24.4%
	18-22	0	0	0	19.5%	2.4%	22%
	23-27	0	2.4%	0	12.2%	0	14.6%
	28-32	0	2.4%	4.9%	4.9%	4.9%	17.1%
	33 y +	0	2.4%	0	4.9%	14.6%	22%
Total		0	7.2%	7.3%	63.5%	22%	100%
Estado Civil	Casada	0	2.4%	4.9%	34.1%	17.1%	58.5%
	Soltera	0	4.8%	2.4%	29.4%	4.9%	41.5%
Total		0	7.2%	7.3%	63.5%	22%	100%
Paciente	Primigesta	0	0	4.9%	48.8%	0	53.7%
	Multigesta	0	7.2%	2.4%	14.7%	22%	46.3%
Total		0	7.2%	7.3%	63.5%	22%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	0	7.2%	2.5%	9.8%	19.5%	39%
	Secundaria	0	0	0	31.7%	0	31.7%
	Bachillerato	0	0	2.4%	17.1%	2.4%	22%
	Licenciatura	0	0	0	4.9%	0	4.9%
Total		0	7.2%	7.3%	63.5%	22%	100%
Nivel Socio económico	Medio	0	4.8%	7.3%	44%	9.8%	65.9%
	Bajo	0	2.4%		19.5%	12.2%	34.1%
Total		0	7.2%	7.3%	63.4%	22%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas primigestas un 92.7% respondieron que cuando se le realizaba la revisión de cavidad uterina sentían incomodidad, dolor intenso y molestia, un 48.8% no le explicaron, ni se informó sobre cómo era el procedimiento y el 95.1% opinaron estar muy de acuerdo y de acuerdo que la revisión de cavidad uterina debe ser bajo anestesia. El 51.2% estuvieron muy en desacuerdo y desacuerdo de que se le coloque el DIU después del parto sin su consentimiento, casadas con escolaridad de primaria de un nivel socio económico medio, sobre saliendo el grupo de edad 13 a 17 años .Y un 7.3% sobre saliendo el grupo de edad 28 a 32 años solteras multigestas analfabetas con un nivel económico medio no sintieron molestia,. Estos hallazgo coinciden con los autores Terán, Castellanos,

González, Ramos (2013) en su investigación encontraron que un 14.1% se le realizó la revisión de cavidad uterina sin anestesia. Ver tabla No. 12.

Tabla No. 12: Qué sintió cuando revisaron su útero					
Variables		No contestó	Incomodidad, dolor, molestia	No sintió dolor ni molestia	Total
Grupo de edad	13-17	0	24.4%	0	24.4%
	18-22	0	19.5%	2.5%	22%
	23-27	0	14.6%	0	14.6%
	28-32	0	14.6%	2.4%	17.1%
	33 y +	0	19.5%	2.4%	22%
Total			92.7%	7.3%	100%
Estado Civil	Casada	0	53.7%	4.9%	58.5%
	Soltera	0	24.4%	2.4%	26.8%
Total		0	92.7%	7.3%	100%
Paciente	Primigesta	0	51.2%	2.4%	53.7%
	Multigesta	0	41.5%	4.9%	46.3%
Total		0	92.7%	7.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	36.6%	2.5%	39%
	Secundaria	0	31.7%	0	31.7%
	Bachillerato	0	19.5%	2.4%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	0	4.9%
Total		0	92.7%	7.3%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	0	61%	4.9%	65.9%
	Bajo	0	31.7%	2.4%	34.1%
Total		0	92.7%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Un 56.1% del cien por ciento de las encuestas femeninas respondieron que cuando nació su bebe solo le informaron el sexo del recién nacido, un 58.1% le acercaron después de una hora para iniciar la lactancia materna, en su mayoría casadas, multigestas, con escolaridad de primaria, nivel socioeconómico medio, sobre saliendo el grupo de 13 a 17 años. Y el 7.3 % primigestas del primer grupo de edad con escolaridad primaria, secundaria, bachillerato, señalaron que le permitieron acariciar a su bebe. Estos Hallazgos coinciden con los autores Terán, Castellanos, González,

Ramos (2013) en su estudio encontraron que se obstaculizan el apego precoz en un 23.8%. Ver tabla No.13.

Tabla No. 13: Cuando nació mi bebé me permitieron cargarlo y acariciarlo						
Variables		Me lo mostró	Sólo me dijo el sexo	No me lo mostró	Me permito acariciarlo	Total
Grupo de edad	13-17	0	17.1%	4.9%	2.4%	24.4%
	18-22	2.4%	9.8%	4.9%	4.9%	22%
	23-27	4.9%	7.3%	2.5%	0	14.7%
	28-32	7.3%	7.3%	2.4%	0	17%
	33 y +	4.9%	14.6%	2.4%	0	21.9%
Total		19.5%	56.1%	17.1%	7.3%	100%
Estado civil	Casada	14.6%	29.3%	7.5%	7.3%	58.5%
	Soltera	4.9%	26.8%	9.5%	0	41.1%
Total		19.5%	56.1%	17.1%	7.3%	100%
Paciente	Primigesta	7.3%	26.8%	12.2%	7.3%	53.7%
	Multigesta	12.2%	29.3%	4.9%	0	46.3%
Total		19.5%	56.1%	17.1%	7.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	7.3%	24.4%	4.9%	2.4%	39%
	Secundaria	4.9%	19.5%	4.9%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	4.9%	9.8%	4.9%	2.4%	22%
	Licenciatura	2.4%	2.4%	0	0	4.9%
Total		19.5%	56.1%	17.1%	7.3%	100%
Nivel socio económico	Medio	14.6%	34.1%	12.2%	4.9%	65.9%
	Bajo	4.9%	22%	4.8%	2.4%	22%
Total		19.5%	56.1%	17.1%	7.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas el 70.7% respondieron que sufrieron abuso verbal por parte del personal de salud, durante el trabajo de parto y parto, el 65.9% mediante gritos y el 29.3% recibió regaños por parte del médico general , además de brindarle un trato descortés y de prepotencia ,encontrando una similitud por las que se sintieron maltratadas por dicho personal en un 31.7%, con educación secundaria, nivel socioeconómico medio, primigestas casadas, prevaleciendo el grupo 13 a 17 años de edad . Y el 29.3% no sufrió ningún tipo de abuso sobre saliendo el grupo de edad 18 a 22 años, con grado de escolaridad de secundaria y analfabetas, un

nivel económico bajo. Estos hallazgos coinciden con los autores Valdez, Hidalgo, Mojarro, Arenas (2013) en su investigación señalaron que 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratada por el personal de salud, un 40% señalaron a la enfermeras y un 30% médicos. Ver tabla No. 14.

Tabla No. 14: Tipo de abuso sufrido en área de toco labor				
Variables		Verbal	Ninguno	Total
Grupo de edad	13-17	24.4%	0	24.4%
	18-22	19.5%	2.4%	22%
	23-27	7.3%	7.3%	14.6%
	28-32	2.4%	14.6%	17.1%
	33 y +	17.1%	4.9%	22%
Total		70.7%	29.3%	100%
Estado civil	Casada	41.5%	17.1%	58.5%
	Soltera	29.3%	12.2%	41.5%
Total		70.7%	29.3%	100%
Paciente	Primigesta	41.5%	12.2%	53.7%
	Multigesta	29.3%	17.1%	46.3%
Total		70.7%	29.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	2.4%
	Primaria	26.8%	12.2%	39%
	Secundaria	29.3%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	14.6%	7.3%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	4.9%
Total		70.7%	29.3%	100%
Nivel socio económico	Medio	46.3%	19.5%	65.8%
	Bajo	24.4%	9.8%	34.2%
Total		70.7%	29.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

El cien por ciento de las encuestadas femeninas el 92.7% primigestas casadas, respondieron que el personal de enfermería nunca le pregunto sobre sus miedos e inquietudes, un 39% utilizaba aparatos novedosos para tomar los signos vitales , el 43.9% del personal de salud le coloco el tococardiógrafo durante todo el tiempo que estuvieron en la sala de toco labor, el 46.3% el trato que se le brindaba era muy distante, sé le llamaba por número de cama , con escolaridad de primaria y un nivel socioeconómico medio sobre saliendo el grupo de edad 13 a 17 y 18 a 22 años . Y un mínimo de multigestas con escolaridad de primaria sobre saliendo el grupo de edad 33

y más. Estos hallazgos coinciden con los autores Terán, Castellanos, González, Ramos, (2103) en su investigación encontró que un 19.5% se le impide expresar miedos, inquietudes. En relación con la teoría de Virginia Henderson es importante cubrir la necesidad de comunicación ya que se encontró un alto porcentaje. Ver tabla No. 15.

Tabla No. 15: Personal de enfermería preguntó sobre miedos durante parto						
Variables		No contestó	Siempre	Algunas veces	Nunca	Total
Grupo de edad	13-17	0	2.4	0	24.4%	24.4%
	18-22	0	0	0	22%	22%
	23-27	0	0	2.4%	12.2%	14.6%
	28-32	0	0	2.5%	14.6%	17.1%
	33 y +	0	2.4%	0	19.5%	22%
Total		0	2.4%	4.9%	92.7%	100%
Estado civil	Casada	0	0	2.4%	56.1%	58.5%
	Soltera	0	2.4%	2.5%	36.6%	41.5%
Total		0	2.4%	4.9%	92.7%	100%
Paciente	Primigesta	0	0	4.9%	48.8%	53.7%
	Multigesta	0	2.4%	0	43.9%	46.3%
Total		0	2.4%	4.9%	92.7%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	2.4%	0	36.5%	39%
	Secundaria	0	0	0	31.7%	31.7%
	Bachillerato	0	0	2.5%	19.5%	22%
	Licenciatura	0	0	2.4%	2.4%	4.9%
Total		0	2.4%	4.9%	92.7%	100%
Nivel socio económico	Medio	0	0	4.9%	60.9%	65.9%
	Bajo	0	2.4%	0	31.8%	34.2%
Total		0	2.4%	4.9%	92.7%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Supuestos hipotéticos respecto al concepto de violencia obstétrica

1. Un mayor porcentaje de las encuestadas opinaron que la explicación dada sobre la realización de los procedimientos como la tricotomía y enema fue durante la realización del mismo.
2. La falta de información sobre violencia obstétrica en la mujer parturienta, induce al incremento de acciones del poder médico, que violenten el proceso del trabajo de parto y parto.

3. La mayoría de las pacientes se le aplicó oxitocina para acelerar el trabajo de parto acompañado de amniorrexis, lo cual conlleva que el personal de salud cometa violencia obstétrica ya que no sigue las indicaciones de las normas.
4. La mayoría de las encuestadas señaló que el médico no le permitió la ingesta de líquidos, esto conlleva a que la mujer embarazada tenga la necesidad de tomar líquidos y se siente violentadas. Mediante el ejerciendo poder obstétrico por parte del médico.
5. El proporcionar un buen trato de calidez y calidad a la mujer parturienta por el personal de salud durante su atención del trabajo de parto y parto en el hospital ayudará a evitar la violencia obstétrica.
6. Permitir que la mujer embarazada deambule en la sala de parto y participe en la decisión sobre como desea a tener su bebe ayudar a que ellas se sientan participe del evento y no discriminadas.
7. Es importante que el personal de salud identifique los procedimientos que son realmente necesarios para la atención del parto basándose a las normas y guías de prácticas clínicas y las recomendaciones de OMS con bases científicas, para no realizar procedimientos por rutina.
8. El personal de salud debe fomentar el apego precoz, ya que en su mayoría de las pacientes las iniciaron después de una hora, es importante fomentar el programa de lactancia materna.
9. La mayoría de las encuestadas considera que expresar sus miedos, inquietudes. al personal de enfermería mejora el estado de la mujer parturienta y se sienta escuchada

II Ejercicio del poder en el campo médico

Un 78% del cien por ciento de las encuestadas femeninas respondió estar muy en desacuerdo y desacuerdo que el médico brinda información sobre todas las acciones que se le realiza durante el trabajo de parto y parto, el 73.1% está muy de acuerdo y de acuerdo que el médico tiene cierto poder de vigilancia sobre su cuerpo a través del personal de enfermería, un 80.5% opinó que se dan órdenes de manera autoritaria a dicho personal. Un 78% manifestó que el médico no escucha las opiniones de los demás, todas casadas primigestas con estudio de secundaria, nivel socioeconómico medio, prevaleciendo en tres grupos de edad. Y un mínimo de multigestas, con estudio de primaria. Estos hallazgos coinciden con los autores Terán, Castellanos, González, Ramos (2013) en su investigación el 68.8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento. Ver tabla No.16.

Tabla No. 16: Médico brindó información sobre todas las acciones realizadas							
Variables		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	2.4%	0	0	12.2%	9.8%	24.4%
	18-22	4.9%	2.4%	0	2.4%	12.2%	22%
	23-27	2.4%	0	0	9.8%	2.4%	14.6%
	28-32	0	7.3%	0	9.8%	0	17.1%
	33 y +	0	0	2.4%	12.2%	7.3%	22%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
	Casada	7.3%	4.9%	2.4%	29.3%	14.6%	58.5%
	Soltera	2.4%	4.9%	0	17.1%	17.1%	41.5%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
Paciente	Primigesta	7.3%	4.9%	0	26.8%	14.6%	53.7%
	Multigesta	2.4%	4.9%	2.4%	19.5%	17.1%	46.3%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	2.4%	2.4%	2.4%	14.6%	17.1%	39%
	Secundaria	2.4%	0	0	22%	7.3%	31.7%
	Bachillerato	4.9%	4.9%	0	4.9%	7.3%	22%
	Licenciatura	0	2.4%	0	2.4%	0	4.9%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
Nivel socio económico	Medio	4.9%	4.9%	2.4%	31.7%	22%	65.9%
	Bajo	4.9%	4.9%	0	14.6%	7.3%	22%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas primigestas un 95.2 % respondió que durante su trabajo de parto y parto no las acompañó ningún familiar, un 46,3% opinó que se le brindaba información solo cuando el familiar lo solicitaba, y un 87.8% manifestó que no le pedía su opinión para realizarle los procedimientos, solo tenía que obedecer. Todas ellas primigestas, casadas de nivel socioeconómico medio, con escolaridad de primaria prevaleciendo el grupo de parturientas jóvenes ubicadas en el primer grupo de edad. Y un mínimo 4.8% la acompañó su esposo. Ver tabla No.17.

Tabla No. 17: Familiar que la acompañó en área de toco labor					
Variables		No contestó	Esposo	Ningún familiar	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	24.4%	24.4%
	18-22	0	0	22%	22%
	23-27	0	2.4%	12.2%	14.6%
	28-32	0	2.4%	14.6%	17.1%
	33 y +	0	0	22%	22%
Total		0	4.8%	95.2%	100%
Estado civil	Casada	0	2.4%	56.1%	58.5%
	Soltera	0	2.4%	39.1%	41.5%
Total		0	4.8%	95.2%	100%
Paciente	Primigesta		4.8%	48.9%	53.7%
	Multigesta	0	0		46.3%
Total		0	4.8%	95.2%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	0	39%	39%
	Secundaria	0	0	31.7%	31.7%
	Bachillerato	0	2.4%	19.5%	22%
	Licenciatura	0	2.4%	2.4%	4.9%
Total		0	4.8%	95.2%	100%
Nivel socio económico	Medio	0	2.4%	61%	65.9%
	Bajo	0	2.4%	34.2%	22%
Total		0	4.8%	95.2%	100%

Fuente: Violencia Obstétrica 2014. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Supuestos hipotéticos respecto al concepto ejercicio del poder en el campo médico

1. La falta de información de todas las acciones a realizar en la mujer parturienta, por parte del personal de salud conlleva a cometer violencia obstétrica.
2. La mayoría de las encuestadas se dieron cuenta que el médico ordena de forma autoritaria al personal de enfermería, esto conlleva a cometer prácticas del habitus médico
3. Es importante que el personal de salud acepte las opiniones del resto del equipo de trabajo, y no ser autoritario en sus decisiones ayudará a que disminuya la violencia obstétrica. Para no caer en un habitus médico
4. Un mayor porcentaje de las mujeres parturientas respondieron que el médico al vigilarlas durante el trabajo de parto tiene cierto poder obstétrico sobre su cuerpo.
5. La mayoría de las encuestadas respondieron que no se les permite que durante su trabajo de parto y parto le acompañe su familiar, esto ocasiona que ellas se sientan aisladas. Esto conlleva que el médico realiza cierto poder.
6. En un mayor porcentaje de las mujeres parturientas respondieron que la información que se le brindaba a sus familiares era cuando ellos lo solicitaban, esto es generado por el poder médico.
7. La mayoría de las mujeres parturientas respondieron que solo tenía que obedecer órdenes del médico. Es importante que el médico comente a la mujer parturienta sobre las intervenciones a realizar con ello brindará confianza y así no ejercer un poder obstétrico.

III Conocimientos y saberes sobre violencia obstétrica

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas el 85.4% respondieron estar muy en desacuerdo y en desacuerdo que no han escuchado sobre La ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz, un 46.3% manifestó estar muy de acuerdo y de acuerdo que fueron violentados sus derechos humanos, con estudios de primaria y secundaria, con un nivel socioeconómico medio, primigestas del grupo de edad 13 a 17 años. Y un mínimo del grupo de edad de 23 a 27 años. Estos hallazgos coinciden

con los autores Faneite, Feo, Toro (2013) en su investigación donde encontraron que al igual que las parturientas, el personal de enfermería desconoce en un 54.3% la Ley de acceso a una vida libre de violencia. Ver tabla. No.18.

Tabla No. 18: Han escuchado sobre Ley General de Acceso de Mujeres a una Vida Libre de Violencia						
Variables		No contestó	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	0	24.4%	24.4%
	18-22	0	0	0	22%	22%
	23-27	0	4.8%	0	9.8%	14.6%
	28-32	0	4.9%	2.4%	9.8%	17.1%
	33 y +	0	2.4%	0	19.5%	22%
Total		0	7.3%	2.4%	85.4%	100%
Estado civil	Casada	0	4.8%	0	53.7%	58.5%
	Soltera	0	7.2%	2.4%	31.8%	41.5%
Total		0	7.3%	2.4%	85.4%	100%
Paciente	Primigesta		7.3%	-	46.3%	53.7%
	Multigesta	0	4.9%	2.4%	39%	46.3%
Total		0	7.3%	2.4%	85.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	4.9	2.4%	31.7%	39%
	Secundaria	0	0	0	31.7%	31.7%
	Bachillerato	0	2.4%	0	19.5%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	0	0	4.9%
Total		0	12.2%	2.4%	85.4%	100%
Nivel socio-económico	Medio	0	4.9%	0	61%	65.9%
	Bajo	0	7.3%	2.4%	24.4%	34.1%
Total		0	12.2%	2.4%	85.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Supuestos hipotéticos sobre el concepto de conocimiento y saberes violencia obstétrica

1. Existe desinformación sobre La ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz por parte de las embarazadas y del personal de salud, lo cual incide en que se cometan abusos y se manifieste la violencia obstétrica.

2. La ausencia de difusión sobre La Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz, conlleva a que el personal de salud cometa violencia obstétrica.
3. Se requiere implementar una campaña de difusión de sobre La Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz.

a. Discusión y conclusiones

Durante la realización de análisis de resultados se encontró que las causas que determinan la violencia obstétrica, fueron los tratos inadecuados por parte del ginecólogo que las hicieron sentirse humillada en la sala toco labor lo que coinciden en un estudio realizado por Terán, Castellanos, González, Ramos (2013) donde encontraron que el 49.4% fueron objeto de trato deshumanizante También se pudo observar que la mayoría de las mujeres parturientas desconoce el término de violencia obstétrica.

En el presente estudio se observó que existe un alto porcentaje de abuso verbal hacia las mujeres parturientas mediante gritos, regaños que las hicieron sentirse humilladas en la sala de toco labor durante su trabajo de parto y parto, por parte del personal de salud como lo es médico general y enfermeras, lo que coincide con otros estudios como el realizado por Valdez, Hidalgo, Mojarro, Arenas (2013) señalando que el 11% de las mujeres refirieron haber sentido maltratadas por el personal de salud, el 19% reporto maltrato verbal, con frases intimidatorias que limitan a las mujeres parturientas expresar sus emociones y proceso natural de dolor que conlleva al trabajo de parto las personas que ejercieron el maltrato fueron el 30% médicos y un 40% enfermeras.

Otro hallazgo encontrado en este estudio es que a la mujer embarazada no se le pide la opinión de como ella desea a tener a su recién nacido, ni de permitirle deambular en la sala de labor, lo que coincide con otros estudios realizado por Terán, Castellanos,

González y Ramos (2013) en donde encontraron que un 15.8% se le ordeno no deambular.

Se encontró que la mayoría de los procedimientos e intervenciones que se le realizaban a las mujeres durante su estancia en la sala de partos eran de forma rutinaria, como es el ayuno prolongado, tricotomía, enema evacuante, aplicación de oxitocina para acelerar el trabajo de parto, maniobras de Kristeller, amniorrexis, episiotomía, lo que coinciden con otros estudios realizados por Valdez, Hidalgo, Mojarro, Arenas en donde encontraron que el 65% se le realizo episiotomía, 56% amniorrexis, un 54% aplicación de oxitocina, 33% enema evacuante y tricotomía.

También se observó en este estudio que el personal de salud que estaba en la sala de labor y recibía al recién nacido solo informaba el sexo y se lo acercaban a su madre una hora después para iniciar la lactancia materna, lo que coinciden con otros autores como Terán, Castellanos, González, Ramos en donde encontraron que un 23.8% obstaculizan el apego precoz.

Otro hallazgo de este estudio fue la falta de información por el personal de salud hacia la mujer parturienta y familiares sobre los procedimientos que se le realiza durante el trabajo de parto y parto lo que coincide con lo encontrado por la investigación realizada por Terán, Castellanos, González, Ramos (2013) donde encontraron que el 66.8% manifestó la realización de los procedimientos sin consentimiento informado. El desconocimiento Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, por las mujeres encuestadas por lo que coincide con estudios realizado por los autores Faneite, Feo, Toro (2013) en su investigación donde encontraron que al igual que las parturientas, el personal de enfermería desconoce en un 54.3% la Ley de acceso a una vida libre de violencia.

Conclusión

Con estos hallazgos se concluye que la mayoría de las pacientes que presentaron un nivel elevado de desconocimiento sobre que es violencia obstétrica en su mayoría primigestas, de un nivel socioeconómico medio, del grupo de edad de 13 a 17 años que acudieron a la atención de su parto en el hospital de Altotonga Veracruz sufrieron

malos tratos en la sala de parto por el personal de salud, además de no brindarle una buena información sobre los procedimientos que les realizarían durante su estancia en dicho nosocomio y el desconocimiento de las mujeres parturientas sobre la violencia obstétrica y las leyes que nos rigen en nuestro estado; la realización de procedimientos por rutina. En relación a la teoría de Virginia Henderson es importante cubrir la necesidad de comunicación ya que se encontró un elevado porcentaje en donde ellas señalan que la enfermera nunca les preguntaba sobre sus miedos, inquietudes y no se les permitía expresar sus emociones durante el trabajo de parto y relacionando con lo que dice Virginia Henderson que toda persona tiene necesidad de expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno, por lo que es importante que el personal de enfermería y médicos le den oportunidad a la embarazada de expresarse durante su trabajo de parto.

A partir de este trabajo se evidencia de acuerdo a los saberes que debe tener el personal de enfermería, que es necesario que la enfermera especialista como parte del personal de salud se comprometa, a difundir que es la violencia obstétrica, la ley que rige en el Estado, a la mujer embarazada y promover las recomendaciones que nos indica la OMS sobre atención del trabajo de parto y parto.

Se confirmó el supuesto hipotético respecto a que la falta de información de los procedimientos a realizar en la paciente, evita la violencia obstétrica ya que ellas no reciben una buena información ni sus familiares.

Se verificó el supuesto hipotético en cuanto a que el proporcionar, un buen trato más humanizado de calidez y calidad a la mujer parturienta por el personal de salud, durante su atención del trabajo de parto y parto en el hospital, ayudará a evitar la violencia obstétrica.

Se confirmó el supuesto hipotético el permitir que la mujer embarazada deambule en la sala de parto y participe en la decisión sobre como desea a tener su bebé ayudar a que ellas se sientan participe del evento y no discriminadas.

Se demostró el supuesto hipotético que el personal de salud debe fomentar el apego precoz, como indica el programa de lactancia materna.

Se verificó el supuesto hipotético que es importante que el personal de salud identifique los procedimientos que son realmente necesarios para la atención del parto basándose a las normas y guías de prácticas clínicas y las recomendaciones de OMS con bases científicas, para no realizar procedimientos por rutina. Ya que la mayoría de los procedimientos son realizados por rutina.

Se comprobó el supuesto hipotético que existe desinformación sobre la ley General de acceso a una Vida Libre de Violencia por parte de las embarazadas y del personal de salud, lo cual incide en que se cometan abusos y se manifieste la violencia obstétrica.

Se verificó la hipótesis mencionada en el marco epistémico la pregunta número tres. En la medida que el médico no realice indicaciones de forma rutinaria disminuirá la violencia obstétrica. Ya que se encontró que se realiza administración de oxitocina de forma rutinaria a primigestas, multigestas y ruptura de membranas,

Se confirmó la hipótesis mencionada en el marco epistémico en la pregunta número cuatro. En la medida que el personal de salud brinde un trato adecuado a la mujer parturienta se disminuirá la violencia obstétrica.

Se comprobó la hipótesis mencionada en el marco epistémico en la pregunta número siete. En la medida que el personal de salud brinde información de todos los procedimientos que les realizara durante el trabajo parto y parto a la mujer parturienta y familiares disminuirá la violencia obstétrica. Ya que se encontró en los resultados que la mayoría del personal no les informa sobre los procedimientos que se le realizan durante el trabajo de parto.

Se verificó la hipótesis mencionada en el marco epistémico en la pregunta número ocho. En la medida que la mujer parturienta conozca la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida de Violencia en esa medida se disminuirá la violencia obstétrica. Ya que se encontró que la mayoría de las encuestadas no conocen la Ley.

Respecto al ejercicio del poder en el campo médico, se manifestó a través de acciones tales como: No permitir que la mujer decida sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción (Colocación del DIU sin consentimiento, insistir durante el parto que se realice la salpingoclasia. Así como aislamiento al no permitir que le acompañe algún familiar durante el trabajo de parto y parto y no brindar información a los familiares solo cuando ellos lo solicitan.

Las prácticas del habitus médicos se manifestaron a través del autoritarismo que tiene el médico que es responsable de la mujer parturienta, hacia el personal que está aprendiendo como es el interno y residentes, ya que cuando realizaban mal algún procedimiento les gritaba delante de las pacientes, y a la mujer parturienta no permitía deambular, les hablaba mediante gritos y regaños, cuando ellas manifestaban su dolor mediante gritos y llantos.

Abuso en la sala de maternidad por médicos y residentes, externada a través de humillaciones a la parturienta mediante frases “cuando lo estaba haciendo no le dolía verdad”, “cállese no grite”. O también mostrando Indiferencia frente a solicitud o reclamos. Otra forma fue también al no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se iban a tomar durante el trabajo de parto, o bien usarlas como recursos didácticos para aprender, mediante la realización de numerosos tactos vaginales, episiotomía, amniorrexix por médicos internos y residentes.

Ejercicio del poder médico durante el trabajo de parto y parto, Esté quedó evidenciado a través del control riguroso en la colocación del tococardiografo durante horas. Otra forma fue el no brindarle información de todos los procedimientos que se realiza durante el trabajo de parto y parto.

Poder obstétrico, Este se manifestó por medio del control de todas las acciones a realizar, estas tenían que ser autorizadas por el personal médico, nada sucede sin autorización, en este caso: tricotomía, ayuno, enemas, aplicación de oxitocina, revisión de cavidad, entre otras.

b. Informe evaluativo

Como informe evaluativo se resaltar los problemas más relevantes de los tres conceptos: en el primer concepto de violencia, se encontró que el desconocimiento de la mujer parturienta sobre violencia obstétrica, la realización de procedimientos rutinarios como son: tricotomía, enemas evacuantes, no permitirles de ambular, ni preguntarles en qué posición desean tener a su bebe, ayuno prolongado, aplicación de oxitocina para acelerar el trabajo de parto ,amniorrexis, revisión de cavidad, abuso verbal durante el trabajo de parto, retardar el apego precoz del recién nacido, en el segundo concepto se encontró que el médico ejerce cierto poder de vigilancia hacia la mujer parturienta durante el trabajo de parto y parto ya que no se le brinda información de todos los procedimientos a realizar, solo obedecen ordenes no se le permite que un familiar le acompañe durante el proceso del trabajo de parto y parto. Para el tercer concepto se encontró que un desconocimiento sobre La ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz.

Como Conclusión diagnóstica es importante reforzar el conocimiento al personal de salud (Médicos, residentes, internos, enfermeras, enfermeras en servicio social, trabajo social) sobre la guía práctica clínica vigilancia y manejo del trabajo de parto, la Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y las recomendaciones que realizan la OMS.

Capítulo IV Estrategia Educativa: Hacia una Propuesta

4.1 Metodología para la intervención en Violencia Obstétrica

- a. Introducción, título de la propuesta, fundamentación, objetivo general-específicos y metas.

Introducción

La violencia obstétrica es uno de los temas que en estos últimos años ha tomado auge en nuestro país ya que existe un sinnúmero de quejas del servicio de ginecología y obstetricia ante la CONAMED.

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de la mujer, está relacionada con la falta de respeto por la autonomía de las pacientes y su derecho a la información, incluyendo se derecho a la no discriminación, a la igualdad de derecho, la cual se genera en el ámbito de atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios, público y privados

Es importante que el personal de salud y las mujeres embarazadas estén capacitados sobre el tema violencia obstétrica además de conocer la ley de acceso a una Vida libre de violencia del Estado de Veracruz para brindar una mejor atención a la mujer parturienta durante el trabajo de parto y parto, así brindar un parto de calidad y calidez más humanizado. Dar a conocer mediante una jornada de Ginecología y obstetricia al personal de salud sobre cuáles son las prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas, que indica la OMS.

En consecuencia esta propuesta educativa surge como resultado de una investigación, la cual tuvo como objetivo fundamental identificar la percepción de las parturientas sobre las intervenciones y acciones que inciden en la violencia Obstétrica, durante el trabajo de parto y parto que denoten el conocimiento, saberes y ejercicio del poder médico en el Hospital de Altotonga, Veracruz.

4.2 Propuesta de Intervención

Título: “Por una atención integral del trabajo de parto y parto, para reducir la violencia obstétrica”

Fundamentación normativa

Artículo 7°. Son tipos de violencia contra las mujeres:

VI. La violencia obstétrica: apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal: 1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; 3. Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer; 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y 5. Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Por otro lado, la OMS realiza diez recomendaciones con respecto a la atención del parto, ha señalado y concluido que el cuidado materno con apoyo tecnológico inapropiado, continua siendo práctica en todo el mundo, llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación: Ser no medicados, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias; Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser

suficientes; Basarse en las evidencias científicas; Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencia de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario; incluir participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad y en ciencias sociales; Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente biológico; Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo(a) como de su pareja; Ser apropiados, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos; Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres y respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Objetivo. Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

Criterios para la atención del parto: Propiciar la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre. Se deberá respetar sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.

No emplear rutinariamente analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta.

No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica. La Norma institucional al respecto debe aplicarse siempre.

Contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice, en relación con el total de nacimientos, se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y 20%

en los del tercer nivel. Las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores.

Realizar sólo por indicación médica, y con el consentimiento de la mujer, el rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto.

La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado que conozca la técnica de reparación adecuada. Su indicación deberá siempre asentarse por escrito e informar a la mujer.

Problemas a solucionar

- Desconocimiento de Violencia obstétrica
- Desconocimiento de la Ley de acceso a una libre de violencia en el estado de Veracruz
- Intervenciones médicas innecesarias que se realiza a las parturientas de forma rutinaria como es el ayuno prolongado, tricotomía, enema evacuante, ruptura de membranas, maniobras de Kristeller, aplicación de oxitocina. revisión de cavidad uterina.
- Falta de sensibilización del personal de salud.
- La falta de información sobre los procedimientos que se le realiza en el área de toco labor a la mujer parturienta y a sus familiares.
- El no permitirle que un familiar le acompañe durante el parto, la no deambulación en el área de toco labor y la libre elección de como parir.
- Disminuir el ejercicio del poder médico.

Objetivo general

Capacitar al personal de salud sobre las normas, guías prácticas clínicas, las recomendaciones de la OMS, sobre la atención de trabajo de parto y parto, dar a conocer la Ley de Acceso a una vida libre de violencia en el Estado de Veracruz.

Objetivo específicos.

- Capacitar al personal de salud sobre que es violencia obstétrica, violencia obstétrica psicológica y física, que intervenciones médicas y de enfermería son consideradas violencia obstétrica, mediante un congreso de obstetricia.
- Realizar folletos sobre que es violencia obstétrica y que nos dice la Ley de Acceso a una vida libre de violencia en el Estado de Veracruz repartirlas a las embarazadas que acuden a su control prenatal y al personal de salud que asista al congreso de obstetricia.

METAS

- Capacitar al 100 al personal de médicos especialistas, generales, residentes, internos, enfermeras trabajo social, recepcionistas, y personal de los diferentes centro de salud del hospital de Altotonga Veracruz sobre la violencia obstétrica, y la Ley de acceso a una libre de violencia del Estado de Veracruz.
- Repartir folletos a las embarazadas de todos los centros de salud de primer nivel que pertenezca a al municipio de Altotonga Veracruz que acuden a su control de embarazo. Y realizar carteles.
- Realizar pláticas sobre violencia obstétrica y la ley de acceso a una vida libre de violencia a las mujeres embarazadas que acudan a consulta durante su control prenatal.

4.2 Plan e instrumentos de intervención

Criterios a ser considerados para desarrollar el plan de intervención:

- Intercambio de ideas, opiniones en el congreso de obstetricia
- Respetar las opiniones

Para llevar a cabo la propuestas se solicitara apoya al director del hospital y jefes de enseñanza del hospital de Altotonga así también de la jurisdicción número cinco de Xalapa, se buscaran patrocinadores para realizar folletos, coffe break para el congreso de obstetricia.

Tabla 1. Temas para capacitación dirigido a personal de salud

1) Presentación, evaluación inicial
2) Trabajo de parto y parto.
3) Aspectos generales del cuidado durante el parto.
4) Cuidados durante la primera fase del parto.
5) Cuidados durante la segunda fase del parto.
6) cuidados durante la tercera fase del parto.
7) Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas durante el parto.
8) Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminada durante el parto.
9) Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
10) Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente durante el parto.
11) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
12) Como se ejerce el ejercicio de poder en el campo médico.
13) Violencia Obstétrica.
14) La ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Veracruz.
15) Lactancia Materna.
16) Parto humanizado.
17) Autoestima, motivación y actitudes productivas para el personal de salud.
18) Examen final sobre todos los temas que se vieron durante el congreso.

4.3 Plan e instrumentos de evaluación de la Intervención

OBJETIVO	CALIFICACIÓN (DEL 1 AL 10)	PONDERACIÓN	RESULTADO
1. Actualización de conocimientos para personal médicos, ginecólogos, enfermeras, residentes, internos, pasantes de enfermería	Insuficiente 1 - 6 Suficiente 7- 8 Excelente 9-10	40%	Insuficiente-Reprobado Suficiente- Excelente Aprobado
2. Evaluación de conocimientos para personal de médicos, ginecólogos, enfermeras, residentes, internos, pasantes de enfermería	Insuficiente 1 - 6 Suficiente 7- 8 Excelente 9-10	45%	Insuficiente-Reprobado Suficiente- Excelente Aprobado
3. Evaluación de conocimiento a la mujer embarazada	Insuficiente 1 - 6 Suficiente 7- 8 Excelente 9-10	15%	Insuficiente-Reprobado Suficiente- Excelente Aprobado
TOTAL		100%	

CARTA PROGRAMATICA PARA LA INTERVENCIÓN EN: Por una atención integral del trabajo de parto y parto, para reducir la violencia obstétrica”						
Fecha y Hora	Objetivo	Tema	Técnica didáctica	Material y equipo	Bibliografía	Evaluación
14-01-15 9:00 a 10:00 am	Adquirir el conocimiento sobre trabajo de parto y parto	Trabajo de parto y parto. Aspectos generales del cuidado durante el parto.	Expositiva	Cañón Computa-dora	Cuidados en el parto normal: una guía práctica (1996) Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo (OMS) Ginebra.	Pots-evaluación
14-11-15 10:00 a 11:00	Identificar las acciones e intervenciones médicas que conlleva a cometer violencia obstétrica	Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminados durante el parto.	Expositiva	Cañón, computadora	Cuidados en el parto normal: guía práctica (1996) OMS	Mesa redonda
14-11-15 12:00 pm a 13:00 pm	Dar a conocer La ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia en el	La ley de Acceso a una vida Libre de Violencia en el estado de	Expositiva	Cañón computadora	Instituto veracruzano de las mujeres 2008	Post- evaluación

	Estado de Veracruz.	Veracruz				
14-11-15 13:00pm a 14:00 pm	Adquirir conocimiento sobre que es violencia obstétrica y como se manifiesta	Violencia obstétrica	Expositiva	Cañón Computadora	Violencia obstétrica Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. (Almaguer, García, Varga(2010	Post evaluación
15-11-15 9:00 a 10:00	Difundir que nos dice la Norma oficial Mexicana (NOM-007 SSA2 1993	NOM-007-SSA2-1993. Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.	Expositiva	Cañón Computadora	NOOM-007 SSA2 1993.	Mesa redonda
15-01-2015 11:00 a 12:00	Identificar los procedimientos que no realizan inadecuadamente.	Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente durante el parto	Expositiva	Cañón computadora	Cuidados en el parto normal: guía práctica (1996) OMS.	Ronda de preguntas.
15-01-2015 13:00 a 14:00	.Dar a conocer los beneficios del parto humanizado	Parto humanizado	Expositiva	Cañón computadora	Atención humanizada del parto y nacimiento.(Nueve Luna 2010).	Pos-evaluación.

Fuente: Diseño Propio

4.4. Conclusiones y recomendaciones

La construcción de esta propuesta se realizó con base en un diagnóstico previo en las pacientes de puerperio fisiológico que acudieron atender su parto en el hospital de Altotonga Veracruz además de una revisión en la literatura; de acuerdo a esto es necesario que se realicen actividades de este tipo de manera sostenida.

Es decir, no sólo intervenir una vez, sino en la medida que se vayan actualizando conocimientos y mejorando la actitudes del personal de salud para brindar una atención de calidad y calidez.

4.5. Experiencia en el proceso de investigación

Esta investigación para esta investigadora fue al principio complicado ya que es uno de los temas delicados que habla del trato que brindamos en la sala de toco labor a las mujeres embarazadas que acuden a solicitar el servicio, pero fue muy interesante para

mi persona porque me dejo de enseñanza conocer a fondo el tema, la Ley que se rige en nuestro estado, me volví más humanista con la mujer parturienta ya que el parto es un proceso natural no una enfermedad, además aprendí que no se necesita mucha tecnología para brindar una calidad de atención, y no realizar cuidados de enfermería rutinario, si no también tomar en cuenta la salud emocional de la embarazada y respetar sus derechos como persona.

Es necesario fomentar la capacitación al personal de salud para estar actualizados, y se coordinen los esfuerzos de un equipo que tiene como misión brindar un trato de calidad y calidez a las usuarias que lo solicitan. Además de fomentar el trabajo en equipo para tener una buena comunicación efectiva, innovar estrategias didácticas que garantice el aprendizaje y fomente el deseo de capacitación constante, despojándolos de algunos sentimientos de predisposición, prejuicios y prepotencia, llevándolos a volver a una perspectiva más humana, no solo una persona que prescribe medicamentos sino que se acerque a la otra persona que tome en cuenta la salud emocional, esto ayudara a no cometer violencia obstétrica.

4.6 Referencias Bibliográficas y Anexos

Bibliografías

Valdez R. et'al. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en la sala de parto. Revista CONAMED (Págs.14-20).

Castellanos C. Gonzales M. Ramos D. Terán P. (2013).Evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia. Revista de obstetricia y ginecológica de Venezuela.

Tomes R. (Dir.) Andión X. y Ramos (codos.)(2013).Gire (Grupo de información en reproducción elegida).Omisión e indiferencia derechos reproductivos en México.

Belli L.F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Red bioética/UNESCO.

Faneite. J. Feo A. Toro J. (2012). Determinar el grado de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales por el personal de salud. Revista de Obstetricia y Ginecología volumen 72 N°-1.

Álvarez. E.M. Bonilla Y. (2007-2008). Comisión de apuntes de obstetricia.

Instituto veracruzano de las mujeres (2008). Sistematización de las investigaciones de las causas, características y consecuencias de la violencia contra las mujeres, para la alimentación del banco estatal de datos con la información de la investigación sistematizada.

Guía de referencia rápida vigilancia y manejo del parto (GPC) Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08.2014 (pág.13-48).

Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) (pags31-71).

Castro Roberto (2014). Génesis y prácticas del habitus médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología.

Skrabanek P. (1999). La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid Ediciones Díaz de santos (págs. 1-35).

Breilh J. (2007). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e intercultural

Mayz-Vallenilla, Ernesto. (1982). El dominio del poder. Primera Edición (págs. 22-23).

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Torres Luis E. (2009). Parto: mecanismo, clínica y atención. Editorial El Manual Moderno (pág. 9).

Mondragón H. (2012). Obstetricia Básica Ilustrada. México Trillas (págs. 133).

Villegas A. (2009). La violencia Obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Revista venezolana de estudio de la mujer.

Weber M. (1974) Economía y sociedad. Volumen I editorial Fondo de la Cultura Económica, México (pág. 43).

Arguedas G. (2014) La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Vol. 11. (Págs.166-172).

López C. (2014). Efeméride: Violencia obstétrica de la mujer indígena. México UNAM.

Rodríguez. A. (2011) Enfermería ante la deshumanización. págs. 37-41.

Castro R. Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México (2014) Revista CONAMED vol. 19 (págs. 37- 42).

Manual de procedimientos de enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid 1995.

Guía práctica clínica prevención diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada IMSS-608-13.

http://enfermeria.org/manual/4_4_2htm Técnicas y procedimientos de enfermería 13 febrero 2014.

De Miguel R. Sánchez M. (2000). Episiotomía: Criterio obstétrico actual.

López Ramírez CE, Arambula-Amanza J, Camarena-Pulido EE. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen Ginecología –Obstetricia. México 2014. Pags.472-474.

Stubbs T.M. (2000). Oxytocin for labor induction clin. Obstet Gynecol pág. 489-94.

Horacio Figueroa D, Elisa T., Marusic B, Magdalena González N., Francisca Barcos M., Paola Yungue V. (2002). Revista chilena de obstetricia y ginecología págs. 184-189.

Ballesteros Meseguer C., López Pay MD. Martínez Román C. (2012) La exploración vaginal durante la asistencia al parto. Revista científica de enfermería pág. 14

Arredondo C. P et'al. (2008) Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonal

La buena nutrición comienza con la Lactancia Materna 2013. Primer foro Nacional de la Lactancia Materna.

Medina G. (2008).Violencia obstétrica. Disponible en: www.gracielaamedina.com/asset.

Villaverde. M. (2006). Salud Sexual y Procreación Responsable. Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires, pág.: 31-32.

Programa de acción: Salud reproductiva 2001-2006.

Cuidados en el parto normal: una guía práctica (1996) Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Ginebra.

ANEXOS



UNIVERSIDAD VERACRUZANA FACULTAD DE ENFERMERÍA XALAPA ESPECIALIZACIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

No. Cuestionario_____

Sexo	() F		() Analfabeta	Edad ()
	() Casado		() Primaria	Grupos de
Edo Civil	() Soltero	Escolaridad	() Secundaria	Edad
			() Preparatoria	() 13 a 17
			() Licenciatura	() 18 a 22
			() Otros	() 23 a 27
Paciente	() Primigesta	Nivel socio	() Alto	() 28 a 32
	() Multigesta	económico	() Medio	() 33 y +
			() bajo	

Buen día /Tarde/ Noche, soy estudiante de la Especialización en Salud Materno Perinatal y estoy realizando una Investigación sobre mi tesis de grado” Mucho le agradecería su apoyo para contestar unas preguntas.

Marque con una (x) la respuesta que usted considera correcta.

1. ¿Al solicitar la consulta en el área de urgencias para recibir atención médica se le negó la atención?
Si ()
No () Si su respuesta fue NO pasar a la pregunta No. 3
2. Si su respuesta **es sí** que personal se la negó.
 1. () Recepcionista
 2. () Enfermera
 3. () Trabajo social
 4. () Medico
 5. () Ninguno
3. Al solicitar la atención en el área de urgencia sufrió alguna discriminación o diferencia de trato por parte del personal de salud.
Si () No ().
4. Si su respuesta es sí qué personal la discriminó o trató de manera diferente :
 1. () Enfermera(o)
 2. () Medico
 3. () Trabajo social
 4. () Recepcionista
 5. () Ninguno
5. Durante su estancia en el área de urgencia el trato que le brindó la enfermera y médico fue:
 1. () Excelente
 2. () buena
 3. () Regular
 4. () Mala
6. ¿Cómo considera usted el trato que le brindó el personal de salud en el área de todo labor durante su estancia.
 1. () Excelente
 2. () buena
 3. () Regular
 4. () Mala
7. Hablar sobre violencia obstétrica durante el trabajo de parto y parto es un tema que:
 1. () Lo ha escuchado entre amigas o familiares
 2. () Ha leído en internet
 3. () Le informaron en el centro de salud
 4. () No sé de qué se trata

8. La violencia obstétrica la relaciona usted con:
1. () Un proceso del embarazo
 2. () Un trato deshumanizado, agresión física y psicológica durante el trabajo de parto y parto por parte del personal médico
 3. () Un trato deshumanizado, agresión física y psicológica durante el trabajo de parto y parto por parte del personal de enfermería.
9. Durante su estancia en el área de toco labor sufrió tratos inadecuados que la hiciera sentirse humillada
1. () SI Pasar a la pregunta No.10
 2. () NO
10. ¿Por parte de que personal sintió que recibió trato inadecuado que la hiciera sentirse humillada?
1. () Enfermera
 2. () Medico general
 3. () Ginecólogo
 4. () Trabajo social
 5. () Ninguno
11. Como considera el trato que le brindó el personal de salud durante su recuperación en el área de alojamiento conjunto de hospital:
1. () Excelente
 2. () buena
 3. () Regular
 4. () Mala
12. La resolución de su embarazo fue:
1. () Parto normal
 2. () Parto complicado
 3. () Cesárea
13. ¿Qué personal de salud le brindo información sobre el proceso trabajo de parto y parto?
1. () Médico general
 2. () Enfermera
 3. () Ginecólogo
 4. () Trabajo social
 5. () Todos
14. La información que recibí durante el trabajo de parto la considero.
1. () excelente
 2. () Buena
 3. () Regular
 4. () Mala

15. Durante mi estancia en este hospital recibí apoyo emocional por parte de:
1. () Ginecólogo
 2. () Médico general
 3. () Trabajo social
 4. () Enfermeras
 5. () Por ninguna persona
16. ¿Qué personal de salud le brindó fortaleza y ánimo durante su estancia en el área de parto labor de hospital?
1. () Enfermera
 2. () Médico general
 3. () Ginecólogo
 4. () trabajo social
 5. () Ninguna persona
17. La explicación brindada por el personal de salud sobre las intervenciones que se le realizaron durante el proceso del trabajo de parto fue.
1. () Antes
 2. () Durante
 3. () Posterior
 4. () No se le explicaba
18. ¿Qué intervenciones le realizó el personal de enfermería en el área de urgencias?
1. () Rasurado púbico (Tricotomía)
 2. () Lavado intestinal (Enema evacuante)
 3. () Ningún procedimiento
19. Durante su trabajo de parto le permitieron la ingesta de algunos alimentos como:
1. () Dieta blanda (Manzana, papaya)
 2. () Dieta líquida (Agua, gelatinas, jugos, té)
 3. () Ayuno
20. Durante su trabajo de parto se le informó que se le realizaría el tacto vaginal y se le explicaba el motivo porque se lo realizaba
1. () Siempre
 2. () Rara vez
 3. () Casi siempre
 4. () No le informaron
21. ¿Durante su estancia en el área de parto labor le permitieron caminar?
1. () Mucho
 2. () Algunas veces
 3. () En ningún momento

22. Durante su estancia en el área de parto labor:

Instrucción: Coloque en el paréntesis la letra que corresponde a la respuesta que más se acerque a su experiencia.

Durante su estancia en el área de parto labor:	Quiénes se la realizaron
1. () Le realizaron la ruptura de la fuente	a. Médico general
2. () Le explicaron en qué consistía el procedimiento	b. Enfermera
3. () No se la realizaron	c. Ginecólogo

23. Durante su trabajo de parto el médico le indicó algún medicamento* para acelerar o incrementar los dolores y reducir el tiempo de trabajo de parto.

1. () No me aplicaron ningún medicamento
2. () Si se me explicó claramente y autorice
3. () Solo se me informó
4. () No me informaron

24. ¿Cuándo ya usted tenía dilatación completa se le pidió opinión sobre la posición que usted deseaba tener a su bebé?

1. () Nunca pidieron mi opinión
2. () Si me pidieron mi opinión

25. Para parir me colocaron en la posición de:

1. () con las piernas levantadas y abiertas
2. () En cuclillas
3. () Posición vertical
4. () sentada

26. Durante mi parto me cortaron para que naciera mi bebé Episiotomía .Por parte de que personal:

1. () Ginecólogo
2. () Enfermera
3. () Médico General
4. () No me lo realizaron

27. El personal que se lo realizó le pidió su consentimiento y le informaban sobre cómo era el procedimiento del corte.

1. () No me informo
2. () Si se me informo y fue vago mi consentimiento

28. Durante el parto al momento que usted estaba dando a luz algún personal de salud le apretó su abdomen para que naciera su bebé:

1. () No me lo apretaron

2. () Enfermera
3. () Medico
29. Después de que nació su bebe le explicaron que tenía que introducir su mano para limpiar su útero.
1. () No recibí información
1. () Si recibí información
2. () No me realizaron el procedimiento
30. ¿Qué sintió en ese momento usted cuando el médico o enfermera le realizo la revisión de su útero?
1. () Incomodidad, dolor intenso, molestia
2. () No sintió dolor, ni molestia
31. Está usted de acuerdo que la revisión de su útero debe ser bajo anestesia:
1. () Totalmente de Acuerdo
2. () Muy de acuerdo
3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
4. () Muy en Desacuerdo
5. () Totalmente en Desacuerdo
32. Está usted de acuerdo que se le coloque el DIU sin su consentimiento.
1. () Totalmente de Acuerdo
2. () Muy de acuerdo
3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
4. () Muy en Desacuerdo
5. () Totalmente en Desacuerdo
33. Cuando mi bebe nació el personal de salud me lo mostro y me permitió que lo cargara y acariciar.
1. () Totalmente de Acuerdo
2. () Muy de acuerdo
3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
4. () Muy en Desacuerdo
5. () Totalmente en Desacuerdo
34. La enfermera se llevó a mi bebe y lo coloco en una incubadora.
1. () Totalmente de Acuerdo
2. () Muy de acuerdo
3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
4. () Muy en Desacuerdo
5. () Totalmente en Desacuerdo
35. En qué tiempo el personal le acerco a su bebe para que iniciara el seno materno:
1. () Media hora después
2. () Una hora después
3. () Una hora y media después

4. () Dos horas después
36. ¿Qué tipo de abuso sufrió en el área de parto y parto?
1. () Psicológico
 2. () Físico
 3. () Verbal
 4. () Ninguno
37. El personal que le atendió durante su trabajo de parto y parto le gritó.
1. () Casi siempre
 2. () Nunca
 3. () Siempre
 4. () Algunas veces
38. Durante mi trabajo de parto y parto recibí frases altisonantes como “cállese no grite”, “cuando lo estaba haciendo no le dolió verdad” por parte de:
1. () Enfermera
 2. () Médico General
 3. () Ginecólogo
 4. () No recibí
39. ¿Por qué personal de salud se sintió maltratada durante su estancia en el área de parto y parto?
1. () Médico general
 2. () Ginecólogo
 3. () Enfermeras
 4. () Trabajo social
 5. () No se sintió maltratada
40. Recibió usted regaños que le haya hecho algún personal de salud durante su estancia en el área de parto y parto durante su trabajo de parto y parto por parte de:
1. () Enfermera
 2. () Médico
 3. () Ginecólogo
 4. () Trabajo social
 5. () Camillero
 6. () No recibió
41. ¿Qué personal de salud que estuvo, como responsable de usted durante su trabajo de parto y parto, fue descortés y prepotente?
1. () Enfermera
 2. () Médico General
 3. () Ginecólogo
 4. () Ningún personal

42. Durante su estancia en el área de toco labor le colocaron un aparato para escuchar su corazón de su bebe (tococardiógrafo) que tiempo se lo dejaron.
1. () Una hora
 2. () Media hora
 3. () Todo el tiempo
 4. () Dos hora
 5. () No se lo pusieron
43. Durante mi estancia la enfermera me tomaba los signos vitales con aparatos novedosos tecnológicos:
1. () Siempre
 2. () En ocasiones
 3. () Casi siempre
 4. () No utilizaba aparatos novedosos tecnológicos
44. Usted se sintió tratada como un objeto no como una persona, durante su trabajo de parto y parto
1. () Algunas veces
 2. () Raras veces
 3. () Casi Siempre
45. La enfermera o el medico usted la sintió que tenía un trato distante no la miraba, no la llama por su nombre, si no por número de cama
1. () Algunas veces
 2. () Rara vez
 3. () Casi siempre
46. ¿Cuándo la enfermera le tomaba los signos vitales lo realizaba con amabilidad?
1. () Siempre
 2. () Casi siempre
 3. () Rara vez
 4. () Nunca
47. El personal de enfermería que estuvo durante su trabajo de parto y parto preguntaba sobre sus miedos, dudas, inquietudes, ansiedades, angustias
1. () Rara vez
 2. () Algunas veces
 3. () No le preguntaba
48. El médico/a transmite su conocimiento al personal de enfermería, de manera autoritaria
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo

49. Usted considera que el médico fue autoritario sobre las órdenes que indicaba durante su estancia en el área de toco labor:
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
50. Usted considera que el médico tiene cierto poder de vigilancia sobre su cuerpo en el momento que usted estaba en el área de toco labor:
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
51. El médico le brindaba información sobre todas las acciones que le realizaría durante el trabajo de parto y parto.
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
52. Considero que el médico solo proporcionaba indicaciones al personal médico y de enfermería que estaba a su cargo sin escuchar sus opiniones.
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
53. Mencione que familiar estuvo con usted acompañándola en el área de toco labor durante su trabajo de parto y parto
1. () Padre
 2. () Madre
 3. () Suegra
 4. () Esposo
 5. () Ningún familiar

54. Durante mi estancia en el área de toco labor el médico no proporcionaba información a mis familiares:
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
55. La información que me brindaba el médico en el área de toco labor era parcial o distorsionada
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
56. Durante mi estancia en el área de toco labor el médico no me pedía mi opinión solo tenía que obedecer ordenes
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
57. Ha escuchado que existe una Ley en el Estado de Veracruz sobre Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo
58. Durante mi estancia en este hospital considero que fueron violentados mis derechos humanos.
1. () Totalmente de Acuerdo
 2. () Muy de acuerdo
 3. () Ni totalmente de acuerdo/ Ni Totalmente en Desacuerdo
 4. () Muy en Desacuerdo
 5. () Totalmente en Desacuerdo

Anexo de la tabla No.1.

Tabla No. 3: Personal de salud que niega atención en área de Urgencias					
Variables		Ninguno	Recepci onista	Enfermera	Total
Grupo de edad	13-17	24.4%	0	0	24.4%
	18-22	19.5%	0	2.4%	22%
	23-27	12.2%	2.4%	0	14.6%
	28-32	17.1%	0	0	17.1%
	33 y +	22%	0	0	22%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Estado civil	Casada	56.1%	0	2.4%	58.5%
	Soltera	39%	2.4%	0	41.4%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	48.8%	2.4%	2.4%	53.7%
	Multigesta	46.3%	0	0	46.3%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	39%	0	0	39%
	Secundaria	29.3%	0	2.4%	31.7%
	Bachillerato	19.5%	2.4%	0	22%
	Licenciatura	4.9%	0	0	4.9%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Nivel socio- económico	Medio	63.4%	2.4%	0	65.9%
	Bajo	31.7%	0	2.4%	34.1%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 2.

Tabla No. 4: Personal de salud que discriminó o trató de manera diferente en área de Urgencias				
Variables		Ninguno	Enfermera	Total
Grupo de edad	13-17	22%	2.4%	24.4%
	18-22	19.5%	2.4%	22%
	23-27	14.6%	0	14.6%
	28-32	17.1%	0	17.1%
	33 y +	22%	0	22%
Total		95.2%	4.8%	100%
Estado civil	Casada	56.1%	2.4%	58.5%
	Soltera	39.1%	2.4%	41.5%
Total		95.2%	4.8%	100%
Paciente	Primigesta	48.8%	4.9%	53.7%
	Multigesta	46.3%	0	46.3%
Total		95.1%	4.8%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	2.4%
	Primaria	39%	0	39%
	Secundaria	29.3%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	19.5%	2.4%	22%
	Licenciatura	4.9%	0	4.9%
Total		95.2%	4.8%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	63.4%	2.4%	65.8%
	Bajo	31.8%	2.4%	34.2%
Total		95.2%	4.8%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en de Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 3.

Tabla No. 2: Personal de salud que niega atención en área de Urgencias					
Variables		Ninguno	Recepcionista	Enfermera	Total
Grupo de edad	13-17	24.4%	0	0	24.4%
	18-22	19.5%	0	2.4%	22%
	23-27	12.2%	2.4%	0	14.6%
	28-32	17.1%	0	0	17.1%
	33 y +	22%	0	0	22%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Estado civil	Casada	56.1%	0	2.4%	58.5%
	Soltera	39.1%	2.4%	0	41.5%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	48.8%	2.4%	2.4%	53.7%
	Multigesta	46.3%	0	0	46.3%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	39%	0	0	39%
	Secundaria	29.3%	0	2.4%	31.7%
	Bachillerato	19.5%	2.4%	0	22%
	Licenciatura	4.9%	0	0	4.9%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	63.4%	2.4%	0	65.9%
	Bajo	31.8%	0	2.4%	34.2%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 5.

Tabla No. 8: Violencia obstétrica es relacionada con...					
Variables		Proceso del embarazo	Trato deshumanizado médico	Trato deshumanizado personal enfermería	Total
Grupo de edad	13-17	24.4%	0	0	24.4%
	18-22	22%	0	0	22%
	23-27	14.6%	0	0	14.6%
	28-32	12.2%	2.4%	2.4%	17.1%
	33 y +	22%	0	0	22%
Total		95.2%	2.4%	2.4%	100%
Estado civil	Casada	56.1%	2.4%	0	58.5%
	Soltera	39.1%	0	2.4%	41.4%
Total		95.2%	2.4%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	48.9%	2.4%	2.4%	53.7%
	Multigesta	46.3%	0	0	46.3%
Total		95.2%	2.4%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	39%	0	0	39%
	Secundaria	31.7%	0	0	31.7%
	Bachillerato	22%	0	0	22%
	Licenciatura	-	2.4%	2.4%	4.9%
Total		95.2%	2.4%	2.4%	100%
Nivel Socioeconómico	Medio	63.4%	2.4%	0	65.8%
	Bajo	31.8%	0	2.4%	34.2%
Total		95.2%	2.4%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la gráfica No. 2.

Tabla No. 9: Mujeres que recibieron tratos inadecuados que la hicieron sentir humillación				
Variables		SI	NO	Total
Grupo de edad	13-17	22%	2.4%	24.4%
	18-22	14.6%	7.3%	22%
	23-27	7.3%	7.3%	14.6%
	28-32	4.9%	12.2%	17.1%
	33 y +	14.6%	7.3%	22%
Total		63.4%	36.6%	100%
Estado civil	Casada	29.3%	29.3%	58.5%
	Soltera	34.1%	7.3%	26.8%
Total		63.4%	36.6%	100%
Paciente	Primigesta	39%	14.6%	53.7%
	Multigesta	24.4%	22%	46.3%
Total		63.4%	36.6%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	2.4%
	Primaria	22%	17.1%	39%
	Secundaria	26.8%	4.9%	31.7%
	Bachillerato	14.6%	7.3%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	4.9%
Total		63.4%	36.6%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	41.5%	24.4%	65.9%
	Bajo	21.9%	12.2%	34.1%
Total		63.4%	36.6%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No.10: Personal que hizo sentir humillación a mujeres									
Variables		Personal							
		No contestó	Enfermera	Enfermera y médico general	Médico general	Ginecólogo	Trabajo social	Ninguno	Total
Grupo de edad	13-17	0	9.8%	0	2.4%	12.2%	0	0	24.4%
	18-22	0	2.4%	0	9.8%	4.9%	0	4.9%	22%
	23-27	0	2.4%	2.5%	0	2.4%	0	7.3%	14.7%
	28-32	0	2.4%	0	2.4%	2.4%	0	9.8%	17.1%
	33 y +	0	2.4%	2.4%	7.3%	2.4%	2.4%	4.9%	22%
Total		0	19.4%	4.9%	22%	24.4%	2.4%	26.8%	100%
Estado civil	Casada	0	9.7%	2.4%	12.2%	9.8%	2.4%	22%	58.5%
	Soltera	0	9.7%	2.5%	9.8%	14.7%	0	4.8%	41.5%
Total		0	19.4%	4.9%	22%	24.4%	2.4%	26.8%	100%
Paciente	Primigesta	0	12.2%	0	9.8%	19.5%	0	12.2%	53.7%
	Multigesta	0	7.2%	4.9%	12.2%	4.9%	2.4%	14.6%	46.3%
Total		0	19.4%	4.9%	22%	24.4%	2.4%	26.8%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	0	0	0	0	0	2.4%
	Primaria	0	7.3%	2.4%	14.6%	4.9%	0	9.8%	39%
	Secundaria	0	7.3%	2.4%	2.4%	12.2%	2.4%	4.9%	31.7%
	Bachillerato	0	2.4%	0	4.9%	7.3%	0	7.3%	22%
	Licenciatura	0		0	0	0	0	4.9%	4.9%
Total		0	19.4%	4.9%	22%	24.4%	2.4%	26.8%	100%
Estado socioeconómico	Medio	0	14.6%	2.4%	7.3%	22%	2.4%	17%	65.8%
	Bajo	0	4.8%	2.5%	14.7%	2.4%	0	9.8%	34.1%
Total		0	19.4%	4.9%	22%	24.4%	2.4%	26.8%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 11: Trato personal de salud en alojamiento conjunto						
Variables		No contestó	Buena	Regular	Mala	Total
Grupo de edad	13-17	0	7.2%	12.2%	4.9%	24.4%
	18-22	0	4.9%	17.1%	0	22%
	23-27	0	4.9%	9.8%	0	14.6%
	28-32	0	12.2%	4.8%	0	17.1%
	33 y +	0	12.2%	9.8%	0	22%
Total		0	41.4%	53.7%	4.9%	100%
Estado civil	Casada	0	34.2%	24.4%	0	58.5%
	Soltera	0	4.9%	29.3%	4.9%	39.1%
Total		0	41.4%	53.7%	4.9%	100%
Paciente	Primigesta	0	14.6%	34.2%	4.9%	53.7%
	Multigesta	0	26.8%	19.5%	0	46.3%
Total		0	41.4%	53.7%	4.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	0	19.5%	19.5%	0	39%
	Secundaria	0	12.2%	14.6%	4.9%	31.7%
	Bachillerato	0	4.9%	17.1%	0	22%
	Licenciatura	0	2.4%	2.4%	0	4.9%
Total		0	41.4%	53.7%	4.9%	100%
	Medio	0	26.8%	31.7%	4.9%	63.4%
	Bajo	0	14.6%	22%	0	36.6%
Total		0	41%	53.7%	4.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 12: Resolución de embarazo				
Variables		Parto normal	Cesárea	Total
Grupo de edad	13-17	24.4%	0	24.4%
	18-22	22%	0	22%
	23-27	14.6%	0	14.6%
	28-32	14.6%	2.4%	17.1%
	33 y +	22%	0	22%
Total		97.6%	2.4%	100%
Estado civil	Casada	58.5%	0	58.5%
	Soltera	39.1%	2.4%	41.5%
Total		97.6%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	53.7%	0	53.7%
	Multigesta	43.9%	2.4%	46.3%
Total		97.6%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	2.4%
	Primaria	39%	0	39%
	Secundaria	31.7%	0	31.7%
	Bachillerato	22%	0	22%
	Licenciatura	4.9%	0	4.9%
Total		97.6%	2.4%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	63.4%	2.4%	65.8%
	Bajo	34.2%	0	34.2%
Total		97.6%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 6.

Tabla No. 14: Información sobre de trabajo de parto y parto						
Variables		No contes tó	Buena	Regular	Mala	Total
Grupo de edad	13-17	0	2.4%	2.4%	19.5%	24.4%
	18-22	0	0	17.1%	4.9%	22%
	23-27	0	2.4%	7.3%	4.9%	14.6%
	28-32	0	12.3%	2.4%	2.4%	17.2%
	33 y +	0	2.4%	7.3%	12.2%	22%
Total		0	19.5%	36.6%	43.9%	100%
Estado civil	Casada	0	12.2%	26.8%	19.5%	58.5%
	Soltera	0	7.3%	9.8%	24.4%	41.5%
Total		0	19.5%	36.6%	43.9%	100%
Paciente	Primigesta	0	9.7%	17.1%	26.8%	53.7%
	Multigesta	0	9.8%	19.5%	17.1%	46.3%
Total		0	19.5%	36.6%	43.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	0	7.3%	17.1%	14.6%	39%
	Secundaria	0	0	9.8%	22%	31.7%
	Bachillerato	0	4.9%	9.8%	7.3%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	0	0	4.9%
Total		2.4%	17.1%	36.6%	43.9%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	14.6%	24.4%	26.8%	65.8%
	Bajo	0	4.9%	12.2%	17.1%	34.2%
Total		0	19.5%	36.6%	43.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga. Veracruz

Tabla No. 15: Personal de salud que le brindó apoyo emocional durante estancia en hospital

Variables		No contestó	Médico general	Enfermera	Ninguno	Ginecólogo	Total
Grupo de edad	13-17		4.9%	0	17.1%	2.5%	24.5%
	18-22	0	0	0	22%	0	22%
	23-27	0	0	0	12.2%	2.4%	14.6%
	28-32	0	0	4.9%	12.2%	0	17.1%
	33 y +	0	2.4%	0	19.5%	0	22%
Total		0	7.3%	4.9%	82.9%	4.9%	100%
Estado civil	Casada	0	4.9%	2.4%	51.2%		58.5%
	Soltera	0	2.4%	2.5%	31.7%	4.9%	41.5%
Total		0	7.3%	4.9%	82.9%	4.8%	100%
Paciente	Primigesta	0	4.9%	4.9%	41.5%	0	53.7%
	Multigesta	0	2.4%	0	41.4%	2.4%	46.3%
Total		0	7.3%	4.9%	82.9%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	0	4.9%	0	31.7%	2.4%	39%
	Secundaria	0	2.4%	0	26.8%	0	31.7%
	Bachillerato	0	0	0	22%	0	22%
	Licenciatura	0	0	4.9%	0	0	4.9%
Total		0	7.3%	4.9%	82.9%	2.4%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	2.4%	2.4%	58.5%	0	65.9%
	Bajo	0	4.9%	2.5%	24.4%	4.9	22%
Total		2.4%	7.3%	4.9%	82.9%	4.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 16: Personal de salud que brindó ánimo y fortaleza en toco labor						
Variables		Enfermera	Ginecólogo	Trabajo social	Ninguna persona	Total
Grupo de edad	13-17	0	2.4%	2.4%	19.5%	24.4%
	18-22	0	0	2.4%	19.5%	22%
	23-27	2.4%	0	0	12.2%	14.6%
	28-32	4.9%	0	0	12.2%	17.1%
	33 y +	2.4%	0	0	19.5%	22%
Total		9.8%	2.4%	4.9%	82.9%	100%
Estado civil	Casada	4.9%	0	2.4%	51.2%	58.5%
	Soltera	4.9%	2.4%	2.4%	31.8%	41.5%
Total		9.8%	2.4%	4.9%	82.9%	100%
Paciente	Primigesta	4.9%	2.4%	4.9%	41.5%	53.7%
	Multigesta	4.9%	0	0	41.5%	46.3%
Total		9.8%	2.4%	4.9%	82.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	4.9%	0	2.4%	31.7%	39%
	Secundaria	0	2.4%	0	29.3%	31.7%
	Bachillerato	0	0	2.4%	19.5%	22%
	Licenciatura	4.9%	0	0	0	4.9%
Total		9.8%	2.4%	4.9%	82.9%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	4.9%	2.4%	2.4%	56.1%	65.9%
	Bajo	4.9%	0	2.4%	26.8%	34.1%
Total		9.8%	2.4%	4.9%	82.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 7.

Tabla No. 17: Explicación del personal de salud sobre intervenciones durante trabajo de parto y parto							
Variables		No contestó	Antes	Durante	Posterior	No se le explicaba	Total
Grupo de edad	13-17	0	2.4%	14.6%	0	7.4%	24.4%
	18-22	0	0	12.2%	2.4%	7.4%	22%
	23-27	0	2.4%	9.8%	0	2.4%	14.6%
	28-32	0	2.4%	12.2%	0	2.4%	17.1%
	33 y +	0	0	7.3%	0	14.7%	22%
Total			7.2%	56.1%	2.4%	34.3%	100%
Estado civil	Casada	0	4.8%	29.3%	2.4%	22%	58.5%
	Soltera	0	2.4%	26.9%	0	12.3%	26.8%
Total		0	7.2%	56.1%	2.4%	34.3%	100%
Paciente	Primigesta	0	2.4%	34.1%	0	17.2%	53.7%
	Multigesta	0	4.9%	22%	2.4%	17.1%	46.3%
Total		0	4.9%	56.1%	2.4%	34.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	0	4.8%	14.6%	2.4%	17.2%	39%
	Secundaria	0	0	22%	0	9.8%	31.7%
	Bachillerato	0	2.4%	12.2%	0	7.3%	22%
	Licenciatura	0	0	4.9%	0	0	4.9%
Total		0	7.2%	56.1%	2.4%	34.3%	100%
Nivel socio económico	Medio	0	4.8%	39%	2.4%	19.5%	65.9%
	Bajo	0	2.4%	17.1%	0	14.8%	22%
Total		0	7.2%	56.1%	2.4%	34.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 9.

Tabla No. 20: Durante trabajo de parto le brindaron información sobre tacto vaginal							
Variables		No contestó	Siempre	Rara vez	Casi siempre	No se le informaron	Total
Grupo de edad	13-17	0	4.9	2.4%	7.3%	9.8%	24.4%
	18-22	0	4.9%	7.3%	2.4%	7.3%	22%
	23-27	0	0	2.4%	2.4%	9.8%	14.6%
	28-32	0	0	7.3%	4.9%	4.9%	17.1%
	33 y +	0	0	7.3%	0	14.6%	22%
Total		0	9.8%	26.8%	17.1%	46.3%	100%
Estado civil	Casada	0	7.5%	19.5%	7.3%	24.4%	58.5%
	Soltera	0	2.4%	7.3%	9.8%	21.9%	26.8%
Total		0	9.8%	26.8%	17.1%	46.3%	100%
Paciente	Primigesta	0	9.8%	12.2%	14.6%	17.1%	53.7%
	Multigesta	0	0	14.6%	2.4%	29.3%	46.3%
Total		0	4.9%	26.8%	17.1%	46.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	0	4.9%	12.2%	0	22%	39%
	Secundaria	0	2.5%	2.4%	7.3%	19.5%	31.7%
	Bachillerato	0	2.4%	7.3%	7.3%	4.9%	22%
	Licenciatura	0	0	2.4%	2.4%	0	4.9%
Total		4.9%	4.9%	26.8%	17.1%	46.3%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	2.4%	2.4%	19.5%	12.2%	29.3%	65.8%
	Bajo	2.4%	2.5%	7.3%	4.9%	17.1%	34.2%
Total		4.9%	4.9%	26.8%	17.1%	46.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla.No.8.

Tabla No. 21: Durante estancia en toco le permitieron caminar						
Variables		No contestó	Mucho	Algunas veces	En ningún momento	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	0	24.4%	24.4%
	18-22	0	0	0	21.9%	21.9%
	23-27	0		2.5%	12.2%	14.7%
	28-32	0	2.4%	0	14.6%	17%
	33 y +	0	0	2.4%	19.6%	22%
Total		0	2.4%	4.9%	92.7%	100%
Estado civil	Casada	0	0	2.4%	56.1%	58.5%
	Soltera	0	2.4	2.4%	36.6%	26.8%
Total			2.4%	4.9%	92.7%	100%
Paciente	Primigesta	0	0	2.4%	51.2%	53.7%
	Multigesta	0	2.4%	2.4%	41.5%	46.3%
Total		0	2.4%	4.9%	92.7%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	0	2.4%	2.4%	34.1%	39%
	Secundaria	2.4%	0	0	29.3%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	0	2.4%	17.1%	22%
	Licenciatura	2.4%	0	0	2.4%	4.9%
Total		7.3%	2.4%	4.9%	85.4%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	2.4%	4.9%	58.5%	65.8%
	Bajo	0	0	0	34.2%	33%
Total		7.3%	2.4%	4.9%	85.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 22: Ruptura de fuente							
Variables		No contestó	Médico general	Ginecólogo	No se la realizaron	Le explicaron procedimiento (médico general)	Total
Grupo de edad	13-17	0	14.6%	9.8%	0	0	24.4%
	18-22	0	19.5%	2.4%	0	0	22%
	23-27	0	7.3%	4.9%	2.4%	0	14.6%
	28-32	0	7.3%	4.9%	2.4%	2.4%	17.1%
	33 y +	0	14.6%	2.4%	4.9%	-	21.9%
Total		0	63.4%	24.4%	9.8%	2.4%	100%
Estado civil	Casada	0	43.9%	9.8%	4.9%	0	58.6%
	Soltera	0	19.5%	14.6%	4.9%	2.4%	41.4%
Total		0	63.4%	24.4%	9.8%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	0	34.1%	17.1%	0	2.4%	53.7%
	Multigesta	0	29.3%	7.3%	9.8%	0	46.3%
Total		2.4%	63.4%	24.4%	9.8%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4%	0	0	0	2.4%
	Primaria	0	24.4%	7.3%	7.3%	0	39%
	Secundaria	0	17.1%	12.2	2.4%	0	31.7%
	Bachillerato	0	17.1%	4.9%	0	0	22%
	Licenciatura	0	2.4%	0	0	2.4%	4.9%
Total		2.4%	63.4%	22.4%	9.8%	2.4%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	41.5%	17%	7.3%	-	65.9%
	Bajo	0	22%	7.3%	2.4%	2.4%	22%
Total		2.4%	63.4%	22%	9.8%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No.10.

Tabla No. 24: Le pidieron opinión sobre posición para tener a su bebé				
Variables		No contestó	Nunca pidieron mi opinión	Total
Grupo de edad	13-17	0	24.4%	24.4%
	18-22	0	22%	22%
	23-27	0	14.6%	14.6%
	28-32	0	17%	17.1%
	33 y +	0	22%	22%
Total		0	100%	100%
Estado civil	Casada	0	58.5%	58.5%
	Soltera	0	41.5%	41.5%
Total		0	100%	100%
Paciente	Primigesta	0	53.7%	53.7%
	Multigesta	0	46.3%	46.3%
Total		0	100%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	2.4	2.4%
	Primaria	0	39%	39%
	Secundaria	0	31.7%	31.7%
	Bachillerato	0	22%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	4.9%
Total		0	100%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	63.4%	63.4%
	Bajo	0	36.6%	36.6%
Total		2.4%	100%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo tabla No. 11.

Tabla No. 27: Personal de salud pidió consentimiento de corte y explicó procedimiento					
Variables		No me lo realizaron	Sólo se me informó	No pidieron mi autorización	Total
Grupo de edad	13-17	0	7.3%	17.1%	24.4%
	18-22	2.4%	7.3%	12.2%	22%
	23-27	0	4.9%	9.8%	14.6%
	28-32	7.3%	7.3%	2.4%	17.1%
	33 y +	14.6%	4.9%	2.4%	22%
Total		24.4%	31.7%	43.9%	100%
Estado civil	Casada	17.1%	19.5%	22%	58.6%
	Soltera	7.3%	12.2%	21.9%	41.4%
Total		24.4%	31.7%	43.9%	100%
Paciente	Primigesta	0	19.5%	34.1%	53.7%
	Multigesta	24.4%	12.2%	9.8%	46.3%
Total		24.4%	31.7%	43.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	19.5%	14.6%	4.9%	39%
	Secundaria	0	9.8%	22%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	2.4%	17.1%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	0	4.9%
Total		24.4%	31.7%	43.9%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	12.2%	17.1%	36.6%	65.9%
	Bajo	12.2%	14.6%	7.3%	22%
Total		24.4%	31.7%	43.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No.28: Durante trabajo de parto y parto personal de salud apretó su abdomen					
Variables		No me la apretaron	Enfermera	Médico	Total
Grupo de edad	13-17	-	24.4%	-	24.4%
	18-22	4.9%	17.1%	-	22%
	23-27	2.4%	9.8%	2.4%	14.6%
	28-32	9.8%	4.9%	2.4%	17.1%
	33 y +	19.5%	-	2.4%	22%
Total		36.6%	56.1%	7.3%	100%
Estado civil	Casada	26.8%	26.8%	4.9%	58.5%
	Soltera	9.8%	29.3%	2.4%	41.5%
Total		36.6%	56.1%	7.3%	100%
Paciente	Primigesta	4.9%	46.3%	2.4%	53.7%
	Multigesta	31.7%	9.8%	4.9%	46.3%
Total		36.6%	56.1%	7.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	26.8%	12.2%	0	39%
	Secundaria	0	26.8%	4.9%	31.7%
	Bachillerato	4.9%	17.1%	0	22%
	Licenciatura	2.4%	0	2.4%	4.9%
Total		36.6%	56.1%	7.3%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	19.5%	41.4%	4.9%	65.9%
	Bajo	17.1%	14.7%	2.4%	34.2%
Total		36.6%	56.1%	7.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 12.

Tabla No. 29: Después de parto le informaron sobre introducir mano					
Variables		No recibí información	Sí recibí información	No me realizaron procedimiento	Total
Grupo de edad	13-17	14.6%	9.8%	0	24.4%
	18-22	9.8%	9.8%	2.4%	22%
	23-27	9.8%	4.9%	0	14.6%
	28-32	4.9%	9.8%	2.4%	17.1%
	33 y +	9.8%	12.2%	0	22%
Total		48.8%	46.3%	4.9%	100%
Estado civil	Casada	26.8%	29.2%	2.4%	58.4%
	Soltera	22%	17.1%	2.5%	46.5%
Total		48.8%	46.3%	4.9%	100%
Paciente	Primigesta	26.8%	24.4%	2.4%	53.7%
	Multigesta	22%	22%	2.4%	46.3%
Total		48.8%	46.3%	4.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	19.5%	19.5%	0	39%
	Secundaria	22%	9.8%	0	31.7%
	Bachillerato	7.3%	12.2%	2.4%	22%
	Licenciatura	0	4.9%	0	4.9%
Total		48.8%	46.3%	4.9%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	31.7%	31.7%	2.4%	65.9%
	Bajo	17.1%	14.6%	2.4%	34.1%
Total		48.8%	46.3%	4.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 31: Considera adecuado revisión de útero con anestesia					
Variables		Muy de acuerdo	De acuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	22%	0	2.4%	24.4%
	18-22	22%	0	0	22%
	23-27	14.6%	0	0	14.6%
	28-32	14.6%	2.4%	0	17.1%
	33 y +	22%	0	0	22%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Estado civil	Casada	58.5%	0	0	58.5%
	Soltera	36.7%	2.4%	2.4%	41.5%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	48.8%	2.4%	2.4%	53.7%
	Multigesta	46.3%	0	0	46.3%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	2.4%
	Primaria	39%	0	0	39%
	Secundaria	29.3%	0	2.4%	31.7%
	Bachillerato	22%	0	0	22%
	Licenciatura	2.4%	2.4%	0	4.9%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	65.9%	0	0	65.9%
	Bajo	29.3%	2.4%	2.4%	22%
Total		95.1%	2.4%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 32: Considera adecuado se coloque DIU sin consentimiento después del parto					
Variables		Muy de acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	4.9%	4.9%	14.6%	24.4%
	18-22	0	9.8%	12.2%	22%
	23-27	7.3%	4.9%	2.4%	14.6%
	28-32	0	4.9%	12.2%	17.1%
	33 y +	2.4%	9.8%	9.8%	22%
Total		14.6%	34.1%	51.3%	100%
Estado civil	Casada	2.4%	24.4%	31.7%	58.5%
	Soltera	12.2%	9.7%	19.6%	41.5%
Total		14.6%	34.1%	51.3%	100%
Paciente	Primigesta	9.8%	14.6%	29.3%	53.7%
	Multigesta	4.9%	19.5%	22%	46.3%
Total		14.6%	34.1%	51.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	4.9%	14.6%	19.5%	39%
	Secundaria	7.3%	9.8%	14.6%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	9.8%	9.8%	22%
	Licenciatura	0	0	4.9%	4.9%
Total		14.6%	34.1%	51.3%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	7.3%	22%	36.6%	65.9%
	Bajo	7.3%	12.1%	14.7%	34.1%
Total		14.6%	34.2%	51.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 13.

Tabla No. 35: Tiempo en el que personal de salud acercó al bebé al seno materno							
Variables		No contestó	Media hora después	Una hora después	Hora y media después	Dos horas después	Total
Grupo de edad	13-17	0	0	12.2%	12.2%	0	24.4%
	18-22	0	0	17.1%	4.9%	0	22%
	23-27	0	0	9.8%	4.9%	0	14.6%
	28-32	0	4.9%	7.3%	4.9%	0	17.1%
	33 y +	2.5%	4.9%	12.2%	0	2.4%	22%
Total		2.5%	9.8%	58.5%	26.8%	2.4%	100%
Estado civil	Casada	0	7.3%	39%	9.8%	2.4%	58.5%
	Soltera	2.5%	2.5%	19.5%	17%	0	41.5%
Total		2.5%	9.8%	58.5%	26.8%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	0	2.4%	31.7%	19.5%	0	53.7%
	Multigesta	2.4%	7.3%	26.8%	7.3%	2.4%	46.3%
Total		2.5%	9.8%	58.5%	26.8%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	0	2.4%
	Primaria	2.5%	7.3%	19.5%	7.3%	2.4%	39%
	Secundaria	0	0	24.4%	7.3%	0	31.7%
	Bachillerato	0	0	12.2%	9.8%	0	22%
	Licenciatura	-	2.4%	2.4%	0	0	4.9%
Total		2.5%	9.8%	58.5%	26.8%	2.4%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	4.9%	39%	19.5%	2.4%	65.8%
	Bajo	2.5	4.9%	19.5%	7.3%	0	34.2%
Total		2.5%	9.8%	58.5%	26.8%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 14.

Tabla No. 39: Personal que atendió parto le gritó					
Variables		Algunas ocasiones	Rara vez	Nunca	Total
Grupo de edad	13-17	19.5%	4.9%	0	24.4%
	18-22	19.5%	2.4%	0	22%
	23-27	7.3%	2.4%	4.9%	14.6%
	28-32	2.4%	2.4%	12.2%	17.1%
	33 y +	17.1%	0	4.9%	22%
Total		65.9%	12.2%	21.9%	100%
Estado civil	Casada	41.5%	4.9%	12.2%	58.5%
	Soltera	24.4%	7.3%	9.8%	41.5%
Total		65.9%	12.2%	21.9%	100%
Paciente	Primigesta	36.6%	7.3%	9.8%	53.7%
	Multigesta	29.3%	4.9%	12.1%	46.3%
Total		65.9%	12.2%	21.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	24.4%	7.3%	7.3%	39%
	Secundaria	26.8%	4.9%	0	31.7%
	Bachillerato	14.6%	0	7.3%	22%
	Licenciatura	0	0	4.9%	4.9%
Total		65.9%	12.2%	21.9%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	46.3%	4.9%	14.6%	65.8%
	Bajo	19.6%	7.3%	7.3%	34.2%
Total		65.9%	12.2%	21.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 38: Frases altisonantes durante trabajo de parto y parto						
Variables		Enfermera	Médico general	Ginecólogo	No recibió	Total
Grupo de edad	13-17	4.9%	7.3%	12.2%	0	24.4%
	18-22	2.4%	9.8%	2.4%	7.3%	22%
	23-27	0	2.4%	2.4%	9.8%	14.6%
	28-32	0	2.4%	0	14.6%	17.1%
	33 y +	4.9%	0	4.9%	12.2%	22%
Total		12.2%	22%	22%	43.9%	100%
Estado civil	Casada	9.8%	14.6%	4.9%	29.3%	58.5%
	Soltera	2.4%	7.3%	17.1%	14.7%	41.5%
Total		12.2%	22%	22%	43.9%	100%
Paciente	Primigesta	7.3%	14.6%	17.1%	14.6%	53.7%
	Multigesta	4.9%	7.3%	4.9%	29.3%	46.3%
Total		12.2%	22%	22%	43.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	4.9%	9.8%	2.4%	22%	39%
	Secundaria	4.9%	4.9%	17.1%	4.9%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	7.3%	2.4%	9.8%	22%
	Licenciatura	0	0	0	4.9%	4.9%
Total		12.2%	22%	22%	43.9%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	7.3%	14.6%	14.6%	29.3%	65.9%
	Bajo	4.8%	7.3%	7.3%	14.7%	34.1%
Total		12.2%	22%	22%	43.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 39: Personal de salud de quien sintió maltrato								
Variables		No contestó	Médico general	Médico general y enfermeras	Ginecólogo	Enfermeras	No se sintió maltratada	Total
Grupo de edad	13-17	0	4.9%	4.9%	12.2%	2.4%	0	24.4%
	18-22	0	9.8%	4.9%	4.9%	2.4%	0	22%
	23-27	0	7.3%	0	2.4%	0	4.9%	14.6%
	28-32	0	2.4%	0	0	0	14.6%	17.1%
	33 y +	2.4%	7.3%	2.4%	4.9%	2.4%	2.4%	22%
Total		2.4%	31.7%	12.2%	24.4%	7.3%	22%	100%
Estado civil	Casada	2.4%	26.8%	7.3%	7.3%	4.9%	9.8%	58.5%
	Soltera	-	4.8%	4.9%	17.1%	2.4%	12.2%	41.5%
Total		2.4%	31.7%	12.2%	24.4%	7.3%	22%	100%
Paciente	Primigesta	0	9.8%	9.8%	19.5%	4.9%	9.8%	53.7%
	Multigesta	2.4%	22%	2.4%	4.9%	2.4%	12.2%	46.3%
Total		2.4%	31.7%	12.2%	24.4%	7.3%	22%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	0	0	2.4%	2.4%
	Primaria	2.4%	19.5%	4.9%	2.4%	2.4%	7.3%	39%
	Secundaria	0	9.8%	0	17.1%	4.9%	0	31.7%
	Bachillerato	0	2.4%	7.3%	4.9%	0	7.3%	22%
	Licenciatura	0	0	0	0	0	4.9%	4.9%
Total		2.4%	31.7%	12.2%	24.4%	7.3%	22%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	0	24.4%	7.3%	17.1%	2.4%	14.6%	65.9%
	Bajo	2.4%	7.3%	4.9%	7.3%	4.9%	7.3%	22%
Total		2.4%	31.7%	12.2%	24.4%	7.3%	22%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 40: Personal de salud por parte del que sintió regaños							
Variables		Enfermera	Enfermera y médico general	Médico general	Ginecólogo	No recibió	Total
Grupo de edad	13-17	9.8%	2.4%	4.9%	7.3%	0	24.4%
	18-22	4.9%	4.9%	7.3%	4.9%	0	22%
	23-27	0	2.4%	4.9%	2.4%	4.9%	14.6%
	28-32	4.9%	0	2.4%	0	9.8%	17.1%
	33 y +	0	2.4%	9.8%	7.3%	2.4%	22%
Total		19.5%	12.2%	29.3%	22%	17.1%	100%
Estado civil	Casada	9.8%	9.8%	24.4%	4.9%	9.8%	58.5%
	Soltera	9.7%	4.8%	4.8%	17.1%	7.3%	51.5%
Total		19.5%	12.2%	29.3%	22%	17.1%	100%
Paciente	Primigesta	12.2%	9.8%	7.3%	14.6%	9.8%	53.7%
	Multigesta	7.3%	2.4%	22%	7.3%	7.3%	46.3%
Total		19.5%	12.2%	29.3%	22%	17.1%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	0	0	0	0	2.4%
	Primaria	4.9%	4.9%	19.5%	4.9%	4.9%	39%
	Secundaria	9.8%	2.4%	7.3%	12.2%	0	31.7%
	Bachillerato	2.4%	4.9%	2.4%	4.9%	7.3%	22%
	Licenciatura	0	0	0	0	4.9%	4.9%
Total		19.5%	12.2%	29.3%	22%	17.1%	100%
Nivel socioeconómico	Medio	12.2%	7.3%	22%	12.2%	12.2%	65.9%
	Bajo	7.3%	4.9%	7.3%	9.8%	4.9%	34.1%
Total		19.5%	12.2%	29.3%	22%	17.1%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 41: Personal de salud a cargo que se portó prepotente y descortés							
Variables		Enfermera	Enfermera y médico general	Médico general	Ginecólogo	Ninguno	Total
Grupo de edad	13-17	4.9%	2.4%	4.9%	12.2%	-	24.4%
	18-22	2.4%	2.4%	12.2%	4.9%	-	22%
	23-27	-	-	4.9%	4.9%	4.9%	14.6%
	28-32	4.9%	-	2.4%	-	9.8%	17.1%
	33 y +	2.4%	-	7.3%	4.9%	7.3%	22%
Total		14.6%	4.9%	31.7%	26.8%	22%	100%
Estado civil	No contestó	2.4%	-	2.4%	4.9%	4.9%	14.6%
	Casada	7.3%	4.9%	24.4%	7.3%	14.6%	58.5%
	Soltera	4.9%	-	4.9%	14.6%	2.4%	26.8%
Total		14.6%	4.9%	31.7%	26.8%	22%	100%
Paciente	Primigesta	7.3%	4.9%	9.8%	19.5%	12.2%	53.7%
	Multigesta	7.3%	-	22%	7.3%	9.8%	46.3%
Total		14.6%	4.9%	31.7%	26.8%	22%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	-	-	-	-	2.4%
	Primaria	4.9%	2.4%	19.5%	4.9%	7.3%	39%
	Secundaria	4.9%	-	7.3%	17.1%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	2.4%	4.9%	4.9%	7.3%	22%
	Licenciatura	-	-	-	-	4.9%	4.9%
Total		14.6%	4.9%	31.7%	26.8%	22%	100%
Nivel socio económico	No contestó	2.4%	-	-	4.9%	4.9%	12.2%
	Medio	7.3%	2.4%	24.4%	17.1%	14.6%	65.9%
	Bajo	4.9%	2.4%	7.3%	4.9%	2.4%	22%
Total		14.6%	4.9%	31.7%	26.8%	22%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 15.

Tabla No. 42: Tiempo que le colocaron aparato para escuchar latidos del bebé								
Variables		No contestó	Una hora	Media hora	Todo el tiempo	Dos horas	No se lo pusieron	Total
Grupo de edad	13-17	-	-	-	14.6%	9.8%	-	24.4%
	18-22	-	-	2.4%	9.8%	7.3%	2.4%	22%
	23-27	2.4%	2.4%	-	2.4%	4.9%	2.4%	14.6%
	28-32	-	-	-	2.4%	12.2%	2.4%	17.1%
	33 y +	-	-	-	14.6%	7.3%	-	22%
Total		2.4%	2.4%	2.4%	43.9%	41.5%	7.3%	100%
Estado civil	No contestó	-	-	-	7.3%	4.9%	2.4%	14.6%
	Casada	-	-	2.4%	29.3%	24.4%	2.4%	58.5%
	Soltera	2.4%	2.4%	-	7.3%	12.2%	2.4%	26.8%
Total		2.4%	2.4%	2.4%	43.9%	41.5%	7.3%	100%
Paciente	Primigesta	2.4%	2.4%	2.4%	24.4%	19.5%	2.4%	53.7%
	Multigesta	-	-	-	19.5%	22%	4.9%	46.3%
Total		2.4%	2.4%	2.4%	43.9%	41.5%	7.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	0	0	0	0	2.4%	-	2.4%
	Primaria	-	-	-	17.1%	17.1%	4.9%	39%
	Secundaria	-	2.4%	-	17.1%	12.2%	-	31.7%
	Bachillerato	2.4%	-	2.4%	7.3%	9.8%	-	22%
	Licenciatura	-	-	-	2.4%	-	2.4%	4.9%
Total		2.4%	2.4%	2.4%	43.9%	41.5%	7.3%	100%
Nivel socio económico	No contestó	-	-	-	4.9%	2.4%	4.9%	12.2%
	Medio	2.4%	2.4%	2.4%	29.3%	29.3%	-	65.9%
	Bajo	-	-	-	9.8%	9.8%	2.4%	22%
Total		2.4%	2.4%	2.4%	43.9%	41.5%	7.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 43: Durante su estancia la enfermera tomó signos vitales con aparatos novedosos						
Variables		Siempre	En ocasiones	Casi siempre	No utilizaba aparatos novedosos tecnológicos	Total
Grupo de edad	13-17	14.6%	7.3%	-	2.4%	24.4%
	18-22	7.3%	9.8%	2.4%	2.4%	22%
	23-27	7.3%	2.4%	2.4%	2.4%	14.6%
	28-32	4.9%	4.9%	-	7.3%	17.1%
	33 y +	4.9%	12.2%	4.9%	-	22%
Total		39%	36.6%	9.8%	14.6%	100%
Estado civil	No contestó	4.9%	2.4%	2.4%	4.9%	14.6%
	Casada	19.5%	29.3%	7.3%	2.4%	58.5%
	Soltera	14.6%	4.9%	-	7.3%	26.8%
Total		39%	36.6%	9.8%	14.6%	100%
Paciente	Primigesta	29.3%	17.1%	2.4%	4.9%	53.7%
	Multigesta	9.8%	19.5%	7.3%	9.8%	46.3%
Total		39%	36.6%	9.8%	14.6%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	-	-	2.4%	2.4%
	Primaria	7.3%	19.5%	4.9%	7.3%	39%
	Secundaria	19.5%	7.3%	2.4%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	9.8%	9.8%	2.4%	-	22%
	Licenciatura	2.4%	-	-	2.4%	4.9%
Total		39%	36.6%	9.8%	14.6%	100%
Nivel socio económico	No contestó	2.4%	2.4%	2.4%	4.9%	12.2%
	Medio	31.7%	22%	7.3%	4.9%	65.9%
	Bajo	4.9%	12.2%	-	4.9%	22%
Total		39%	36.6%	9.8%	14.6%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en el Mpio., de Altotonga.

Tabla No. 44: Se sintió tratada como objeto							
Variables		No contestó	Siempre	Casi siempre	Rara vez	Nunca	Total
Grupo de edad	13-17	-	12.2%	7.3%	4.9%	-	24.4%
	18-22	-	7.3%	7.3%	4.9%	2.4%	22%
	23-27	2.4%	-	4.9%	7.3%	-	14.6%
	28-32	-	-	-	9.8%	7.3%	17.1%
	33 y +	-	7.3%	-	7.3%	7.3%	22%
Total		2.4%	26.8%	19.5%	34.1%	17.1%	100%
Estado civil	No contestó	-	4.9%	-	7.3%	2.4%	14.6%
	Casada	-	14.6%	14.6%	14.6%	14.6%	58.5%
	Soltera	2.4%	7.3%	4.9%	12.2%	-	26.8%
Total		2.4%	26.8%	19.5%	34.1%	17.1%	100%
Paciente	Primigesta	-	19.5%	12.2%	17.1%	4.9%	53.7%
	Multigesta	2.4%	7.3%	7.3%	17.1%	12.2%	46.3%
Total		2.4%	26.8%	19.5%	34.1%	17.1%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	-	-	2.4%	-	2.4%
	Primaria	2.4%	7.3%	2.4%	17.1%	9.8%	39%
	Secundaria	-	12.2%	12.2%	7.3%	-	31.7%
	Bachillerato	-	7.3%	4.9%	4.9%	4.9%	22%
	Licenciatura	-	-	-	2.4%	2.4%	4.9%
Total		2.4%	26.8%	19.5%	34.1%	17.1%	100%
Nivel socio económico	No contestó	2.4%	2.4%	2.4%	2.4%	2.4%	12.2%
	Medio	-	17.1%	14.6%	22%	12.2%	65.9%
	Bajo	-	7.3%	2.4%	9.8%	2.4%	22%
Total		2.4%	26.8%	19.5%	34.1%	17.1%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en el Mpio., de Altotonga.

Tabla No. 45: Trato distante de enfermera o médico							
Variables		No contestó	Siempre	Casi siempre	Rara vez	Nunca	Total
Grupo de edad	13-17	-	9.8%	14.6%	-	-	24.4%
	18-22	2.4%	2.4%	17.1%	-	-	22%
	23-27	-	2.4%	2.4%	7.3%	2.4%	14.6%
	28-32	-	-	7.3%	4.9%	4.9%	17.1%
	33 y +	2.4%	7.3%	4.9%	2.4%	4.9%	22%
Total		4.9%	22%	46.3%	14.6%	12.2%	100%
Estado civil	No contestó	-	2.4%	9.8%	2.4%	-	14.6%
	Casada	2.4%	9.8%	26.8%	7.3%	12.2%	58.5%
	Soltera	2.4%	9.8%	9.8%	4.9%	-	26.8%
Total		4.9%	22%	46.3%	14.6%	12.2%	100%
Paciente	Primigesta	2.4%	12.2%	24.4%	9.8%	4.9%	53.7%
	Multigesta	2.4%	9.8%	22%	4.9%	7.3%	46.3%
Total		4.9%	22%	46.3%	14.6%	12.2%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	-	2.4%	-	-	2.4%
	Primaria	-	7.3%	24.4%	2.4%	4.9%	39%
	Secundaria	2.4%	12.2%	9.8%	4.9%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	2.4%	2.4%	9.8%	4.9%	2.4%	22%
	Licenciatura	-	-	-	2.4%	2.4%	4.9%
Total		4.9%	22%	46.3%	14.6%	12.2%	100%
Nivel socio económico	No contestó	2.4%	-	7.3%	2.4%	-	12.2%
	Medio	2.4%	14.6%	29.3%	9.8%	9.8%	65.9%
	Bajo	-	7.3%	9.8%	2.4%	2.4%	22%
Total		4.9%	22%	46.3%	14.6%	12.2%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en el Mpio., de Altotonga.

Tabla No. 46: Enfermera tomaba signos vitales con amabilidad						
Variables		No contestó	Siempre	Algunas veces	Nunca	Total
Grupo de edad	13-17	2.4%	12.2%	9.8%	-	24.4%
	18-22	7.3%	9.8%	4.9%	-	22%
	23-27	2.4%	7.3%	4.9%	-	14.6%
	28-32	9.8%	4.9%	2.4%	-	17.1%
	33 y +	4.9%	14.6%	-	2.4%	22%
Total		2.6.8%	48.8%	22%	2.4%	100%
Estado civil	No contestó	2.4%	2.4%	7.3%	2.4%	14.6%
	Casada	19.5%	31.7%	7.3%	-	58.5%
	Soltera	4.9%	14.6%	7.3%	-	26.8%
Total		2.6.8%	48.8%	22%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	9.8%	26.8%	17.1%	-	53.7%
	Multigesta	17.1%	22%	4.9%	2.4%	46.3%
Total		2.6.8%	48.8%	22%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	2.4%	-	-	2.4%
	Primaria	14.6%	17.1%	4.9%	2.4%	39%
	Secundaria	2.4%	17.1%	12.2%	-	31.7%
	Bachillerato	4.9%	12.2%	4.9%	-	22%
	Licenciatura	4.9%	-	-	-	4.9%
Total		2.6.8%	48.8%	22%	2.4%	100%
Nivel socio económico	No contestó	4.9%	2.4%	2.4%	2.4%	12.2%
	Medio	14.6%	31.7%	19.5%	-	65.9%
	Bajo	7.3%	14.6%	-	-	22%
Total		2.6.8%	48.8%	22%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en el Mpio., de Altotonga.

Anexo de la tabla No. 16.

Tabla No. 48: Médico dio instrucciones a enfermería autoritariamente							
Variables		No contestó	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	-	17.1%	2.4%	4.9%	-	24.4%
	18-22	-	19.5%	2.4%	-	-	22%
	23-27	2.4%	9.8%	-	-	2.4%	14.6%
	28-32	-	12.2%	4.9%	-	-	17.1%
	33 y +	-	12.2%	-	4.9%	4.9%	22%
Total		2.4%	70.7%	9.8%	9,8%	7.3%	100%
Estado civil	No contestó	-	7.3%	2.4%	2.4%	2.4%	14.6%
	Casada	-	43.9%	4.9%	7.3%	2.4%	58.5%
	Soltera	2.4%	19.5%	2.4%	-	2.4%	26.8%
Total		2.4%	70.7%	9.8%	9,8%	7.3%	100%
Paciente	Primigesta	-	36.6%	9.8%	4.9%	2.4%	53.7%
	Multigesta	2.4%	34.1%	-	4.9%	4.9%	46.3%
Total		2.4%	70.7%	9.8%	9,8%	7.3%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	2.4%	-	-	-	2.4%
	Primaria	2.4%	26.8%	-	4.9%	4.9%	39%
	Secundaria	-	24.4%	2.4%	4.9%	-	31.7%
	Bachillerato	-	17.1%	2.4%	-	2.4%	22%
	Licenciatura	-	-	4.9%	-	-	4.9%
Total		2.4%	70.7%	9.8%	9,8%	7.3%	100%
Nivel socio económico	No contestó	2.4%	2.4%	4.9%	-	2.4%	12.2%
	Medio	-	51.2%	4.9%	4.9%	4.9%	65.9%
	Bajo	-	17.1%	-	4.9%	-	22%
Total		2.4%	70.7%	9.8%	9,8%	7.3%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en el Mpio., de Altotonga.

Tabla No. 49: Médico autoritario en órdenes durante toco labor							
Variables		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	17.1%	2.4%	4.9%	-	-	24.4%
	18-22	14.6%	2.4%	4.9%	-	-	22%
	23-27	9.8%	-	2.4%	-	2.4%	14.6%
	28-32	7.3%	2.4%	4.9%	-	2.4%	17.1%
	33 y +	17.1%	-	2.4%	2.4%	-	22%
Total		65.9%	7.3%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Estado civil	No contestó	12.2%	2.4%	-	-	-	14.6%
	Casada	39%	2.4%	12.2%	2.4%	2.4%	58.5%
	Soltera	14.6%	2.4%	7.3%	-	2.4%	26.8%
Total		65.9%	7.3%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Paciente	Primigesta	34.1%	7.3%	9.8%	-	2.4%	53.7%
	Multigesta	31.7%	-	9.8%	2.4%	2.4%	46.3%
Total		65.9%	7.3%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	-	2.4%	-	-	2.4%
	Primaria	29.3%	-	4.9%	2.4%	2.4%	39%
	Secundaria	24.4%	2.4%	4.9%	-	-	31.7%
	Bachillerato	12.2%	2.4%	7.3%	-	-	22%
	Licenciatura	-	2.4%	-	-	2.4%	4.9%
Total		65.9%	7.3%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Nivel socio económico	No contestó	4.9%	4.9%	-	-	2.4%	12.2%
	Medio	43.9%	2.4%	14.6%	2.4%	2.4%	65.9%
	Bajo	17.1%	-	4.9%	-	-	22%
Total		65.9%	7.3%	19.5%	2.4%	4.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en el Mpio., de Altotonga.

Tabla No. 50: Médico tuvo poder de vigilancia sobre su cuerpo mediante personal de enfermería							
Variables		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	14.6%	4.9%	4.9%	-	-	24.4%
	18-22	14.6%	4.9%	2.4%	-	-	22%
	23-27	9.8%	-	2.4%	-	2.4%	14.6%
	28-32	4.9%	4.9%	4.9%	-	2.4%	17.1%
	33 y +	14.6%	-	4.9%	2.4%	-	22%
Total		58.5%	14.6%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Estado civil	No contestó	4.9%	2.4%	7.3%	-	-	14.6%
	Casada	39%	7.3%	7.3%	2.4%	2.4%	58.5%
	Soltera	14.6%	4.9%	4.9%	-	2.4%	26.8%
Total		58.5%	14.6%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Paciente	Primigesta	26.8%	12.2%	12.2%	-	2.4%	53.7%
	Multigesta	31.7%	2.4%	7.3%	2.4%	2.4%	46.3%
Total		58.5%	14.6%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	2.4%	-	-	-	2.4%
	Primaria	26.8%	2.4%	4.9%	2.4%	2.4%	39%
	Secundaria	22%	2.4%	7.3%	-	-	31.7%
	Bachillerato	9.8%	4.9%	7.3%	-	-	22%
	Licenciatura	-	2.4%	-	-	2.4%	4.9%
Total		58.5%	14.6%	19.5%	2.4%	4.9%	100%
Nivel socio económico	No contestó	4.9%	4.9%	-	-	2.4%	12.2%
	Medio	39%	4.9%	17.1%	2.4%	2.4%	65.9%
	Bajo	14.6%	4.9%	2.4%	-	-	22%
Total		58.5%	14.6%	19.5%	2.4%	4.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en el Mpio., de Altotonga.

Tabla No. 51: Médico brindó información sobre todas las acciones realizadas							
Variables		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	2.4%	-	-	12.2%	9.8%	24.4%
	18-22	4.9%	2.4%	-	2.4%	12.2%	22%
	23-27	2.4%	-	-	9.8%	2.4%	14.6%
	28-32	-	7.3%	-	9.8%	-	17.1%
	33 y +	-	-	2.4%	12.2%	7.3%	22%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
Estado civil	No contestó	-	2.4%	-	7.3%	4.9%	14.6%
	Casada	7.3%	4.9%	2.4%	29.3%	14.6%	58.5%
	Soltera	2.4%	2.4%	-	9.8%	12.2%	26.8%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
Paciente	Primigesta	7.3%	4.9%	-	26.8%	14.6%	53.7%
	Multigesta	2.4%	4.9%	2.4%	19.5%	17.1%	46.3%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	-	-	2.4%	-	2.4%
	Primaria	2.4%	2.4%	2.4%	14.6%	17.1%	39%
	Secundaria	2.4%	-	-	22%	7.3%	31.7%
	Bachillerato	4.9%	4.9%	-	4.9%	7.3%	22%
	Licenciatura	-	2.4%	-	2.4%	-	4.9%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%
Nivel socio económico	No contestó	2.4%	2.4%	-	4.9%	2.4%	12.2%
	Medio	4.9%	4.9%	2.4%	31.7%	22%	65.9%
	Bajo	2.4%	2.4%	-	9.8%	7.3%	22%
Total		9.8%	9.8%	2.4%	46.3%	31.7%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 52: Médico daba órdenes sin escuchar opiniones						
Variables		Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	22%	2.4%	-	-	24.4%
	18-22	19.5%	-	2.4%	-	22%
	23-27	9.8%	-	2.4%	2.4%	14.6%
	28-32	9.8%	4.9%	2.4%	-	17.1%
	33 y +	17.1%	-	4.9%	-	22%
Total		78%	7.3%	12.2%	2.4%	100%
Estado civil	No contestó	12.2%	2.4%	-	-	14.6%
	Casada	43.9%	4.9%	9.8%	-	58.5%
	Soltera	22%	-	2.4%	2.4%	26.8%
Total		78%	7.3%	12.2%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	41.5%	7.3%	4.9%	-	53.7%
	Multigesta	36.6%	-	7.3%	2.4%	46.3%
Total		78%	7.3%	12.2%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	-	-	-	2.4%
	Primaria	31.7%	2.4%	2.4%	2.4%	39%
	Secundaria	26.8%	-	4.9%	-	31.7%
	Bachillerato	17.1%	-	4.9%	-	22%
	Licenciatura	-	4.9%	-	-	4.9%
Total		78%	7.3%	12.2%	2.4%	100%
Nivel socio económico	No contestó	4.9%	2.4%	2.4%	2.4%	12.2%
	Medio	56.1%	2.4%	7.3%	-	65.9%
	Bajo	17.1%	2.4%	2.4%	-	22%
Total		78%	7.3%	12.2%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No. 17.

Tabla No. 54: Durante estancia médico no proporcionó información a familiares							
Variables		Algunas ocasiones	Casi siempre	Sólo cuando mi familiar lo solicitaba	Nunca	Rara vez	Total
Grupo de edad	13-17	2.4%	-	12.2%	7.3%	2.4%	24.4%
	18-22	2.4%	2.4%	14.6%	2.4%	-	22%
	23-27	4.9%	-	4.9%	4.9%	-	14.6%
	28-32	4.9%	-	7.3%	4.9%	-	17.1%
	33 y +	2.4%	-	7.3%	12.2%	-	22%
Total		17.1%	2.4%	46.3%	31.7%	2.4%	100%
Estado civil	No contestó	-	-	9.8%	4.9%	-	14.6%
	Casada	9.8%	-	24.4%	24.4%	-	58.5%
	Soltera	7.3%	2.4%	12.2%	2.4%	2.4%	26.8%
Total		17.1%	2.4%	46.3%	31.7%	2.4%	100%
Paciente	Primigesta	9.8%	2.4%	24.4%	14.6%	2.4%	53.7%
	Multigesta	7.3%	-	22%	17.1%	-	46.3%
Total		17.1%	2.4%	46.3%	31.7%	2.4%	100%
Escolaridad	Analfabeta	2.4%	-	-	-	-	2.4%
	Primaria	2.4%	-	19.5%	17.1%	-	39%
	Secundaria	7.3%	-	14.6%	7.3%	2.4%	31.7%
	Bachillerato	4.9%	2.4%	12.2%	2.4%	-	22%
	Licenciatura	-	-	-	4.9%	-	4.9%
Total		17.1%	2.4%	46.3%	31.7%	2.4%	100%
Nivel socio económico	No contestó	2.4%	-	4.9%	4.9%	-	12.2%
	Medio	14.6%	2.4%	31.7%	17.1%	-	65.9%
	Bajo	-	-	9.8%	9.8%	2.4%	22%
Total		17.1%	2.4%	46.3%	31.7%	2.4%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 55: Información parcial o distorsionada por parte de médico en toto								
Variables		No contestó	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	-	4.9%	12.2%	4.9%	-	2.4%	24.4%
	18-22	2.4%	-	2.4%	9.8%	2.4%	4.9%	22%
	23-27	2.4%	-	-	12.2%	-	-	14.6%
	28-32	-	-	4.9%	4.9%	4.9%	2.4%	17.1%
	33 y +	2.4%	-	-	7.3%	-	12.2%	22%
Total		7.3%	4.9%	19.5%	39%	7.3%	22%	100%
Estado civil	No contestó	-	-	9.8%	2.4%	-	2.4%	14.6%
	Casada	4.9%	4.0%	4.9%	24.4%	4.9%	14.6%	58.5%
	Soltera	2.4%	-	4.9%	12.2%	2.4%	4.9%	26.8%
Total		7.3%	4.9%	19.5%	39%	7.3%	22%	100%
Paciente	Primigesta	2.4%	4.9%	17.1%	19.5%	4.9%	4.9%	53.7%
	Multigesta	4.9%	-	2.4%	19.5%	2.4%	17.1%	46.3%
Total		7.3%	4.9%	19.5%	39%	7.3%	22%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	-	-	-	-	2.4%	2.4%
	Primaria	4.9%	-	4.9%	14.6%	-	14.6%	39%
	Secundaria	2.4%	4.9%	9.8%	12.2%	-	2.4%	31.7%
	Bachillerato	-	-	2.4%	9.8%	7.3%	2.4%	22%
	Licenciatura	-	-	2.4%	2.4%	-	-	4.9%
Total		7.3%	4.9%	19.5%	39%	7.3%	22%	100%
Nivel socio económico	No contestó	4.9%	-	2.4%	2.4%	-	2.4%	12.2%
	Medio	-	4.9%	12.2%	31.7%	7.3%	9.8%	65.9%
	Bajo	2.4%	-	4.9%	4.9%	-	9.8%	22%
Total		7.3%	4.9%	19.5%	39%	7.3%	22%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Tabla No. 56: Médico no pedía opinión para procedimiento sobre paciente						
Variables		No contestó	Muy de acuerdo	De acuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	-	24.4%	-	-	24.4%
	18-22	2.4%	17.1%	-	2.4%	22%
	23-27	-	14.6%	-	-	14.6%
	28-32	-	12.2%	2.4%	2.4%	17.1%
	33 y +	2.4%	19.5%	-	-	22%
Total		4.9%	87.8%	2.4%	4.9%	100%
Estado civil	No contestó	2.4%	9.8%	2.4%	-	14.6%
	Casada	2.4%	51.2%	-	4.9%	58.5%
	Soltera	-	26.8%	-	-	26.8%
Total		4.9%	87.8%	2.4%	4.9%	100%
Paciente	Primigesta	2.4%	43.9%	2.4%	4.9%	53.7%
	Multigesta	2.4%	43.9%	-	-	46.3%
Total		4.9%	87.8%	2.4%	4.9%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	2.4%	-	-	2.4%
	Primaria	2.4%	36.6%	-	-	39%
	Secundaria	-	31.7%	-	-	31.7%
	Bachillerato	2.4%	17.1%	-	2.4%	22%
	Licenciatura	-	-	2.4%	2.4%	4.9%
Total		4.9%	87.8%	2.4%	4.9%	100%
Nivel socio económico	No contestó	-	9.8%	2.4%	-	12.2%
	Medio	2.4%	61%	-	2.4%	65.9%
	Bajo	2.4%	17.1%	-	2.4%	22%
Total		4.9%	87.8%	2.4%	4.9%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.

Anexo de la tabla No.18.

Tabla No. 57: Considera fueron violentados sus Derechos Humanos								
Variables		No contestó	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
Grupo de edad	13-17	-	-	22%	2.4%	-	-	24.4%
	18-22	-	-	12.2%	7.3%	-	2.4%	22%
	23-27	-	-	4.9%	4.9%	-	4.9%	14.6%
	28-32	-	-	2.4%	4.9%	9.8%	-	17.1%
	33 y +	2.4%	4.9%	4.9%	2.4%	4.9%	2.4%	22%
Total		2.4%	4.9%	46.3%	22%	14.6%	9.8%	100%
Estado civil	No contestó	-	-	7.3%	2.4%	4.9%	-	14.6%
	Casada	2.4%	4.9%	22%	14.6%	9.8%	4.9%	58.5%
	Soltera	-	-	17.1%	4.9%	-	4.9%	26.8%
Total		2.4%	4.9%	46.3%	22%	14.6%	9.8%	100%
Paciente	Primigesta	-	-	34.1%	7.3%	7.3%	4.9%	53.7%
	Multigesta	2.4%	4.9%	12.2%	14.6%	7.3%	4.9%	46.3%
Total		2.4%	4.9%	46.3%	22%	14.6%	9.8%	100%
Escolaridad	Analfabeta	-	-	-	2.4%	-	-	2.4%
	Primaria	2.4%	4.9%	7.3%	14.6%	4.9%	4.9%	39%
	Secundaria	-	-	26.8%	4.9%	-	-	31.7%
	Bachillerato	-	-	12.2%	-	4.9%	4.9%	22%
	Licenciatura	-	-	-	-	4.9%	-	4.9%
Total		2.4%	4.9%	46.3%	22%	14.6%	9.8%	100%
Nivel socio económico	No contestó	-	-	4.9%	-	4.9%	2.4%	12.2%
	Medio	-	4.9%	34.1%	14.6%	7.3%	4.9%	65.9%
	Bajo	2.4%	-	7.3%	7.3%	2.4%	2.4%	22%
Total		2.4%	4.9%	46.3%	22%	14.6%	9.8%	100%

Fuente: Violencia obstétrica. Un estudio de caso en Altotonga Veracruz.