



HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE LA VIOLENCIA  
OBSTÉTRICA EN LA UMF 1 AGUASCALIENTES**

**TESIS**

**PRESENTADA POR**

**María José Ortiz Loyo**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR**

**Dra. Ana Hortensia López Ramírez**

**Aguascalientes, Ags., febrero 2018**



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS**

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
P R E S E N T E**

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

**DRA. MARÍA JOSÉ ORTIZ LOYO**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA UMF 1  
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2017-101-18** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

La Dra. María José Ortiz Loyo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

**ATENTAMENTE**

**Dra. Ana Hortensia López Ramírez**



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2018

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**P R E S E N T E**

Por medio de la presente, le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

**DRA. MARÍA JOSÉ ORTIZ LOYO**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA UMF 1  
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2017-101-18** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de Titulación: **TESIS**

La Dra. María José Ortiz Loyo asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a Usted su atención, enviándole un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**  
**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

MARÍA JOSÉ ORTIZ LOYO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA UMF 1  
AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Familiar**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., a 17 de Noviembre de 2017.

**DR. JORGE PRIETO MACÍAS  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Archivo

## Agradecimientos

Al final del largo camino que ha supuesto la elaboración de esta tesis, no me queda sino reconocer que ha sido un esfuerzo de muchos, por tanto, he de recordar a todas las personas que me ayudaron a ver terminado este proyecto y agradecerles muy sinceramente a todos, desde el director del hospital hasta el personal médico involucrado en la atención médica.

A mi asesor de tesis, la Dra. Ana Hortensia López Ramírez, sin su apoyo y su guía, este proceso habría supuesto un camino más largo y escabroso.

A mi incomparable familia, pues a lo largo de estos tres años han estado en las buenas y en las malas, siempre a mi lado, dándome más que ánimo.

A todos los que colaboraron con ideas y opiniones, que compartieron conmigo experiencias y mi sentir, a ustedes médicos familiares, pues son la clave para develar un futuro mejor para todos.

*¿Qué significa ser un médico de familia? Para mí eso significa que nuestra relación con nuestros pacientes es incondicional, que termina sólo por la muerte, por separación geográfica o por consentimiento mutuo.*

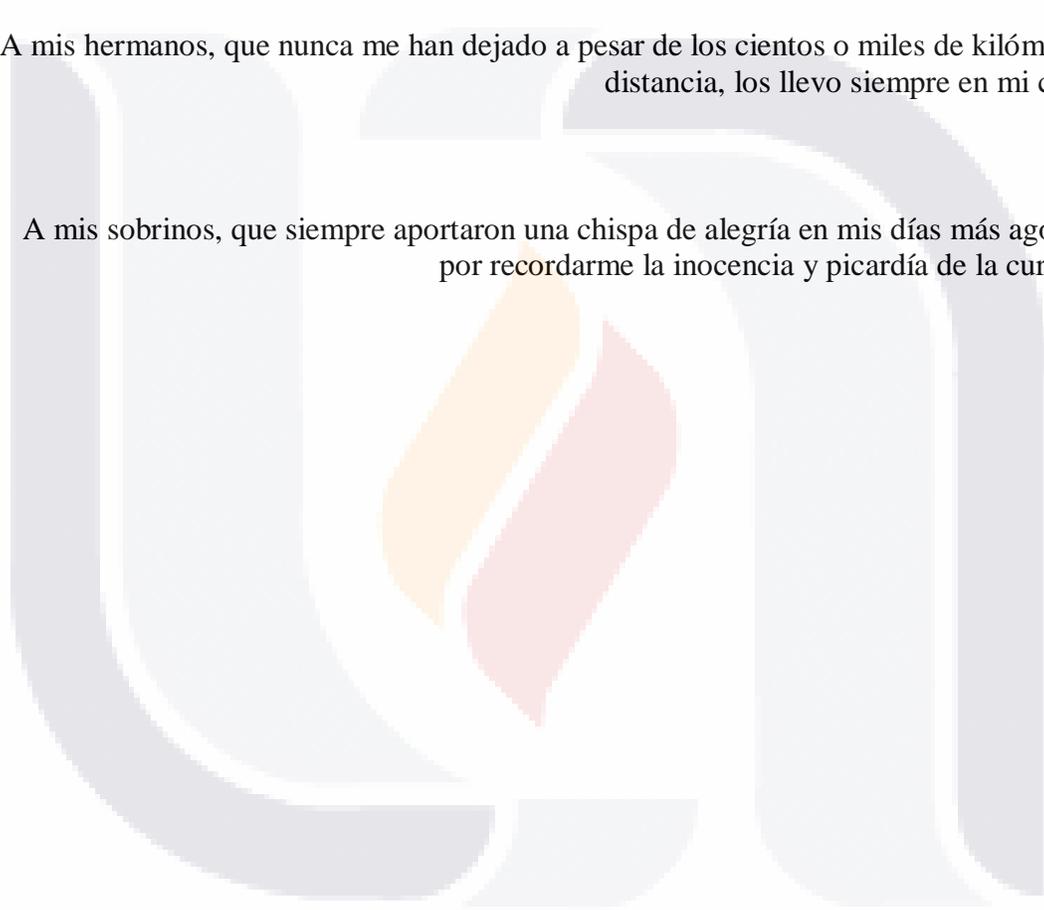
*Dr. Ian McWhinney*

## Dedicatorias

A mis padres, Lupita y Esteban, pues me han demostrado que las fantásticas realidades surgen de hermosos sueños, que el trabajo constante y dedicado, son las semillas del éxito.

A mis hermanos, que nunca me han dejado a pesar de los cientos o miles de kilómetros de distancia, los llevo siempre en mi corazón.

A mis sobrinos, que siempre aportaron una chispa de alegría en mis días más agobiados, por recordarme la inocencia y picardía de la curiosidad.



# 1 ÍNDICE GENERAL

## Contenido

<b>1</b>	<b>ÍNDICE GENERAL .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>ÍNDICE DE GRÁFICAS .....</b>	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>ACRÓNIMOS .....</b>	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>7</b>	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>8</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>9</b>	<b>ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....</b>	<b>8</b>
9.1	<i>ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LA ACTITUD EN EL PERSONAL MÉDICO .....</i>	<i>8</i>
9.2	<i>ANTECEDENTES CIENTÍFICOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....</i>	<i>13</i>
<b>10</b>	<b>MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES .....</b>	<b>17</b>
10.1	<i>ACTITUD .....</i>	<i>17</i>
10.1.1	<i>DEFINICIÓN DE ACTITUD.....</i>	<i>18</i>
10.1.2	<i>PROPIEDADES DE LAS ACTITUDES .....</i>	<i>19</i>
10.1.3	<i>FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.....</i>	<i>19</i>
10.1.4	<i>ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES .....</i>	<i>20</i>
10.1.5	<i>MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES.....</i>	<i>23</i>
10.1.6	<i>TIPOS DE ESCALAS .....</i>	<i>23</i>
10.2	<i>MÉDICO FAMILIAR.....</i>	<i>25</i>
10.2.1	<i>FUNCIONES DEL MÉDICO FAMILIAR .....</i>	<i>27</i>
10.3	<i>VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....</i>	<i>29</i>
10.3.1	<i>Modelo Ecológico de la Violencia .....</i>	<i>31</i>
10.3.2	<i>Modelo Médico Hegemónico (MMH).....</i>	<i>34</i>
10.3.3	<i>Modelo Humanístico.....</i>	<i>34</i>
<b>11</b>	<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>12</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>37</b>
12.1	<i>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. ....</i>	<i>37</i>
12.2	<i>PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD .....</i>	<i>38</i>
12.3	<i>PANORAMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD (LEYES Y NORMAS).....</i>	<i>40</i>
12.4	<i>NATURALEZA DEL PROBLEMA .....</i>	<i>42</i>
12.5	<i>DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA .....</i>	<i>44</i>
12.6	<i>GRAVEDAD DEL PROBLEMA.....</i>	<i>44</i>
12.7	<i>ANÁLISIS DE FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.....</i>	<i>47</i>
12.8	<i>ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO .....</i>	<i>47</i>
12.9	<i>BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA .....</i>	<i>49</i>

12.10	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA .....	51
<b>13</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>51</b>
<b>14</b>	<b>OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>52</b>
14.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
<b>15</b>	<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO.....</b>	<b>52</b>
<b>16</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>52</b>
16.1	TIPO DE ESTUDIO: .....	52
16.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO:.....	53
16.3	UNIVERSO DE TRABAJO:.....	53
16.4	UNIDAD DE ANÁLISIS:.....	53
16.5	TIPO DE MUESTREO: .....	53
16.6	TAMAÑO DE LA MUESTRA: .....	53
16.7	CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	53
16.8	INSTRUMENTALIZACIÓN. ....	54
16.9	VARIABLES A ESTUDIO.....	54
16.10	ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO Y ESTUDIO PILOTO .....	60
16.11	PILOTAJE DEL CUESTIONARIO. ....	61
<b>17</b>	<b>LOGÍSTICA.....</b>	<b>61</b>
<b>18</b>	<b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>62</b>
<b>19</b>	<b>PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....</b>	<b>63</b>
<b>20</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>63</b>
<b>21</b>	<b>RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....</b>	<b>64</b>
<b>22</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
22.1	ANÁLISIS DE LA REPRESENTATIVIDAD DE LA POBLACIÓN .....	65
22.2	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS INHERENTES A LA ACTITUD .....	71
22.3	ANÁLISIS DE LA TERCERA SECCIÓN. DERIVACIÓN A LOS RECURSOS SOCIO – SANITARIOS .....	73
22.4	ANÁLISIS DE LA CUARTA SECCIÓN. CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN LA CONSULTA EXTERNA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	74
22.5	ANÁLISIS DE LA QUINTA SECCIÓN. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DEL PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR .....	75
22.6	ANÁLISIS DE LA SEXTA SECCIÓN. ACTUACIÓN FRENTE AL PROBLEMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR. ....	77
<b>23</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>78</b>
<b>24</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>81</b>
<b>25</b>	<b>GLOSARIO .....</b>	<b>84</b>
<b>26</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>86</b>
<b>27</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>97</b>

## 2 ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> CUESTIONARIO. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. MODIFICADO DE HERRERO. 2011 .....	<b>55</b>
<b>TABLA 2.</b> ESCALA DE ACTITUDES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. MODIFICADO DE: HERRERO S. 2011. ....	<b>58</b>
<b>TABLA 3.</b> CUESTIONARIO. DERIVACIÓN A RECURSOS SOCIO-SANITARIOS Y VALORACIÓN DE LA RESPUESTA OBTENIDA. MODIFICADO DE: HERRERO S. 2011. ....	<b>58</b>
<b>TABLA 4.</b> CUESTIONARIO. CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN LA CONSULTA EXTERNA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA MODIFICADO DE: HERRERO S. 2011. ....	<b>59</b>
<b>TABLA 5.</b> CUESTIONARIO. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DEL PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR. MODIFICADO DE: HERRERO S. 2011. ....	<b>60</b>
<b>TABLA 6.</b> CUESTIONARIO. FRECUENCIA CON LA QUE LOS MÉDICOS FAMILIARES PREGUNTAN A SUS PACIENTES POR VO. MODIFICADO DE: HERRERO S. 2011. ....	<b>60</b>
<b>TABLA 7.</b> MODIFICACIONES REALIZADAS AL CUESTIONARIO DE HERRERO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA ....	<b>61</b>
<b>TABLA 8.</b> ASPECTOS SOCIO – DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA .....	<b>67</b>
<b>TABLA 9.</b> VALORACIÓN DE LA ACTITUD .....	<b>73</b>
<b>TABLA 10.</b> DERIVACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIO - SANITARIOS .....	<b>73</b>
<b>TABLA 11.</b> CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA CONSULTA EXTERNA .....	<b>74</b>
<b>TABLA 12.</b> CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN .....	<b>75</b>
<b>TABLA 13.</b> CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN. PERCEPCIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR, DE ACUERDO AL SEXO .....	<b>76</b>
<b>TABLA 14.</b> ACTUACIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR FRENTE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, EN LA CONSULTA EXTERNA .....	<b>77</b>

## 3 ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.</b> REPRESENTACIÓN DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA .....	<b>22</b>
<b>FIGURA 2.</b> REPRESENTACIÓN DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANIFICADA, 1988. ....	<b>22</b>
<b>FIGURA 3.</b> EJEMPLO DE ESCALA THURSTONE. ....	<b>24</b>
<b>FIGURA 4.</b> EJEMPLO REPRESENTATIVO DE LA ESCALA DE LIKERT. ....	<b>24</b>
<b>FIGURA 5.</b> EJEMPLO REPRESENTATIVO DE LA ESCALA DE OSGOOD. ....	<b>25</b>
<b>FIGURA 6.</b> TRIÁNGULO DE LA VIOLENCIA.....	<b>30</b>
<b>FIGURA 7.</b> MODELO ECOLÓGICO PARA COMPRENDER LA VIOLENCIA .....	<b>32</b>

## 4 ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>GRÁFICA 1.</b> DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS. EDAD EN AÑOS. ....	<b>68</b>
<b>GRÁFICA 2.</b> DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS. SEXO. ....	<b>68</b>
<b>GRÁFICA 3.</b> DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR ESTADO CIVIL. ....	<b>68</b>
<b>GRÁFICA 4.</b> DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE ACUERDO AL TURNO DE JORNADA LABORAL. ....	<b>69</b>
<b>GRÁFICA 5.</b> PORCENTAJE REPRESENTATIVO DE LA ANTIGÜEDAD EN EL IMSS. ....	<b>69</b>
<b>GRÁFICA 6.</b> MÉDICOS FAMILIARES QUE CUENTAN CON CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA FAMILIAR.....	<b>70</b>
<b>GRÁFICA 7.</b> MÉDICOS FAMILIARES MIEMBROS DEL COLEGIO AGUASCALENTENSE DE MEDICINA FAMILIAR ....	<b>70</b>

**GRÁFICA 8.** DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO POR LOS SUJETOS DE ESTUDIO, EN LA D1° (ACTITUD COGNITIVA). D1, DIMENSIÓN 1-- ACTITUD COGNITIVA.....**71**

**GRÁFICA 9.** DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO POR LOS SUJETOS DE ESTUDIO, EN LA D2° (ACTITUD AFECTIVA). .....**72**

**GRÁFICA 10.** DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO POR LOS SUJETOS DE ESTUDIO, EN LA D3° (ACTITUD CONDUCTUAL). .....**72**

**GRÁFICA 11.** DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO EN RELACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLENCIA DE GÉNERO.....**74**

**GRÁFICA 12.** PORCENTAJE DE MÉDICOS FAMILIARES CON PERCEPCIÓN DE CAPACITACIÓN EN VIOLENCIA OBSTÉTRICA. ....**76**

**GRÁFICA 13.** DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES CON PERCEPCIÓN DE CAPACITACIÓN EN VIOLENCIA OBSTÉTRICA. ....**77**

**GRÁFICA 14.** DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES QUE ACTÚAN ANTE CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA. ....**78**

## 5 ACRÓNIMOS

**UMF** – Unidad de Medicina Familiar

**IMSS** – Instituto Mexicano del Seguro Social

**VO** – Violencia Obstétrica

**VG** – Violencia de Género

**OMS** – Organización Mundial de la Salud

**ONU** – Organización de las Naciones Unidas

**CEDAW** - Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

**DGPLADES** – Dirección General de Planeación y Desarrollo

**CIDH** – Comisión Interamericana de Derechos Humanos

**NOM** – Norma Oficial Mexicano

**DOF** – Diario Oficial de la Federación

**INEGI** – Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

**ENAID** – Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica

**CONAMED** – Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**CNDH** – Comisión Nacional de los Derechos Humanos

## 6 RESUMEN

**ANTECEDENTES:** esta tesis parte de la necesidad que tienen los médicos familiares de dar respuesta al grave problema de salud pública, que representan los casos de violencia obstétrica. **OBJETIVO:** determinar la actitud que tienen ante la violencia obstétrica, los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 1 de la Delegación IMSS Aguascalientes. **MATERIAL y MÉTODOS:** es un estudio descriptivo y transversal. Se emplazó a todos los médicos familiares que laboran en la UMF 1 del IMSS, del estado de Aguascalientes (México). Se utilizó un muestreo censal y un tamaño muestra de 40 médicos adscritos en ambos turnos. Se aplicó un cuestionario autoaplicable, basado en el instrumento de Herrero, modificado para los fines de esta investigación, el cual se ha usado en poblaciones similares y cuenta con validaciones y confiabilidad por el autor. La información se concentró en una matriz de datos en el programa Excel y posteriormente, el tratamiento estadístico fue con el programa SPSS versión 21.0. **RESULTADOS:** la participación fue del 90% de los médicos convocados: 63.9% mujeres, 52.8% están casados. El rango de edades osciló entre los 30 a 50 años (69.4%). La media de actitud global fueron 72.42 puntos (IC 95%, 98.55-46.29): actitud cognitiva, 36.30 puntos (IC 95%, 47-21), las mujeres obtienen un promedio de 38 puntos, los hombres de 33.3 ( $P<0.020$ ); actitud afectiva, media de 14.58 puntos (IC 95%, 20-7), nuevamente las mujeres obtienen una puntuación superior ( $P<0.03$ ) y actitud conductual, media de 28.05 puntos (IC 95%, 43-11), los hombres tienen el puntaje más bajo media 24.69 puntos ( $P<0.35$ ). **CONCLUSIONES:** el personal médico evaluado, mostró una actitud global deficiente ante las situaciones de violencia obstétrica que se generan en el primer nivel de atención. De esta tesis se evidencia la importancia de mantener los programas de educación médica continua, así como la necesidad de sensibilizar al personal médico en este tema. Recomendamos iniciar con estos galenos, pues si bien identifican su limitada formación en esta área, también se muestran con una buena disposición para su capacitación.

*Palabras Clave: actitud, violencia obstétrica, violencia de género, médicos familiares, atención primaria a la salud.*

## 7 ABSTRACT

**BACKGROUND:** this thesis turns up family physicians' neediness for answering the serious public health problem, that's been identified at obstetric violence cases. **OBJECTIVE:** the aim was to establish the family physicians' attitude toward Obstetric Violence at UMF 1 IMSS Aguascalientes. **DESIGN:** a cross-sectional descriptive study was conducted with census sampling between the family physicians at UMF 1 IMSS Aguascalientes (Mexico). A modified Herrero tailored design approach was used to survey 40 family physicians in both shifts. The questionnaire was self-administered. Results were summarized in a database in Excel and then the software SPSS version 21.0 was used to sample statistics. **RESULTS:** in total 36 questionnaires were returned (90% response rate): 63.9% were women, 52.8% are married. The age range fluctuated between 30 to 50 years old (69.4%). The statistical average of global attitude was 72.42 points (IC 95%, 98.55-46.29): cognitive attitude, 36.30 points (IC 95%, 47-21), women gets 38 points on average, men got 33.3 (P<0.020); affective attitude, 14.58 points average (IC 95%, 20-7), again women gets a higher score (P<0.03) and behavioral attitude, 28.05 points average (IC 95%, 43-11), men got the lowest score, 24.69 points average (P<0.35). **CONCLUSIONS:** the family physicians assessed showed a deficient attitude toward obstetric violence cases at the primary health care. The present study provides evidence what we need to do. Interventions by the medical community to increase physician awareness of obstetric violence is necessary. Obstetric violence information should be included in formal medical curricula. The Family Physicians are comfortable and agree to address the issue through continuing medical education programs.

*Keywords: attitude, obstetric violence, violence against women, family physician, primary care.*

## 8 INTRODUCCIÓN

En nuestros días resulta cotidiano leer con regularidad, sobre algún caso que implique mortandad materna por actos u omisiones de los galenos, tanto institucionales como privados, aun cuando contamos con políticas internas, que “aseguran” que las mujeres viven en situaciones libres de violencia, con seguridad social asequible, la realidad es diferente. Esto nos recuerda al dios de romano de dos caras, Janus, considerado dios de las puertas, de comienzos y finales, símbolo de cambio y transición, que con una veía al pasado y con la otra al futuro. En México, cuando una paciente acude a solicitar una consulta de control prenatal se topa con la pared burocrática de la institución a la que acude, es aquí, donde se solía percibir el maltrato, ¿cuántas veces no escuchamos comentarios hirientes? ¿a cuántas se les preguntó si autorizaban el uso de oxitocina? ¿cuántas se han quejado de acudir y no ser atendidas? Del otro lado están los médicos familiares, encargados del primer nivel de atención que, sin el afán de menospreciar a ningún compañero, son los encargados de vigilar a toda la población, lo que sobrentiende una carga colosal, además de esto, se ven sobrepasados con consultas abarrotadas brindadas en 15 minutos máximo, en las que se espera se brinde una atención integral, con calidad y calidez. En el caso en particular de las mujeres embarazadas se encargan de vigilar el control prenatal y del puerperio.

Violencia obstétrica, concepto que denota agresión contra la mujer, representando vinculación entre violencia de género y violencia institucional, manifestación de las relaciones asimétricas entre médicos y pacientes. De estudios previos, queda testimonio sobre los motivos identificados por ellos, como barreras que conducen al infradiagnóstico de estas situaciones, quizás sean causas atribuibles a las pacientes o quizás sea la actitud del profesional ante este problema. Organizaciones internacionales, consideran que los médicos de atención primaria, tienen un rol protagónico para el abordaje de este conflicto, lo que justifica el por qué no debemos – los médicos familiares – permanecer ajenos a esta situación. Así pues, la apología de nuestro estudio fue la necesidad que tienen los médicos familiares de dar respuesta al grave problema de salud pública representado por casos de violencia obstétrica. Pensamos que determinar la actitud de los médicos familiares en este ámbito, es fundamental. La pertinencia del estudio se evidencia en el hecho de la escasa investigación

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sobre violencia obstétrica en el primer nivel de atención, desde la perspectiva del médico familiar, en México. Esta investigación se desarrolló en tres fases: la primera, consistió en el escrutinio bibliográfico por medio de términos Mesh, de esto se seleccionó aquella información considerada pertinente para la elaboración del marco teórico. La segunda fase, metodológica, se detallará en el capítulo XVI de esta investigación. Finalmente, en la tercera fase, exponemos los resultados obtenidos del análisis de la información obtenida. Por tanto, el conocimiento generado puede ser útil para mejorar – en lo futuro – la actuación de los médicos familiares ante la problemática de la violencia obstétrica en nuestro medio.

## 9 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

### 9.1 *Antecedentes científicos sobre la Actitud en el personal médico*

**Rojas Lorìa et cols (2015):** realizaron una investigación en la cual el objetivo fue relacionar la actitud hacia la violencia de género de los profesionales de atención primaria con satisfacción y carga laboral, orientación de práctica profesional, conocimientos, formación y uso de recursos socio-sanitarios en Cataluña y Costa Rica. El diseño de la investigación fue un estudio exploratorio transversal y comparativo, en el que se emplazó a 235 profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social, que se desarrollaban profesionalmente en atención primaria en Barcelona y el área metropolitana de Costa Rica. Para ello, se desarrolló un cuestionario de 8 bloques que miden actitudes, satisfacción profesional, carga laboral, conocimientos, formación y uso de los recursos socio – sanitarios. Posteriormente se realizaron 3 tipos de análisis de datos: descriptivo de cada variable, correlación de cada variable y un modelo de regresión lineal múltiple. En los resultados, la actitud hacia la violencia de género fue similar en ambos contextos (Cataluña: 3.90, intervalo de confianza [IC del 95%], 3.84-3.96; Costa Rica 4.03, IC del 95%, 3.94-4.13). En el análisis multivariable, los factores que se asociaron a la actitud fueron: 1) formación (B= 0.10; p=0.02), 2) uso de recursos socio sanitarios (B= 0.20; p= <0.01) y 3) el país Costa Rica (B= 0.16; p= <0.01). Las relaciones entre las variables independientes y el

país, no fueron significativas. Conclusiones: el uso de los recursos socio sanitarios y la formación actualizada puede incrementar una actitud favorable para el abordaje de la violencia de género en Atención Primaria.<sup>1</sup>

**Pintado-Cucarella y cols (2015):** la violencia obstétrica implica la violación de los derechos reproductivos de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Proponen como objetivo de su estudio identificar la percepción de violencia obstétrica y determinar su posible relación con el síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos obstetras. Material y métodos: se trató de un estudio transversal en el que participaron 29 médicos que ejercían la obstetricia y la ginecología, provenientes de diferentes instituciones y hospitales del estado de Puebla (México). Para el desarrollo de la investigación, se elaboró un cuestionario exprofeso de percepción profesional y violencia obstétrica. Para la evaluación del síndrome de Burnout se utilizó el cuestionario de Maslach (BurnoutInventory). Para evaluar la empatía se utilizó la Escala de empatía Médica de Jefferson, compuesta por 20 reactivos medidos en una escala tipo Likert de 7 puntos. En los resultados: los médicos encuestados coinciden en que las situaciones más prevalentes de violencia obstétrica las constituyen la negligencia médica (inobservancia e impericia), prácticas nocivas (35.7%), discriminación (35.7%), tratos groseros y ataques verbales (40%). El 64.35% de los participantes reportó falta de información de la violencia obstétrica. En lo que respecta al síndrome de Burnout, éste se relacionó con varios ítems de la escala de empatía y con baja satisfacción en el trabajo. Conclusiones: propone que, para prevenir este tipo de situaciones, es importante proveer a los médicos del segundo nivel, las herramientas necesarias, tanto para la atención y conocimiento de la violencia obstétrica, como para el control del estrés.<sup>2</sup>

**Morales López (2015):** propone como objetivos determinar las actitudes y los conocimientos de los médicos de familia de atención primaria de Murcia con respecto a la violencia de género identificando sus comportamientos ante la detección y otros aspectos relaciones con la mujer víctima, así como respecto a sus hijos y al agresor.

El diseño de su investigación se dividió en tres fases: 1. Análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de atención primaria, 2. Análisis de conocimientos, actitudes y actuaciones de los médicos de familia frente a la violencia de

género y 3. Exploración de opinión sobre el cribado, dificultades y propuestas de mejoras de los médicos familiares. El universo de trabajo incluyó a los médicos familiares que trabajaban en los centros de atención primaria del sistema Murciano de salud al 31 de diciembre del 2012 que eran un total de 828. Posteriormente se realizó un muestreo con distribución proporcional según el número de médicos familiares para cada una de las 9 áreas de salud de la región de Murcia y aleatorización sistemática, de lo que resultó una muestra de 263 médicos de familia. El instrumento que se aplicó fue cuestionario validado auto aplicado que incluye preguntas abiertas. Se realizó un estudio descriptivo de frecuencias, porcentajes, media, desviación típica, t-Student, test ANOVA y regresión logística. Para el estudio cuantitativo se practicó tratamiento estadístico mediante el programa SPSS 21.0 para Windows. Resultados: para valorar la fiabilidad de la investigación se utilizó el alfa de Cronbach con un valor de 0.854, para la validez del constructo se hizo mediante análisis factorial, en este punto se tuvo un número de correlaciones mayores de 0.30, la prueba de Barlett afirmó que el análisis factorial fue apropiado.

Las magnitudes de los coeficientes de correlación observadas con las de los coeficientes de correlación parcial, dieron un valor estadístico de 0.808. Conclusión: los médicos familiares consideran la violencia de género en mayor medida como un problema social. La falta de tiempo y el no saber cómo preguntar son los motivos más frecuentes para no indagar sobre la violencia de género en la consulta, precisando la sospecha clínica para plantearse este diagnóstico. Respecto al agresor, los médicos familiares concluyen que se deben tener actuaciones profesionales con él.

También se concluyó que son pocos los médicos familiares que se sienten plenamente capacitados para atender a las víctimas por tener escasa formación.<sup>3</sup>

**Méndez – Hernández et cols (2003):** se propusieron evaluar la actitud cognoscitiva, conductual y afectiva del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el estado de Morelos, sobre la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acudían a la consulta, además de las barreras institucionales y de la práctica médica que obstruyen el manejo institucional de estas mujeres. Para ello, se realizó un estudio transversal, en el que

participaron 269 médicos generales, especialistas, residentes y estudiantes, para lo cual se diseñó un cuestionario autoaplicable que evaluaba el nivel de conocimiento sobre la violencia doméstica y la actitud del personal médico hacia la atención en la consulta, de las mujeres maltratadas. Se construyó un índice de conocimiento, además de un análisis multivariado de los datos. En los resultados, el 90% de los encuestados refirió que nunca recibió una capacitación en violencia contra la mujer. En lo referente a la actitud afectiva y cognoscitiva del personal médico que recibió la capacitación sobre el tema, fue más favorable hacia identificar y atender a las mujeres maltratadas que llegaban a la consulta, al momento de compararlos con aquellos que no habían sido capacitados. En relación al nivel de conocimiento sobre el tema, 21% de los entrevistados mostró un nivel bajo, 63% nivel medio y 16% alto.

Entre los médicos que obtuvieron un nivel medio alto de conocimientos se observó una actitud afectiva más favorable en identificar y canalizar los casos de mujeres maltratadas. También el personal médico que mostró interés en capacitarse en este tema, demostró 7.6 veces mejor actitud que el personal no interesado en la capacitación. En conclusión, los autores nos indican que el personal evaluado mostró habilidades insuficientes en la identificación y manejo adecuado de las mujeres agredidas que llegaban a su consulta, por lo que queda en evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico en esta materia, empezando con los médicos generales y familiares que mostraron mayor disposición e interés en el tema, con respecto al personal médico especialista de otras áreas clínicas.<sup>4</sup>

**Kahan et cols (2000):** comentan que la violencia doméstica es un serio problema de salud pública y un importante parte aguas del cuidado primario de la salud. El objetivo de su estudio fue evaluar el enfoque de los médicos en atención primaria (médicos familiares y generales) en el cuidado de la mujer maltratada. se diseñó un cuestionario auto aplicable, enviado a 300 médicos que ejercían su profesión en el primer nivel de atención de los dos centros más importantes de gestión de salud en Israel, en el cual se evaluó el conocimiento, la experiencia y la actitud adoptadas con respecto a las mujeres maltratadas. El universo incluyó a los médicos familiares que hubieran realizado sus 4 años de residencia en el primer

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nivel de atención y a médicos generales, de esto se tomó una muestra compuesta 236 médicos que aceptaron participar (130 médicos familiares y 106 médicos generales).

En sus resultados, los autores encontraron que mientras los médicos generales observaron este fenómeno con una prevalencia en la comunidad con menos casos registrados que en la literatura médica, los médicos familiares informaron una mayor exposición al hecho (P, 0.001), por lo que igualmente su conocimiento sobre la prevalencia de los casos y sus factores de riesgos fueron mejormente identificados (P, 0.001) y además consideraron el hecho como un problema universal (P, 0.05) y también como parte de sus responsabilidades profesionales. Conclusión: los médicos deben de ser más conscientes del problema de las mujeres maltratadas en su contexto de práctica profesional, así como de la importancia de mantenerse actualizados en estos temas.<sup>5</sup>

**Klein y cols (2011):** en Canadá existen tasas elevadas de cesáreas, tanto que alcanzan o pueden ser mayores al 30% en la mayoría de sus jurisdicciones. Se ha visto tanto en Canadá como en Estados Unidos que este fenómeno, se ha asociado con resultados adversos para las madres y sus hijos. Se cree que las interacciones con los médicos de atención primaria durante la pre concepción y el embarazo, pueden influir en las percepciones y expectativas de las mujeres acerca del nacimiento. Objetivo: examinar las actitudes de los médicos familiares respecto al parto para aquellos que proporcionan atención intraparto y aquellos que sólo lo hacen ante parto. El diseño fue por medio de una encuesta nacional y transversal en la Web y en papel, llevado a cabo en 6 regiones de Canadá: Columbia Británica, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario y Quebec. Participaron un total de 897 médicos familiares canadienses: 593 proporcionaban ambas formas de atención, 252 solamente atención ante parto, aunque previamente habían proporcionado intraparto y 142 solo ante parto y nunca intraparto. Las percepciones de los encuestados se obtuvieron mediante un cuestionario cuyos ítems se midieron en una escala tipo Likert de 5 ptos e incluyó el monitoreo fetal electrónico de rutina, analgesia epidural, episiotomía de rutina, los beneficios del piso pélvico de la cesárea, los enfoques para reducir las tasas de cesáreas, entre otros aspectos. Para el análisis de los datos se utilizó el software Snap 9.0 Professional para recopilar respuestas de los cuestionarios en papel y en línea a través de su sistema basado en la Web con SPSS

versión 16. Resultados: mostraron que los médicos que proporcionaban atención intraparto tenían actitudes positivas de forma más consistente, hacia el nacimiento por parto vaginal que los otros dos grupos. Los grupos de aquellos médicos que solo proporcionaban atención ante parto, mostraron estar más de acuerdo en el uso de monitoreo electrónico fetal rutinario y de la analgesia epidural de rutina ( $p < 0.001$ ). Los del grupo de atención intraparto, se mostraban en contra de los beneficios de la cesárea con respecto al piso pélvico, que los otros médicos familiares ( $p < 0.001$ ). Todos los médicos familiares entrevistados se mostraron en contra de la cesárea electiva en ausencia de indicaciones, apoyaban el parto vaginal.

Conclusiones: los médicos familiares que habían proporcionado en alguna ocasión atención intraparto, tuvieron una visión más positiva basada en la evidencia del nacimiento. Los médicos que sólo proporcionan atención ante parto pueden estar influyendo en las mujeres en cuanto a su visión relativamente negativa de la forma de nacimiento antes de remitir al obstetra, por lo que estos puntos de vista deben abordarse en la educación de la práctica familiar y en la educación médica continua.<sup>6</sup>

## 9.2 *Antecedentes científicos de la Violencia Obstétrica*

**Souza-Pereira (2016):** una expresión de violencia obstétrica es utilizada para describir e incluir innumerables acciones de violencia durante la práctica obstétrica profesional. Abarca malos tratos físicos, psicológicos y verbales, así como procedimientos innecesarios e invasivos, como lo son las episiotomías, la tricotomía, el uso rutinario de oxitocina y ausencia de acompañante. El objetivo de este artículo es esclarecer las variedades de presentación de violencia obstétrica, abordar los principios bioéticos violados, así como la violación de los derechos de las mujeres. Metodología: se realizó una pesquisa en diversos bancos de datos bibliográficos, como PubMed, SciELO y LILACS, mediante uso de descriptores como “violencia obstétrica”, “violencia en el parto”, “derechos de las mujeres”, “ética y violencia obstétrica”, “principios bioéticos”, se escogió como criterio de inclusión artículos científicos hasta el año 2015 publicados en español, inglés o portugués, señalando aquellos que abordan datos epidemiológicos, definiciones de las principales formas de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

violencia obstétrica y políticas públicas para el combate de la misma. Por la investigación que se realizó de los artículos se encontraron diferentes formas de manifestación de violencia obstétrica – física, mental o sexual- Concluyendo que son varias las actitudes de los profesionales de la salud que devalúan la dignidad de la mujer durante el trabajo de parto. Asimismo, las actitudes deben ser revisadas y penalizadas a fin de buscar excelencia en la prestación de los servicios de salud y el valor de la dignidad humana.<sup>7</sup>

**Pereira y cols (2015):** en su estudio refieren que la violencia contra la mujer es una de las principales formas de violación de los derechos humanos que lamentablemente se está viviendo en la mayoría de las sociedades. Dentro de este grave problema, también se toma en cuenta la violencia a la que se está expuesta durante el embarazo, ejercida incluso por el personal de salud. Se plantean como objetivo determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, Venezuela, durante un periodo de tiempo establecido. Diseñaron un estudio prospectivo, descriptivo y transversal. Cuya población estuvo constituida por todas las mujeres ingresadas para su atención obstétrica en la sala de maternidad de dicho nosocomio, durante el periodo de junio-octubre del 2012. Debido a que el tamaño de población era conocido, se calculó el tamaño de la muestra con fórmula estadística para una población finita, con un nivel de confianza del 95%. Resultando un tamaño de muestra de 326 pacientes.

El muestreo fue de carácter intencional no probabilístico. Una vez que firmaban el consentimiento informado, se les aplicaba el cuestionario el día de su alta hospitalaria. El instrumento constó de 15 preguntas cerradas con el fin de conocer si fueron víctimas de violencia obstétrica por la posibilidad de agresión física o psicológica por parte del personal de salud. Luego de obtenida la información, se sometió a análisis mediante estadística descriptiva. En los resultados, la prevalencia de violencia obstétrica fue de 26.3% con predominio del aspecto psicológico. La agresión verbal o maltrato fueron proporcionados por el obstetra, el anestesiólogo o la enfermera. El 34.4% de las pacientes no recibió información sobre los procedimientos que les realizarían. Al 65.6% se les realizaron procedimientos médicos o quirúrgicos sin consentimiento médico por escrito. El 80.1% de las participantes desconoce los mecanismos de denuncia. En las conclusiones del estudio, los autores

puntualizan que la percepción de las pacientes en general, es que el obstetra es uno de los principales agresores; además este estudio reflejó que a pesar de que las pacientes están conscientes de la existencia de un trato irrespetuoso, no lo consideran de ese modo.<sup>8</sup>

**Terán y cols (2013):** se proponen como objetivo evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con las prácticas consideradas como violencia obstétrica. Realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, prospectivo, por medio de una encuesta anónima a 425 púérperas atendidas en la sala de maternidad “Concepción Palacios” en Venezuela. Los datos obtenidos del cuestionario fueron descritos mediante frecuencias absolutas, porcentajes, media y desviación estándar. Para los cuadros de contingencia, se utilizó la Chi cuadrada con un nivel de significancia de 95% y una  $P < 0.05$ . El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico MedCalc® versión 11.3.0.0. En Los resultados se reflejó que el 66.8% aquejó de procedimientos médicos realizados sin su consentimiento informado, 49.4% percibió haber sido objeto de algún trato deshumanizante y sólo el 20.5% no percibió trato violento. Una de cada 4 usuarias conoce el término de violencia obstétrica y una de cada cinco, sabe dónde denunciarla. Sólo 12% recibió información sobre el consentimiento informado. Entre los procedimientos sin consentimiento más frecuentemente realizados se encontraban los múltiples tactos (37.2%) y la administración de oxitocina (31.3%). Este tipo de violencia fue percibido con más frecuencia por las adolescentes ( $P < 0.0002$ ) y también se reflejó que el nivel de educación elevado por parte de las usuarias, su percepción de la violencia fue menor ( $P < 0.0059$ ).

Conclusiones: comentan que la percepción de violencia en los servicios de obstetricia por parte de las usuarias, es elevada y que generalmente este fenómeno se relaciona con el hecho de los procedimientos realizados sin el consentimiento informado y también por el trato deshumanizado que reciben por parte del personal de salud.<sup>9</sup>

**Valdez-Santiago y cols (2013):** como parte de la problemática que se ha estado reflejando en el país, observaron que, en las salas de parto del estado de Morelos, se presentaron situaciones de abuso a la mujer en la atención gineco-obstétrica. El objetivo de su estudio fue caracterizar los tipos de abuso ejercido por el personal de salud durante la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

atención del parto. En su metodología plantean un diseño transversal en 3 hospitales del estado de Morelos, con una estrategia cualitativa y cuantitativa, entre los meses de mayo a junio del 2012. El instrumento utilizado fue un cuestionario que se aplicó a 512 mujeres que se encontraban en puerperio inmediato en los hospitales emplazados para el estudio. En su plan de análisis, los datos fueron capturados mediante el programa Fox Pro y el análisis estadístico se hizo con el programa STATA12.1®, en la fase inicial se hizo una descripción de las variables en términos de distribución, presencia de valores aberrantes y valores perdidos. Posteriormente se obtuvo una proporción para las categorías y se calculó la media y la DE para las variables discretas y se realizaron pruebas de Chi cuadrada. En cuanto a sus resultados, el 11% de las mujeres encuestadas refirió haberse sentido maltratada por el personal de salud. De lo referente a la distribución de las personas que ejercieron el maltrato se observa por parte del personal de enfermería en 40%, por médicas 30% y por médicos 23%. De las formas de maltrato, las entrevistadas reportaron 19% la agresión verbal, 8% el maltrato físico y 29% de maltrato total (que eran todas aquellas mujeres que respondieran afirmativamente a las preguntas de percepción de maltrato en cualquiera de sus presentaciones).

En sus conclusiones, dejan ver que al ser el primer estudio realizado en México que aborda la violencia obstétrica, aporta elementos para el desarrollo de una cultura de respeto de los derechos humanos durante la atención del parto entre los profesionales de la salud.<sup>10</sup>

**Faneite y cols (2012):** hace referencia a que la violencia contra la mujer constituye un problema de Estado, puesto que constituye una de las transgresiones más frecuentes a los derechos humanos, originando un severo problema de salud pública. En su estudio “Grado de Conocimiento de Violencia Obstétrica por el personal de Salud”, se propone determinar el nivel de conocimiento de violencia obstétrica y sus implicaciones legales para el personal de salud. Se trató de un estudio descriptivo y transversal, en el que se aplicó un cuestionario a 500 trabajadores de la salud entre los meses junio – octubre 2010, distribuidos en los hospitales de las ciudades de Caracas, Carobobo y Barquisimeto.

El instrumento utilizado constó de 9 preguntas elaboradas por los autores, preguntas cerradas Si/No para todas las categorías de análisis y preguntas abiertas: identificación del

responsable de la violencia (quien) en los casos de violencia obstétrica y para indagar procesos (cómo y cuáles) para preguntas correspondientes a la categoría de análisis de información sobre denuncia de casos de violencia obstétrica. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de las frecuencias absolutas y relativas, presentados en cuadros de distribución de frecuencias de acuerdo al caso. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS 18.0 de IBM. En los Resultados, el 87% conoce sobre la Ley que protege a la mujer contra cualquier tipo de violencia. Un 89.2% conoce el término de violencia obstétrica. El 63.6% ha presenciado algún tipo de maltrato a la mujer embarazada, de estos, el 42.8% son médicos y 42.5% es por parte del personal de enfermería. Respecto a los mecanismos de denuncia, el 72.6% de los encuestados desconoce los mismos y el 71.8% desconoce los organismos encargados de prestar ayuda.

Como conclusión, el término de violencia obstétrica resultó ser conocido por los encuestados, no así la existencia del marco legal que la define, tampoco se conoce todo lo que constituye a la violencia obstétrica, ni los mecanismos de denuncia u organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica.<sup>11</sup>

## **10 MODELOS Y TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES**

### *10.1 ACTITUD*

Para poder ahondar en este capítulo, debemos reflexionar sobre lo siguiente: *¿cuántos de nosotros no hemos opinado en alguna ocasión sobre temas de política o religión? o ¿quién no se ha visto inmiscuido en alguna controversia tras haber hablado sobre temas escabrosos como lo son la eutanasia o el calentamiento global?*

Cotidianamente nosotros tomamos decisiones, las cuales nos permiten realizar elecciones sobre diferentes situaciones en nuestra vida diaria. Se dice que estos

comportamientos tienen en común que todos ellos expresan las valoraciones que nosotros les damos a estas materias. Estas valoraciones las denominamos, actitudes. El estudio de las actitudes es de suma importancia para la comprensión de la conducta social por diversas razones, ya que, primeramente nos facultan para adquirir nuevos conocimientos, otra de las razones es porque desempeñan una serie de funciones imprescindibles para la búsqueda y el procesamiento de la información en nuestro entorno y sobre uno mismo – es decir, nuestra conducta – de tal manera que por ello encajamos en nuestro contexto social y de este modo, podemos cambiar la actitud que poseemos para conseguir mejorar el entorno en el que vivimos.

#### *10.1.1 DEFINICIÓN DE ACTITUD*

El término de actitud, tiene una variedad de apariciones a lo largo de la historia. Se cree que su primera exposición fue hacia el año 1710 en el idioma inglés, luego para el siglo XIX surgía en el francés y el italiano. Fue hacia 1918 que se introduce en la psicología social por Thomas y Znamiecki, siendo desde entonces históricamente relevante. Jiménez Burillo asegura que existen alrededor de 70 definiciones para actitud, de las cuales, 50 surgieron antes de 1940.<sup>12</sup> Logrando hacer un análisis de las diferentes bibliografías, podemos decir que la definición clásica es la propuesta por Allport (1935), en el que se refiere a esto – la actitud - como *“una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia sobre las reacciones del individuo, respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le corresponden.”*

**Fazio (1992)**, se trata de una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre que se habla de actitud, se necesita un objeto (material, idea, colectivo, objeto social, ...) hacia el cual dirigir nuestra actitud (OBJETO ACTITUDINAL).<sup>12</sup>

**R. H. Fazio y D. R. Roskos-Ewoldsen:** “son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de esos objetos”.<sup>13</sup>

**Fishbein y Ajzen (1975)**, piensan que la actitud es una disposición aprendida a responder de una manera consistente respecto a un objeto. <sup>12</sup>

Por tanto, podemos concluir que la actitud como concepto básico, según el consenso de autores se refiere a una tendencia evaluativa hacia un objeto socialmente relevante.

### *10.1.2 PROPIEDADES DE LAS ACTITUDES*

Como iremos viendo, las actitudes tienen una serie de propiedades que son de importancia para su estudio. Así tenemos que, las actitudes<sup>12</sup> cuentan con:

- a. **Valencia**, cada uno de los componentes de la actitud pueden variar en el grado de favorabilidad o desfavorabilidad
- b. **Dirección**, esto hace alusión a qué tanto se acerca o se evita del objeto
- c. **Intensidad** del sentimiento asociado con ella
- d. **Ambivalencia**, según los componentes favorables o desfavorables que coexisten en ella
- e. **Centralidad**, es la importancia que el objeto actitudinal tiene para el sujeto
- f. **Flexibilidad**, es la facilidad que tienen las actitudes de ser modificadas

### *10.1.3 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES*

Clásicamente se acepta que las actitudes cumplen cinco funciones, que llenan necesidades psicológicas. <sup>14</sup>

- Función de conocimiento: mediante ellas – las actitudes – podemos ordenar y categorizar el mundo que nos rodea de forma coherente, así satisfacemos la necesidad de tener una imagen clara y satisfactoria de la información.
- Función instrumental: las actitudes nos permiten lograr los objetivos que deseamos (recompensas) y evitar los que no deseamos (castigos).

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Función ego-defensiva: las actitudes ayudan a proteger la autoestima y a evitar los conflictos internos.
  - Función de expresión de valores: nuestras actitudes son las que nos permiten expresar ideas, tendencias y/o tener un auto-concepto.
  - Función de adaptación o ajuste social: por medio de las actitudes podemos integrarnos en ciertos grupos y así recibir la aprobación social

#### 10.1.4 ESTRUCTURA DE LAS ACTITUDES

##### 10.1.4.1 MODELOS

Para hablar de modelos, tenemos que analizar las diferentes corrientes que surgen a partir de las definiciones anteriormente comentadas, de manera que, al término de dicho análisis, podemos distinguir dos escuelas<sup>13</sup>:

- a. **Escuela de componente único (unidimensional)**: en la cual, según los autores que apoyan esta corriente, se sostiene que la actitud es simplemente una tendencia a evaluar un objeto – objeto actitudinal – en términos positivos o negativos.
- b. **Escuela de componentes múltiples (tridimensional)**: sus partidarios mantienen que la actitud tiene tres dimensiones a evaluar:
  - Cognoscitivo: se refiere al grado de conocimiento, percepción, información, creencia y pensamiento, que el sujeto tiene hacia el objeto actitudinal
  - Afectivo: es el componente más característico de la actitud. Aquí se hace alusión al sentimiento a favor o en contra del objeto.

- Conductual: entendiendo este rasgo de la actitud, como la tendencia a reaccionar hacia el objeto actitudinal de una cierta manera, ya sea que se tienda a evitarlo o a interaccionar con él.

#### 10.1.4.2 TEORÍAS

##### 10.1.4.2.1 Teorías de Formación de la Actitud

- Teoría del Aprendizaje: de acuerdo a esta teoría, al aprender recibimos nuevos conocimientos, a partir de los cuales, intentamos desarrollar ideas, sentimientos y conductas asociadas a estos aprendizajes, por lo que el aprendizaje de estas actitudes se refuerza por medio de experiencias agradables.<sup>15</sup>
- Teoría de la consistencia cognitiva: según esta teoría, el aprendizaje de nuevas actitudes, se relaciona con la nueva información o con otra información que ya se conocía, a partir de esto, se desarrollan nuevas ideas o actitudes compatibles entre sí.<sup>15</sup>
- Teoría de la disonancia cognitiva: propone hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento, que algo no nos perjudica, a pesar de que conocemos lo que puede pasar si se mantenemos esa actitud – esto generalmente pasa, luego de que hemos realizado ya una prueba y fallamos en el intento – lo cual nos conflictúa, porque se toman dos actitudes incompatibles entre sí, que francamente intentamos evitar, lo cual nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las existentes.<sup>1</sup>

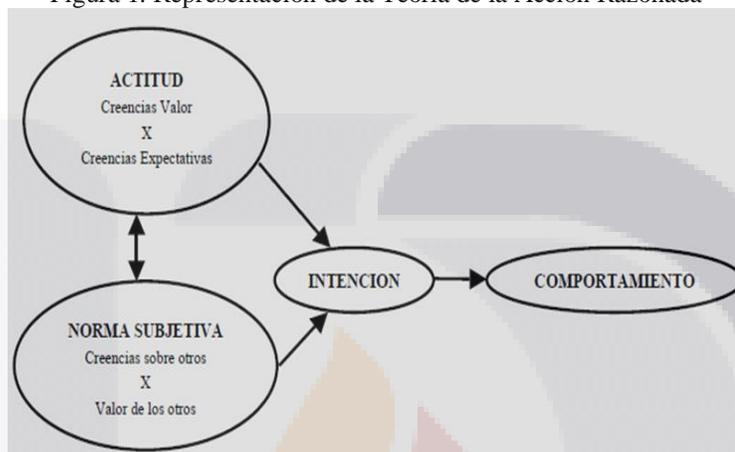
##### 10.1.4.2.2 Teorías clásicamente aceptadas

#### Teoría de la Acción Razonada

En esta propuesta podemos señalar a Azjen y Fishbein (1980) como sus principales exponentes; de acuerdo a ésta, se postula a la actitud como concepto unidimensional y fenómeno afectivo, pero a su vez es determinada – actitud – por las creencias sobre el objeto

(véase fig.1). De acuerdo a esta idea, se debe aplicar la lógica de la utilidad o del valor esperado, tomando en cuenta atributos tanto positivos como negativos asociados a la conducta. Por lo tanto, se afirma que la conducta está influenciada por la intención de la conducta y ésta a su vez, está influenciada por la actitud y la norma subjetiva.<sup>12,14</sup>

Figura 1. Representación de la Teoría de la Acción Razonada

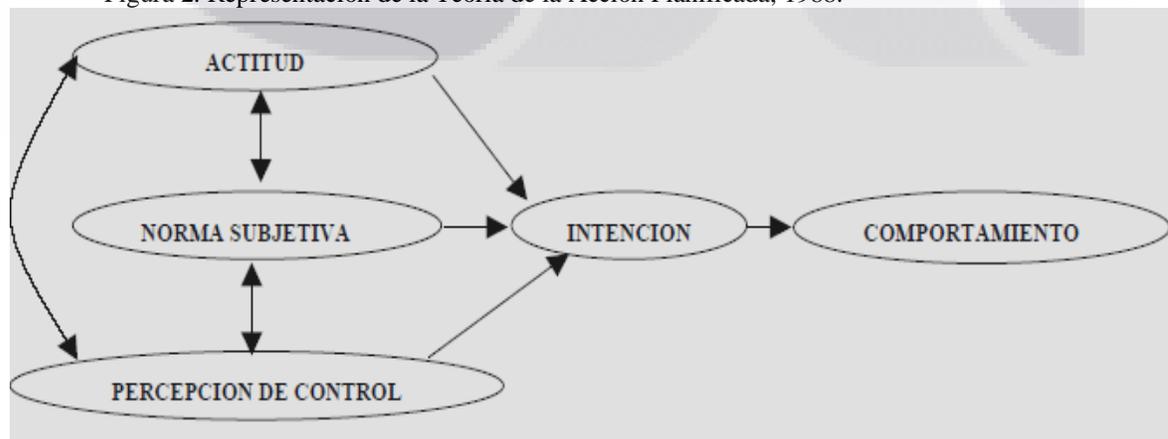


Fuente: Psicología Social, Cultura y Educación

Teoría de la Acción planificada

Esta teoría surge con el fin de aminorar las dudas explicativas que se presentaron tras la aparición de la teoría de la acción razonada, en cuanto a la diferenciación entre la conducta controlable y/o conducta como objetivo, para lo cual Azjen (Véase fig. 2) amplió este modelo al agregar un componente de percepción de controlabilidad de la conducta.<sup>14</sup>

Figura 2. Representación de la Teoría de la Acción Planificada, 1988.



Fuente: Psicología Social, Cultura y Educación

Esta escala se ve influenciada por la acción de obstáculos internos y externos, entendiendo a los internos como la falta de habilidad o competencia del sujeto que lo percibe, mientras que los externos dicen que la falta de recursos provoca una escasa accesibilidad de la conducta.

#### 10.1.5 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

Entonces para poder medir las actitudes, utilizamos las escalas, que son la forma más comúnmente empleadas, que pueden ser una serie de frases o ítems, a los cuales, el sujeto responde. Una escala se basa, por lo tanto, en el supuesto de que las expresiones verbales de las personas, son un fiel reflejo de sus actitudes subyacentes. Para los estudiosos del tema, existen diferentes tipos de mediciones, según la información que contienen sus números podemos distinguir<sup>12</sup>:

- Nominal: son las más clásicas, los objetos se agrupan en dos o más categorías.
- Ordinal: como su nombre lo indica, se refiere a un orden, sin hacer referencia a la distancia entre dos objetos.
- Intervalos: aquí se nos refleja la distancia entre dos, pero no nos dicen si una es dos veces mayor que otro.
- Razón o proporción: es en ésta, donde aparece el 0 verdadero

#### 10.1.6 TIPOS DE ESCALAS

- A. La Escala Thurstone: agrupa 20 afirmaciones que tratan de representar la dimensión actitudinal a intervalos iguales (véase fig. 3). Aquí se le pide al encuestado que

marque de acuerdo o desacuerdo con cada proposición, el promedio de sus respuestas resume la actitud que tiene ante el problema de investigación.<sup>14, 16, 17</sup>

Figura 3. Ejemplo de escala Thurstone.

Ejemplo:

En cuanto a las aspiraciones de los padres hacia el logro educativo de sus hijos:

Lograr éxito es sólo una forma de que mis hijos compensen mis esfuerzos como padre  
 De Acuerdo  En Desacuerdo

Ir a un buen colegio y obtener un buen trabajo son importantes, pero no esenciales  
 De Acuerdo  En Desacuerdo

La felicidad nada tiene que ver con lograr metas educativas ó materiales  
 De Acuerdo  En Desacuerdo

Fuente: Giving data a dimension: the survey (II)

B. La escala Likert: plantea que la actitud se puede medir a partir de las manifestaciones verbales (*Véase fig. 4*). Son las más utilizadas. Los principios de esta escala son: 1. Las dimensiones de las actitudes se pueden medir a partir de enunciados que funcionan como estímulos para los sujetos, 2. Los sujetos pueden partir desde el polo de lo muy favorable hasta lo muy desfavorable y 3. La valoración que los sujetos hacen sobre la actitud no supone una disposición semejante sobre un continuum, sino un enfoque favorable o desfavorable del objeto actitudinal.<sup>12, 14, 16, 17</sup>

Figura 4. Ejemplo representativo de la escala de Likert.

---

Se debería prohibir fumar en todos los lugares públicos

Muy de acuerdo (5)  
 De acuerdo (4)  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)  
 En desacuerdo (2)  
 Muy en desacuerdo (1)

El precio del tabaco debería bajar

Muy de acuerdo (1)  
 De acuerdo (2)  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)  
 En desacuerdo (4)  
 Muy en desacuerdo (5)

---

Fuente: Giving data a dimension: the survey (II)

C. La escala Osgood: la actitud es un continuum con bipolaridad y que son antagónicos – totalmente a favor vs totalmente en contra – y cuando se evalúa, se cuantifica un

objeto (Véase fig. 5). Se utiliza una gradación en la que el valor 1 es para la respuesta más negativa y el valor 7 para la más positiva.<sup>14,16,17</sup>

*Figura 5. Ejemplo representativo de la Escala de Osgood.*

Cómo definiría las amistades de sus hijos						
Estudiosos /	___ /	___ /	___ /	___ /	___ /	No estudiosos
Puntuación:	7	6	5	4	3	2 1
Desobedientes /	___ /	___ /	___ /	___ /	___ /	Obedientes
Puntuación:	1	2	3	4	5	6 7
Tímidos /	___ /	___ /	___ /	___ /	___ /	Descarados
Puntuación:	7	6	5	4	3	2 1

*Fuente:* Giving data a dimension: the survey (II)

## 10.2 MÉDICO FAMILIAR

*El bienestar del individuo será tanto mayor, cuanto mejor sea la familia y la sociedad de la que es miembro y en la que vive...*

La medicina familiar se define como una especialidad médica, cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud – enfermedad y en la cual se toma como unidad de análisis a la familia, para brindarle atención médica primaria, integral, participativa, con enfoque de prevención en forma compartida con el individuo y su familia.<sup>18</sup>

Según McWhinney<sup>19</sup>, el médico familiar tiene una visión distinta del mundo, lo cual hace distinta a la medicina de familia de las otras especialidades, pues el médico familiar cumple con nueve principios para su qué hacer diario:

1. Ve a la persona más que si se tratase sólo de un cuerpo de conocimientos
2. Se compromete por comprender el contexto de la enfermedad
3. Siempre ve la oportunidad para la prevención y la educación para la salud en cada contacto con sus pacientes
4. Su práctica, es considerada como una población en riesgo
5. Se ve a sí mismo como parte de la amplia red de organizaciones comunitarias para la atención a la salud
6. Idealmente debe compartir el mismo hábitat que sus pacientes
7. Muestra versatilidad, pues es capaz de ver a sus pacientes tanto en sus casas, como en su consultorio, lo mismo que en el hospital
8. Agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina
9. Es gerente de los recursos que como médico de primer contacto tiene en beneficio de sus pacientes y de toda la comunidad

El médico familiar es el único profesional de la salud que procura pacientes y familias, en un vínculo estrecho que podemos aseverar, engloba desde el nacimiento hasta muerte y al que no sólo le atañe la familia como unidad, sino que, como lo explica Medali, también le incumbe la relación entre las personas que la integran.<sup>20,21</sup>

El consejo americano define a la práctica de la medicina familiar, como aquella especialidad que se preocupa por el estado de salud total del individuo y su familia. Siendo una especialidad que incluye las ciencias clínicas, biológicas y de comportamiento, cuyo alcance no se ve limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida.

Se considera que México fue pionero en el surgimiento de la medicina familiar. Sus orígenes pueden rastrearse hacia el año 1953. Para esta época, la atención médica general se encontraba prácticamente sin organización. Los médicos tenían un pobre conocimiento sobre sus pacientes y por ende en este periodo se abusaba de las visitas domiciliarias. Fue en Nuevo Laredo, Tamaulipas donde un grupo de médicos que laboraban en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se plantearon estructurar el sistema de salud. Para 1954 el IMSS presentó en un seminario de seguridad social celebrado en Panamá un trabajo titulado “El Médico de la

Familia”, en el que se delimitaban las características de las acciones que este profesional debería desarrollar, remarcando el hecho que atendería a núcleos de la población bien definidos y que además trabajaría en equipos médicos.<sup>22</sup>

### *10.2.1 FUNCIONES DEL MÉDICO FAMILIAR*

Considerando el área de acción del médico familiar – primer nivel de atención – además de lo que ya hemos señalado previamente en párrafos superiores con respecto a sus características propias o distintivas en su desarrollo profesional, este profesional de salud, es capaz de cumplir con diversas funciones.<sup>23</sup> Existen cinco grandes áreas en las que se desenvuelve la práctica profesional del médico familiar:

Área de Atención al Individuo: la primera responsabilidad de nosotros como médicos familiares es la de prestar una atención clínica eficiente y efectiva, por lo cual se debe de estar en posesión de conocimientos y habilidades que nos permitan realizar un buen diagnóstico y así establecer el tratamiento más adecuado para el individuo que lo solicita.

Área de atención a la Familia: la base de la medicina familiar y que la vuelve única entre las demás especialidades médicas, es la interacción que se da entre el médico, el individuo y su familia. Desde esta perspectiva, un aspecto negativo en la familia, puede ser generadora o perpetuadora de enfermedades, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud inconvenientes. Por el otro lado, un enfoque positivo en la familia es fundamental para el mantenimiento de la salud y para que cuando se carezca de ella, es decir, cuando se presenta la enfermedad, se limite y posteriormente se resuelva este problema.

Área de atención a la Comunidad: de acuerdo a lo que afirma la OMS, “la atención primaria forma parte del sistema de atención de la salud del que constituye su función central

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y su núcleo principal”. En 1978 en nuestro país se decretó proporcionar educación para la salud con el fin de desarrollar planes a nivel individual, familiar y comunitario, que permitan prevenir enfermedades.

Área de docencia e investigación: es aquí donde el médico familiar debe hacer especial énfasis en mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional, principalmente a través de la auto formación o formación continuada e igualmente ayudando a la formación de los médicos de pregrado y a los futuros médicos especialistas en medicina familiar.

Área de apoyo: la comunicación y la interacción efectiva del médico familiar con otros miembros del equipo de salud es fundamental para brindarle una atención de calidad al individuo que lo solicite, pues previene la duplicidad de esfuerzos y facilita nuevos enfoques.<sup>24</sup> Desde el punto de vista de Álvarez-Montero, la medicina familiar tiene ciertos valores que comparte con el quehacer médico en general y otros que son distintivos de nuestra especialidad.<sup>25</sup>

### *Las personas*

La filosofía estoica nos dice que todo ser humano es un bien cuyo valor no puede cifrarse, por lo que es esperado que, para el médico familiar, representen su compromiso número uno, puesto que ellas – las personas – merecen la máxima consideración y respeto.<sup>25</sup>

### *La Accesibilidad*

Se refiere a la posibilidad de entrar en el sistema de salud y recibir atención en el mismo, que es dependiente de muchos factores como lo son la logística de la práctica médica – listas de espera, retrasos en la atención, número de citas – y la actitud del médico.<sup>25</sup>

### *La integralidad*

La atención integral debe de dar respuesta a cualquier tipo de problema de salud de cualquier persona que va a un centro de salud para su atención, independientemente de todo evento, condición o circunstancia que le rodee o le atañe al individuo.<sup>25</sup>

### *La continuidad*

Es uno de los pilares en los que se basa la atención primaria y consiste en la permanencia de la atención, a partir del contacto inicial.<sup>25</sup>

### *La relación de confianza*

Como se debe de esperar, la relación clínica debe ser muy importante para los pacientes, pues en ocasiones, esta relación puede ser más sanadora que inclusive todos los fármacos que se pudieran prescribir. La confianza se demuestra con transparencia, competencia y el vínculo, el cual los pacientes perciben como estima.<sup>25</sup>

### *El trabajo en equipo*

El médico familiar tiene una responsabilidad central, tanto en la coordinación de los distintos profesionales de la salud, como en el sostén de todo el sistema de salud y los recursos que en él se encuentren disponibles.<sup>25</sup>

De esta forma, Álvarez Moreno, nos permite ver un panorama por el cual, la medicina familiar debe ser tanto para el aspirante como para el clínico novato como para el experto, algo más que un deber, la medicina familiar debe convertirse entonces en su pasión, en su ser.

Contrario a lo que pudieran considerar otros especialistas, no toda la investigación clínica se genera única y exclusivamente dentro de laboratorios, realizando experimentos con plantas o animales, ni tampoco en instituciones de renombre, pues como se ha demostrado en las últimas décadas, también se desarrolla dentro del primer nivel de atención, justo en el cual el médico familiar tiene mayor presencia e influencia y por tanto un mayor campo de acción.<sup>26</sup>

## *10.3 VIOLENCIA OBSTÉTRICA*

Partiendo desde el principio –aunque suene un poco necio – para entender el tema que nos compete, es preciso revisar las diferentes definiciones y puntos de vista, que se

encuentran entremezclados, pues finalmente de este modo, será la forma en que podamos entender de lo que se trata la violencia obstétrica. La Organización mundial de la Salud, OMS por sus siglas, define a la violencia *“como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra una persona, grupo o comunidad, que cause o pueda causar lesiones, muerte o daño psicológico”*<sup>26</sup>.

Pese a que la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina, es hasta unos pocos años que se viene estudiando este fenómeno. El estudio de la violencia contra las mujeres, se centra en la determinación del grado de extensión en la sociedad, sus causas, efectos y explicaciones. También podríamos referirnos en este sentido, por medio del triángulo de la violencia:

Figura 6. Triángulo de la Violencia



Fuente: elaboración propia en base al propuesto en Herrero, 2011.<sup>27</sup>

Para poder entender a la violencia obstétrica, debemos partir del concepto de violencia de género, el cual, desafortunadamente es cada vez más presente, pobremente entendido y malamente aceptado y tolerado. Si se le analiza desde el punto de visto de los Derechos Humanos, se les considera una violación a éstos, de manera que constituyen una forma de violencia de género contra las mujeres, pues existe una violación del derecho a la salud, mismo que está vinculado con otros derechos humanos, *“no se debe pensar el derecho a la vida como separado al derecho a la salud, ni el derecho a la salud como escindido del derecho a la dignidad”*.<sup>28</sup>

La Dirección General de Planeación y Desarrollo (DGPLADES), partiendo de una visión humanista e intercultural, menciona que la violencia obstétrica:

*“comprende un tipo de violencia de género institucional, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, que se expresa como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva y que se presenta en la atención del embarazo, parto y puerperio, en los servicios de salud – públicos y privados – y se expresa en relaciones de poder, en las que se legitiman y naturalizan una serie de procedimientos en los que se da:*

- *Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención del recién nacido y del puerperio en la mujer*
- *Un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de la autonomía y capacidad de decisión de parte de las mujeres en el trabajo de parto, lo que mengua sus derechos humanos”<sup>29</sup>*

Existen varias formas de referirse a este problema – la violencia de género – por tanto, es desde cierto punto de vista, esperado que exista confusión - mas no debiera ser tolerado ni convertirse en rutina – la pobre identificación de las pacientes que la padecen.

### *10.3.1 Modelo Ecológico de la Violencia*

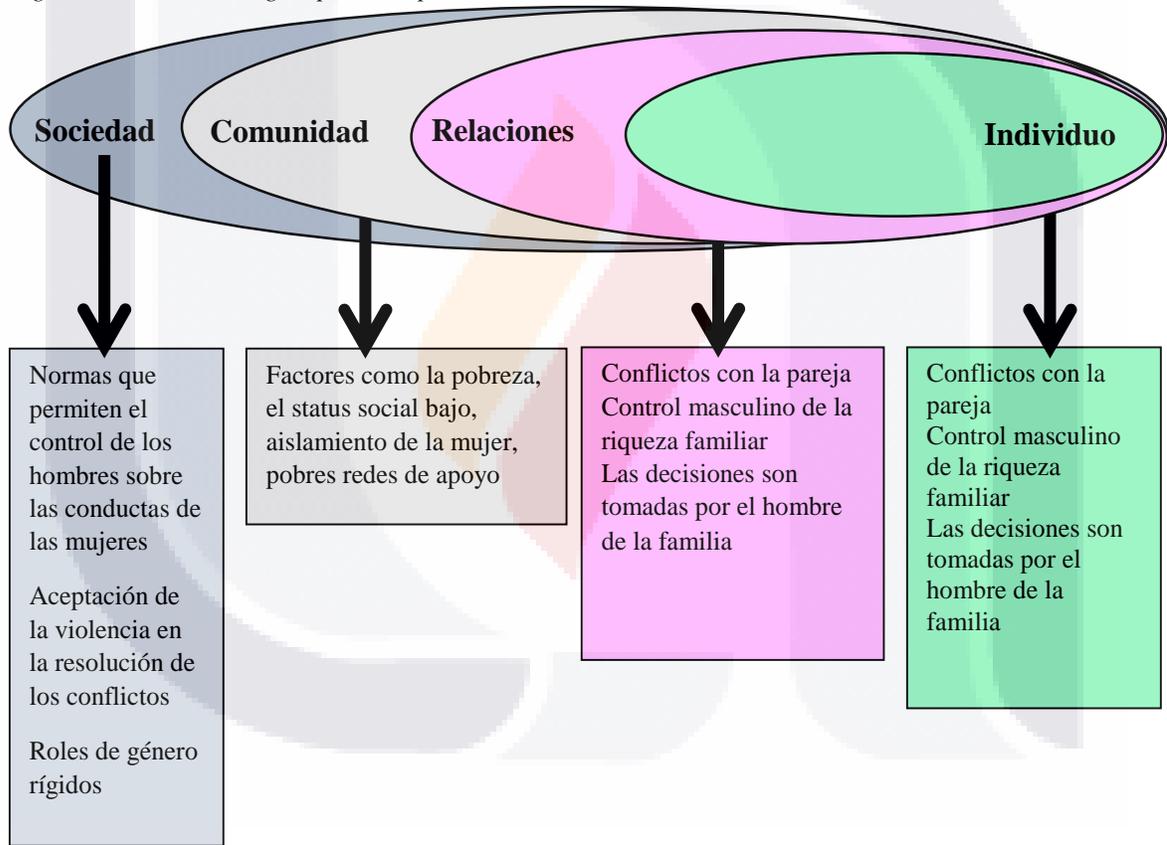
Una base teórica para entender la violencia contra la mujer, ha sido propuesta por medio del modelo ecológico. Este modelo delimita los factores que actúan en cuatro ámbitos:

- individual

- Familiar
- Comunitario
- Sociocultural

Estos elementos señalados en los renglones superiores, constituirán círculos concéntricos (ver fig. 9). Estos niveles permiten analizar los factores que influyen en el comportamiento de las personas, así como los factores ligados al aumento de probabilidades de que las personas se conviertan en víctimas o victimarios.<sup>30</sup>

Figura 7. Modelo Ecológico para comprender la Violencia



Fuente: elaboración propia basada en el modelo propuesto por la OMS

El círculo interior, corresponde al individuo y los procesos biológicos, tales como la edad, sexo, nivel económico y de educación, trastornos psiquiátricos, toxicomanías, haber estado expuesto a episodios de violencia de género en la infancia o ser víctimas de maltrato en la infancia.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
1. El segundo círculo, representa el medio íntimo, de relaciones interpersonales cercanas – familia, pareja, amigos – los factores generadores en esta esfera serían las familias autoritarias con estructura patriarcal, roles femeninos de subordinación y uso de violencia a fin de solucionar conflictos.
  2. El tercero, hace alusión a las relaciones interpersonales en instituciones formales e informales como lo son la escuela, trabajo, las redes sociales, nivel de desempleo. Este círculo que sería el comunitario, es donde se marca la desigualdad de género.
  3. El cuarto círculo, es el que afectará a la estructura social y cultural, en donde puede florecer un clima que inhiba o promueva la violencia.<sup>30</sup>

Este modelo constituye el recomendado por la OMS para comprender la violencia, pues a través de él, se espera aclarar la relación de las conductas aprendidas, con el comportamiento violento del hombre y el pasivo de la mujer.<sup>31</sup> Es importante señalar, que al tratarse de un estudio que involucra muchas disciplinas, se utilizan herramientas metodológicas que permiten estudiar este fenómeno en sus diferentes dimensiones, de manera que, se permite un acercamiento a los diferentes actores que participan: las mujeres que acuden solicitando atención médica en algún momento del periodo reproductivo y los médicos e instituciones que la brindan.

Ya hemos definido lo que es violencia y violencia de género, pero, por otra parte, también es importante introducir el concepto de “violencia institucional”. En términos legales, se refiere a:

*“aquellos actos u omisiones de los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”.*<sup>32</sup>

Una de estas características que definen este tipo de violencia estructural, como lo plantea Farmer, es la premisa de que *“las instituciones y sus agentes pueden perpetrar*

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

*violencia en nombre de la salud y el bienestar*".<sup>33-34</sup> En el ámbito meramente académico, es poco lo que se ha estudiado sobre la violencia obstétrica y, por tanto, no se puede esperar tener modelos teóricos bien establecidos como en el caso de otros tipos de violencia que llevan décadas o siglos siendo estudiadas. A pesar de esto, los estudiosos del tema, aceptan que la violencia obstétrica es consecuencia de la aplicación del paradigma biomédico vigente.

### *10.3.2 Modelo Médico Hegemónico (MMH)*

Este modelo presenta una concepción biologicista, teórica evolucionista y positivista del cuerpo y de los procesos de salud-enfermedad. De acuerdo a él, la salud es una mercancía, en el que la participación de los consumidores – sujetos quienes acuden a recibir atención – es pasiva y subordinada. Aquí se excluye al paciente del saber médico y se tiene una tendencia hacia el control social e ideológico. En este sentido, se puede definir a la violencia obstétrica, como aquella ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresándose en mayor medida en el trato deshumanizado, la patologización de los procesos reproductivos naturales y en otras manifestaciones que resultan adversas en el contexto de la atención a la salud sexual y reproductiva.<sup>28, 35</sup>

### *10.3.3 Modelo Humanístico*

Este modelo surge en respuesta al modelo hegemónico. Según este modelo, el cuerpo puede sentir dolor y transmitir respuestas emocionales, a la hora de interactuar con otros y con el medioambiente. Su principio fundamental es la conexión cuerpo-mente, la conexión de las personas con su ambiente social y de las personas con aquellos quienes le brindan atención a su salud.

Además, en el momento de realizar diagnósticos y brindar tratamientos, la decisión es un hecho compartido entre los médicos y sus pacientes.<sup>35</sup> Según este punto de vista, lo que se buscaría para evitar la violencia obstétrica, sería mejorar la vivencia del parto, buscando

proteger los derechos y brindar el rol protagónico de la mujer, procurando un ambiente seguro, donde además coexistan la confianza y el respeto.

## 11 JUSTIFICACIÓN

Hace apenas un par de años que en nuestro país empezó a hacer eco un tema de relevancia internacional, sobre todo en lo relativo a la salud de la mujer: *me refiero a la violencia obstétrica*.

Según las estadísticas de la OMS, en el mundo alrededor de 1,216.6 millones de mujeres sufren de violencia sexual (1/3 de todas mujeres del planeta que son para este año 2017, 3,650 millones)<sup>36-38</sup>. De las mujeres gestantes que sufren violencia, alrededor del 16% tendrán hijos con bajo peso al nacer, el 50% terminará la gestación con un aborto y el 50% de ellas sufrirá de depresión post parto.

A pesar de que las cifras dejan muy claro lo que está ocurriendo y de que, en otros países de habla hispana, este tópico se encuentra muy estudiado, en México aún no contamos con mucha investigación médica al respecto. La panorámica de salud que se observa en nuestro país, nos permite observar que la atención que se brinda a la mujer embarazada, ya sea antes, durante o después del parto, se ve eclipsada por eventos enmarcados de profunda desigualdad e inequidad, situación que se ha vinculado con la marginación, la pobreza, la falta de acceso a los servicios de salud, las jornadas excesivas de trabajo, los tiempos inadecuados por consulta, por sólo nombrar algunos factores contribuyentes.

Igualmente, en México, el sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través de su plataforma y el Observatorio de Mortalidad Materna, constituyen las instancias que nos permiten percatarnos de cuánto hemos avanzado en materia de mortalidad materna y a partir de esto, obtenemos información sobre las muertes maternas prevenibles.<sup>39</sup>

Por otro lado, también se debe estudiar al médico como factor de riesgo para la génesis y mantenimiento de la violencia obstétrica, pues se ha visto que la percepción entre los especialistas, es que la falta de información sobre el tema, es reflejo de las situaciones de violencia obstétrica de las que se tiene conocimiento.

De igual forma, es elemental tener en claro que la violencia de género como lo he venido planteando desde que iniciamos esta narrativa, es un grave problema de salud pública en todo el mundo, que abarca por tanto a todos los países, grupos sociales, estratos económicos, culturales y religiosos.<sup>39</sup> Al final, tanto el factor social como el médico, contribuyen a la presencia de la violencia obstétrica. Lo anteriormente referido, prevalece a pesar de los diversos programas y medidas correctivas que se han implementado por instituciones como la OMS, la ONU o la CIDH.

Aunque existen adelantos en la atención a la mujer en situación de embarazo, parto o puerperio, se siguen presentando casos de violencia obstétrica que directa o indirectamente contribuyen a la presencia de muertes maternas prevenibles.

Además, teniendo en cuenta las investigaciones que se han realizado previamente, en las que se evalúan los conocimientos de los médicos familiares ante situaciones de violencia hacia la mujer, o aquellas en las que se valoran sus competencias clínicas para el adecuado control prenatal y también para identificar las condiciones de violencia, los resultados obtenidos de ellas, demuestran que no ha sido suficiente para lograr un cambio, de ahí que nos damos cuenta de que es vital que igualmente se evalúe de forma sistemática y formativa, la actitud que toman, pues ante este panorama y reconociendo el papel protagónico que tienen – los médicos familiares – en la atención integral a la salud, en especial a este sector de la población, es necesario que esta investigación no se quede sólo en el tintero ni mucho menos almacenada en nuestros libreros, sino que estos estudios trasciendan de manera que causen un impacto en la política de salud pública, pues es a través de esto que se podrá cambiar el destino de muchas mujeres en el país, mejorando no solo sus oportunidades de desarrollo social, sino también su calidad de vida.

## 12 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### *12.1 Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.*

Empezaremos por señalar que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es la institución más importante en el ámbito de la salud en Latinoamérica, si se considera la cantidad de unidades de atención rural, primaria, de segundo nivel y de alta especialidad con que cuenta. El IMSS constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo biopsicosocial de la población mexicana, donde el primer nivel de atención se lleva a cabo en las unidades de medicina familiar (UMF), en las cuales el médico familiar es la piedra angular de la atención al derechohabiente.<sup>40</sup>

La Delegación Aguascalientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, está conformado por servicios médicos del primer y segundo nivel de atención. Para fines del estudio, se desarrolla esta investigación en el primer nivel de atención. En el estado de Aguascalientes, según cifras del INEGI, existen hasta el 2015, 1'312,544 habitantes, de los cuales 640,091 son hombres (48.8%) y 672,453 son mujeres (51.2%).<sup>41</sup>

Según cifras de este mismo año (2015), se cuenta con una población derechohabiente adscrita a la Delegación Aguascalientes del IMSS de 921,038.<sup>42</sup> En cuanto a atención primaria a la salud, el estado de Aguascalientes cuenta con un total de 6 Unidades de Medicina Familiar urbanas (UMF 1, UMF7, UMF 8, UMF 9, UMF 10 y UMF 11), que brindan atención a 186.8 derechohabientes por cada médico familiar, donde se resuelven el 80% de los problemas de salud.<sup>40</sup>

En dicha Delegación se brindaron 1'477,681 consultas de medicina familiar en 2015, correspondientes a 2,133 consultas de medicina familiar por cada 1000 derechohabientes adscritos a consultorio (Médico Familiar).<sup>43-44</sup> La unidad de medicina familiar numero 1 cuenta con una plantilla de 40 médicos familiares distribuidas en los turnos matutino y vespertino.

## 12.2 Panorama del estado de salud

Empezaremos por reconocer que garantizar el acceso universal a una vida con salud sexual y reproductiva, segura y de buena calidad, en la que además se nos debe acreditar el acceso a todos los métodos de planificación familiar y a recibir una atención materna oportuna, puede traducir en una drástica reducción de los índices de morbi-mortalidad materno – infantil.

Estamos al tanto de que, en las últimas décadas, alrededor del globo, se han mejorado los índices de atención del evento obstétrico en los diferentes centros de salud, puesto que al parecer las estrategias de campaña han generado la demanda de dichos servicios.<sup>45, 46</sup> Todo pareciera bien hasta este punto, sin embargo, ampliando nuestra perspectiva, es necesario que reconozcamos que existen muchas investigaciones que nos dejan ver las experiencias infortunadas, de las que dan testimonio las mujeres durante el embarazo, particularmente en el momento del parto y que están generando que las alarmas suenen.<sup>47-49</sup>

Son varias las mujeres alrededor del mundo, las que sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en los centros de salud.<sup>50</sup> Este hecho se traduce en una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, mismo hecho que genera – contrariamente a lo esperado - un fenómeno de desmotivación y abandono de los servicios de salud.<sup>51</sup>

Tampoco podemos afirmar que este tipo de agresión sólo existe durante el trabajo de parto, pues está presente durante el embarazo y el puerperio, no como se ha venido planteando en otras investigaciones.<sup>44-45,47</sup>

En los informes que se levantan sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el trabajo de parto en los centros de salud, se nos ilustran las situaciones de maltrato físico, actos de humillación y/o maltrato verbal, que han sido propinados lastimeramente por personal médico y/o de enfermería.<sup>52-53</sup> Asimismo, se presume que sea más probable que aquellas mujeres que se encuentran con ciertos factores de riesgo, como lo son la edad

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(madres adolescentes), la etnia, estado civil (solteras), nivel socioeconómico bajo, inmigrantes o aquellas que están conviviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sean más susceptibles a este tipo de actos.<sup>54-61</sup> Por todo lo anteriormente citado, la evaluación de la actitud del médico familiar hacia este fenómeno, es necesaria para establecer tanto sistemas de normalización como programas para la detección y prevención de casos de violencia obstétrica.

Si consideramos que el médico familiar tiene una posición aventajada en el primer nivel de atención, entonces tendríamos que reconocer que esto le permite promocionar, apoyar y proteger a la mujer embarazada para que curse este periodo libre de actos o situaciones de violencia, por lo que no sólo son necesarios los conocimientos y las habilidades clínicas, sino también poseer una actitud conveniente para el tamizaje y solución de los casos que se presentan.

En el campo de la actitud, se ha visto que un conocimiento limitado repercute en las habilidades del clínico, desde las necesarias para preguntar sobre situaciones complejas o abstractas hasta las requeridas para actuar, esto se ha visto favorecido por ambientes laborales adversos o por la existencia de ciertas dificultades para contar con la información que se genera diariamente.

En México, se siguen suscitando a diario situaciones de violencia obstétrica que se pasan por alto, ya sea porque se decide ignorarlas o porque realmente no se cuentan con los elementos necesarios para reconocerlos, en todo caso, no se debe permitir bajo ninguna circunstancia, la tolerancia ante estos eventos, pues como se ha analizado, repercuten no solo en la salud, sino que también en el ámbito social cuando se presentan fatalidades.<sup>57-58</sup>

No contamos con estudios clínicos realizados en el primer nivel de atención que nos permitan ver cuál es la actitud del médico familiar, sólo podemos inferir de las investigaciones previas sobre situaciones de violencia, que mientras exista limitación para la obtención del conocimiento y la formación continuada, la actitud que cada clínico tome frente a la violencia obstétrica será variante.

### *12.3 Panorama de los sistemas de salud (leyes y normas)*

Hablando de un marco legal que respalde primero a la violencia de género y posteriormente a la violencia obstétrica, tendremos que hacer mención de los siguientes hechos:

En el año 1993 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclama una declaración en la que define como Violencia hacia la Mujer, “a todo acto de violencia basada en el género que puede dar como resultado daños físicos, sexuales o psicológicos a la mujer, incluyendo las amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”.<sup>59</sup>

En base al artículo I de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (“Convención de Belem Do Pará”) se define el concepto de violencia contra la mujer y también se impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres y establece en su artículo 9º que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada.<sup>60</sup>

Para 1999, la ONU en su Resolución A/RES/54/134, declara el 25 de noviembre como el Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En dicha resolución se invita a los gobiernos, organismos, órganos, fondos y programas de las Naciones Unidas, así como a otras organizaciones internacionales, a que realicen en este día actividades dirigidas a sensibilizar a la opinión pública, respecto del problema de la violencia contra la mujer.<sup>61</sup> La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), establece la obligación de los Estados miembros de adoptar las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en lo referente al acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice la atención en los servicios apropiados en relación al embarazo, parto y puerperio.<sup>62</sup> También podemos enlistar las siguientes leyes o proclamas relacionadas tanto con la violencia de género como con la violencia obstétrica:

- Convención Americana sobre los Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 1969)<sup>63</sup>
- Ley de Protección Integral a las Mujeres. Ley 26.485 en su artículo 6° (Argentina, 2009)<sup>64</sup>
- Ley 25.929 de “Parto Respetado” de aplicación nacional (Argentina), para todas las mujeres, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.<sup>65</sup>
- Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su artículo 51. (Venezuela, 2007)<sup>66</sup>
- CIDH. Acceso a servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos<sup>67</sup>

En consideración a esto, podemos enmarcar a la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género ligada a las prácticas institucionales de los sistemas de salud, en los que se violan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De esto se debe tener en cuenta el vasto marco legal internacional que identifica los derechos relacionados con la vida reproductiva:

- **Derecho a la dignidad personal:** Artículo 1, Declaración Universal de los Derechos Humanos; Artículo 11, Convención Americana sobre Derechos Humanos
- **Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de las personas:** Artículo 1, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Artículos 4,5 y 7, Convención Americana de los Derechos Humanos; Artículo 6 y 9, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Artículo 6, Convención sobre los Derechos del Niño
- **Derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes:** Artículo 5, Convención Americana sobre Derechos Humanos; Artículo 7, Pacto Internacional de Derechos

Civiles y Políticos; Artículo 37, Convención sobre los Derechos del Niño.

México tiene un retraso considerable en materia de leyes y normas que puntualicen tanto el concepto de Violencia Obstétrica como las posibles sanciones a las que se puede hacer acreedor quien se vea implicado en estos casos, con respecto a otros países de la región. A pesar de esto, tenemos el siguiente marco legal vigente en los que se introduce este concepto en las legislaciones de algunos estados de la República Mexicana, apoyados también en las siguientes Normas Oficiales:

- Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio De La Llave<sup>68</sup>
- Reglamento de la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia de Género del Estado de Oaxaca.<sup>69</sup>
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato.<sup>70</sup>
- DOF, Ley General de Acceso a la Mujer para Una Vida Libre de Violencia (modificación al artículo 6° en abril 2014)<sup>71</sup>
- NOM 007 SSA2 2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida, Publicada el 7.04.16 en el DOF.<sup>72</sup>
- NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención.<sup>73</sup>
- Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. Secretaría de Salud. 2009<sup>74</sup>

#### *12.4 Naturaleza del Problema*

Los profesionales de la salud del primer nivel de atención constituyen la piedra angular para la detección y atención de las mujeres que son víctimas de la violencia

obstétrica, aún y cuando las mujeres afectadas presenten signos y síntomas explícitos o no, el médico familiar encargado de la atención primaria a la salud, al estar en esta posición privilegiada, debe – a pesar de todo – mostrar una actitud de escucha y cuidado para con todos sus pacientes, en especial con aquellas mujeres que se encuentran en el periodo de gestación y puerperio e inclusive durante el momento del parto, pues bien sabemos que en algunas unidades - sobre todo las rurales o dependientes del programa IMSS Prospera - son ellos precisamente, los encargados de la atención del parto en muchas de las veces.

Los conocimientos y actitudes de los médicos familiares ante la violencia obstétrica no se han determinado con la precisión debida en nuestro medio. Mendez<sup>4</sup> (2003) encontró que la medición de la actitud en sus tres dimensiones, en un grupo de profesionales de la salud adscritos al IMSS del estado de Morelos, ante los casos de mujeres maltratadas que acuden al primer nivel de atención, los médicos que observaban una actitud más favorable, eran aquellos que obtenían un nivel de conocimiento medio – alto sobre el tema.

Sin embargo, el hecho de haber aplicado el mismo instrumento tanto a médicos generales como a otros especialistas, residentes y estudiantes, les resta precisión y confiabilidad dado el nivel académico entre cada uno de ellos.

En las revisiones de estudios realizados en otros países, donde se evalúa al personal de salud encargado de brindar la consulta a las mujeres violentadas en el primer nivel de atención, como lo es el médico familiar, nos muestran discrepancias en el hecho de que se ve a la violencia como que se trata de un problema meramente social, otros comunican que en sus consultas la incidencia de los casos es baja, mientras unos aseguran preguntar de forma regular sobre casos de violencia a sus pacientes, otros ni siquiera se atreven a hacerlo por diferentes índoles. Pintado Cucarella<sup>2</sup> (2015), encontró que el 64.35% de los gineco – obstetras participantes reportaron falta de información sobre el tema de violencia obstétrica y aseguraron no contar con las herramientas necesarias para hacerle frente. Rojas Loria<sup>1</sup> (2015), plantea que una actitud favorable para el abordaje hacia la violencia de género en la atención primaria, se asocia a los siguientes factores: formación y uso de recursos socio sanitarios.

Por tanto, debemos remarcar que a partir de los hallazgos encontrados en los diferentes estudios revisados, la capacitación de los médicos familiares en los temas relacionados con violencia contra la mujer, influyen en algunas actitudes y que es a partir de éstas, que se debe evaluar al personal con el fin de detectar a aquellos que requieran de estrategias educativas, pues finalmente el hecho de no conocer con precisión la actitud de los médicos familiares en nuestro medio, puede estar incidiendo en las tasas de muertes maternas prevenibles, abortos, cesáreas, depresión post parto, entre otros.

### *12.5 Distribución del Problema*

Existen algunas investigaciones en las que se han señalado que, en el ámbito médico, el nivel de competencia clínica es bajo a muy bajo, tanto en las dimensiones de conocimiento como en algunas de habilidades de los médicos familiares, pero que, pese a esto, estos profesionales de la salud tienen una actitud positiva para aprender a través de la educación médica continua, lo que genera un enriquecimiento de la competencia clínica de los médicos del primer nivel.<sup>75-76</sup>

Otros estudios señalan que la falta de capacitación sobre este tipo de temas – incluido la violencia obstétrica – son responsables de que los médicos evaluados tanto en el primer como segundo nivel de atención, muestren habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres violentadas cuando acuden a consulta.<sup>2-4</sup>

De estas mismas investigaciones se demuestra que son los médicos familiares y generales, los que muestran mayor interés en capacitarse que otros especialistas o incluso que el personal de enfermería.

### *12.6 Gravedad del Problema*

De acuerdo a lo que reporta la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, se registran aproximadamente 536,000 muertes en mujeres, por complicaciones en el

embarazo y el parto, al año, en todo el mundo.<sup>77</sup> Mientras que la Organización Panamericana de la Salud, apunta que se observan cerca de 26,000 muertes en mujeres cada año en América Latina y el Caribe, que se asocian a causas relacionadas con la gestación.<sup>78</sup> Por otro lado, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas hace referencia a un promedio de 1,500 mujeres y niñas que mueren diariamente como consecuencia de complicaciones prevenibles con el parto y el embarazo.<sup>79</sup>

Pese a que existen reportes de mujeres que han fallecido durante la labor de parto por falta de insumos materiales o presupuestales e inclusive de personal para ser atendido, aun no se han tomado las medidas necesarias para que estos sucesos no sigan ocurriendo.

En México, la Ley General no incluía la violencia obstétrica y a nivel local solamente los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz, cuentan con definiciones del concepto de violencia obstétrica en sus respectivas leyes. Pero solamente en Veracruz está tipificada como un delito, delito que impone multas que van de tres a seis años de prisión o multas de hasta 300 días de salario mínimo.<sup>68</sup> En el año 2010 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), pidió que se llevaran a cabo acciones preventivas durante el periodo de la gestación, a pesar de ello, aun no se realizan los trabajos necesarios para llevarlas a cabo.

Hay que hacer hincapié que estas acciones son esenciales para prevenir complicaciones en el periodo del postparto o puerperio. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica (ENADID 2009)<sup>80</sup>; al año siguiente, el INEGI nos da a conocer en su informe del Censo de Población y Vivienda 2010, que 7 de cada 10 mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo y que el 70% de las mujeres entre los 15-49 años, se hicieron su primera revisión en los primeros 30 días posteriores al parto, dando por sentado que 17 de cada 100 mujeres púrpas no fueron revisadas.<sup>81</sup>

Otro dato de relevancia según el INEGI, en 2010 ocurrieron 1,078 defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Por lo que el índice de mortalidad materna es de 56 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos.<sup>81</sup>

Uno de los problemas más graves implica el embarazo en mujeres adolescentes, pues son ellas – al menos así se observa en nuestro país, como en otros tantos - las que son más vulnerables en comparación con las mujeres que se encuentran al final de la vida reproductiva, esto no solo en la madurez física y mental, sino también en la formación, en la cantidad y calidad de la información que poseen.<sup>80-82</sup>

Según el Observatorio de Mortalidad Materna en México, para el año 2011 en Aguascalientes se registraron un total de 5 muertes maternas y un total de 26,983 nacidos vivos. Las causas de estas muertes maternas fueron: 1 por trastornos hipertensivos (eclampsia), 1 por hemorragia de la segunda mitad del embarazo, 1 clasificada como por otras causas directas y 2 por causas indirectas más embarazo.

Hubo otro caso de muerte materna ese mismo año catalogada como suicidio u otra causa violenta, que actualmente no se incluyen la razón de mortalidad materna. Si lo analizamos por grupos de edad, se observan que son nuevamente los extremos de la vida los más afectados, según este informe, ocurrieron 2 muertes maternas en el grupo de edad de 15 – 19 años y 3 en el de 30 – 34 años.<sup>83</sup>

A nivel nacional, para el año 2010, 97 de cada 100 mujeres embarazadas se atendían con algún médico, el 2% por una partera y el 1% restante no especificó dónde o con quien eran atendidas.<sup>75</sup>

También en dicho informe, se hace referencia a que tan solo el 50% de los nacimientos fueron realizados por cesáreas en su mayoría innecesarias<sup>78</sup>. Todas estas defunciones y prácticas pueden ser prevenidas, se puede informar y así finalmente, se podrán erradicar.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, refiere que México ocupa el 4º lugar mundial después de China, Brasil y Estados Unidos, en el uso de cesáreas sin indicación médica. En el sector público se incrementó un 33.7% y en el privado en 60.4%.<sup>84</sup>

### *12.7 Análisis de factores que pueden influir en el problema*

Una vez revisada la literatura, podemos sacar ciertas conclusiones, así llegamos a reconocer que los factores que influyen son: a) institucionales, pues se requiere de la colaboración de instituciones educativas, sociales, gubernamentales y del ámbito de la salud; b) recursos: de acuerdo a lo analizado, se advierte la existencia y el uso de los recursos sociales y en materia de salud para lograr un cambio de actitud en el personal de salud; c) capacitaciones: puesto que también se demuestra que el nivel de competencia clínica es muy variable a pesar de que se cuenta con herramientas como la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención o la NOM 007 SSA2 2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida, Publicada el 7.04.16 en el DOF<sup>72</sup>. Otros factores que también pudieran estar influyendo incluyen las jornadas laborales sobrecargadas, el síndrome de Burnout, la falta de motivación, el cansancio, por enumerar algunos.

### *12.8 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo*

Como ya hemos visto, la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres, que además es una pieza importante del puzzle de todas las causas prevenibles quizás, de las muertes maternas, que finalmente mueven la estructura social a nivel nacional y que posteriormente nos colocan como un país tercermundista a nivel internacional. A partir de las estadísticas, del análisis de la normatividad y de la información que se encuentra disponible de los artículos que se relacionan a este tema, se concluye que la violencia obstétrica sigue siendo un problema invisibilizado por las autoridades pertinentes. Según estudios, la formación se presenta como una variable explicativa de la actitud.<sup>85</sup>

Mientras otros más, plantean que los profesionales de la salud no han adquirido las herramientas suficientes para poder responder con solvencia ante casos concretos.

Esto origina falta de confianza en su competencia y en la de otros profesionales de la salud implicados en la atención de las mujeres que sufren violencia, en especial, violencia de género. Por otro lado, en los centros de atención a la salud – tanto públicos como privados – se siguen desempeñando actos médicos no del todo comprendidos por las pacientes, lo que genera en muchas ocasiones implicaciones legales por ser considerados como actos constitutivos de violencia.<sup>86-87</sup> Por lo que podemos decir que no sólo es importante tener el conocimiento médico, sino que toma igual importancia conocer las Leyes promulgadas que sancionan dichos actos, puesto que la ignorancia de la Ley no excusa de su incumplimiento.

Si nos cuestionamos entonces el por qué es importante conocer sobre este tema, tenemos que tener en cuenta lo que ya hemos venido comentando:

- Cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles con el embarazo, parto o puerperio.<sup>88</sup>
- El 99% de las muertes ocurren en países en vías de desarrollo – incluido México – <sup>88</sup>
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede ayudar a salvarles la vida a estas mujeres
- En México, la CONAMED que es el órgano que vigila el actuar médico, comunicó que para el periodo 2002 – 2009 se interpusieron 623 quejas hacia médicos familiares y 1,353 hacia gineco – obstetras.
- También en México, a través de la página oficial de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se encontró que en el periodo 2015-2017, este órgano emitió 15 recomendaciones contra gobiernos estatales relacionadas con violencia obstétrica.

Mientras que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico indicó que la violencia institucional entendida como las actitudes de discriminación, maltrato físico o psicológico y/o abandono, que ejercen los profesionales de la salud contra las mujeres en su atención obstétrica, es un factor de riesgo considerable para una muerte materna. Por esto, debemos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tener a bien saber, que la gravedad de la violencia obstétrica, aunado a los casos de violación de los derechos humanos, puede desencadenar en la muerte materna o del recién nacido, ya sea por la falta de atención oportuna (antes, durante o después del parto) o por las omisiones por parte del personal de salud.

### *12.9 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema*

Para Souza-Pereira (2016) en su estudio “violência obstétrica: ofensa à dignidad humana”, una expresión de violencia obstétrica es utilizada para describir e incluir innumerables acciones, tanto los malos tratos físicos, psicológicos y verbales, como procedimientos innecesarios e invasivos. El objetivo de su estudio fue esclarecer las variedades de presentación de violencia obstétrica, abordar los principios bioéticos violados, así como la violación de los derechos de las mujeres. Esto mediante una revisión sistemática por medio de las plataformas y descriptores de salud, cruzando información, encontraron diferentes formas de manifestación de violencia obstétrica – física, mental o sexual- Concluyendo que son varias las actitudes de los profesionales de la salud que devalúan la dignidad de la mujer durante el trabajo de parto. Asimismo, plantean que las actitudes deben ser revisadas y penalizadas a fin de buscar excelencia en la prestación de los servicios de salud y el valor de la dignidad humana.<sup>6</sup>

Pintado Cucarella y colaboradores (2015) publicaron un estudio denominado “Síndrome de Desgaste Profesional en médicos y Percepción de la Violencia Obstétrica”, comentan que la violencia obstétrica está relacionada con la violación de los derechos reproductivos de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y que se ha relacionado con la falta de empatía y malestar emocional del profesional médico.

Realizaron un estudio transversal en 29 médicos gineco-obstetras, por medio de un cuestionario de percepción profesional, el Burnout Inventory de Maslach y la escala de

empathía médica de Jefferson. De su investigación encontraron que el 64.35% de los participantes reportaron falta de información sobre violencia obstétrica y no contar con las herramientas necesarias para hacerle frente.<sup>2</sup>

Méndez – Hernández et cols (2003), realizaron un estudio titulado “Violencia contra la Mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México”, en el cual se propusieron evaluar la actitud cognoscitiva, conductual y afectiva del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el estado de Morelos, sobre la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acudían a la consulta. Para ello, se realizó un estudio transversal, en el que participaron 269 médicos generales, especialistas, residentes y estudiantes, mediante un cuestionario autoaplicable que evaluaba el nivel de conocimiento sobre la violencia doméstica y la actitud del personal médico hacia la atención en la consulta, de las mujeres maltratadas. En los resultados, el 90% de los encuestados refirió que nunca recibió una capacitación en violencia contra la mujer. En lo referente a la actitud afectiva y cognoscitiva, aquellos que contaban con capacitación sobre el tema, fue más favorable hacia identificar y atender a las mujeres maltratadas que llegaban a la consulta, que coincidió con aquellos médicos que obtuvieron un nivel medio alto de conocimientos. En conclusión, el personal evaluado mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente a las mujeres agredidas que llegaban a su consulta.<sup>4</sup>

Tras el análisis de la literatura podemos observar que el fenómeno de la violencia obstétrica se ha polarizado, esto es, se ha estudiado desde la perspectiva de la paciente o de los médicos obstetras, pues a decir los estudios, se ha considerado como un hecho que se presenta en la sala de parto. Sin embargo, los mismos estudios y definiciones, nos dejan en claro que la violencia obstétrica abarca más que sólo el parto, abarca el periodo antes y después del mismo.

El estado del arte hasta este momento, nos muestra el nivel del conocimiento en médicos obstetras y de forma indirecta del personal de enfermería. Los estudios que se han realizado en el primer nivel de atención, demuestran que este tema es pobremente reconocido y que debiera estudiarse más a fondo.

### *12.10 Descripción del tipo de información que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema*

Con esta investigación lo que se pretende es conocer qué actitud tienen los médicos familiares ante los casos de violencia obstétrica en la UMF 1 del IMSS, de manera tal, que la información obtenida pueda ser utilizada para mejorar la asistencia a las mujeres víctimas de este tipo de violencia de género, de igual manera que se espera que el médico familiar reconozca sus debilidades en su actuar diario, que pudieran estar siendo tipificadas como situaciones de violencia obstétrica.

Pues de acuerdo a los datos obtenidos de las investigaciones realizadas, la percepción del médico familiar es que no cuentan con la información o el tiempo necesarios para indagar, reconocer y afrontar estas situaciones.

Por ello, se pretende que la información que se puede obtener de esta investigación nos permita reflexionar cómo influye la actitud que toma el médico familiar sobre la situación actual de violencia hacia la mujer en periodo de gestación o posterior a éste, para así sembrar un precedente con la finalidad de sentar una base para que en un futuro se realice una estrategia para mejorar la calidad en la atención de la mujer gestante y/o puérpera o bien, que proporcione herramientas para elaborar guías de actuación que nos permitan incidir en las tasas de mortalidad materna, sobre todo, en las muertes prevenibles.

## **13 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿CUÁL ES LA ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA UMF 1 AGUASCALIENTES?**

## **14 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la actitud que tienen sobre la violencia obstétrica, los médicos familiares en el primer nivel de atención, de la unidad de medicina familiar número 1 de la Delegación Aguascalientes del IMSS

### **14.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la actitud cognoscitiva de los médicos familiares sobre el tema de la violencia obstétrica
2. Determinar la actitud afectiva del médico familiar respecto de su capacidad para identificar y canalizar los casos de violencia obstétrica
3. Conocer la actitud conductual del médico familiar, ante los casos de las mujeres embarazadas o que se encuentran en el periodo de puerperio, que son maltratadas

## **15 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

La falta de formación y las actitudes de los médicos familiares de la UMF 1 pueden constituir una barrera para la detección y manejo de la violencia obstétrica

## **16 MATERIAL Y MÉTODOS**

### **16.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizará un estudio descriptivo y transversal

## *16.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:*

Lo constituyen los médicos que se encuentran en el primer nivel de atención, adscritos a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

## *16.3 UNIVERSO DE TRABAJO:*

Todos los Médicos Familiares que se encuentren trabajando dentro de la jornada matutina y vespertina, de la UMF 1 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

## *16.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:*

Médico Familiar, asignado a algún consultorio de la unidad de medicina familiar número 1, de la Delegación IMSS Aguascalientes.

## *16.5 TIPO DE MUESTREO:*

Censal

## *16.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA:*

40 médicos familiares

## *16.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN:*

- Criterios de inclusión:
  - Médicos adscritos a consulta en Medicina Familiar en la UMF 1
  - Aquellos médicos familiares que den su autorización mediante la firma del consentimiento informado

- Médicos familiares con participación voluntaria sin ningún incentivo financiero o similar
- Criterios de no inclusión:
  - Aquellos médicos que no sean especialistas en medicina familiar
- Criterios de eliminación:
  - consentimiento informado mal requisitado
  - cuestionarios que no tengan al menos el 80% de los ítems del instrumento aplicado

#### *16.8 INSTRUMENTALIZACIÓN.*

La información se recogerá mediante un cuestionario autoadministrado que se entregará personalmente a la totalidad de la población de estudio en un único envío. Junto con el cuestionario se facilitará la información sobre los objetivos del proyecto, las instrucciones para cumplimentar el instrumento, se dejará en claro el carácter de confidencialidad y anonimato, así como la importancia de su participación, indicando el teléfono de una persona de contacto para solicitar mayor información si fuera preciso. El cuestionario fue diseñado por Herrero y modificado por las autoras de esta investigación. El cuestionario completo se presenta en Anexo B.

#### *16.9 VARIABLES A ESTUDIO*

El cuestionario está estructurado en 6 secciones, que nos permiten realizar el análisis de conocimientos, actitudes y actuaciones de los médicos familiares frente a la violencia obstétrica (VO). Se trata de un estudio descriptivo-transversal, cuyo objeto de estudio son

los médicos familiares que laboran en el primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Delegación Aguascalientes. Se determinaron los médicos de familia que trabajaban en Atención Primaria de la UMF 1, a fecha 31 de diciembre 2016, a partir de los datos facilitados por el Servicio de Recursos Humanos de la misma unidad. La población que se tomó en cuenta fue al 100% de su planilla independientemente del turno laboral. Se realizó un muestreo censal y un tamaño de muestra de 40 médicos familiares. Se utilizó el cuestionario que se había diseñado y utilizado para una investigación previa<sup>27</sup> por Herrero S. en 2011, al cual se le hicieron modificaciones dirigidas a la consecución de los objetivos de nuestro estudio. Nuestro cuestionario es un instrumento dividido en seis secciones que miden datos profesionales y sociodemográficos, actitudes, uso de recursos socio-sanitarios, conocimientos y formación y casos de violencia obstétrica atendidos en la consulta del primer nivel de atención. De esta manera, se procede a detallar cada una de las secciones que lo conforman.

1. **Primera sección:** Datos profesionales y sociodemográficos. (tabla 1).

1.1. Datos profesionales: turno laboral, certificación en medicina familiar, miembro del colegio del colegio aguascalentense de médicos familiares, años de antigüedad en el IMSS

1.2. Datos sociodemográficos: Edad, sexo y estado civil.

1. EDAD		2. SEXO		3. ESTADO CIVIL	
< 30 años		Femenino	Masculino	Soltero	Casado
30 – 50 años				Viudo	Divorciado
>50 años				Unión libre	
4. TURNO LABORAL		5. CUENTA CON CERTIFICACION EXPEDIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION EN MEDICINA FAMILIAR			
Matutino	Vespertino	SI NO			
6. ES MIEMBRO DEL COLEGIO AGUASCALENTENSE DE MÉDICOS FAMILIARES			7. ANTIGÜEDAD EN EL IMSS		
SI NO			Menos 5 años 5 – 10 años Más de 10 años		

Tabla 1. Cuestionario. Datos sociodemográficos. Modificado de Herrero. 2011

2. **Segunda sección:** Actitudes.

Considera la actitud – en sus tres dimensiones – que toma el médico familiar frente a la violencia obstétrica. Está constituida por una escala de actitudes de 30 preguntas repartidas en tres dimensiones y que se encuentran representadas en cinco de las seis secciones que conforman el instrumento de trabajo (tabla 2). Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert (donde la opción 1 denota el talante más negativo y la 5, el más positivo de cara al abordaje de la violencia obstétrica en la consulta médica). Se conseguirá una puntuación total que indicará la actitud global del médico ante la violencia obstétrica (viene determinada por la media de puntuación dada a las 30 preguntas).

La actitud particular para cada dimensión corresponde a la media de puntuación dada a las preguntas que la forman. Una puntuación global mayor de 3 estima que el médico tiene una actitud positiva hacia el manejo de la violencia obstétrica en la consulta. Las cuestiones planteadas puntúan:

- totalmente de acuerdo (5)
- De acuerdo (4)
- Ni de acuerdo/ ni desacuerdo (3)
- Desacuerdo (2)
- Total desacuerdo (1)

Excepto en las siguientes dimensiones:

**DIMENSIONES**

- D1. 2. Como problema propio del 2º nivel de atención**
- D1. 3. Como problema exclusivo de la sala parto**
- D2. 7. La VO es asunto del gineco – obstetra**
- D3.10. Se debe actuar solo cuando la paciente lo solicite**
- D3.11. Sólo se le informa a la paciente y se deriva a los servicios especializados**

Cuadro 1. Dimensiones con valoración inversa en la puntuación de la escala de Likert

Cuya puntuación es inversa, dado que la mínima presencia de la variable denota la actitud más positiva:

- totalmente de acuerdo (1)

- De acuerdo (2)
- Ni de acuerdo/ ni desacuerdo (3)
- Desacuerdo (4)
- Total desacuerdo (5)

<b>ESCALA DE ACTITUDES</b>	
<b>DIMENSIONES</b>	<b>ÍTEMS/PREGUNTAS</b>
<p><b>D1</b> Actitud cognitiva del Médico Familiar ante situaciones de VO</p>	<p>11. Sólo se le informa a la paciente y se deriva a los servicios especializados</p> <p>12. No pregunto por las implicaciones judiciales que conllevan posteriormente estos casos</p> <p>14. El problema de la VO es asunto del gineco-obstetra</p> <p>15. Antes que ayudar, el médico familiar se debe de capacitar sobre el tema de la VO</p> <p>23. Ante una paciente que acude a consulta en la semana 30 de gestación, que se queja de que no la recibieron en la consulta de obstetricia, inicio CPN e informo al director de la UMF</p> <p>24. Si la paciente acude en puerperio tardío a la consulta y refiere que le dicen que es “una inútil” o “una mala madre” porque no puede amamantar a su recién nacido, Ud. la envía a EMI para técnicas de lactancia e informa a trabajo social</p> <p>25. Valora el riesgo de depresión post parto</p> <p>26. Factores de riesgo para la violencia obstétrica</p> <p>27. Su capacidad para identificar, tratar y orientar a una paciente víctima de VO</p> <p>28. Formación recibida en VO</p> <p>29. La necesidad de recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de VO</p> <p><i>Ver secciones 2, 4 y 5 del cuestionario</i></p>

<b>D2</b>	Actitud afectiva del Médico Familiar ante situaciones de VO	8. La VO es un problema meramente social 9. La VO se presenta sólo en el segundo nivel de atención 10. La VO se ve sólo en la sala de parto 16. El médico familiar debe estar alerta ante los factores de riesgo para presentar VO <i>Ver sección dos del cuestionario</i>
<b>D3</b>	Actitud conductual del médico familiar ante situaciones de VO	Derivación a recursos socio – sanitarios 13, 17, 18, 19, 20 21, 22, 23, 30 <i>Ver secciones 2, 3, 4 y 6 del cuestionario</i>

Tabla 2. Escala de actitudes de los médicos de familia frente a la violencia obstétrica. Modificado de: Herrero S. 2011.

3. **Tercera sección:** Derivación a recursos socio-sanitarios.

Una vez que se ha establecido que existe violencia de Obstétrica, se indaga acerca de la derivación a otras instancias implicadas en la atención a las víctimas mediante una pregunta con 5 opciones de respuesta tipo Likert donde 1 es la mínima presencia de la variable y 5 la máxima y, también de esta manera se evalúa la actitud conductual del médico tratante (tabla 3).

19. A trabajo social	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
20. A hospital	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
21. A psicología	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
22. A asociaciones de víctimas de VO y/o VG	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo

Tabla 3. Cuestionario. Derivación a recursos socio-sanitarios y valoración de la respuesta obtenida. Modificado de: Herrero S. 2011.

4. **Cuarta sección:** conocimientos y conducta de los médicos familiares en la consulta externa ante situaciones de violencia obstétrica

En esta sección se explora sobre los conocimientos frente a la violencia obstétrica en el qué hacer diario del médico familiar, por medio de cuatro situaciones (ver tabla 4). El grado de conocimientos se calcula mediante el porcentaje de preguntas correctamente contestadas.

4.1. Plantea una situación ante parto (ítem 23)

4.2. Plantea dos situaciones post parto (ítems 24 y 25)

En ambas cuestiones se le plantea al encuestado sobre su forma de actuar. Se incluyó, además, una pregunta que valoraba el conocimiento de los factores de riesgo. Se solicitaba elegir una opción de entre 3 respuestas posibles.

4.3. Indaga sobre su conocimiento acerca de los factores de riesgo más asociados a la violencia obstétrica, de los cuales, sólo una es la respuesta correcta. (Ítem 26)

23. Ante una paciente que acude a consulta en la semana 30 de gestación, que se queja de que no la recibieron en la consulta de obstetricia, inicio CPN e informo al director de la UMF	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
24. Si la paciente acude en puerperio tardío a la consulta y refiere que le dicen que es “una inútil” o “una mala madre” porque no puede amamantar a su recién nacido, Ud. la envía a EMI para técnicas de lactancia e informa a trabajo social	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
25. Valora el riesgo de depresión post parto	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
26. Los siguientes son factores de riesgo para VO, <u>por favor señale con un circulo</u> la que más vemos ligada a este problema son: a. el bajo nivel socioeconómico, primigesta, madres adolescentes, pobre escolaridad b. multigestas, antecedente de familiar víctima de violencia c. un marido alcohólico					

Tabla 4. Cuestionario. Conocimientos y conducta de los médicos familiares en la consulta externa ante situaciones de violencia obstétrica Modificado de: Herrero S. 2011.

5. **Quinta sección:** capacitación y formación del profesional en medicina familiar

Pretende averiguar hasta qué punto el médico se considerada capacitado para manejar la violencia obstétrica en su área de trabajo, así como la necesidad de recibir instrucción o formación, mediante tres preguntas con 5 opciones de respuesta tipo Likert donde 1 es la opción mínima y 5 la máxima (tabla 5).

27. Su capacidad para identificar, tratar y orientar a una paciente víctima de VO:	5	4	3	2	1
28. Su formación recibida sobre VO, es:	5	4	3	2	1
29. La necesidad de recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de VO, es:	5	4	3	2	1

Tabla 5. Cuestionario. Capacitación y formación del profesional en medicina familiar. Modificado de: Herrero S. 2011.

6. **Sexta sección:** Actuación frente al problema de violencia obstétrica en la consulta de medicina familiar.

En esta sección se indaga sobre la frecuencia con la que el clínico pregunta por la existencia de violencia obstétrica a las pacientes, mediante una pregunta con 5 opciones de respuesta tipo Likert donde 1 es la opción de mayor frecuencia y 5 la de menor (ver tabla 6). La totalidad de las variables se recogen en el cuestionario presentado en el anexo B.

ítem 30

<input type="radio"/> Siempre	<input type="radio"/> Casi siempre	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Nunca
-------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

Tabla 6. Cuestionario. Frecuencia con la que los médicos familiares preguntan a sus pacientes por VO. Modificado de: Herrero S. 2011.

16.10 Adaptación del cuestionario y estudio piloto

Se modificó el cuestionario (Herrero, 2011) con la finalidad de adaptarlo a la población de médicos familiares que laboran en la UMF 1 y a los objetivos de nuestro estudio ya que en nuestro caso la investigación pretendía estudiar fenómenos relacionados con la

violencia obstétrica y no sobre la violencia doméstica como en el estudio de Herrero. Los cambios realizados se encuentran contenidos en la *Tabla 7*.

MODIFICACIONES	
Cuestionario de Herrero	Instrumento de estudio
Provincia de trabajo	Primer nivel de atención UMF1 (Área de la Salud)
Hacer guardias: si/no	No aplica en nuestro estudio, pues los médicos encuestados laboran en turnos matutino o vespertino
Malos Tratos (MT) Violencia doméstica (VD)	Violencia obstétrica (VO)
Agresor: Pareja/ ex pareja Hijo/a Padre Madre Otro (especificar):	Se suprimen estos ítems
	Se introducen: Casos sobre situaciones de VO en el embarazo y en el post parto Valoración de depresión post parto

*Tabla 7. Modificaciones realizadas al cuestionario de Herrero. Fuente: elaboración propia*

### 16.11 PILOTAJE DEL CUESTIONARIO.

Se llevó a cabo entre médicos residentes de medicina familiar y médicos de base adscritos en el primer nivel de atención, en el Hospital Rural Prospera Número 12 de la Delegación del IMSS Zacatecas. Se contempló una población de 10 profesionales, elegidos por accesibilidad a los investigadores. Se les solicitó cumplimentar el cuestionario e indicar el tiempo invertido en la realización del mismo, así como comentarios y observaciones que consideraran oportunos sobre la comprensión de las preguntas. El tiempo medio invertido fue de 15 minutos. No hubo dificultades en la comprensión de las preguntas y las respuestas fueron coherentes.

## 17 LOGÍSTICA

Se solicitó el permiso pertinente a la directora de la Unidad de Medicina Familiar número 1, junto con los delegados sindicales para la aplicación del instrumento de trabajo

elaborado para esta investigación, estableciéndose los tiempos adecuados para no interferir con las actividades de los médicos familiares.

Se les informó del proyecto de investigación, mediante una entrevista previa en la cual se darán a conocer los objetivos y la justificación para la realización de este estudio. Posteriormente se les hará la invitación para participar y aquellos médicos que acepten hacerlo, se les otorgará una carta de consentimiento informado que deberán leer y firmar.

Una vez firmada dicha carta, se les entregará un cuestionario para evaluar la actitud del médico familiar frente a la violencia obstétrica, asegurándose de que el entrevistado entienda correctamente cada uno de los ítems. Posteriormente, se recolectarán cada uno de los cuestionarios para ingresarlos en una base de datos para su análisis estadístico.

## **18 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se abordó al médico familiar y se les explicó sobre el trabajo de tesis a desarrollar, para lo cual se les aplicó una encuesta basado en el cuestionario utilizado por Herrero, con las modificaciones dirigidas según los objetivos de nuestro estudio (Ver Anexo B).

Se le expuso en qué consistía la encuesta, se les dio a conocer la carta de consentimiento informado y se le pidió firmar si estuvieron de acuerdo en participar y tras esto, se aplicó el instrumento. Este cuestionario (Herrero 2011), consta de seis secciones en las que se evalúan y miden datos profesionales y sociodemográficos, actitudes, uso de recursos socio-sanitarios, conocimientos y formación y casos de violencia de género atendido en la consulta de atención primaria. Este instrumento fue evaluado con intervalo de confianza del 95%. La consistencia interna de cada una de las escalas se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. También se calculó en cada una de ellas, la correlación entre la puntuación de cada pregunta y la suma de las puntuaciones del resto de preguntas de la escala correspondiente, mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

La relación entre las diferentes variables categóricas fue analizada por medio de la Chi cuadrada y la relación de las variables categóricas con las continuas, mediante la “T” de Student. Todo esto tuvo un nivel de significación asumido de 0.05.

Entonces, respecto a la fiabilidad y validez de su constructo, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86%. Los coeficientes de correlación entre cada pregunta y la puntuación total de su escala fueron superiores a 0.50 en 21 preguntas y en el resto no fueron menores de 0.34.

## **19 PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Una vez que se obtuvieron todos los cuestionarios, se concentró toda la información en una matriz de datos en el programa Excel, para posteriormente continuar con el análisis estadístico, el cual se elaboró en el programa SPSS versión 21.0 para Windows. Se realizó un análisis univariado por medio de la estadística descriptiva, estimando medias, porcentajes, máximos, mínimos y desviaciones de las variables de interés. Posteriormente, se efectuó el análisis bivariado utilizando la prueba de Chi cuadrada.

## **20 ASPECTOS ÉTICOS**

De acuerdo con el “Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud” de la Ley General de Salud, el trabajo de investigación fue realizado según lo estipulado en el Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en seres Humanos”, Capítulo I, que asienta:

*“Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”.*

De acuerdo a dicho reglamento, se considera el presente trabajo de investigación como un proyecto sin riesgo para el objeto de estudio, en este caso, los médicos familiares que laboran en la unidad de medicina familiar número 1 de la Delegación Aguascalientes del IMSS, según lo estipulado en su artículo número 17 párrafo primero, que decreta:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

De igual manera, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas, para guiar a los médicos a la investigación biomédica, donde participan seres humanos, contenida en la Declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial de Hong Kong en septiembre de 1989 y Edimburgo en octubre del 2000, así como en la nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la Asamblea Médica Mundial en 2002.

Aunado a lo anterior, se contó con el consentimiento informado firmado por parte del participante en el desarrollo de esta investigación (ver anexo A).

## **21 RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

**Recursos:** se requirió para la elaboración de esta investigación, insumos básicos como hojas de papel, lápices, plumas, computadora, impresora, fotocopias, programas estadísticos, entre otros.

**Financiamiento:** para la elaboración del protocolo de investigación, la adaptación y aplicación del instrumento, la recolección de la información, su procesamiento y análisis estadístico, se tuvo previsto un presupuesto de \$1,500.00.

**Factibilidad:** todos los recursos tanto humanos como materiales se encontraron disponibles y al alcance de esta investigación. Los médicos emplazados fueron visitados en su área de trabajo, en un horario preestablecido que no afectó su carga laboral; se explicó sobre este proyecto de investigación. Aquellos que aceptaron participar, se les otorgó una carta de consentimiento informado la cual firmaron, y al canje del mismo, se les entregó un cuestionario autoaplicable.

## 22 RESULTADOS

De los 40 cuestionarios contestados, sólo 36 cuestionarios se encuentran debidamente cumplimentados y 4 instrumentos se eliminaron del análisis de resultados, dado que no obedecían a los criterios de inclusión. Por lo tanto, el análisis se realizó sobre los 36 cuestionarios que sí cumplían con los requisitos para la elaboración de esta investigación.

Respecto a la fiabilidad del cuestionario y validez del constructo, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.86% para el total del cuestionario. El promedio de los coeficientes de correlación entre cada pregunta y la puntuación total de su escala en el límite superior fue de 0.905% y como límite inferior 0.749%.

### 22.1 *Análisis de la Representatividad de la Población*

Se valoró la representatividad de la población respuesta con respecto al Universo de trabajo compuesto por los 40 médicos que componen la plantilla de trabajo de la UMF 1 del IMSS Aguascalientes, a través de los 36 médicos participantes, en función de los 7 aspectos de rasgos socio – demográficos que se indagaron en el instrumento de trabajo, información que fue otorgada por cada médico entrevistado, a recordar:

- Edad
- Género
- Antigüedad laboral
- Estado Civil
- Turno laboral
- Certificación en Medicina Familiar, expedida por el Consejo Mexicano de Medicina Familiar
- Ser miembro del Colegio Aguascalentense de Medicina Familiar

Igualmente, es importante mencionar que no se encontraron diferencias estadísticas significativas para cada grupo ( $P > 0.05$ ) respecto a cualquiera de las características, entre la población que respondió durante el emplazamiento. La Tabla 8 expresa la información encontrada de los aspectos socio – demográficos, referentes a la población que respondió.

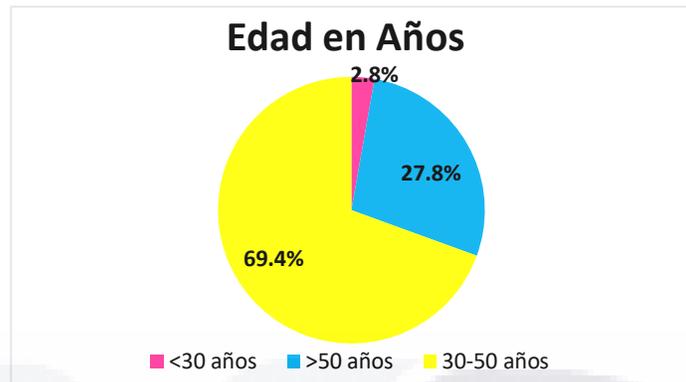
<b>Tabla 8. Datos Socio - demográficos</b>			
<b>Edad en años</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos <30 años	1	2.8	2.8
>50 años	10	27.8	27.8
30-50 años	25	69.4	69.4
Total	36	100.0	100.0
<b>Género</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Femenino	23	63.9	63.9
Masculino	13	36.1	36.1
Total	36	100.0	100.0
<b>Estado Civil</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Casado	19	52.8	52.8
Divorciado	3	8.3	8.3
Soltero	13	36.1	36.1
Unión Libre	1	2.8	2.8
Total	36	100.0	100.0

Continúa Tabla 8....

<b>Turno Laboral</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos Matutino	18	50.0	50.0
Vespertino	18	50.0	50.0
Total	36	100.0	100.0
<b>Años laborados en el IMSS</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos <5 años	3	8.3	8.3
>10 años	21	58.3	58.3
5-10 años	12	33.3	33.3
Total	36	100.0	100.0
<b>Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Familiar</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos No	23	63.9	63.9
Sí	13	36.1	36.1
Total	36	100.0	100.0
<b>Miembro del Colegio Aguascalentense de Medicina Familiar</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos No	24	66.7	66.7
Sí	12	33.3	33.3
Total	36	100.0	100.0

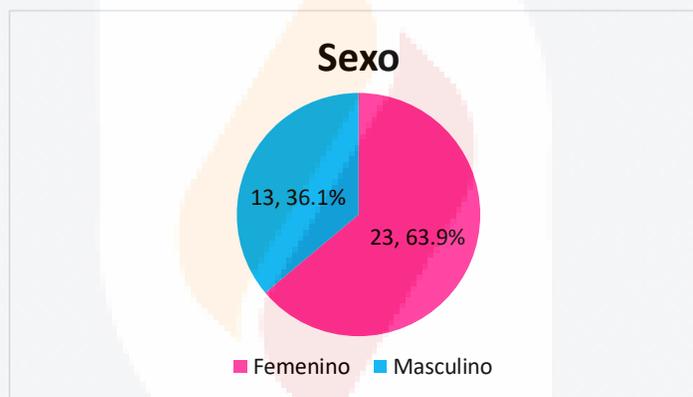
Tabla 8. Aspectos socio – demográficos de la población estudiada

Respecto a las características sociodemográficas, el promedio se encuentra en el rango de 30 a 50 años (69.4%).



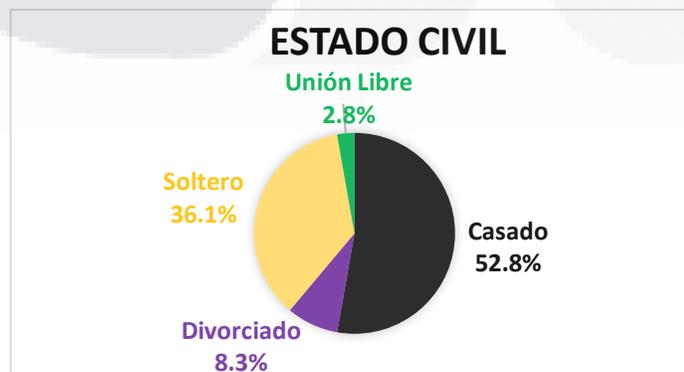
Gráfica 1. Datos socio-demográficos. Edad en años.

Continuando con los datos del primer apartado, se encontró que 23 son mujeres (63.9%) y 13 son varones (36.1%). (Ver gráfica 2).



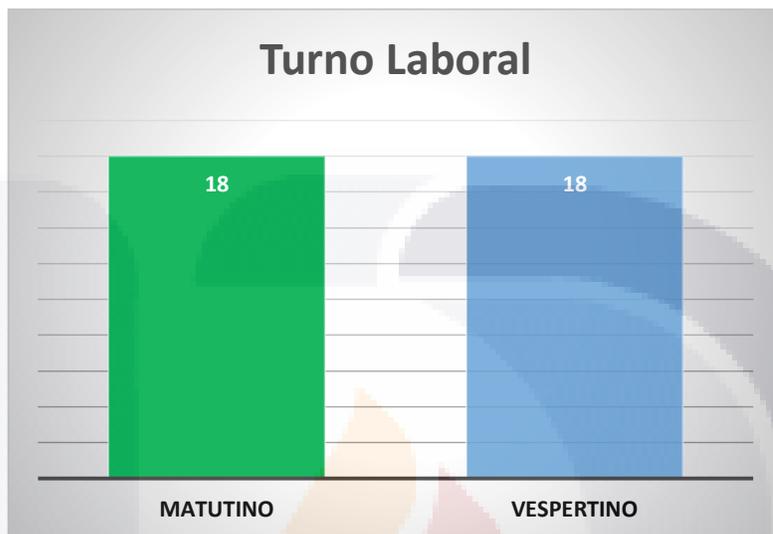
Gráfica 2. Datos socio-demográficos. Sexo.

En lo referente a su estado civil, están casados en su mayoría (52.8%). (Ver gráfica 3).



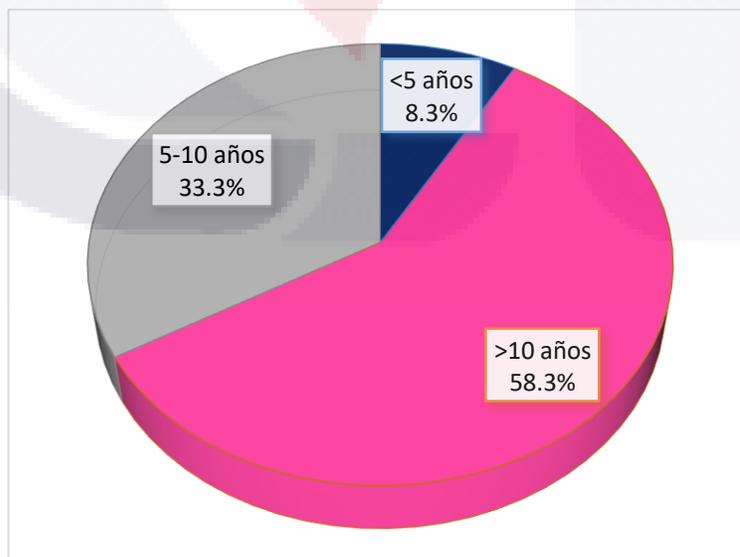
Gráfica 3. Datos socio-demográficos. Distribución de frecuencias por Estado Civil.

Por otro lado, si se analiza desde el punto de vista del turno laboral (ver gráfica 4), observamos que se tuvo una igual participación tanto del turno matutino como del vespertino (50% para ambos casos).



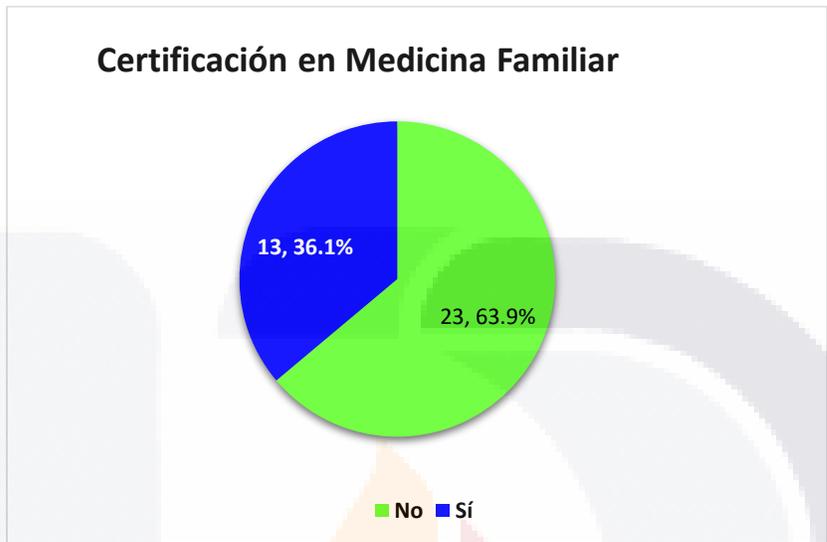
Gráfica 4. Distribución de frecuencias de acuerdo al turno de jornada laboral.

El 58.3% de los entrevistados durante el desarrollo de esta investigación, tienen 10 o más años de antigüedad laborando en el IMSS.



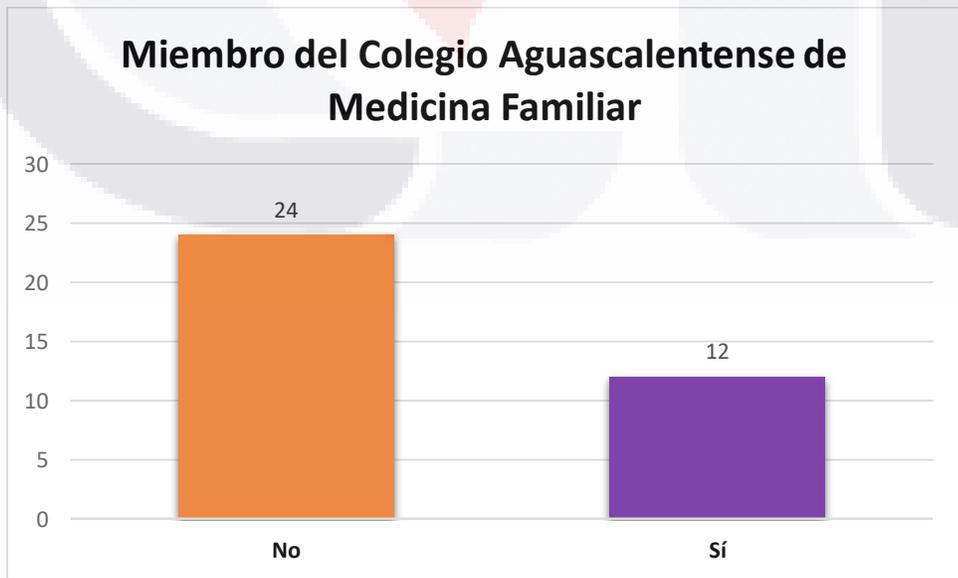
Gráfica 5. Porcentaje representativo de la antigüedad en el IMSS.

En su currícula profesional, 13 del total de los médicos participantes se encuentran certificados por el Colegio Mexicano de Medicina Familiar (36.1%)



Gráfica 6. Médicos familiares que cuentan con Certificación del Consejo Mexicano de Medicina Familiar.

Para finalizar el primer bloque, de los profesionales de la salud entrevistados, sólo 12 pertenecen al Colegio Aguascalentense de Medicina Familiar.



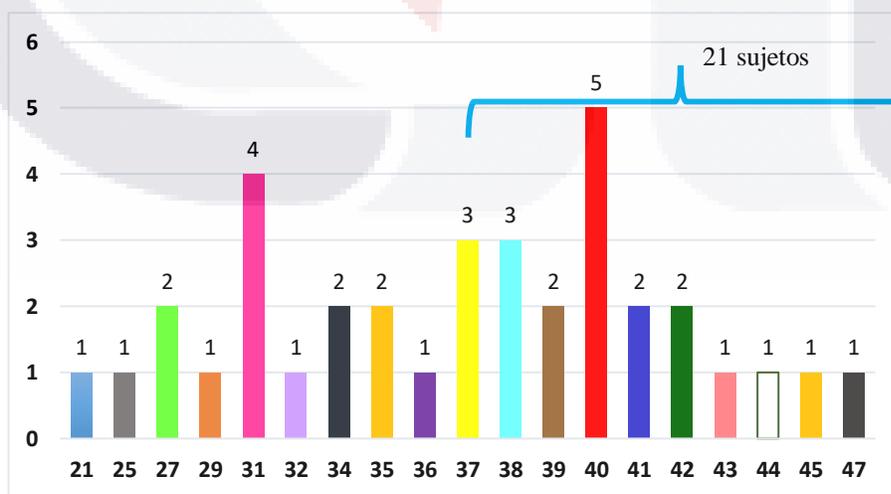
Gráfica 7. Médicos familiares miembros del Colegio Aguascalentense de Medicina Familiar

22.2 *Análisis de los Resultados Inherentes a la Actitud*

Los resultados referentes a la actitud, se presentan de forma global y posteriormente por cada sección.

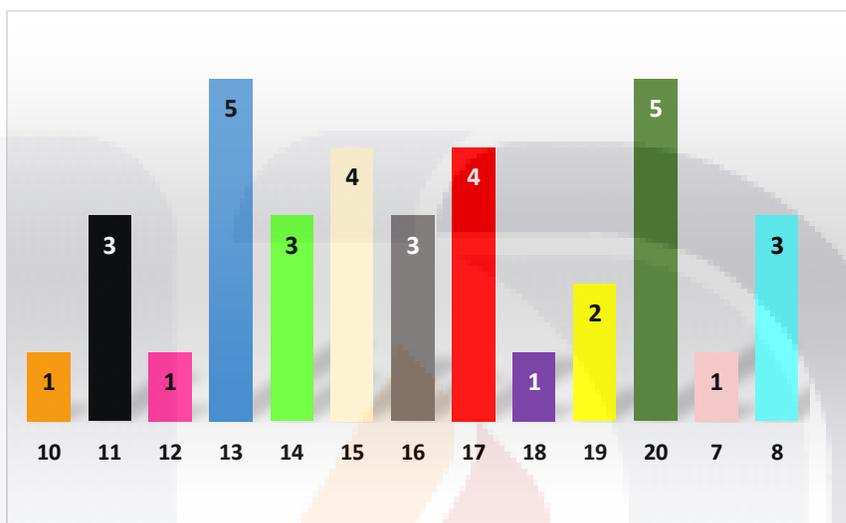
Partiendo del concepto de Actitud propuesto por Allport en 1935, en el que se designa a ésta como “una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia sobre las reacciones del individuo, respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le corresponden.” La actitud global que presentan los médicos emplazados en el total de la escala fue de 78.94 puntos (IC 95%, 108-45), dentro de la baremación de la misma escala, los mismos médicos obtuvieron una calificación media de 72.42 (IC 95%, 98.55-46.29). Sólo 11 de los 36 médicos emplazados, calificaron con más del 80% de respuestas correctas, lo cual corresponde al 30.7% de los mismos.

En cuanto a la evaluación de la actitud cognitiva, el corte se realizó en 37 puntos, presentando esta cantidad – 37 puntos o más – 21 personas, lo que corresponde al 58.5% (gráfica 8), del total de los médicos estudiados, lo que significa que más del 50% tienen un buen conocimiento acerca de la violencia obstétrica.



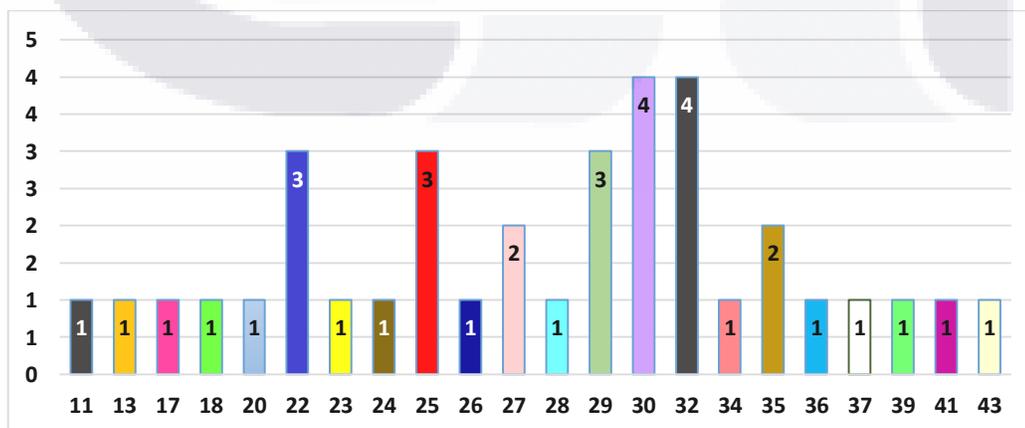
Gráfica 8. Distribución del puntaje obtenido por los sujetos de estudio, en la D1 (actitud cognitiva).  
D1, dimensión 1-- actitud cognitiva

En cuanto a la actitud afectiva, el corte se hizo en 16 puntos (gráfica 9), de acuerdo a la baremación de la escala en esta dimensión; en esta dimensión, se evalúa lo que el médico familiar siente sobre la Violencia Obstétrica. De este análisis, se observó que de los 36 encuestados, 15 tienen una actitud favorable.



Gráfica 9. Distribución del puntaje obtenido por los sujetos de estudio, en la D2 (actitud afectiva).  
D2, dimensión 2-- actitud afectiva

La actitud conductual, que corresponde a habilidades para identificar casos, manejarlos y dar información sobre este tema (gráfica 10), sólo 5 de los participantes – que corresponde al 15.8% - muestran tener las herramientas necesarias para hacer frente a este fenómeno.



Gráfica 10. Distribución del puntaje obtenido por los sujetos de estudio, en la D3 (actitud conductual).  
D2, dimensión 2-- actitud afectiva

Aunque no es el objetivo del estudio, se sacó la relación por medio de tablas de contingencia y Chi cuadrada, entre edad, certificación contra la actitud global y ninguna de estas, tuvo significancia estadística. Al realizar el mismo tratamiento estadístico con las variables del sexo contra la actitud global y el sexo contra el puntaje global de conocimiento, se obtienen los resultados que se muestran en la tabla 9, aquí podemos observar la brecha que se abre entre ambos sexos, demostrándose que si bien, globalmente no hay mucha significancia estadística, sí lo hay al momento de demostrar el conocimiento ( $P < 0.020$ ), siendo las mujeres, las que obtienen las notas más altas (la máxima puntuación 108 puntos), mientras que los hombres.

	TOTAL	HOMBRE	MUJER	P
<b>Actitud Global</b>	78.94 (45-108)	71.69 (45-94)	83.04 (53-108)	0.002
<b>Actitud Cognitiva</b>	36.30 (21-47)	33.30 (21-42)	38.00 (27-47)	0.020
<b>Actitud Afectiva</b>	14.58 (7-20)	13.69 (7-20)	15.08 (8-20)	0.030
<b>Actitud Conductual</b>	28.05 (11-43)	24.69 (11-36)	29.95 (13-43)	0.035

Tabla 9. Valoración de la Actitud

### 22.3 Análisis de la Tercera Sección. Derivación a los recursos socio – sanitarios

Tras la identificación de algún caso de violencia obstétrica, la respuesta de profesionales de la salud se refleja en la Tabla 10. Aquí encontramos que dicha respuesta es con mayor frecuencia, derivar siempre o casi siempre al servicio de psicología (83.33%), siendo a hospital, el servicio al que con menos continuidad se envía a las pacientes (36.1%).

ÍTEM	TA <sup>+</sup>	DA <sup>∞</sup>	NDA, ND <sup>+</sup>	D <sup>*</sup>	TD <sup>†</sup>	TOTAL
<b>19 A trabajo Social</b>	15 (41.6%)	13 (36.11%)	3 (8.33%)	3 (8.33%)	2 (5.55%)	36 (100%)
<b>20 A Hospital</b>	7 (19.44%)	6 (16.66%)	10 (27.77%)	8 (22.22%)	5 (13.88%)	36 (100%)
<b>21 A Psicología</b>	13 (36.11%)	17 (47.22%)	1 (2.77%)	3 (8.33%)	2 (5.55%)	35 (100%)
<b>22 A Asociaciones de Víctimas de VO y VG</b>	12 (33.33%)	10 (27.77%)	9 (25%)	3 (8.33%)	2 (5.55%)	36 (100%)

Tabla 10. Derivación de los Recursos Socio - Sanitarios

TA= Totalmente de acuerdo, <sup>∞</sup>DA = de acuerdo, <sup>+</sup>NDA, ND = ni de acuerdo ni desacuerdo, <sup>\*</sup>D= desacuerdo, <sup>†</sup>TD= totalmente desacuerdo

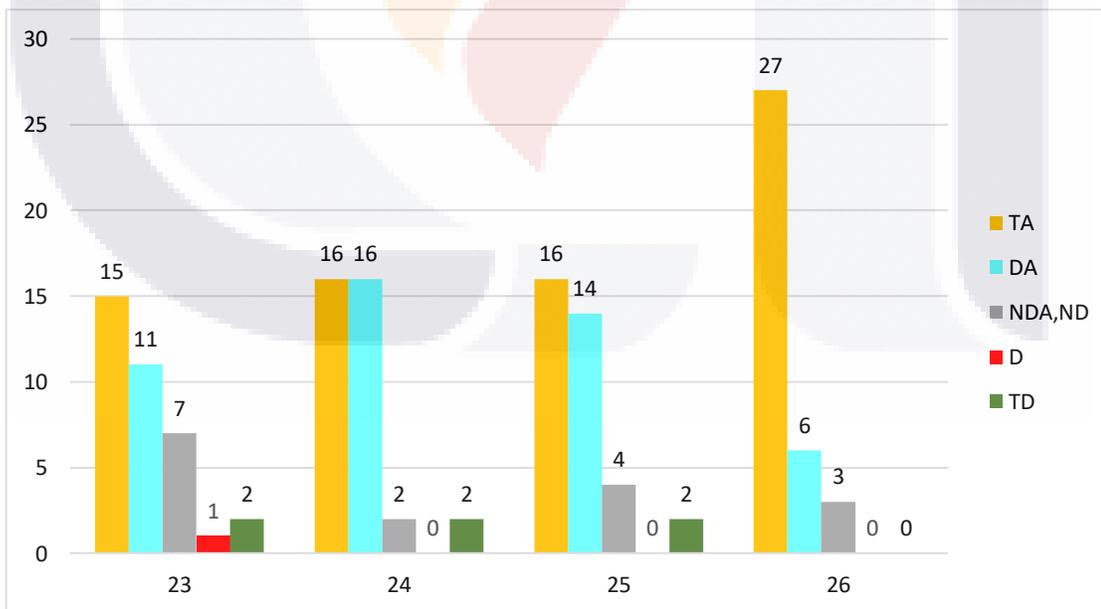
22.4 *Análisis de la Cuarta Sección. Conocimientos y Conductas de los médicos Familiares en la consulta externa ante situaciones de Violencia Obstétrica*

En relación al grado de conocimientos sobre violencia de género y violencia obstétrica (ver tabla 11), los encuestados obtuvieron una puntuación media de 14.44 puntos, que equivale luego de la baremación de la escala, a una calificación de 72.22 (IC 95%, 98.35-46.09), sobre una escala de 0 a 100 puntos.

ÍTEM	TA <sup>°</sup>	DA <sup>°</sup>	NDA,ND <sup>+</sup>	D <sup>*</sup>	TD <sup>*</sup>	TOTAL
23	15 (41.6%)	11 (30.55%)	7 (19.44%)	1 (2.77%)	2 (5.55%)	36 (100%)
24	16 (44.44%)	16 (16.44%)	2 (5.55%)	0	2 (5.55%)	36 (100%)
25	16 (44.44%)	14 (38.88%)	4 (11.11%)	0	2 (5.55%)	36 (100%)
26	27 (75%)	6 (16.66%)	3 (8.33%)	NA <sup>†</sup>	NA <sup>†</sup>	36 (100%)

Tabla 11. Conocimientos y conducta del médico familiar en la consulta externa

<sup>°</sup>TA= Totalmente de acuerdo, <sup>°</sup>DA = de acuerdo, <sup>+</sup>NDA, ND = ni de acuerdo ni desacuerdo, <sup>\*</sup>D=desacuerdo, <sup>\*</sup>TD= totalmente desacuerdo. NA<sup>†</sup>, no aplica debido a las opciones de respuesta en el cuestionario.



Gráfica 11. Distribución del puntaje obtenido en relación al conocimiento de los conceptos de Violencia Obstétrica y violencia de género.

## 22.5 Análisis de la Quinta Sección. capacitación y formación del profesional en medicina familiar

En relación a la autopercepción de los médicos familiares respecto a su capacidad para la identificación de casos, el tratamiento y la orientación de una víctima de violencia obstétrica, solo el 44.4% de los profesionales *se consideran a sí mismos, mucho o bastante capacitados*, el 33.33% *algo* y el 22.21% *poco o nada*, (tabla 12).

Si nos enfocamos a *la formación recibida* sobre el tema, el 61.1% de los médicos encuestados, considera que ha recibido *poco o nada*.

ÍTEM	Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada	TOTAL
27	3 (8.33%)	13 (36.11%)	12 (33.33%)	7 (19.44%)	1 (2.77%)	36 (100%)
28	2 (5.55%)	2 (5.55%)	10 (27.77%)	12 (33.33%)	10 (27.77%)	36 (100%)
29	19 (52.77%)	11 (30.55%)	3 (8.33%)	2 (5.55%)	1 (2.77%)	36 (100%)

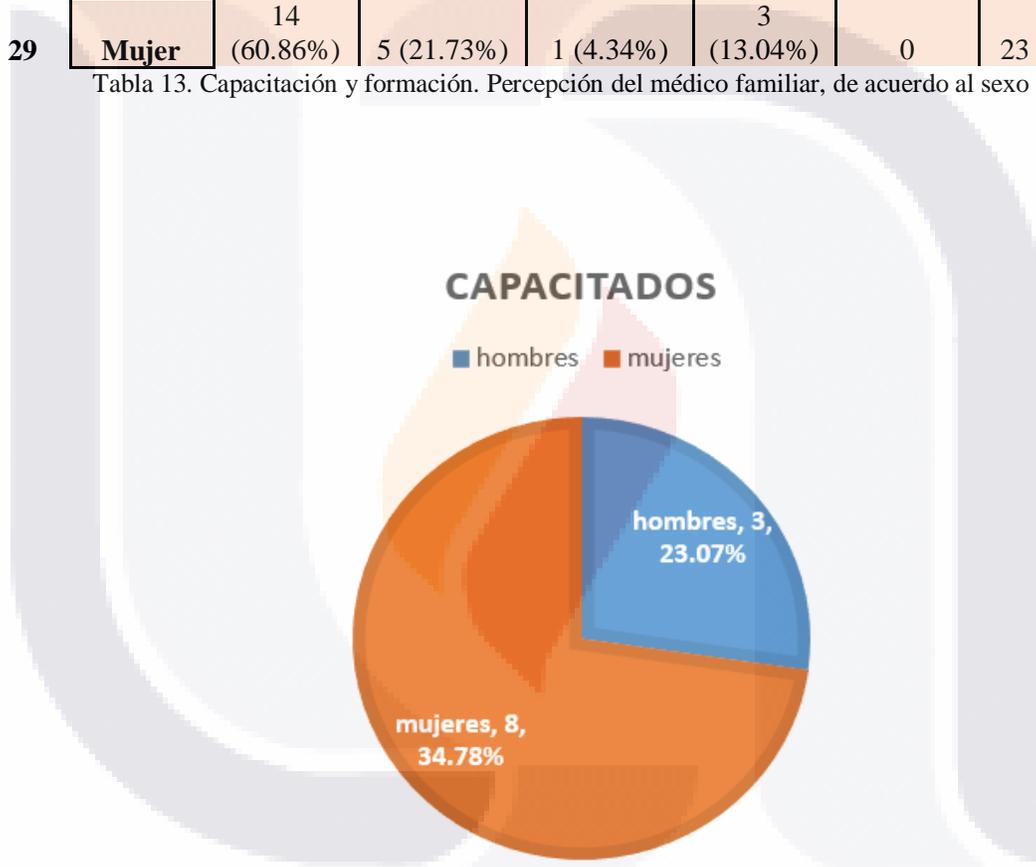
Tabla 12. Capacitación y Formación

En la averiguación sobre si los mismos profesionales de la salud, consideran o no, *necesario recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de la violencia obstétrica*, el 83.32% respondieron que era mucho o bastante su interés hacia la formación médica continua que les ayude a mejorar en este ámbito.

Respecto a la necesidad de *recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de la violencia obstétrica para su actuar en la consulta externa*, son las profesionales mujeres las que expresan mayor necesidad de formación, 82.60% (tabla 13), que los varones a pesar de que no se observan diferencias significativas en la formación recibida por ambos.

ÍTEM		Mucho	Bastante	Algo	Poco	Nada	Total
27	Hombre	0	3 (23.07%)	4 (30.76%)	6 (46.15%)	0	13 (100%)
	Mujer	3 (13.04%)	5 (21.73%)	10 (43.47%)	4 (17.39%)	1 (4.34%)	23 (100%)
28	Hombre	0	0	2 (15.38%)	7 (53.84%)	4 (30.76%)	13 (100%)
	Mujer	1 (4.34%)	2 (8.69%)	4 (17.39%)	8 (34.78%)	8 (34.78%)	23 (100%)
29	Hombre	2 (15.38%)	5 (38.46%)	4 (30.76%)	1 (7.69%)	1 (7.69%)	13 (100%)
	Mujer	14 (60.86%)	5 (21.73%)	1 (4.34%)	3 (13.04%)	0	23 (100%)

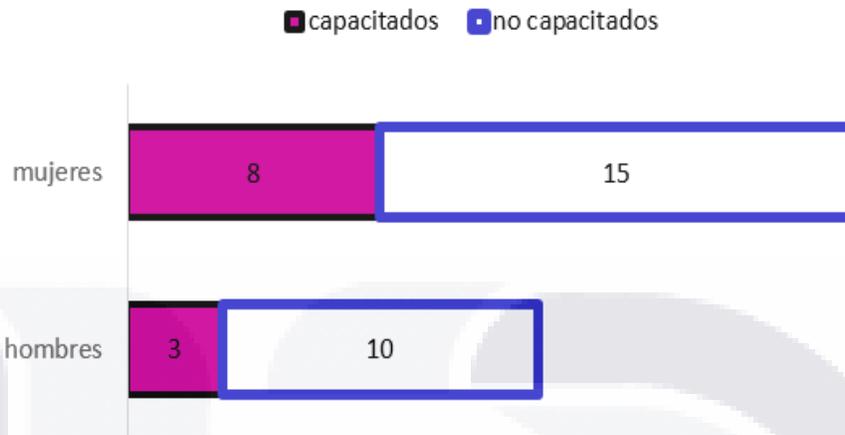
Tabla 13. Capacitación y formación. Percepción del médico familiar, de acuerdo al sexo



Gráfica 12. Porcentaje de Médicos Familiares con percepción de capacitación en Violencia Obstétrica.

Considerar que del total de mujeres (23), sólo 8 se sienten capacitadas en el tema en cuestión (34.78%) y del total de hombres (13), sólo 3 (23.07%) tienen el mismo sentir, de tal manera, que de los médicos familiares que participaron, 11 se perciben con cierto grado de capacitación – mucho o bastante – que se encuentra representado por el 30.55%.

### Capacitación y formación



Gráfica 13. Distribución de Médicos Familiares con percepción de capacitación en Violencia Obstétrica.

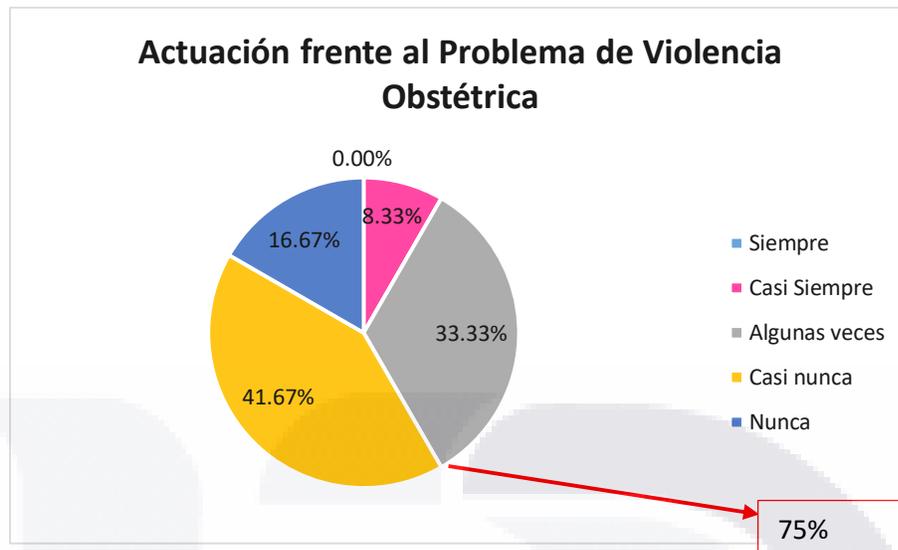
#### 22.6 Análisis de la Sexta Sección. Actuación frente al problema de violencia obstétrica en la consulta de medicina familiar.

En este apartado se analizan los resultados obtenidos por parte de los sujetos de estudio, al momento de la anamnesis de la paciente que acude a su consulta (Tabla 14).

ÍTEM	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	Total
<b>Total</b>	0	3 (8.33%)	12 (33.33%)	15 (41.67%)	6 (16.67%)	36 (100%)

Tabla 14. Actuación del Médico familiar frente a la Violencia Obstétrica, en la consulta externa

Aquí se puede observar que la frecuencia con que los médicos familiares les preguntan a sus pacientes si han sido víctimas de violencia obstétrica es baja o muy baja, pues son 27 de los 36 encuestados los que brindan este dato, esto es, el 75% de ellos, casi nunca o nunca lo realiza (gráfica 14).



Gráfica 14. Distribución de Médicos Familiares que actúan ante casos de Violencia Obstétrica.

De esta forma es como se concluye el análisis de los datos obtenidos por medio del instrumento empleado.

## 23 DISCUSIÓN

En nuestro estudio buscábamos conocer cuál era la actitud que guardaban los médicos familiares adscritos a la unidad de medicina familiar número 1 de la Delegación del IMSS de Aguascalientes, en observancia al fenómeno de la violencia obstétrica.

La tasa de respuesta a esta investigación, fue muy favorable, con la participación del 90% del Universo de trabajo, que puede considerarse similar a la de otros estudios con este corte, pero con una metodología análoga<sup>1,2</sup> (Pintado Cucarella 2015).

Otros estudios han presentado tasas menores – incluyendo a Herrero – pero que utilizan otras metodologías diferentes al momento de la captación de la información, entre las que se emplearon envíos postales, llamadas telefónicas, entre otras. En el análisis de

respuesta por sexo o por grupo de edad, llama la atención que no exista una diferencia estadísticamente significativa, a diferencia de lo observado en otros estudios<sup>1,2,3</sup>.

En las características Socio – Demográficas, el 69.4% de los profesionales de la salud que completaron los cuestionarios, se encuentran en el rango de edades entre los 30 a 50 años; como ya se hubo señalado previamente, la muestra se compone de 23 médicas y 13 médicos, lo cual viene siendo en parte, reflejo de los fenómenos poblacionales que tenemos en nuestro país, en el que tenemos mayor proporción de mujeres.

A pesar de que más del 50% de los encuestados reconoce que la violencia obstétrica no es meramente un problema social ni un fenómeno que se da sólo en el segundo nivel de atención y que por tanto compete sólo al ginecólogo, contrario a lo propuesto por Herrero<sup>89</sup> y Morales<sup>3</sup> (Morales-López 2015), es de llamar la atención que el 75% de los médicos de primer nivel, no realicen un interrogatorio orientado hacia estas situaciones al momento de valorar a sus pacientes en la consulta externa.

En la valoración de la Actitud, se puede considerar que la actitud global de los profesionales entrevistados, se sitúa por debajo del intervalo considerado como favorable (2.5 puntos sobre un total de 5), que equivale a 72.42 puntos de una media de 90 puntos en la baremación del mismo instrumento, que correspondería a una actitud positiva.

En la valoración de la actitud, de acuerdo a sus dimensiones:

- Actitud cognitiva: el 58.5% de los entrevistados tiene un nivel aceptable de conocimientos sobre los conceptos básicos de violencia de género y de violencia obstétrica. Es de llamar la atención que el 47.22% no ve a la violencia obstétrica como un problema meramente social y que el 38.8% sí lo vea así. Estos hallazgos son realmente importantes, pues desde el punto de vista del médico de primer nivel, es obvio que no se detecta este problema si no se reconoce como un problema de salud, por lo que, quizás la competencia profesional de estos médicos se deba de reevaluar.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Actitud conductual: vimos tras el análisis de los resultados que, dentro de las barreras para no preguntar a las pacientes sobre este motivo, es – de acuerdo a lo referido por los entrevistados – por no tener tiempo en su consulta o bien, por desconocer sobre las implicaciones legales que para ellos implicaría el describir una situación como está. Estas razones son semejantes a las encontradas en otros estudios tales como el del propio Herrero<sup>27</sup> (Herrero 2011) o como en el de López<sup>3</sup> (López 2015) o en Pintado-Cucarella<sup>2</sup> (Pintado-Cucarella 2015). También es contrastante que, mientras por un lado los profesionales de la salud en el primer nivel de atención nos están diciendo que estos casos ni son meramente un fenómeno social ni un suceso que sólo se presente en el segundo nivel de atención o que sea sólo problema que deba ser tratado por el ginecólogo, el 75% exprese que casi nunca o nunca interroga sobre este hecho en su quehacer diario. Lo cual es congruente con la valoración de la sección de capacitación y formación de la que surge el dato de que sólo 30.55% de los médicos familiares se sienten capacitados para el abordaje y que la mayoría manifiesta la necesidad de recibir algún tipo de capacitación (72.22%). Estos hallazgos son muy semejantes a los obtenidos en la bibliografía escrutada.<sup>1,2,3,4,7,10</sup>
  - Actitud afectiva: como ya hemos venido comentando con anterioridad, este problema no es catalogado por los profesionales como un fenómeno social (47.22% no está a favor de esta moción), igualmente importante es comentar que los médicos familiares están de acuerdo en su mayoría, en mantenerse alertas para la detección de los factores de riesgo asociados a este tipo de violencia, lo cual les permitiría asimismo, poder canalizar a las pacientes a los servicios pertinentes, tanto del ámbito social como del ámbito de salud.

En las secciones del cuestionario en las que se encuentran preguntas que cuestionan a los profesionales para respuesta a una serie de posibles situaciones en la consulta con respecto a la Violencia Obstétrica encontramos que la mayor parte de los médicos muestran una actitud positiva (3,63 puntos) ante el problema como revelan la alta puntuación de las respuestas para las afirmaciones: “El médico familiar debe estar alerta ante los factores de riesgo para presentar VO”, entre otras. Con respecto a la actuación, la percepción es hacia

una actitud negativa, en el sentido de las habilidades para reconocer o buscar intencionadamente estas situaciones, desde la anamnesis durante la consulta externa (75%).

La ausencia de asociación significativa entre haber declarado el conocimiento de algún caso de violencia obstétrica – *ya fuera por sospecha clínica o certeza de caso* - y las actuaciones propuestas en el cuestionario con la derivación hacia otros servicios, el reportar a su jefe de clínica o a otras personas, podrían verse importunadas incluso por el hecho de la infraestimación de los casos.

Asimismo, al momento de hacer uso de los recursos socio – sanitarios, el médico de primer nivel, envía con mayor frecuencia (hasta un 83.33% de las veces) a las pacientes, al servicio de psicología, siendo la hospitalización, el servicio al que con menor frecuencia se envía (36.1%).

## **24 CONCLUSIONES**

Aunque no es el propósito de nuestro estudio, después de haber analizado la bibliografía que existe tanto a nivel nacional como internacional, podemos concluir que el Estado Mexicano se ha adherido a la mayoría de los instrumentos convencionales de derechos humanos propuestos por los organismos internacionales y que desde el año 2011, forman parte del Órgano Jurídico Mexicano. De ahí que existan recomendaciones y dictámenes de observancia nacional, estatal y jurisdiccional, para proteger a las mujeres contra cualquier tipo de violencia, incluida la violencia obstétrica.

Desde la década de los '90s tenemos la influencia de un marco legal internacional para la prevención de cualquier tipo de violencia contra la mujer, independientemente de la etapa del ciclo vital en la que se encuentren. Al igual que en otros países – por no decir que la totalidad de los mismos – en el nuestro, son los médicos familiares los que se encargan de proveer la atención médica inicial; por estudios previos<sup>4,89</sup> e inclusive si se revisan las

estadísticas sobre los motivos de consulta en el primer nivel de atención, el control prenatal ocupa uno de los principales lugares, mientras que la sospecha – ya no digamos la certeza – de situaciones de violencia, se queda por debajo de los estándares internacionales.

No obstante, es inevitable advertir las carencias del Modelo de Atención Obstétrica centrado en la brindada por especialistas en unidades de medicina familiar que están saturadas y la persistencia en este modelo de atención de prácticas, que desde nuestro punto de vista no proporcionan beneficios y que incluso pueden llegar a tener efectos negativos, en un periodo de tiempo incierto.

La Violencia Obstétrica se introduce recientemente en nuestro país, a pesar de que desde hace décadas se conoce y se reconoce. En nuestro México, fue inicialmente “mal” reconocido como un problema meramente social y recientemente, como un evento médico que trasciende en todos los ámbitos, tanto a nivel nacional como internacional, de la vida pública como la privada. A pesar de ello, sólo había sido estudiado en el segundo nivel de atención, pues se consideraba que era una cuestión que únicamente se presentaba en la sala de parto y que, por ende, implicaba exclusivamente a los obstetras y al personal que labora en dichas áreas. Luego de las últimas revisiones del término “Violencia Obstétrica”, se acepta que ésta, se presenta también durante la gestación y posterior al parto, por lo que los médicos familiares nos vemos involucrados casi en todo momento. Tristemente la investigación científica en atención primaria a la salud en México, es escasa y más en este sentido. Por lo que no tenemos una idea clara de lo que realmente sucede en la actualidad con los médicos y su proceder ante estas situaciones, lo anterior fue razón para realizar esta investigación, de lo cual podemos concluir lo siguiente:

La mayor parte de los médicos que participaron en este estudio, no preguntan casi nunca o nunca, sobre la posibilidad de cualquier forma de maltrato que constituya alguna de las presentaciones de violencia obstétrica.

Un porcentaje significativo de los entrevistados asegura que dentro de las razones por las cuales no se indaga sobre el tema en sus consultas, es por la falta de tiempo o por ignorar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

las implicaciones judiciales que para ellos conlleva el acto de reportar estos casos. El hecho anterior, quizás sea uno de los muchos motivos por los cuales, la detección de estos eventos se encuentra infraestimada.

Esta visión, nos permite suponer que la detección podría mejorar promoviendo quizás campañas o estrategias de sensibilización ante las situaciones de violencia obstétrica, dirigidas al personal médico que labora en la UMF 1.

No hubo significancia estadística para ninguno de los casos, es decir, independientemente del género, la edad o los años que se llevan laborando en el instituto, no se consideran – de acuerdo a esta investigación – como constituyentes de rasgos que inclinen la balanza hacia la positividad o negatividad con respecto a la actitud, en contraste con los estudios realizados por Herrero<sup>27</sup> en 2011 y López en 2015.<sup>4,27</sup>

Los médicos participantes consideran que su actuación no debe limitarse solamente a la demanda explícita de la mujer sobre los casos de violencia obstétrica, sino que ellos mismos deben estar alerta ante los factores de riesgo para la detección oportuna desde el primer contacto con la paciente.

Aunque la valoración de la medición de conocimientos puede considerarse como aceptable, se obtienen los mejores resultados en los aspectos biomédicos, encontrando carencias en rubros tan importantes como el anteriormente descrito – el afecto – o bien, en la conducta que se toma ante estas situaciones.

Los prestadores de la atención primaria a la salud en nuestros medios, reconocen sus limitaciones a la hora de tratar de identificar un caso de esta índole o de darle seguimiento de acuerdo a las normatividades impuestas en el marco operativo y/o legal.

Nos queda claro, que las unidades de medicina familiar y los médicos familiares, por consiguiente, son la primera instancia en la cual, las mujeres en situación de embarazo o puerperio acuden a control, pero también es cierto, que la consulta diaria nos brinda una

ventana para reportar situaciones de violencia en estos periodos de su vida, por lo cual, la tasa de detección y seguimiento de estos casos, debería verse reflejada.

La interacción con otros servicios resulta imperiosa en observancia a cualquier situación de violencia, en este caso, a la violencia obstétrica, sin embargo, no se expresa claramente en el proceder de los interrogados, pues mientras un porcentaje está a favor de derivar a psicología, otro lo hace a trabajo social y cabe recalcar que hay otro porcentaje de los entrevistados, que se muestra indeciso sobre hacia dónde enviar a estas mujeres. Por lo anterior, la actitud que guardan los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de la Delegación Aguascalientes del IMSS, se considera no adecuada acorde a lo encontrado y analizado en este estudio.

Si hacemos caso al enfoque multidisciplinario del sistema de salud, en especial el que impera en el primer nivel de atención, impartida en las unidades de medicina familiar, donde el Médico Familiar desempeña el papel protagónico – aunque no está aislado de los demás – es trascendental continuar a la vez que con la evaluación, con la educación médica continua, esto a fin de mejorar la calidad de la atención brindada a la población usuaria, especialmente a las mujeres que acuden durante embarazo y el puerperio, pues de esta manera lograremos mejorar los indicadores, ya que como vemos, en la actualidad se encuentran en niveles alarmantes a la vez que no esperados.

Finalmente, es relevante comentar que, a pesar de los resultados obtenidos, es satisfactorio recalcar la buena disposición de los médicos familiares (más del 90%) a recibir nueva información al respecto de la Violencia Obstétrica.

## 25 GLOSARIO

- **Violencia:** ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra una persona, grupo o comunidad, que cause o pueda causar lesiones, muerte o daños psicológicos”<sup>31</sup>

- **Violencia de género:** definida por la ONU en 1993 como todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado, un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada.<sup>72</sup>

- **Violencia obstétrica:** considera toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio.<sup>64</sup>

- **Embarazo:** estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y que termina con el parto y el nacimiento del producto a término<sup>74</sup>

- **Parto:**(OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional.<sup>74</sup>

- **Puerperio:** Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.<sup>74</sup>

- **Muerte Materna:** es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.<sup>74</sup>

- **Actitud:** es la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal del médico, que son observables en la interacción con el paciente. Según Allport, consiste en un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.<sup>76, 85</sup>

- **Médico Familiar:** Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.<sup>86</sup>

• **Atención primaria:** es la asistencia sanitaria esencial, accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.<sup>87</sup>

## 26 BIBLIOGRAFÍA

1. Loria-Rojas K, Gutiérrez-Rosado T, Alvarado R, Fernández-Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de atención primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Prim.* 2015; 47(8): 490-97.
2. Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo J, Casas-Arellano M. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol México.* 2015; 83:173-78.
3. Morales-López R. Actitudes y Actuación de los médicos de familia, respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de Murcia. [Tesis]. Universidad de Murcia. 2015.
4. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Méx.* 2003 Dic;45(6): 472-82.
5. Kahan E, Rabin S, Tzur-Zilberman H et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding battered women. Comparison between specialists in family medicine and GPs. *Family Practice.* 2000;17(1): 5–9.
6. Klein MC, Kaczorowski J, Tomkinson J et al. Les médecins de famille qui donnent des soins périnataux et ceux qui n'en donnent pas. *Des façons très différentes de voir les naissances.* *Can Fam Physician.* 2011; 57 (1): 39-47

7. Souza-Pereira J, De Oliveira Silva J, Borges N et al. Violência Obstétrica: ofensa à Dignidade Humana. BJSCR. 2016; 15 (1): 103-8.
8. Pereira-Carlota J, Domínguez-Alexa L, Toro-Merlo J. Violencia Obstétrica desde la Perspectiva de la Paciente. Rev Obstet Ginecol Venez. 2015 Jun; 75 (2): 81-90.
9. Terán Pablo, Castellanos Carlos, González Blanco Mireya, Ramos Damarys. Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Venez. 2013Sep; 73 (3): 171-80.
10. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Revista CONAMED. 2013; 18 (1): 14-20.
11. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de Violencia Obstétrica por el personal de Salud. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012 Mar; 72 (1): 4-12.
12. Sánchez-Moreno A, Ramos-García E y Maset-Campos E. Capítulo 5. Las Actitudes. La Actitud Participativa en Salud: entre la teoría y la práctica. Murcia, España. Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia;1994.
13. Baron R y Byrne D. Psicología social. Madrid: Prentice Hall;1998.
14. Ubillos-Landa S, Fernández-Sedano I, Zubieta E y Páez-Rovira Darío. Capítulo X. Actitudes: definición y medición. Psicología social, cultura y educación. España. Pearson Educación; 2006.
15. [Internet] Grupo de Investigación Edufísica. Las actitudes. [Citado 1 jul 2017] Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
16. Morales P. Medición de Actitudes en Psicología y Educación: Construcción de escalas y modelos metodológicos. Madrid, España. Universidad Pontificia Comillas; 2000.

17. Guix Joan. Giving data a dimension: the survey (II). Rev Calidad Asistencial. 2005; 20(3): 154-60.
18. Huerta-González JL. Capítulo 7. Medicina Familiar: sinónimo de atención integral a la salud. Medicina Familiar. La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad. México, DF. Solar, Servicios Editoriales, S. A. de C.V.;2005.
19. McWhinney I. Orígenes de la Medicina Familiar. Medicina de Familia. Madrid, España. S. A. Elsevier; 1995.
20. Medali JH. Medicina familiar: principios y prácticas. México. Limusa.; 1987.
21. Altisent R, Begoña B, Martín-Espildora MN, Delgado- Marroquín MT. Medicina de Familia y Bioética en España: dos historias paralelas. Bol Mex His Fil Med. 2006. 9(2): 70-74.
22. UNAM. Plan único de especializaciones médicas en Medicina Familiar. 3ª ed. México; 2003.
23. Ledesma Flor M y Flores-Martínez Omaira. Medicina Familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. Gac Méd Caracas. 2008 Oct; 116(4):330-40.
24. Taylor R et al. Medicina de Familia: principios y prácticas. 6ª Ed. Elsevier. España; 2006.
25. Álvarez-Montero S. Una vuelta a los valores centrales en la medicina de familia. Aten primaria.2017; 49(4):248-252.
26. López-Ortiz G, Mazón-Rodríguez J. La importancia de la investigación clínica en Medicina Familiar. Aten. Fam. 2016; 23(3): 73-74.

27. Herrero-Velázquez S. *Conocimientos y Actitudes de los médicos familiares de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su actuación*. [tesis doctoral]. Universidad de Valladolid. 2011.
28. Belli F. Obstetric Violence: another form of Human Rights violation. *RevistaRedbioética/UNESCO*. 2013. Año 4, 1(7):25-34.
29. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud y su implementación en el Sistema Nacional de Salud. México. [Internet]. 2015 [Citado 1 jul 2017]. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
30. Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Pop reports*. 1998; 4(3): 262-90.
31. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*. 2003;45(3): 130.
32. Bejarano C, Arellano GM. Violencia institucional contra las mujeres en el noroeste de México. *Acta Sociológica*. Septiembre-diciembre. 2014; 65:97-120.
33. Galtung J. *Sobre la Paz*. Barcelona, España. Fontamara; 1985.
34. Farmer P, Kim J, Kleinman A, Basílico M. *Remaining global health*. Berkeley; University of California: Press; 2013.

35. Álvarez-Matteazzi E y Russo P. *Violencia Obstétrica: naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto*. [tesis de Postgrado]. Universidad Nacional de Córdoba. 2015.
36. CIA Site Redirect – Central Intelligence Agency [Internet]. Cia.gov. 2017 [cited 1 July 2017]. Disponible en: [www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/xx.html](http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/xx.html)
37. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241. [Internet]. 2017 [cited 1 July 2017] Disponible en: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/keys\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/keys_findings_wpp_2015.pdf)
38. Population Clock [Internet]. Census. Gov. 2017 [cited 1 July 2017]. Disponible en: [www.census.gov/popclock/](http://www.census.gov/popclock/)
39. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica. 2003; 588(1): 95-113.
40. Departamento de informática del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes 2014.
41. [Internet]. Cuentame.inegi.org.mx. 2017 [citado 1 Jul 2017] Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ags/gif/poblacion.gif>
42. Estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social, cifras al 31 de diciembre del 2015. Dirección de Incorporación y Recaudación, DIR, Coordinación de Prestaciones

Económicas, DEPS y la Unidad Personal, DAED. [Internet]. Imss.gob.mx. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015)

43. Servicios Médicos proporcionados: consultas por delegación. 2005-2015. Dirección de Prestaciones Médicas. [Internet]. Imss.gob.mx. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015)

44. Consultas de Medicina Familiar. Datamar de la Dirección de Prestaciones médicas. [Internet]. Imss.gob.mx. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: [www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015](http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015)

45. Akyüz A, Yavan T, Şahiner G, Kiliç A. Domestic violence and woman's reproductive health: a review of literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2012; 17(6): 514-18.

46. World Health Organization. [Internet], World Health Organization. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: [www.who.int](http://www.who.int)

47. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*. 2016; 24(47): 56-64.

48. Ferrer-Pérez VA, Bosch-Fiol E, Ramis-Palmer MC. How to train health professionals to deal with domestic violence? *Clínica y Salud*. 2008; 19 (1): 59-81.

49. Pintado A, Lastra Z, Sachse M. Atención materna durante el embarazo, parto y puerperio en unidades de primer nivel en Oaxaca, México. *Medicina Social*. 2014; 9 (1): 13-20.

50. [Internet]. Apps.who.int. 2017 [cited 1 july 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1)

51. Bohren M, Hunter EC, Munther-Kaas HM et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. *Reprod Health*. [Internet] 2014. [citado 30 jun 2017]; 11(1). Disponible en:  
<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-71>
52. OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo*, Ginebra. [Internet]. 1996 [citado 30 jun 2017]. Disponible en <http://bit.ly/Y3UKM>
53. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2011.
54. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis. [Internet] 2010. [Citado 1 Jul 2017]  
Disponible en:  
[https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf)
55. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Núñez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2014; 17(1): 18845.
56. Lozano F, Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales: 10. Barcelona. España. Reis. 2003; (102):320.
57. Instituto Nacional de Salud Pública, “Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorarla calidad en el parto”, en *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*

2012, México. [Internet]. 2012 [citado 30 jun 2017]. Disponible en: <http://fliphtml5.com/nwzd/eoze/basic>

58. SINAIS. *Boletín de Información Estadística*. Servicios otorgados y Programas sustantivos, México, Secretaría de Salud. [Internet] 2010 [citado 30 jun 2017]; 3 (30). Disponible en: <http://bit.ly/V2qCOQ>

59. Documentos oficiales de las Naciones Unidas [Internet]. Un.org. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104&Lang=S>

60. OEA: MESECVI: Convención do Belém do Pará [Internet]. Oas.org. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: [www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp](http://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp)

61. Documentos oficiales de las Naciones Unidas [Internet]. Un.org. 2017 [citado 30 jun 2017]. Disponible en: [www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/54/134](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/54/134)

62. RECOMENDACIONES GENERALES adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [Internet]. Bit.Iy.2017 [citado 1 jul 2017] Disponible en: <http://bit.Iy/opp1tq>

63. Convención Americana sobre Derechos Humanos. [Internet] 2017. [Citado 30 jun 2017]. Disponible en: [www.oas.org/dil/esp/tratados\\_b32\\_convencion\\_americana\\_sobre\\_derechos\\_humanos.htm](http://www.oas.org/dil/esp/tratados_b32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm)

64. Ley de Protección Integral a las Mujeres. Ley 26.485. [Internet]. 2017. [citado 30 jun 2017]. Disponible en: [www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)

65. Ley “Protección del Embarazo y del Recién Nacido” Ley 25.929.2004 [Internet]. 2017. [Citado 30 Jun 2017]. Disponible en:

[www.unicef.org/argentina/spanish/ley\\_de\\_parto\\_humanizado.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf)

66. Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en su artículo 51. [Internet]. 2007 Abr; [citado 30 jul 2017]. Disponible en: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
67. CIDH. Acceso a servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos. [homepage Internet]. 2010 Jun; [citado 1 jul 2017]; Disponible en: <http://www.cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm>
68. [Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio De La Llave](#). [Internet] 2008 feb; [Citado 30 jun 2017] Disponible en: <http://www.ipax.gob.mx/transparencia/fracciones/848/01-marco-normativo/02-LAMVLVEV.pdf>
69. [Reglamento de la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia de Género del Estado de Oaxaca](#). [Internet]. 2010 ene; [Citado 30 Jun 2017] Recuperado de: [www.congreso-oaxaca.gob.mx/61/legislacion/leyes/078.pdf](http://www.congreso-oaxaca.gob.mx/61/legislacion/leyes/078.pdf)
70. [Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato](#). Publicada 2010 Nov; [Internet]. Última reforma 2015; [Citado 30 jun 2017]. Disponible en: [http://imug.guanajuato.gob.mx/wp-content/uploads/2017/06/Ley\\_de\\_Acceso\\_de\\_las\\_Mujeres\\_a\\_una\\_Vida\\_Libre\\_de\\_Violencia\\_P.O.\\_29\\_DIC\\_2015.pdf](http://imug.guanajuato.gob.mx/wp-content/uploads/2017/06/Ley_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia_P.O._29_DIC_2015.pdf)
71. DOF, Ley General de Acceso a la Mujer para Una Vida Libre de Violencia (modificación al artículo 6º en abril 2014)

72. DOF – Diario Oficial de la Federación [Internet]. Dof.gob.mx. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en:  
[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016)
73. DOF – Diario Oficial de la Federación [Internet]. Dof.gob.mx. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en:  
[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016)
74. Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México. Secretaría de Salud. 2009.
75. Hernández-Santos I. Competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes. [Tesis de Especialidad]. UNAM. 2009.
76. Martínez-Sandoval JP. Competencia del Médico Familiar en el modelo del Fortalecimiento del sistema de medicina familiar en Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes. [Tesis de Especialidad]. UAA. 2015.
77. PAHO, *Estrategia Regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*. [Internet]. 2017 [citado 30 jun 2017]. Disponible en:  
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/maternalmortalitystrategy.pdf>
78. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica. [Internet]. 2007 [Citado 30 jun 2017]; 1 (622):152. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170245/1/salud-americas-2007-vol-1.pdf>
79. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones, *Mortalidad y Morbilidad Maternas Prevenibles y Derechos Humanos*. [Internet]. 2009 [citado 30 jun 2017]. Disponible en:

[http://ap.ochr.org/documents/S/HRC/d\\_res\\_dec/A\\_HRC\\_11\\_L\\_16\\_rev1-doc](http://ap.ochr.org/documents/S/HRC/d_res_dec/A_HRC_11_L_16_rev1-doc)

80. (INEGI) I. Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica ENAID 2009 [Internet]. Beta.inegi.org.mx. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enaid/2009/>
81. (INEGI). Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales. México. [Internet]. 2012. [citado 30 jun 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/V2qcYW>>
82. WHO| The second decade: Improving Adolescent Health and Development [Internet]. Who. Int. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/frh\\_adh\\_98\\_18/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/frh_adh_98_18/en/)
83. Indicadores de mortalidad materna [Internet]. Omm.org.mx. 2017 [citado 1 jul 2017]- Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/indicadores>
84. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012)*. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Instituto Nacional de Salud Pública, México. [Internet] 2012. [citado 1 jul 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/TSk1H4>
85. Dawis-Robin M, Fundamentos y técnicas de medición de las actitudes. México, DF. Editorial Limusa; 1983.
86. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar. [Internet]. 2005 [citado 30 jun 2017]; 7(1): 1 – 3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051b.pdf>
87. Atención Primaria de Salud. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 1 jul 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
88. Organización de las Naciones Unidas: *Objetivos de Desarrollo del Milenio. (2011)* Informe. Nueva York, OMS, 2011. Recuperado de: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/1131342\(S\)MDG\\_Report\\_2011\\_Book\\_LR.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/1131342(S)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf).

27 ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
Nombre del estudio:	ACTITUD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA UMF 1 AGUASCALIENTES*
Patrocinador externo (si aplica): *	
Lugar y fecha:	Aguascalientes Ags, 7 Junio 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la percepción y la actitud que tienen sobre la violencia obstétrica, los médicos familiares en el primer nivel de atención, adscritos a la unidad de medicina familiar número 1 de la Delegación Aguascalientes
Procedimientos:	Declaro que se me ha informado ampliamente en qué consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación con este proyecto de investigación. Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique un cuestionario con preguntas generales sobre violencia obstétrica en el primer nivel de atención.
Posibles riesgos y molestias:	NO existe ninguno para este protocolo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener información acerca de la percepción y actitud que tienen los médicos familiares sobre la violencia obstétrica en el primer nivel de atención en la UMF 1 de la Delegación Aguascalientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención a las pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con esta investigación
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica)	
<input type="checkbox"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="checkbox"/> Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocer tanto la percepción como la actitud que tienen los médicos familiares que se encuentran adscritos a la UMF 1 de la Delegación del IMSS en Aguascalientes sobre la violencia obstétrica.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Ana Hortensia López Ramírez, médico familiar adscrito al HGZ 1. Lugar de trabajo: Hospital General Zona No 1 Domicilio: José María Chávez # 1212 Col. Lindavista. Aguascalientes, Ags. CP 20270. Teléfono: 4491830120. Correo electrónico: <a href="mailto:dranahortensia@hotmail.com">dranahortensia@hotmail.com</a> y con el Testista: Dra. María José Ortiz Loyo. Lugar de Trabajo y adscripción: HGZ 1 Aguascalientes. Domicilio: José María Chávez # 1212 Col. Lindavista. Aguascalientes, Ags. CP 20270. Teléfono: 9992760236. Correo electrónico: <a href="mailto:maiolovo27@gmail.com">maiolovo27@gmail.com</a> .
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica	
<b>Clave: 2810-009-013</b>	

ANEXO B. INSTRUMENTO DE TRABAJO

**CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO “ACTITUD DEL MÉDICO FAMILIAR ANTE LA VIOLENCIA OBSTETRICA EN LA UMF 1 AGUASCALIENTES”**

**NOTA:** agradeciendo de antemano su valiosa colaboración para la realización de este estudio, le recuerdo que la información recaba, se mantendrá bajo código de confidencialidad y será utilizada solo con fines de investigación

**INSTRUCCIONES:** lea atentamente cada sección, encontrará a continuación espacios en blanco los cuales deberá llenar con letra clara, o bien, seleccione la respuesta que crea más conveniente según sea el caso.

1. DATOS SOCIO – DEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES.

**EXPLICACIÓN.** En esta sección del instrumento, se pretende recopilar la información de las características generales del médico familiar encuestado. Sólo tiene que marcar la respuesta que más le identifique.

<b>1. EDAD</b>	<b>2. SEXO</b>	<b>3. ESTADO CIVIL</b>
< 30 años 30 – 50 años >50 años	Femenino      Masculino	Soltero      Casado Viudo      Divorciado Unión libre
<b>4. TURNO LABORAL</b>	<b>5. CUENTA CON CERTIFICACION EXPEDIDA POR EL CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACION EN MEDICINA FAMILIAR</b>	
Matutino      Vespertino	SI NO	
<b>6. ES MIEMBRO DEL COLEGIO AGUASCALENTENSE DE MÉDICOS FAMILIARES</b>	<b>7. ANTIGÜEDAD EN EL IMSS</b>	
SI NO	Menos 5 años 5 – 10 años Más de 10 años	

2. Diversos estudios actualmente señalan que los médicos familiares preguntan poco sobre el tema de VO a sus pacientes. A continuación, se enlistan algunos de los motivos que más frecuentemente se han relacionado con este fenómeno. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada aseveración.

**EXPLICACIÓN.** En esta sección del instrumento, se pretende valorar la actitud en sus tres dimensiones – actitudinal, cognitiva y conductual – que adopta el médico familiar ante el tema de la violencia obstétrica.

8. La VO es un problema meramente social	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
9. La VO se presenta sólo en el segundo nivel de atención	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
10. La VO se ve sólo en la sala de parto	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
11. No sé cómo preguntar sobre esos temas	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
12. No pregunto por las implicaciones judiciales que conllevan posteriormente estos casos	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
13. No tengo tiempo y el preguntar sobre estos temas, lo exige	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
14. El problema de la VO es asunto del gineco-obstetra	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
15. Antes que ayudar, el médico familiar se debe de capacitar sobre	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo

el tema de la VO					
16.El médico familiar debe estar alerta ante los factores de riesgo para presentar VO	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
17.Se debe actuar sólo cuando la paciente lo demande	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
18.Ante la complejidad de este problema, el médico familiar sólo debe informar a la paciente y derivarla a servicios especializados	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo

3. Ante los casos de violencia obstétrica, indique con qué frecuencia suele derivar a otros servicios o instituciones:

**EXPLICACIÓN.** En esta sección del instrumento, se pretende valorar la conducta del médico familiar ante los casos de violencia obstétrica

19. A trabajo social	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
20.A hospital	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
21. A psicología	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
22. A asociaciones de víctimas de VO y/o VG	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo

4. A través de la anamnesis y la exploración de su paciente, ha llegado a la conclusión de que está siendo víctima de violencia obstétrica, por favor responda a cada una de las aseveraciones siguientes:

23. Ante una paciente que acude a consulta en la semana 30 de gestación, que se queja de que no la recibieron en la consulta de obstetricia, inicio CPN e informo al director de la UMF	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
<b>EXPLICACIÓN.</b> Con este ítem valoramos la actitud cognitiva y conductual ante un caso de VO en una mujer gestante					
24. Si la paciente acude en puerperio tardío a la consulta y refiere que le dicen que es “una inútil” o “una mala madre” porque no puede amamantar a su recién nacido, Ud. la envía a EMI para técnicas de lactancia e informa a trabajo social	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
<b>EXPLICACIÓN.</b> Los ítems 24, 25 y 26, valoran los conocimientos que tiene el médico familiar ante factores de riesgo y síntomas que puede presentar una mujer víctima de VO.					
25. Valora el riesgo de depresión post parto	<input type="radio"/> Totalmente de acuerdo	<input type="radio"/> De acuerdo	<input type="radio"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="radio"/> En desacuerdo	<input type="radio"/> Totalmente en desacuerdo
26. Los siguientes son factores de riesgo para VO, <u>por favor señale con un círculo</u> la que más vemos ligada a este problema son: a. el bajo nivel socioeconómico, primigesta, madres adolescentes, pobre escolaridad b. multigestas, antecedente de familiar víctima de violencia c. un marido alcohólico					

5. Respecto a su formación en VO, puntúe del 1 al 5 las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que: 5= mucho, 4=bastante, 3= algo, 2= poco, 1= nada (marcar con un círculo):

**EXPLICACIÓN.** En esta sección se pretende evaluar la autopercepción del profesional respecto a su capacidad para el tratamiento y la orientación de una víctima de VO.

27. Su capacidad para identificar, tratar y orientar a una paciente víctima de VO:	5	4	3	2	1
28.Su formación recibida sobre VO, es:	5	4	3	2	1
29.La necesidad de recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de VO, es:	5	4	3	2	1

6. Señale con qué frecuencia le pregunta usted a sus pacientes si han sido víctimas de violencia obstétrica.

**EXPLICACIÓN.** En esta sección se pretende conocer la actitud en su dimensión actitudinal.

Ítem 30

<input type="radio"/> Siempre	<input type="radio"/> Casi siempre	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Casi Nunca	<input type="radio"/> Nunca
-------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

*ANEXO C. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO*

CONCEPTO	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>EDAD.</b> Años cumplidos al momento del estudio.	< 30 años 30-50 años >50 años	1	Años cumplidos Cuantitativa Numérica Discreta
<b>SEXO.</b> Del médico plasmado en el cuestionario.	Femenino Masculino	2	Cualitativa Nominal
<b>ESTADO CIVIL.</b> Del médico escrito en el cuestionario.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	3	Cualitativa Nominal
<b>TURNO LABORAL.</b> Momento del día en que el médico familiar presta sus servicios en la unidad de medicina familiar.	Matutino Vespertino	4	Cualitativa Nominal
<b>CERTIFICACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.</b> Si el médico familiar se encuentra certificado por el Consejo	Sí No	5	Cualitativa Nominal

Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A. C.			
<b>COLEGIADO.</b> Si el médico familiar se encuentra inscrito en el Colegio Aguascalentense de Médicos Familiares.	Sí No	6	Cualitativa Nominal
<b>ANTIGÜEDAD.</b> Años de servicio en la institución como médico familiar.	Menos de 5 años 5-10 años Más de 10 años	7	Cualitativa Nominal

Continuación del Anexo C.

OBJETIVO	CONCEPTO	DIMENSIONES	ÍTEMS	INDICADORES	INDICES
<b>Determinar la actitud que tienen sobre la violencia obstétrica, los médicos familiares en el primer nivel de atención, de la unidad de medicina familiar número 1 de la Delegación Aguascaliente s del IMSS</b>	De acuerdo a lo propuesto por Allport (1935), se refiere a “una <i>disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia sobre las reacciones del individuo, respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le corresponden.</i> ”	Cognitiva Se refiere a la información que tiene el MF con respecto a la violencia obstétrica	11, 12, 14, 15, 23, 24, 25,	Totalmente de acuerdo (5) De Acuerdo (4) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)	Alto, toda la puntuación mayor o igual al 80%
			26	a.El bajo nivel socioeconómico, primigesta, madres adolescentes, pobre escolaridad b.Multigestas, antecedente de familiar víctima de violencia c.Un marido alcohólico	Medio, toda la puntuación que se encuentre entre el 60-79%
			27, 28, 29	5= mucho, 4=bastante, 3= algo, 2= poco, 1= nada	Bajo, toda la puntuación que sea menor al 60%
		Afectiva.	8, 9, 10, 16	Totalmente de acuerdo (5)	Alto, toda la

		Se relaciona con el sentimiento a favor o en contra, simpatía o antipatía, con respecto a la violencia obstétrica		De Acuerdo (4) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)	puntuación mayor o igual al 80%  Medio, toda la puntuación que se encuentre entre el 60-79%  Bajo, toda la puntuación que sea menor al 60%
		Conductual. Indica el comportamiento del médico familiar, con respecto a la violencia obstétrica	13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23,	Totalmente de acuerdo (5) De Acuerdo (4) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3) En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)	Alto, toda la puntuación mayor o igual al 80%  Medio, toda la puntuación que se encuentre entre el 60-79%
			30	Casi siempre (5) Siempre (4) Algunas veces (3) Casi nunca (2) Nunca (1)	Bajo, toda la puntuación que sea menor al 60%



lo																				
Registro del Protocolo													X							
Aprobación del Protocolo													X							
Trabajo de Campo													X	X						
Captura y Tabulación de Datos															X					
Análisis de Resultados															X					
Autorización																X				
Elaboración de informe final																	X			
Discusión de resultados																	X	X		
Examen de Presentación																				X