



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en psicología clínica

Nombre del trabajo. **Violencia obstétrica: efectos psicológicos en las mujeres.**

Reporte de investigación empírica.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Emmanuel Castillo Manjarrez

Director: Mtra. Xóchitl Teresa Gutiérrez Camacho

Dictaminador: Mtra. Lilita Patricia Reveles Quezada

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México

Junio 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	4
1. Marco teórico.	
1.1 La violencia	6
1.1.1.1 Definición	6
1.1.1.2 Tipos de violencia.....	6
1.1.1.3 Naturaleza de los actos violentos	7
1.1.2.1 Modelo ecológico que explica la violencia	8
1.1.3.1 Violencia de género	9
1.1.3.2 Definición	9
1.1.3.3 Modalidades.....	9
1.1.4.1 Consecuencias	10
1.1.5.1 Viaje histórico por la lucha contra la violencia	12
1.2 Violencia obstétrica	14
1.2.1.1 Definición	14
1.2.1.2 Manifestaciones de la violencia obstétrica.....	14
1.2.1.3 Actos considerados violencia obstétrica.....	14
1.2.1.4 Origen.....	16
1.2.1.5 Causas	17
1.2.1.6 Consecuencias.....	18
1.2.1.7 Efectos psicológicos	19
1.2.2.1 Derechos en riesgo durante la atención al parto.....	20
1.2.3.1 Prevalencia	21
1.3 Planteamiento del problema	23
1.4 Objetivos	24
1.5 Hipótesis	24
2. Marco metodológico.	
2.1.1.1 Tipo de investigación.....	25
2.1.1.2 Diseño de investigación.....	25
2.1.1.3 Contexto	25

2.1.1.4 Muestra	25
2.1.1.5 Criterios de inclusión y exclusión	26
2.1.1.6 Instrumentos	26
2.1.1.7 Procedimiento	27

3. Resultados.

3.1.1.1 Análisis estadístico descriptivo	28
3.2.1.1 Análisis de los datos encontrados	53
3.3.1.1 Discusión	55
3.4.1.1 Conclusiones.....	57
Referencias	59
Anexos	63

Resumen.

La violencia obstétrica se origina durante el embarazo, parto, postparto y se manifiesta a través de un trato deshumanizado, abuso de medicalización y/o toma de decisiones que no corresponden al personal médico. Los diversos estudios existentes afirman que se trata de un problema de género, de subjetividad, de la formación académica de los médicos, etc., pero lo cierto es que el origen de este problema no reside en una sola causa.

Para la presente investigación se trabajó con 16 mujeres mexicanas de 18 a 36 años de edad, con el fin de conocer su experiencia de parto, si durante el mismo recibieron algún tipo de violencia y si esta les generó algún efecto negativo. También se buscó conocer si el género del personal médico influyó para que se diera este tipo de prácticas, así como que miembro fue el que más la aplica. Para ello se recurrió a la técnica de redes semánticas naturales y a la aplicación de un cuestionario de elaboración propia que recogió la información requerida.

Los resultados indican que las participantes asociaron su proceso de parto con eventos negativos como el dolor y que la violencia obstétrica les generó efectos psicológicos después del parto. Por otra parte, se encontró que este tipo de violencia no es exclusivo del género masculino ya que médicos y enfermeras son los principales miembros que la aplican.

Palabras clave: mujer, violencia obstétrica, efectos psicológicos, redes semánticas naturales, médicos y enfermeras.

Abstract.

Obstetric violence arises during pregnancy, childbirth, postpartum and manifests itself through a dehumanised treatment, abuse of medicalization and/or decisions that do not correspond to the medical staff. The various existing studies claim that it's a problem of gender, subjectivity, the academic training of doctors, etc., but the truth is that the origin of this problem does not reside in a single cause.

For the present investigation was carried out with 16 Mexican women from 18 to 36 years of age, in order to know their birth experience, if during the same they received some type of violence and this gave them some negative effect. It also sought to know if medical staff gender influenced to give this type of practice, as well as that member was that most applies it. For this we used the technique of natural semantic networks and the application of a questionnaire of compilation which collected the required information.

The results indicate that the participants associated with the process of childbirth with negative events such as pain and that obstetric violence gave them psychological effects after birth. On the other hand, it was found that this type of

violence is not exclusive to the masculine gender since doctors and nurses are the main members who apply it.

Keywords: women, obstetric violence, psychological effects, natural semantic networks, doctors and nurses.

Introducción.

El 2 de octubre del 2013 una noticia dio la vuelta al país por distintos medios de comunicación en México y conmocionó a cientos de personas: una mujer mazateca parió en el patio del centro de salud al que acudió para pedir asistencia médica, misma que le fue negada. Fotos y videos circularon por internet donde se observaba el momento en que la mujer recibía a su bebé sin ningún tipo de intervención médica (El universal, 2013). Con la ayuda de estos medios se dio a conocer un problema que ha permanecido oculto: la violencia obstétrica.

El presente testimonio fue proporcionado por una de las participantes de esta investigación, en él se puede apreciar el trato que reciben las mujeres durante su parto y la forma en que lo viven:

Nunca he sido violada pero supongo que es lo más cerca que estaré de serlo, había estudiantes viéndome, el obstetra hablaba con las enfermeras como si yo no estuviera ahí, platicaban sobre lo que harían saliendo, se suponía que me tenían que hacer sentir bien pero me hicieron sentir como un objeto que manoseaban cuantas veces se les daba la gana, es como si no hubiera estado ahí, lo único que me hizo formar parte de ese momento era el dolor y no solo el físico sino el dolor que sentí por no haber disfrutado del nacimiento de mi hijo (Anónimo).

Como el caso citado anteriormente son muy frecuentes las situaciones en las que la mujer es violentada en las salas de parto a manos del personal médico que la asiste, esta violencia no solo es física como se sigue creyendo, también puede ser verbal y/o psicológica. El conjunto de prácticas que consisten en la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, expresado en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres es definido como violencia obstétrica (LOSDMVLV, 2014).

Actualmente la violencia obstétrica sigue siendo desconocida para muchas mujeres y por lo tanto no existen cifras exactas que puedan exponer la magnitud de este problema, aunado a ello la investigación ha seguido una línea desde el campo médico y se ha caracterizado principalmente por tener un carácter reduccionista como se verá en este trabajo.

Esta investigación no solo pretende dar a conocer la existencia de la violencia obstétrica, además de ello busca conocer los efectos psicológicos que ocasiona en las mujeres que fueron víctimas. También explora los significados que la propia mujer da a diversos eventos/personas/situaciones relacionados con el parto para entender cómo es que ella misma vive este proceso. Y por último pero no menos

importante tratar de desmentir la idea de que la violencia obstétrica es un problema de género.

Para la presente investigación se recurrió a la revisión de diversa literatura no solo desde el área médica, sino también de la sociológica, penal y por supuesto psicológica. Lo que se pretende con esto es romper la idea de que la violencia obstétrica tiene una sola causa y entender que es un problema que tiene múltiples causas.

La estructura de la investigación consta de tres partes: en la primera se comienza por hacer un recorrido teórico de toda aquella información relevante que se tiene sobre la violencia, violencia obstétrica, causas, consecuencias, derechos de la mujer, prevalencia, así como el planteamiento del problema. La segunda parte consta del marco metodológico en donde se habla del tipo de investigación, de los participantes, instrumentos, aplicación, etc. Por último, en la tercera parte se dan a conocer los resultados, además de hacerse un análisis y discusión de los mismos.

En México existen leyes y protocolos para que las mujeres vivan una vida libre de violencia, pero dentro de estas leyes no se ha clasificado la violencia obstétrica como una práctica punible más que en los estados de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas, es decir que aún se presenta un atraso a diferencia de países como Venezuela, Argentina o España donde esta sí es un delito.

El papel del psicólogo para entender e investigar este problema es de vital importancia ya que con la mirada de este profesional se pueden no solo conocer las causas y efectos tanto a corto como a largo plazo, además se pueden plantear soluciones que no sólo benefician a la mujer sino que mejoren la atención del parto en general, integrando en este proceso a los profesionales del área médica, a las mujeres que son el centro del mismo y a la sociedad en general.

Se pretende que este tema siga desarrollándose desde el campo de la psicología donde la investigación existente hasta el momento es poca, pero de donde se pueden obtener datos de especial de interés, así como herramientas que puedan ayudar a que este problema deje de pasar desapercibido.

Marco teórico.

La violencia.

En el año de 1996, en la resolución WHA49.25 adoptada por la 49ª asamblea mundial de la salud se declaró la violencia como un problema de salud pública a nivel mundial (OMS, 2002). La incidencia de ésta ha ido aumentando en todo el mundo, afectando a personas de todas las edades y géneros; principalmente se considera que las mujeres y niños son los grupos más vulnerables. Además, se reconoció que las consecuencias de la violencia para la salud, así como para el desarrollo psicológico y social de los individuos son graves tanto de forma inmediata como a largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud (2002) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Como se puede ver en esta definición se cubre una amplia gama de consecuencias que ya no recaen solamente en la muerte o en lesiones, sino que también se habla de aquellas que imponen una carga fundamental en la vida del individuo.

Existen diversos tipos de violencia, en su clasificación más general se divide en tres categorías que se conforman por las características de quien comete el acto (OMS, 2002), encontrando así:

- **Violencia autoinfligida.** Comprende todas aquellas acciones que provocan daño en la persona, pero que han sido producidos por ella misma. Se ha denominado también como conducta autolesiva o autodestructiva e implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo (Arévalo, 2011).
- **Violencia interpersonal.** Esta abarca la violencia de tipo intrafamiliar, violencia de pareja y violencia comunitaria, e incluye robos, riñas y secuestros en espacios públicos. Las consecuencias de la violencia involucran lesiones que pueden requerir atención hospitalaria, daños a la salud mental, discapacidad y muerte (Valdez, Hidalgo, Mojarro, Rivera y Ramos, 2013).
- **Violencia colectiva.** Es el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales (OMS, 2002). Dentro de este tipo de violencia entran las guerras, el terrorismo, conflictos políticos entre estados, violencia

perpetrada por el estado, la delincuencia violenta organizada y las guerras de pandillas.

En cuanto a la naturaleza del acto de violencia se desprenden 4 categorías:

- Física. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a partir de ahora abreviada LGAMVLV (2011) define la violencia física como cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.
- Sexual. La OMS (2002) la define como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito.
- Psicológica. Es definida como cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atente contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático, a fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (McAllister, 2000). Aunque diversos autores infieren en que esta es un mero complemento de la violencia física, investigaciones realizadas sobre violencia psicológica afirman que estas tienen un efecto negativo de igual magnitud o incluso mayor que el provocado por la violencia física (Sackett y Sanuders, 1999).
- Por privación. Se define como cualquier acto de violencia cometida por negligencia o descuido que prive de las necesidades biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, morales, éticas, de valores y espirituales a la persona aun cuando estas se le puedan brindar (Lago, 2006).

Rodríguez (2013) hace una recopilación de algunos estudios abordados desde distintas teorías que tratan de dar una explicación a las conductas violentas atribuibles a diferentes factores teniendo así las:

- Teorías biologicistas. Tratan de dar explicación a la violencia entendiéndola como una deficiencia genética, hormonal o de neurotransmisores.
- Teorías del condicionamiento. En estas el aprendizaje de conductas violentas se manifiesta a través de diversas vías como la observación, el reforzamiento o como respuesta a un estímulo.

- Teorías psicoanalistas. Entienden las pulsaciones violentas como un factor innato y como parte de la estructura psíquica del ser humano.
- Teorías miméticas. Estas suponen que las relaciones humanas son conflictivas y violentas por causa del deseo.

Hoy en día se sabe que sería peligroso atribuir la violencia a una sola causa debido a su complejidad y a la interacción de diversos factores tanto individuales como sociales, es por ello que en los últimos años se ha adoptado un modelo ecológico que permita tratar de comprender la naturaleza de la violencia. Este modelo fue propuesto inicialmente por Heise (1998) como un modelo para estudiar el maltrato infantil y posteriormente usado para conocer el maltrato en pareja. Actualmente este modelo se usa como herramienta para entender la violencia de manera integradora.

El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de diversos niveles de influencia sobre el comportamiento (OMS, 2002). Véase figura 1.

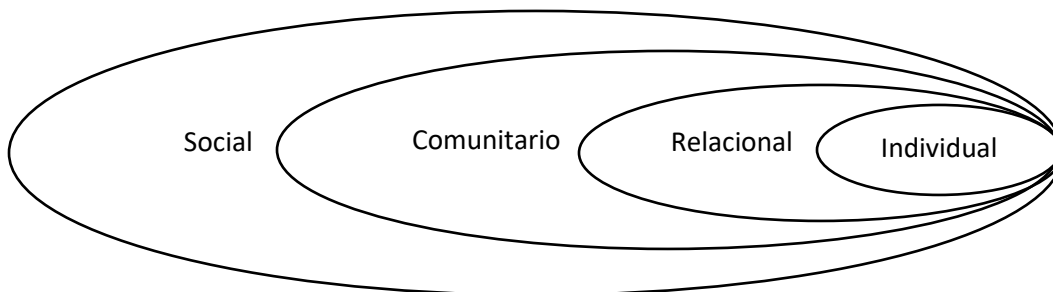


Figura 1. Niveles del modelo ecológico que explica la violencia.

Como se puede observar el primer nivel (individual) trata de identificar aquellos factores biológicos y personales, responsables de la forma en que el individuo se comporta. La atención de este nivel recae en las características que sean indicadores de que el individuo pueda ser víctima o perpetrador de actos violentos. Presta atención a factores como impulsividad, nivel educativo, abuso de sustancias, así como antecedentes de maltrato o de comportamiento agresivo.

El segundo nivel (relacional) como su nombre lo indica se ocupa de analizar las relaciones sociales cercanas y como dentro de estas relaciones se puede aumentar el riesgo de que un miembro pueda convertirse en víctima o perpetrador.

El tercer nivel (comunitario) indaga los contextos comunitarios en los que se dan las relaciones sociales (escuela, trabajo, comunidad, etcétera) y trata de identificar aquellas características asociadas con que se pueda ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

El cuarto nivel (social) comprende los factores sociales más generales como los valores culturales, políticas e ideología que influyen directamente en la realización de actos violentos.

El uso de un modelo ecológico permite conocer las múltiples causas de la violencia, así como de la interacción de los diversos factores tanto a nivel relacional, comunitario y social, esto con el fin de no minimizarla o entenderla de forma unicausal como se hizo durante muchos años.

Violencia de género.

Se entiende por género aquella construcción simbólica constituida por un conjunto de atributos sociales asignadas a una persona a partir de su sexo, convirtiendo esta diferencia en desigualdad. El género a diferencia del sexo no recae en el aspecto biológico, este se da a partir de la construcción mental y sociocultural desarrollada a lo largo de la historia; esta es la gran diferencia entre ambos términos (Alvarado y Guerra, 2012).

La violencia en función del género es conocida como un problema de salud pública de gran magnitud en el mundo actual, que afecta a muchas mujeres y viola sus derechos humanos. Hablar de una definición exacta de esta sería como tratar de señalar una teoría única que explique el origen del universo; por lo tanto se recogerán diversas definiciones que tratarán de dar un panorama general de lo que se entiende por violencia de género.

Fernández (2003), define este tipo de violencia como aquella dirigida específicamente contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Por su parte Moreno (2008) indica que este tipo de violencia es ejercida por los hombres en contra de las mujeres con base en una ideología patriarcal o machista; tiene como objeto a la mujer a consecuencia de la desigualdad de roles sociales (Laurenzo, 2005).

Dentro de las modalidades de la violencia de género clasificadas en la LGAMVLV (2011) encontramos:

Violencia familiar. Considerada como todo acto de abuso de poder cuya intención es dominar, someter o agredir física, psicológica o sexualmente a la mujer dentro o fuera del hogar y cuyo agresor tenga o haya tenido una relación de parentesco (Artículo 7).

Violencia laboral y docente. Se considera como todo acto u omisión dado mediante el abuso de poder, hostigamiento sexual o acoso, ejercido por aquella persona que guarda un vínculo laboral o docente con la víctima sin importar la jerarquía de estos. Este tipo de violencia daña la autoestima, salud, integridad, libertad y otros ámbitos de la vida de la víctima (Artículo 10).

Violencia comunitaria. Es definida como todo acto individual o colectivo cuyo fin es trasgredir, denigrar, discriminar, marginar y excluir del ámbito público los derechos fundamentales de la mujer (Artículo 16).

Violencia institucional. Se define como todo acto por parte de los servidores públicos que obstaculiza, discrimina, dilata e impide el goce de los derechos humanos de la mujer, así como su acceso total al goce de las políticas en pro de la misma (Artículo 18).

Violencia feminicida. Es considerada la forma extrema de violencia de género en contra de la mujer. Esta es resultado de la violación de los derechos humanos de la mujer tanto en el ámbito público como en el privado, sus consecuencias más graves son el homicidio y otras formas de muerte violenta producto de conductas misóginas en contra de las mujeres (Artículo 21).

El Instituto Nacional de las Mujeres, por sus siglas INMUJERES (2008) informó que en México durante el 2006 un 43.2% de la población femenina afirmó haber sido víctima de violencia por parte de sus parejas, un 15.4% víctimas de violencia familiar, 39.7% de violencia en su comunidad, 29.9% de violencia laboral, 15.6% de violencia docente, mientras que de violencia institucional y feminicida no se dieron cifras.

Sea cual sea el motivo que guie a las personas a cometer actos violentos, la sociedad se encuentra ante un problema de magnitud inimaginable que se ha salido de control. Y mientras se siga sin hacer visible lo que hasta hoy se ha mantenido invisible, miles de mujeres más serán víctimas de violencia, maltratadas, violadas y en el peor de los casos asesinadas.

Consecuencias de la violencia.

La Organización Panamericana de la Salud (2013) clasifica en 4 grandes categorías las consecuencias que la violencia puede tener para la salud de la mujer. Recalca que la violencia además de generar efectos inmediatos y/o mortales genera otro tipo de efectos que pueden existir mucho tiempo después, incluso cuando la mujer ya no sea víctima de violencia.

Las cuatro categorías bajo las que se agrupan las consecuencias de la violencia hacia la mujer son:

Consecuencias físicas.

- Lesiones físicas agudas o inmediatas (hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras, mordeduras, fractura de huesos, dientes, etcétera).
- Lesiones graves que puedan conducir a la discapacidad (lesiones en la cabeza, ojos, oído, tórax, abdomen, etcétera).
- Afecciones del aparato digestivo, problemas de salud como el síndrome de dolor crónico, entre otros.
- La muerte.

Consecuencias sexuales y reproductivas.

- Embarazo no deseado.
- Todo tipo de infecciones (vaginales, pélvica crónica, en las vías urinarias). incluidas también las infecciones de transmisión sexual.
- Complicaciones del embarazo o aborto espontáneo.
- Hemorragias.
- Fistulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos).
- Disfunción sexual.
- Relaciones sexuales dolorosas.

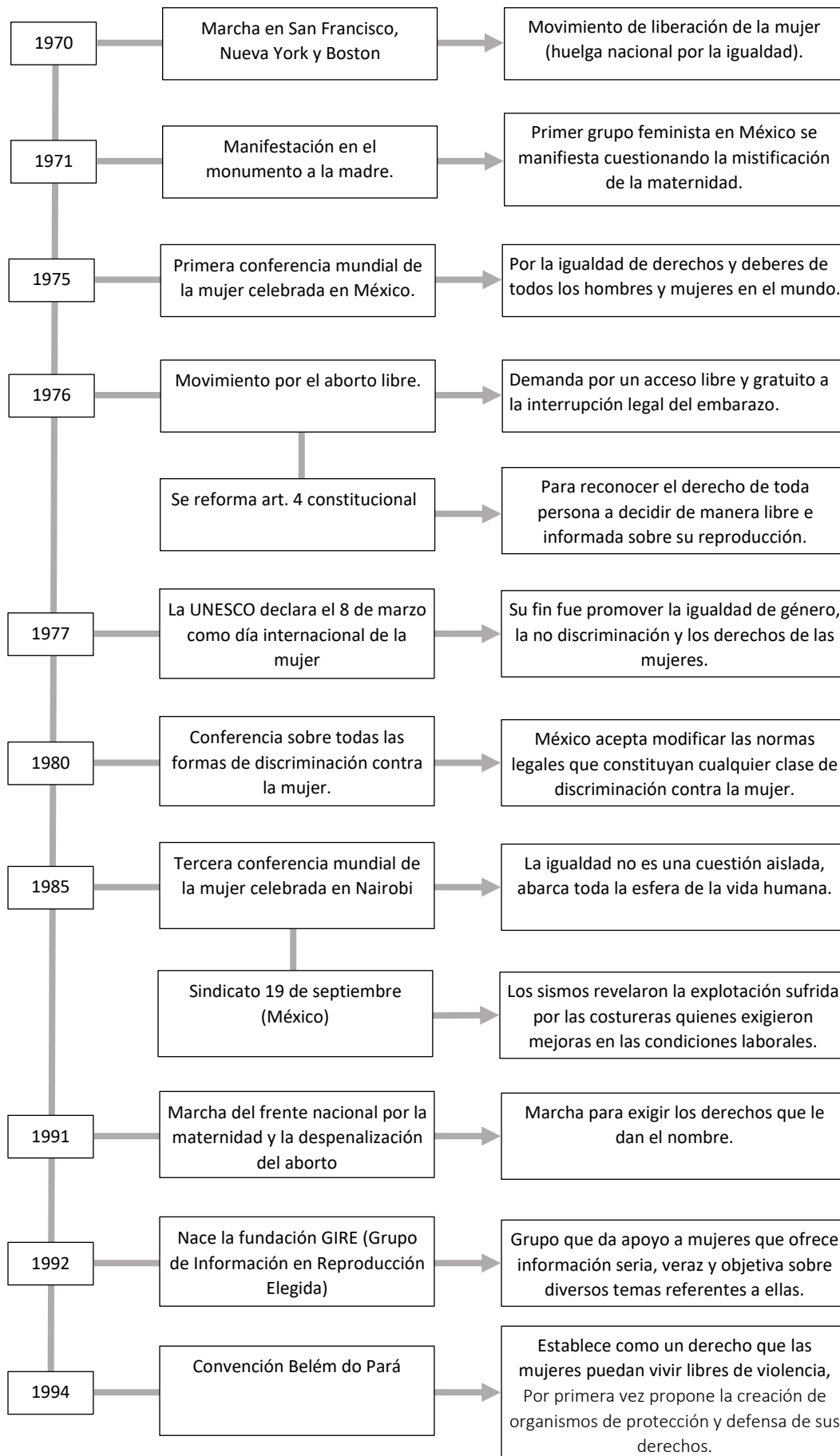
Consecuencias psicológicas.

- Depresión.
- Trastornos del sueño y de hábitos en la alimentación.
- Estrés.
- Trastornos de ansiedad.
- Autoagresión.
- Intento suicida.
- Baja autoestima.

Consecuencias conductuales.

- Abuso de alcohol y otras sustancias.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida.
- Tasas bajas en el uso de anticonceptivos.

Viaje histórico por la lucha contra la violencia.



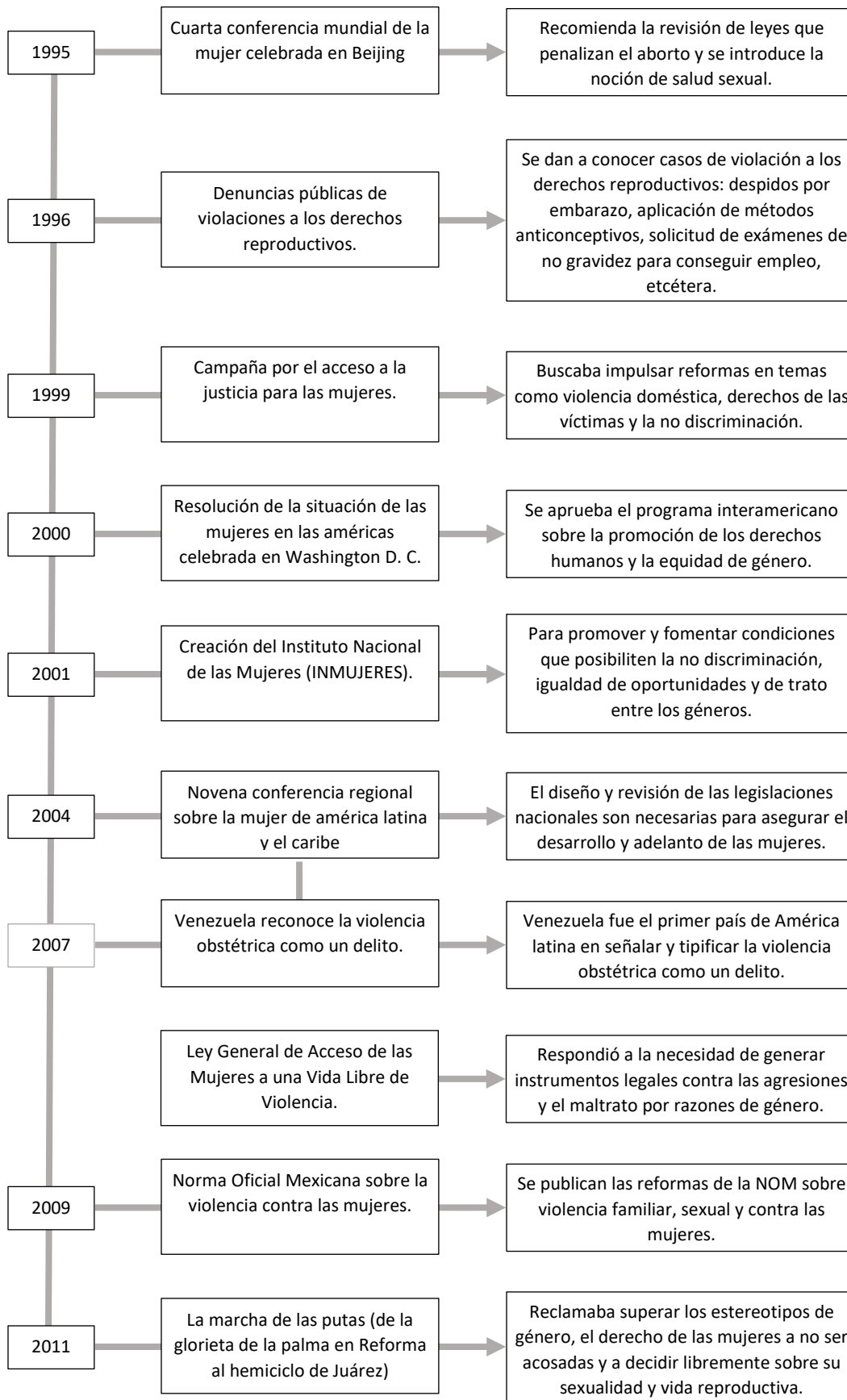


Figura 2. Línea de tiempo con algunos de los acontecimientos más importantes de la lucha de las mujeres por una vida libre de violencia.

Violencia obstétrica.

El campo sanitario actual se encuentra regido por un modelo biomédico cuya premisa es que “existe un tratamiento para todo”. Dentro de este modelo diversos procesos biológicos de naturaleza humana han pasado a ser vistos como algo patológico y por tanto se tratan como tal. Del mismo modo el sistema jerarquizado de estas instituciones reduce a la persona a un mero paciente, incapaz de opinar, decidir e informarse; es decir un sujeto pasivo (Casal y Alemany, 2014).

El embarazo dentro del modelo biomédico no es la excepción, por tanto se le reduce a algo que deber ser tratado específicamente por el personal sanitario, como si de una enfermedad se tratara (op. cit.). La mujer se pone en manos del médico que es quien dirige todo el proceso y guía las decisiones más importantes que conciernen a la misma, incluso aquellas sobre su propio cuerpo, sobrepasando su poder y tomando decisiones que no le corresponden.

Los distintos actos deshumanizados que el personal de obstetricia y del campo sanitario realizan a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio se agrupan dentro del término: violencia obstétrica. Resulta complicado definir la violencia obstétrica teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en esta y a la vez porque se corre el riesgo de reducirla a lo que es y lo que no es. Se le pide al lector que tanto la definición como los elementos que se presentan no sean considerados como los únicos, sino solo como aquellos que han podido identificarse.

Para este trabajo se tomara la definición que aparece en la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela (2014), donde se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Los expertos mencionan que la violencia obstétrica se manifiesta en dos dimensiones: una física acompañada por prácticas invasivas al cuerpo de la mujer, suministro de medicación injustificada o al no respetar los tiempos ni la naturalidad del parto biológico y otra psicológica caracterizada por la presencia de un trato deshumanizado, grosero, discriminación y humillación, así como la omisión de información durante el parto y después de este.

Autores como Belli (2013) y Bellón (2015) han identificado los siguientes actos realizadas por el personal de salud calificados como violencia obstétrica:

- La atención inoportuna y poco eficaz de las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir de formas y/o posiciones inadecuadas (posición supina, con las piernas levantadas, etc.).
- Separar al niño de la madre sin que exista una causa medica justificada, negándole a esta el poder cargarlo y amamantarlo después de nacer.
- Uso de técnicas de aceleración del parto natural de bajo riesgo sin el consentimiento voluntario de la mujer.
- Práctica de cesáreas u otras técnicas como la maniobra de Kristeller aun existiendo condiciones para que se dé un parto de forma natural, sin el consentimiento voluntario de la mujer.
- Negar cualquier tipo de información a la mujer con referencia a los procedimientos médicos empleados durante el parto.
- Practicas hospitalarias humillantes y que ignoran las necesidades de las mujeres que se atienden (aislamiento antes de que inicie el parto, privación de movimiento, comida o agua sin motivos que interfieran para que no se le proporcione, etc.).
- Administración de enemas, sedantes y realización de episiotomías, sin ventajas que prueben que se realizan para mejorar el bienestar de la mujer y su hijo.

Villanueva (2010) menciona que durante la atención institucional del parto, la violencia obstétrica se presenta a través de:

- Insultos, regaños, ironías, amenazas y humillación.
- Indiferencia a las peticiones de la mujer.
- No consultar a la mujer sobre diferentes decisiones.
- Negar el tratamiento.
- Aplazamiento de la atención médica urgente.
- El uso de la mujer como recurso didáctico.
- El uso del dolor durante el parto como forma de castigo o para obtener el consentimiento de la mujer en algún tema relacionado con el mismo.

En cuanto a testimonios de las mujeres que han padecido violencia obstétrica de naturaleza psicológica las frases típicas que usan los médicos y/o enfermeras van desde el negarle conocer a la mujer el estado de su bebé o su sexo usando la frase “de gracias a que nació bien”, el referirse a la mujer como una máquina de hijos “ya tiene muchos no”, pidiéndoles que no griten, que “si antes lo disfrutaron ahora se aguanten”, hasta decisiones sobre su cuerpo que toman en un momento de vulnerabilidad como la implantación de aparatos para evitar que se siga

embarazando, negarle la posibilidad de cargar a su hijo y amamantarlo después de nacido sin causa médica justificada.

Origen.

No existe un acontecimiento exacto que haga mención a la aparición de la violencia obstétrica, pero lo que sí se sabe es que esta existe a partir de la institucionalización de los partos; cuando se adoptó la costumbre de que estos ocurrieran en centros de salud en lugar de en casas. A partir de este cambio de paradigma, el parto dejó de ser un proceso natural para ser una práctica médica (Tamés, 2015).

La corporación médica surgida tanto en América como en Europa rechazó todas aquellas prácticas y saberes que difirieran con el paradigma científico vigente. La sustitución de las parteras por parteros y después por cirujanos obstetras marcó el inicio de la medicina perinatal (Federeci, 2010). El profesional especialista se apropia del lugar de saber, cuenta con la legitimación estatal y el prestigio social necesarios para afirmarse en su condición de experto (Belli, 2013). El uso de anestésicos y el control de la mujer, son consideradas prácticas comunes en la atención al parto a inicios del siglo XX.

Para los médicos la atención institucional del parto significaba poder tener un control más exhaustivo de este proceso, bajo la premisa de que con su intervención se reduciría la tasa de mortalidad materno-infantil. Pero lo cierto es que esta intervención se volvió una práctica inhumana, hasta el punto en que embarazos y partos saludables se trataron como si fuesen patologías necesarias de intervención médica (Machado, 2014).

El siglo XX estuvo marcado por la obligatoriedad de que el parto se diera en instalaciones médicas bajo la supervisión de parteras y el control de obstetras, sin embargo, durante 1970 diversos grupos feministas comenzaron a promover un parto más natural exponiendo las ventajas y los beneficios que tendría en la mujer. Factores como el bienestar emocional, que sea la mujer quien guíe el proceso o elegir la postura del parto, son ideas que promueven estos grupos (Bellón, 2015).

En México con la ayuda de diversas plataformas de internet, se dieron a conocer dos casos aislados que materializaron este problema invisible para muchos pero que existe y se manifiesta en los servicios de salud de nuestro país: el día 2 de octubre del 2013 una mujer de origen Mazateco dio a luz en el patio del centro de salud del municipio de Jalapa de Díaz (Oaxaca) tras habersele negado el servicio por el personal del mismo. El segundo caso ocurre apenas 8 días después, el 10 de octubre del mismo año, en el hospital de la mujer de Tehuacán en Puebla, en este caso la mujer da a luz en el piso de la entrada principal del hospital, donde después

de recibir a su bebé apenas es revisada por dos enfermeras, permaneciendo alrededor de 3 minutos y medio más en el suelo, para después ser llevada en una camilla.

De acuerdo con datos del INEGI (2015) en sus estadísticas sobre natalidad registradas en el año 2015 se informa un total de 2,353,596 nacimientos durante ese año, lo cual nos indica que una cantidad proporcional o menor de mujeres acudieron a diversas instituciones para solicitar asistencia médica. Esto nos lleva a pensar como fue la calidad de los servicios prestados y si hubo o no presencia de violencia obstétrica. Lo que está claro es la enorme cantidad de nacimientos al año y por tanto que los servicios que deben prestar las instituciones y los profesionales que en ella laboran deben ser de calidad, igualitarios, libres de prejuicios, de subjetividad y de violencia.

Causas.

Siguiendo un camino tradicionalista encontramos a autores como Tinoco (2013), quien considera que la subjetividad del médico hacia la mujer es la principal causa de violencia obstétrica, es decir; desde la percepción del propio médico este ve a la mujer más como madre que como mujer y por tanto esta visión hace que le atribuya el rol de madre.

Martínez (2011), Bellón (2015), Barria y Rivera (2015) abordan la violencia obstétrica como un problema meramente de género, donde la práctica obstétrica está atravesada ideológicamente por un discurso patriarcal en el que se reduce y violenta a la mujer que atraviesa por el parto.

Para profundizar más en el tema se debe saber que la obstetricia no es la única especialidad donde se reciben quejas por insatisfacción de los pacientes, por recibir un mal trato o por haber sufrido algún daño como consecuencia de la atención recibida. Otras especialidades involucradas con mayor frecuencia en las quejas de los usuarios son ortopedia y traumatología, urgencias médicas, cirugía general, ginecología y medicina familiar; por ello se habría que considerar que no simplemente se trata de un problema de género sino de atención en general.

Dejando atrás la idea de que la violencia es un tema meramente de género tenemos a autores como Casal y Alemany (2014) que hablan de dos grandes problemas en la atención al parto, el primero hace referencia a la formación del profesional de obstetricia desde un punto de vista puramente biomédico, por lo tanto se ve influenciado por un trato jerárquico donde él es el portador del conocimiento, relacionándose con la persona como si se tratara de un objeto y sin tener en cuenta las dimensiones (biológica, psicológica y social) del ser humano. El segundo

problema es el exceso de confianza por parte de las mujeres en la medicina actual junto con una verdadera falta de información por parte de las mismas, que impide entender las consecuencias de lo que conlleva pasar un parto medicalizado.

Campos, Martínez y Chavarría (2010) afirman que los médicos internos de pregrado no conocen conceptos básicos relacionados con la seguridad del paciente y el error médico. Además de ello atribuyen a que muchas veces las causas que originan los errores médicos son por sobrecarga de trabajo y cansancio, descuido, falta de conocimiento o habilidades. Así mismo las condiciones del hospital, médicos y pacientes que hacen más graves estos errores son la sobrecarga de trabajo, falta de supervisión a médicos en formación, falta de recursos y pacientes complicados.

Villanueva (2010) menciona que durante la atención obstétrica institucional las principales causas de la violencia obstétrica son la organización de los servicios de gineco-obstetricia, la formación de los médicos residentes y la forma en la que se concibe a la mujer. Habla también de que la relación médico-paciente es unidireccional donde el obstetra centra su atención en el evento y no en la mujer como persona.

Alvarado y Guerra (2012) por su parte concluyen que los servidores de salud desconocen el contenido que contempla la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en relación al tema de la salud.

Como se puede ver dentro de la investigación se empieza a romper el paradigma unicausal de que se trate solamente de violencia de género, la cual no se niega que exista, pero es un error atribuirla como la única causa que da origen a la violencia obstétrica. Otro error es atribuir todo el peso a lo subjetivo cuando el individuo como un ser social se ve influido además por otros factores, como el trabajo, la familia, la escuela, etc., (a nivel comunitario) y las relaciones entre estos (nivel relacional). Además de influencias generales como las ejercidas por los medios de comunicación, estructuras y creencias sociales caracterizadas por la sociedad en que se encuentra (a nivel social) (Díaz, 1999).

Consecuencias.

Las consecuencias son muy diversas, entre ellas que la mujer termine lastimada y dañada psicológicamente después del parto. Bellón (2015) defiende la idea de que una asistencia despersonalizada, monitoreada y sin privacidad puede obstaculizar la relajación de la mujer a la hora del parto y tener complicaciones en la liberación de hormonas (como la oxitócica) que dan paso a un parto menos problemático. Si a esto le sumamos experiencias previas desagradables como partos en los que los

obstetras o personal médico hayan violentado a la mujer habrá más posibilidades de que esta no se pueda relajar y por tanto el parto sea riesgoso.

Por otra parte, Olza (2014) menciona que de un 2% a un 6% de las mujeres que pasaron por un parto desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TEPT) y un 35% de mujeres que han tenido un hijo presenta en algún grado TEPT, esto como consecuencia de las acciones de los profesionales sanitarios.

No escuchar ni preguntar a la mujer puede tener consecuencias graves sobre la salud psíquica de esta. Las palabras del médico tienen la cualidad de dañar o curar, por lo tanto el peso que le dé el obstetra a sus palabras guiara en su mayor parte el proceso y la vivencia del parto (Fernández, 2006).

En cuanto a la cesárea y la episiotomía diversos estudios han demostrado que su uso puede acarrear diversas complicaciones. De la cesárea se deriva un aumento de medicalización después del parto, morbilidad y mortalidad materna, infecciones, que esta se abra a causa de una mala curación y otras complicaciones. De la episiotomía las complicaciones incluyen dolor en las relaciones sexuales e incontinencia (urinaria, fecal o de gases) (Fernández, 2015).

En el más grave de los casos, la peor consecuencia de la violencia obstétrica es la muerte de la mujer, del producto del embarazo o de ambos (GIRE, 2015). Pero no todo acaba ahí, aun las consecuencias afectan al sistema familiar de la mujer (esposo, padres, hermanos, o personas cercanas) quienes además de perder a un integrante de su familia, pueden llegar a desarrollar diversas alteraciones tanto físicas como emocionales.

Efectos psicológicos.

Dentro de la psicología son pocos los autores que se han detenido a estudiar los efectos que la violencia obstétrica ocasiona en la mujer, sin embargo las investigaciones que se han hecho han sido concluyentes y han señalado que este tipo de violencia entre otras cosas ocasiona efectos que pueden perdurar en la mujer aun después del parto. Soet, Brack y Dilorio (2003) encontraron en un estudio realizado con mujeres que la mayoría de ellas consideró su proceso de parto traumático y afirmaron haber temido en algún momento del parto por su vida o la de su bebé además de que el parto tuviera secuelas graves. Este mismo estudio mostro que factores antecedentes (como la historia de un trauma sexual y apoyo social) y las características del evento (dolor durante el parto, sentimientos de impotencia, intervención médica e interacción con el personal médico) son factores significativos para que se presente un parto traumático.

Creedy, Sochet y Horsfall (2000) encontraron que una de cada tres mujeres identificó un evento traumático durante su parto y reportó la presencia de al menos tres síntomas de trauma. Por su parte veintiocho mujeres cumplieron con los criterios DSM-IV para un trastorno de estrés postraumático agudo posparto. El nivel de intervención obstétrica experimentado durante el parto y la percepción de la atención insuficiente durante el parto fueron asociados sistemáticamente con el desarrollo de los síntomas de trauma agudo. Para Ayers (2004) la experiencia de parto traumático se acompaña por la presencia de indefensión, miedo y terror, seguida por una serie de pensamientos que incluyen pensamientos vividos, flashbacks, irritabilidad y pesadillas.

Por su parte Allen (1998) menciona que los traumas generados en las mujeres durante el parto son consecuencia de haber recibido un cuidado médico inadecuado y en cuanto a las percepciones y experiencia de las mujeres que habían tenido partos traumáticos se encontró que este trauma había sido el resultado de las acciones y/u omisiones de médicos, enfermeras y del personal médico en general.

Derechos en riesgo durante la atención al parto.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (2015) en su documento “Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos” habla de los derechos que el personal médico pasa por alto durante la atención al parto y que terminan siendo violados. Estos derechos son:

- Derecho a la salud.

Este derecho está establecido en el 4º artículo constitucional y en otros tratados internacionales en los que México ha participado.

El derecho a la salud le permite a las personas la libertad de controlar su cuerpo, su salud, a la libertad sexual y a no padecer injerencias. Además la persona tiene derecho a un sistema que proteja su salud y le brinde iguales oportunidades que a los demás de mantener un estado de salud óptimo.

Se incluye dentro del derecho a la salud, la salud reproductiva que consiste en la eliminación de todo tipo de discriminación a la mujer en el ámbito médico, así como ofrecerle un servicio apropiado y de calidad.

Otros elementos del derecho a la salud son la accesibilidad, aceptabilidad, calidad y la no discriminación.

- Derecho a la integridad personal a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Protege las dimensiones física, psíquica y moral de las personas. Incluye la protección de cualquier tipo de agresión al cuerpo y el derecho a que las facultades psíquicas y morales no sufran daños.

- Derecho a la información.

Resguardado por el 6º artículo constitucional indica que toda persona debe tener derecho al libre acceso a la información, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas por distintos medios de expresión.

- Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia.

Que obliga al estado a prevenir, investigar y castigar la violencia de este tipo. También protege a la mujer de sufrir violencia ya sea física, sexual o psicológica, tanto en los establecimientos de salud como por cualquier persona.

- Derecho a la vida privada.

Este artículo hace referencia a garantizar que no exista intromisión arbitraria en la vida de una persona o familia. En cuanto a reproducción se refiere, este artículo protege la decisión de las personas sobre su procreación, garantizando que la mujer tome la decisión y que se le proporcione información, clara, objetiva y veraz.

Prevalencia.

Como se sabe los datos existentes sobre la prevalencia de la violencia obstétrica son escasos, entre sus principales causas encontramos que pocas veces las mujeres conocen lo que esta significa o peor aún no identifican que han sido víctimas, otra de las causas es que las mujeres que han atravesado por este tipo de violencia no se atreven a denunciarla o no saben dónde acudir y por ultimo porque las instituciones hacen caso omiso a la mujer y su denuncia se pierde o pasa desapercibida.

Pese a la poca evidencia existente se han podido encontrar datos interesantes proporcionados por GIRE (2015) quien habla acerca de las quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra las mujeres en el marco de la atención al parto, los estados donde se recibió mayor número de quejas son: Jalisco (24 quejas) San Luis Potosí (17 quejas), Estado de México (22 quejas), Sinaloa (12 quejas), Nuevo León (11 quejas), Campeche (6 quejas), Tamaulipas (4 quejas), Aguascalientes (4 quejas), Guerrero (3 quejas) y Nayarit (1 queja), Baja California, Chiapas, Guanajuato, Querétaro contestaron tener 0 casos de quejas de este tipo,

mientras que el resto de los estados no respondieron o respondieron no tener una comisión local de arbitraje. En cuanto a quejas recibidas por violencia obstétrica los únicos estados de la república mexicana que informaron presentarla son: Guerrero (3 quejas), San Luis Potosí (15 quejas), Guanajuato, Estado de México, Querétaro, Sinaloa y Tamaulipas afirmaron tener 0 casos de violencia obstétrica, mientras que el resto de los estados respondieron que no tienen una comisión local de arbitraje, no respondieron, respondieron que no está registrado el concepto de violencia obstétrica o que las quejas por violencia obstétrica no son recibidas porque no hay una instancia competente para recibirlas.

En cuanto a quejas presentadas a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en México GIRE (2015) informa que se presentaron durante ese año 119 quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención al parto y solo una queja recibida por violencia obstétrica. En las comisiones locales de derechos humanos se recibió un total de 229 quejas (de los 31 estados de la República y D.F.) recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención al parto y 132 quejas por violencia obstétrica.

En el periodo del 2009 al 2012 las instituciones de las que se presentó mayor queja por malos tratos, negligencia y violencia obstétrica fueron: IMSS (92 quejas), ISSTE (13 quejas), Secretaria de la Defensa Nacional (3 quejas) y Secretaria de Salud (3 quejas).

Por último, en lo referente a sanciones derivadas de las quejas en las instituciones de salud ninguna institución proporcionó que se sancionara a quien llegó a cometer violencia obstétrica argumentando que no se consideraban competentes para tomar medidas de este tipo.

La información proporcionada por las distintas instituciones solo destaca un hecho: existen pocos registros que se relacionan con quejas referentes a la violencia obstétrica y en general fueron presentadas debido a hechos trágicos como la muerte de la mujer o del bebé durante el parto. Factores como el maltrato (psicológico, físico, verbal), la reducción de la mujer a un objeto, humillarla, no proporcionarle información y su nula participación en este proceso no son motivos (para la mujer misma) que le permitan denunciar el acto. El país se encuentra ante un problema que se manifiesta dentro de las salas medicas de forma silenciosa pero cuyo impacto aún no se conoce completamente.

Planteamiento del problema.

Ante los diversos casos de violencia contra la mujer que se han conocido en México y el mundo, los distintos gobiernos han participado en conferencias que tienen como objetivo la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer así como su inclusión en todos los ámbitos de la sociedad, se ha creado la Ley General y leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que regulan las políticas públicas. Sin embargo, Villanueva (2015) menciona que las soluciones superficiales como las interminables reuniones han fracasado, porque el resultado final de estas solo es la elaboración de documentos que carecen de significado en el contexto en que se manifiestan los actos de violencia. También menciona que el reconocer estos derechos no garantiza que se cumplan de forma efectiva.

GIRE (2015) afirma que para evitar las prácticas de violencia obstétrica la vía penal no es adecuada, puesto que predispone a los médicos sin promover un cambio en la mentalidad de estos. Villanueva (2015) expresa que las peticiones tanto de la familia como de los pacientes es que se les respete a ellos y a su dignidad; porque son seres morales, dotados de razón y con libertad de elección.

La violencia obstétrica se ha vuelto una práctica normal en las salas de parto, tan común para las mujeres que tienden a pasarla desapercibida, quizá muchas veces jamás lleguen a saber que fueron víctimas, ni a conocer las secuelas que dejó en ellas, hasta que vuelvan a atravesar por el mismo proceso o en los casos más graves cuando por alguna razón algo salió mal en el parto y tienen que proceder por la vía legal.

Aguirre, Campos, Carrillo, Zavala y Fajardo (2008) en su artículo titulado “Análisis crítico de quejas CONAMED” mencionan que no se considera que existan problemas de equidad de género que determinen una menor calidad de la atención al sexo femenino en el servicio de salud. Esta afirmación parece un poco tendenciosa pero da un indicio de que ya se ha investigado este problema y algunos posibles resultados.

Tras la revisión exhaustiva de los artículos mencionados en este trabajo se ha podido notar que la investigación y sus resultados giran en torno a la formación del médico obstetra desde un modelo biomédico, la relación médico-paciente, la violencia obstétrica como una forma más de la violencia de género, la confianza excesiva y el desconocimiento de las mujeres en los médicos y en los métodos que estos utilizan. Pero habría que preguntar si ¿existen efectos psicológicos ocasionados por la violencia obstétrica en la mujer después del parto?, ¿cuál es la percepción de la mujer del médico obstetra, de su experiencia de parto y que tanto conoce lo que es la violencia obstétrica?

Objetivo general.

- Conocer si existen efectos psicológicos en la mujer ocasionados por la violencia obstétrica.

Objetivos específicos.

- Conocer como definen las mujeres el término violencia obstétrica y si han sido víctimas de ésta.
- Conocer los significados que la mujer tiene en cuanto a su proceso de parto, del personal médico y de la calidad de la atención.
- Conocer si el género del personal médico influye en la aplicación de violencia obstétrica.
- Identificar que miembro del personal médico tiende a generar más la violencia obstétrica.
- Identificar cuáles son los sentimientos más comunes en la mujer después del parto.

Hipótesis.

H1. La violencia obstétrica genera efectos psicológicos adversos en las mujeres que la sufrieron como sentimientos de desvalorización, culpa, baja autoestima, tristeza, desmotivación y temor.

H2. El género del personal médico no influye en la aplicación de violencia obstétrica.

H3. La mujer desconoce en qué consiste la violencia obstétrica.

H4. La mujer asocia a los médicos y enfermeras, al parto y a la violencia con eventos negativos.

H0. La violencia obstétrica no genera efectos psicológicos adversos en las mujeres que la sufrieron.

Marco metodológico.

Tipo de investigación.

Estudio exploratorio, definido por Hernández, Fernández y Baptista (2006) como aquel que se efectúa cuando se tiene como objetivo examinar un tema o problema de investigación que ha sido poco o no abordado con anterioridad. Básicamente se emplea cuando existen guías no investigadas o ideas vagas sobre un tema en cuestión.

Los estudios exploratorios sirven al investigador para familiarizarse con fenómenos desconocidos y a su vez poder realizar una investigación más completa de un contexto de su interés dentro de un ambiente más real, investigar problemas del comportamiento humano, la identificación de conceptos y variables para futuros estudios, así como generar el camino a nuevas investigaciones.

Diseño de investigación.

No experimental, transeccional-exploratorio.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2006) una investigación no experimental se caracteriza por realizarse sin manipular deliberadamente alguna variable por el simple hecho de que estas ya han sucedido, es decir; no se construye ninguna situación porque está ya está dada, lo único que se hace es observar los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural para después ser analizados. Se considera además un diseño de tipo transeccional ya que recolecta datos en un solo momento y en un tiempo único con el propósito de describir variables para después analizar su incidencia e interrelación. Por último se considera exploratorio ya que su propósito es conocer una variable o un conjunto de variables, aplicable a problemas nuevos o poco conocidos y que pueden construir el preámbulo para otros diseños.

Contexto.

El instrumento se aplicó a través de dos vías, la primera fue fuera de las instalaciones de dos hospitales materno-infantiles de la Ciudad de México, la segunda fue a través del llenado del mismo instrumento mediante vía electrónica.

Muestra.

No probabilística de tipo intencional o de conveniencia, caracterizada por la elección de las participantes mediante métodos no aleatorios (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) fuera de los hospitales maternos y vía electrónica, cuya

característica fue únicamente haber tenido un parto recientemente, sin importar edad, escolaridad, número de hijos y/o clase social, entre otros factores socioeconómicos.

Criterios de inclusión.

- Mujeres de cualquier edad.
- Haber tenido un parto recientemente.
- Contar con el tiempo necesario para resolver el instrumento.
- Querer participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

- Quien contando con los tres primeros puntos de los criterios de inclusión no desee o muestre interés en participar.

Instrumentos.

Con la finalidad de conocer si existen efectos psicológicos en las mujeres derivados de la violencia obstétrica, así como del significado del proceso de parto y de los profesionales que intervinieron en este se creó un instrumento que consta de dos partes (Anexo A).

En la primera parte se utilizó la técnica de redes semánticas naturales. Esta se considera una técnica de evaluación del significado psicológico que explica cómo es que se organiza la información en torno a la memoria semántica (Valdez, 1998).

La aplicación de las redes semánticas naturales consta de dos pasos fundamentales:

1. Mediante una lista de estímulos (palabras) como la que se encuentra en el anexo A, se le pide al participante que defina cada uno de los estímulos mediante 5 palabras (verbos, adverbios, sanativos, etc.), sin utilizar artículos o preposiciones.
2. Una vez completado el llenado de los estímulos se le pide al participante que jerarquice del 1 al 5 cada una de las palabras que puso, en orden de importancia, dando a la palabra más relacionada con el estímulo el número 1 y a la menos relacionada el número 5.

El formato de redes semánticas naturales para esta investigación buscó conocer los significados que las mujeres que recientemente tuvieron un parto le dieron a las palabras “violencia” “mujer” “médicos y enfermeras” experiencia del parto” “calidad de la atención” y “violencia obstétrica”.

La segunda parte del instrumento consistió en un cuestionario de elaboración propia en formato de escala likert en donde se indagaron los diversos problemas encontrados en la revisión bibliográfica y que se consideran violencia obstétrica, además se crearon ítems que profundizan en los posibles efectos que puede tener la violencia obstétrica en la mujer. La forma de respuesta fue una escala del 1 al 4 donde 1 significa completamente, 2 en su mayoría, 3 muy poco y 4 no/nada. También se recogieron algunos datos sociodemográficos como edad, ocupación, tipo de parto, nivel de estudios y estado civil.

Este instrumento fue revisado y corregido por tutores de Fes Iztacala, además de someterse a un pilotaje previo con mujeres que recientemente había tenido un parto también fuera de las instalaciones de un hospital materno-infantil.

Procedimiento.

La elaboración de la investigación se llevó a cabo en tres fases:

1. Revisión bibliográfica. Se indagó en la bibliografía relacionada con la violencia obstétrica existente hasta el momento, se revisaron artículos de revistas electrónicas, libros y tesis, principalmente del área médica ya que dentro de la psicológica existe poca investigación.
Se procedió a analizar la información y a construir la investigación.
Se determinaron los objetivos, hipótesis, población y tipo de investigación.
2. Creación y pilotaje del instrumento. Se creó el instrumento con base en la pregunta de investigación, mismo que fue revisada por tutores de FES Iztacala, corregido y sometido a pilotaje con mujeres que recientemente tuvieron un parto fuera de un hospital materno-infantil.
Se realizaron los cambios pertinentes y se procedió a su aplicación.
3. Análisis de resultados. Se procedió al análisis de los resultados mediante los programas SPSS y Excel, para su posterior análisis descriptivo.

Resultados.

La primera parte del cuestionario aplicado constó de una sección para recoger los datos socioeconómicos de las participantes mismo que se analizó en este apartado. Para su análisis se recurrió al programa de estadística SPSS V23 con el fin de obtener tablas de frecuencia que nos permitieron conocer tanto el rango de edades, como la frecuencia y porcentaje de su ocupación, tipo de parto, servicio de salud

que atendió a participantes, y la escolaridad de las mismas. A continuación se presenta el análisis de los resultados.

Análisis estadístico descriptivo.

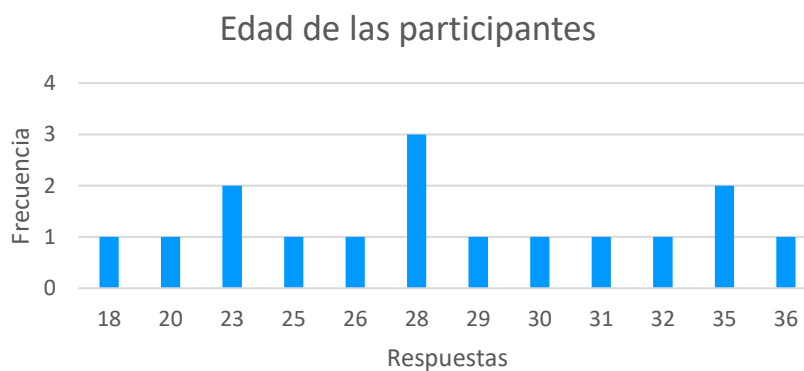
Datos sociodemográficos.

En el presente estudio participaron 16 mujeres con un rango de edad de los 18 a los 36 años (tabla 2), con una media de 28 años, una mediana de 28 años y una moda de 28 años de edad (tabla 1). Como se puede apreciar en la gráfica 1 la frecuencia de edad de las participantes fue muy variada, existiendo mayor participación de mujeres de 23, 28 y 35 años de edad.

		Edad	Ocupación	Tipo de parto	Servicio de salud recibido	Escolaridad
N	Válido	16	16	16	16	16
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		27.94	2.31	1.50	1.25	3.63
Mediana		28.00	2.50	1.50	1.00	4.00
Moda		28	3	1ª	1	4

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 1. Media, mediana y moda de los datos socioeconómicos de las participantes.



Gráfica 1. Frecuencias de edad de las participantes.

Edad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18	1	6.3
	20	1	6.3
	23	2	12.5
	25	1	6.3
	26	1	6.3
	28	3	18.8
	29	1	6.3
	30	1	6.3
	31	1	6.3
	32	1	6.3
	35	2	12.5
	36	1	6.3
	Total	16	100.0

Tabla 2. Edades de las participantes.

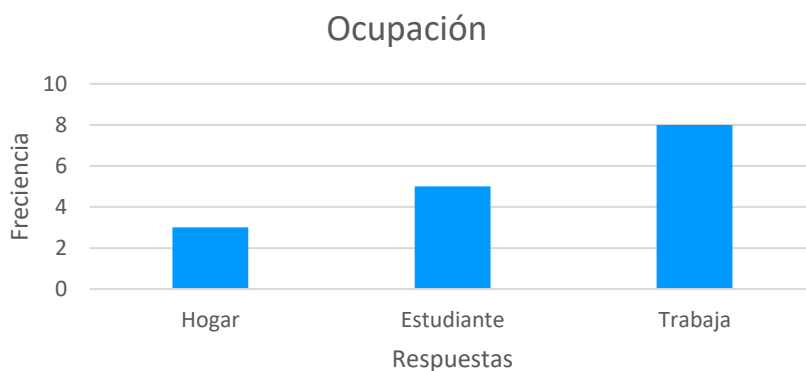
Ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Hogar	3	18.8
	Estudiante	5	31.3
	Trabaja	8	50.0
	Total	16	100.0

Tabla 3. Ocupación de las participantes.

Tipo de parto			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Normal	8	50.0
	Cesárea	8	50.0
	Total	16	100.0

Tabla 4. Tipo de parto de las participantes.

Del total de participantes un 18.8% mencionó dedicarse el hogar, el 31.1% mencionó estudiar y el 50% mencionó trabajar como su ocupación actual (tabla 3). En la gráfica 2 se puede observar que la ocupación que con más frecuencia señalaron realizar las participantes fue trabajar, seguida por estudiar y dejando en último lugar al trabajo en el hogar.



Gráfica 2. Frecuencias de ocupación de las participantes.

En cuanto al tipo de parto que tuvieron las participantes un 50% de ellas mencionó haber tenido un parto normal y el otro 50% mencionó que su parto fue por cesárea (tabla 4). Como se aprecia en la gráfica 3 la frecuencia de los partos normales es equivalente a la frecuencia de los partos por cesárea. Estos datos son preocupantes si se tiene en cuenta que de acuerdo con la OMS el índice de cesáreas permitidas a nivel de población debe ser del 10% y de tan solo 16 participantes la mitad de ellas tuvo un parto por cesárea, esto nos indica que estas cifras se pueden estar sobrepasando considerablemente.



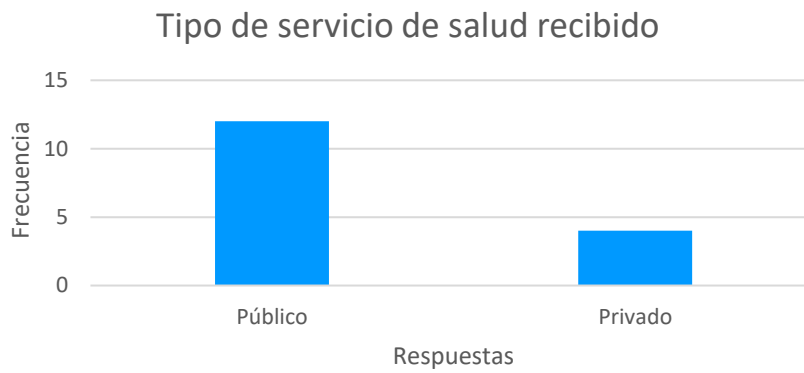
Gráfica 3. Frecuencias del tipo de parto de las participantes.

Servicio de salud recibido		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Público	12	75.0
	Privado	4	25.0
	Total	16	100.0

Tabla 5. Servicio de salud recibido por las participantes.

Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Preparatoria	6	37.5
	Licenciatura	10	62.5
	Total	16	100.0

Tabla 6. Ocupación de las participantes.



Gráfica 4. Frecuencias del tipo de servicio de salud recibido por las participantes.



Gráfica 5. Frecuencias del ultimo nivel de estudios realizado por las participantes.

El servicio de salud que recibieron las participantes durante su parto fue de dos tipos: por un lado el público que atendió al 75% de las participantes y el privado que atendió al 25% restante (tabla 5). Como se puede ver en la gráfica 4 esto equivale a 12 participantes que tuvieron un parto dentro de instalaciones de instituciones públicas y 4 participantes cuyo parto fue en instituciones privadas, dándonos a conocer que aunque diversas personas tienen acceso a servicios de salud privados más de la mitad de la población sigue solicitando servicios de salud públicos como servicios prioritarios para su atención médica.

La escolaridad de las participantes se clasificó bajo dos grupos, el primero de ellos fue preparatoria trunca y/o concluida a la cual un 37.5% de las participantes menciono pertenecer y el otro grupo fue licenciatura en curso o concluida al que el 62% restante de las participantes pertenecen (tabla 6). Esto quiere decir que el total de participantes con estudios de preparatoria en cualquiera de sus modalidades fue de 6 participantes y de 10 participantes quienes mencionaron cursar o haber cursado una licenciatura (gráfica 5).

Redes semánticas.

Como se ha mencionado las redes semánticas naturales permiten estudiar los significados que un grupo social determinado le pueda dar a ciertas palabras. Para este apartado se realizó un listado de palabras (estímulos) con el fin de identificar el significado que pudieran darles las participantes a diversos estímulos relacionados con el parto así como la violencia obstétrica. Para ello se les proporcionó un ejemplo dentro del instrumento (mismo que se puede consultar en el anexo A) y se les pidió a las participantes que respondieran únicamente usando palabras sueltas. Se aclararon las dudas a las participantes en caso de que no quedara clara la instrucción y se procedió a la aplicación.

Con el análisis de esta técnica se obtuvieron tres valores:

- El valor M que consiste en el peso semántico de cada definidora.
- El valor DSC. Valor que constituye la distancia semántica cuantitativa entre las definidoras que forman dicho grupo.
- Y el valor J, que refleja el total de palabras definidoras generadas por las participantes.

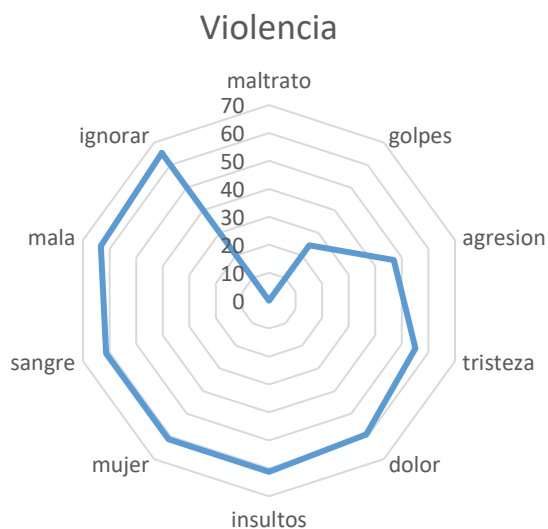
Los estímulos que se le presentaron a las mujeres fueron las palabras: violencia, mujer, médicos y enfermeras, experiencia del parto, calidad de la atención y violencia obstétrica (Anexo A).

A continuación, se muestran los resultados obtenidos a partir de esta técnica.

Violencia.

Violencia		
Definidora	M	DSC
Maltrato	49	100%
Golpes	37	76%
Agresión	26	53%
Tristeza	22	45%
Dolor	20	41%
Insultos	19	39%
Mujer	19	39%
Sangre	19	39%
Mala	18	37%
Ignorar	17	35%
J= 58		

Tabla 7. Resultados de redes semánticas para el concepto violencia.



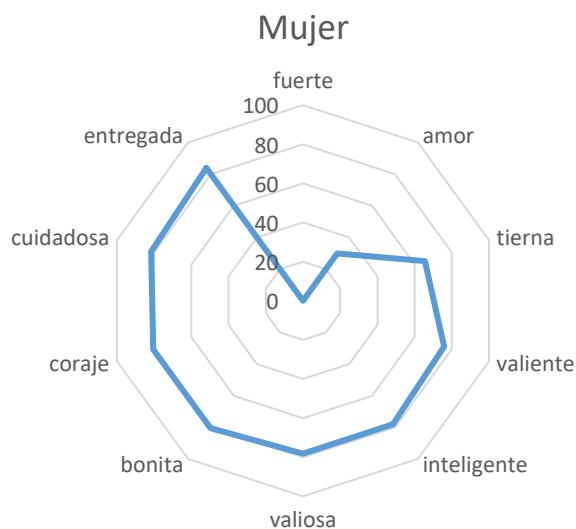
Gráfica 6. DSC de las palabras con mayor peso semántico para el estímulo violencia.

A partir de los datos obtenidos por la técnica de redes semánticas naturales se obtuvo un valor J de 58 definidoras para el estímulo violencia (tabla 7). Como se puede ver en la gráfica 6 las definidoras mayormente usadas por las participantes en orden de aparición fueron maltrato, golpes, agresión, tristeza, dolor, insultos, mujer, sangre, mala, ignorar. La mayor parte de sus respuestas (tabla 7) dan la idea de que las participantes consideran a la violencia únicamente como algo físico; es decir violencia física, sin abarcar aquellas otras dimensiones de la violencia.

Mujer.

Mujer		
Definidora	M	DSC
Fuerte	87	100%
Amor	61	70%
Tierna	30	34%
Valiente	21	24%
Inteligente	19	22%
Valiosa	19	22%
Bonita	17	20%
Coraje	17	20%
Cuidadosa	16	18%
Entregada	14	16%
J= 53		

Tabla 8. Resultados de redes semánticas para el concepto mujer.



Gráfica 7. DSC de las palabras con mayor peso semántico para el estímulo mujer.

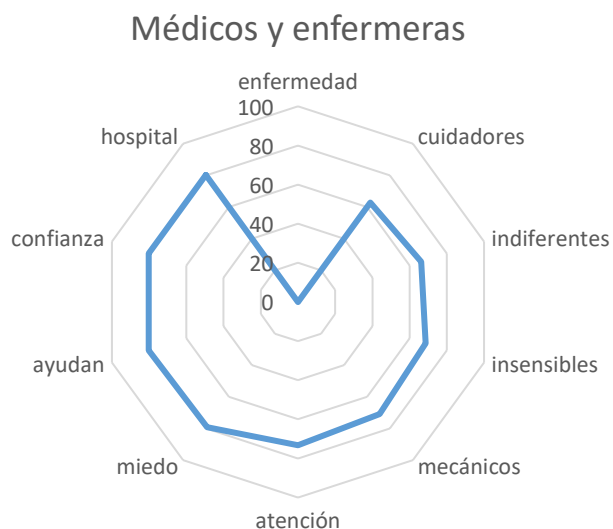
La segunda definidora fue la palabra mujer, con un valor J de 53 (tabla 8). Como se puede apreciar en la gráfica 7 la definidora que encabezó esta lista expresa que las participantes se ven a sí mismas y a otras mujeres como personas fuertes, amorosas, tiernas, valientes, inteligentes, valiosas, bonitas, con coraje, cuidadosas y entregadas, describiéndose con palabras positivas y características de su género.

Médicos y enfermeras.

Médicos y enfermeras

Definidora	M	DSC
Enfermedad	86	100%
Cuidadores	32	37%
Indiferentes	29	34%
Insensibles	27	31%
Mecánicos	25	29%
Atención	23	27%
Miedo	18	21%
Ayudan	17	20%
Confianza	17	20%
Hospital	17	20%
J= 48		

Tabla 9. Resultados de redes semánticas para el concepto médicos y enfermeras.



Gráfica 8. DSC de las palabras con mayor peso semántico para el estímulo médicos y enfermeras.

En cuanto al significado psicológico que las mujeres les dan a los médicos y enfermeras; profesionales presentes durante todo el proceso de parto se obtuvo un valor J igual a 48 (Tabla 9). Como se puede ver en la gráfica 6 las definidoras que las participantes describieron en orden de aparición relacionadas con los médicos y las enfermeras son: enfermedad, cuidadores, indiferentes, insensibles, mecánicos,

atención, miedo, ayudan, confianza y hospital. Como se puede apreciar hay una mayor carga negativa en las palabras que describen a estos profesionales.

Experiencia del parto.

Experiencia del parto

Definidora	M	DSC
Dolorosa	113	100%
Miedo	96	72%
Buena	27	20%
Estresante	26	20%
Desesperación	23	17%
Alegría	17	13%
Contracciones	17	13%
Emotiva	16	12%
Esperado	16	12%
Preocupación	13	10%
J= 42		

Tabla 10. Resultados de redes semánticas para el concepto experiencia del parto.



Gráfica 9. DSC de las palabras con mayor peso semántico para el estímulo experiencia del parto.

El estímulo experiencia durante el parto obtuvo un valor J de 42 definidoras (tabla 10). Como se puede apreciar en la gráfica 7 las palabras mayormente usadas para describir esta experiencia por las participantes en orden de aparición fueron:

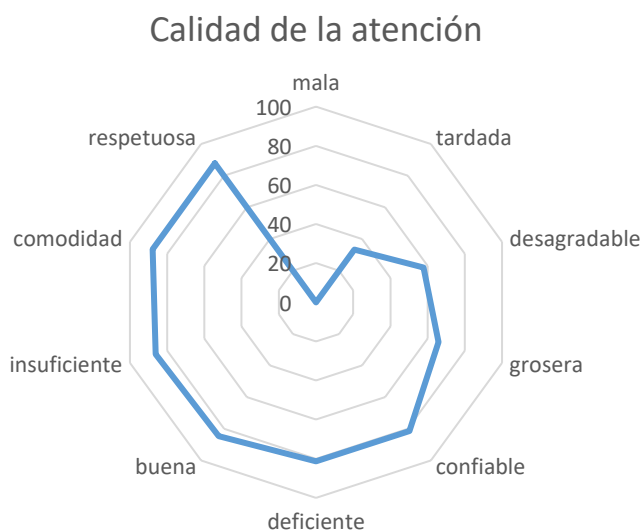
dolorosa, miedo, buena, estresante, alegría, contracciones, emotiva, esperado, y preocupación. Nuevamente se observa una carga de definidoras negativas por parte de las participantes.

Calidad de la atención.

Calidad de la atención

Definidora	M	DSC
Mala	123	100%
Tardada	82	67%
Desagradable	52	42%
Grosera	42	34%
Confiable	23	19%
Deficiente	23	19%
Buena	19	15%
Insuficiente	17	14%
Comodidad	15	12%
Respetuosa	15	12%
J= 37		

Tabla 11. Resultados de redes semánticas para el concepto calidad de la atención.



Gráfica 10. DSC de las palabras con mayor peso semántico para el estímulo calidad de la atención.

El estímulo calidad de la atención (tabla 11) tuvo un valor J de 37 definidoras. Mala fue la palabra más frecuente con que las participantes describieron este estímulo.

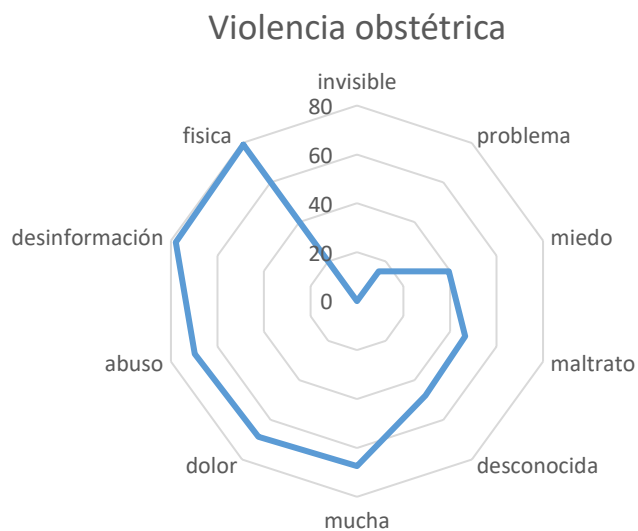
Le siguieron tardada, desagradable, grosera, confiable, deficiente, buena, insuficiente, comodidad y en último lugar respetuosa (gráfica 8). Se puede ver que en cuanto a calidad de atención se refiere la mayor parte de las palabras que las participantes usaron para describirla reflejan una mala calidad en su atención al parto.

Violencia obstétrica.

Violencia obstétrica

Definidora	M	DSC
Invisible	86	100%
Problema	73	85%
Miedo	52	60%
Maltrato	46	53%
Desconocida	45	52%
Mucha	28	33%
Dolor	27	31%
Abuso	26	30%
Desinformación	19	22%
Física	18	21%
J= 34		

Tabla 12. Resultados de redes semánticas para el concepto violencia obstétrica.



Gráfica 11. DSC de las palabras con mayor peso semántico para el estímulo violencia obstétrica.

Se exploró por último el estímulo violencia obstétrica, con un valor de J igual a 34 (tabla 12). Como se puede observar en la gráfica 8 se encontró que las participantes consideran que esta es invisible, seguida por las palabras problema, miedo, maltrato, desconocida, mucha, dolor, abuso, desinformación y física. Como se puede ver las participantes no solo consideran que la violencia es invisible, sino que es un problema, así como que existe desinformación de esta al respecto.

Cuestionario.

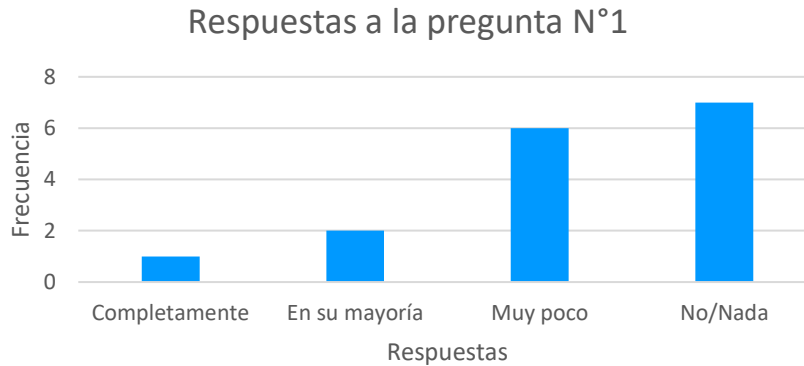
El cuestionario fue creado para explorar la presencia o ausencia de violencia durante o después del parto, así como por parte de quien fue ejercida, también se buscaron conocer los sentimientos y emociones de la participante durante y después del mismo. Este cuestionario constó de 10 preguntas más dos preguntas adicionales como se verá más adelante, con formato de respuesta en escala likert y analizadas en el programa estadístico SPSS. Los resultados fueron los siguientes:

Para la primera pregunta del total de participantes un 6.3% mencionó conocer completamente en qué consiste la violencia obstétrica, por su parte un 12.5% mencionó conocer en su mayoría a que se refiere esta, el 37.5% de las participantes menciono conocer muy poco en lo que consiste la violencia obstétrica y el 43.8% de quienes participaron afirmaron no conocer en que consiste (tabla 13).

Como se puede apreciar en la gráfica 9 es mayor el número de participantes que no conoce en que consiste este tipo de violencia (7 participantes), seguido por aquellos que conocen muy poco en que consiste (6 participantes). En cuanto a quienes conocen el termino en su mayoría (2 personas) esta respuesta quedo por encima de aquellas participantes que conocen en que consiste la violencia obstétrica por completo (1 persona). Esto da a entender que es mayor el número de participantes que no conocen el concepto de violencia obstétrica que aquellas que lo conocen en su mayoría o por completo.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	1	6.3
En su mayoría	2	12.5
Muy poco	6	37.5
No/Nada	7	43.8
Total	16	100.0

Tabla 13. ¿Conoces en que consiste la violencia obstétrica?



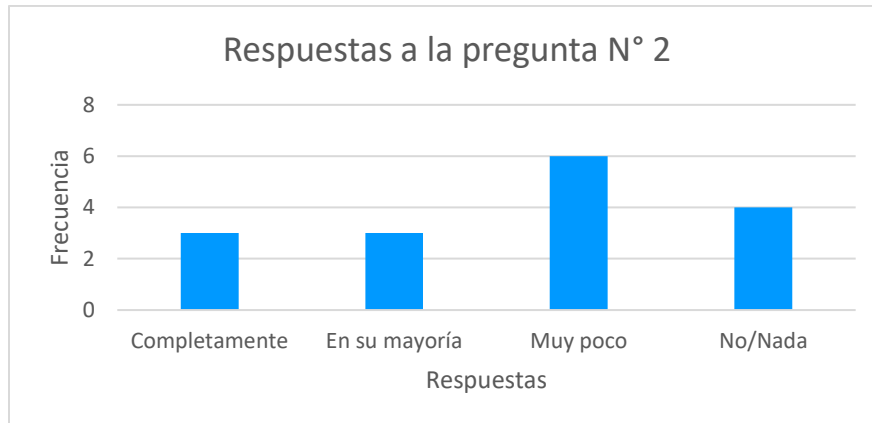
Gráfica 12. Frecuencias de la pregunta ¿conoces en que consiste la violencia obstétrica?

En cuanto a que tan agradable consideraron las participantes la atención recibida por parte del personal médico hacia ellas durante su parto un 18.8% considero que fue completamente agradable, el 18.8% considera que en su mayor parte fue agradable, un 37.5% mencionó que la atención recibida fue muy poco agradable y el 25% restante afirmó que la atención recibida no fue nada agradable (tabla 14).

Como se puede apreciar en la gráfica 13 la respuesta más frecuente por parte de las participantes fue que consideraron la atención recibida durante su parto como muy poco agradable, seguida de la respuesta nada agradable. Por su parte las respuestas en su mayoría agradable y completamente agradable quedaron empatadas pero por debajo de las anteriores; por lo tanto, la mayor parte de las participantes consideró que la atención recibida durante su parto fue muy poco o nada agradable.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	3	18.8
En su mayoría	3	18.8
Muy poco	6	37.5
No/Nada	4	25.0
Total	16	100.0

Tabla 14. ¿Qué tan agradable consideras que fue la atención recibida por parte del personal médico hacia ti durante tu parto?



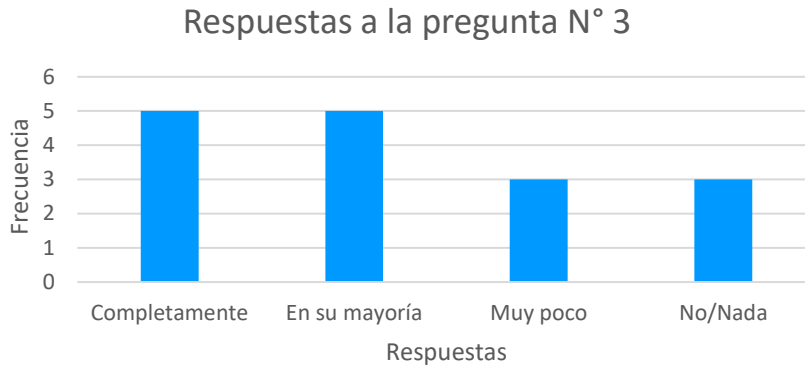
Gráfica 13. Frecuencias de la pregunta ¿Qué tan agradable consideras que fue la atención recibida por parte del personal médico hacia ti durante tu parto?

En la pregunta que indagó sobre si las participantes recibieron algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió su parto un 31.1% mencionó que hubo un trato completamente irrespetuoso, ofensivo o negligente, el 31% consideró que en su mayoría lo fue, por su parte un 18.8% de las participantes afirmó recibir muy poco un trato negativo es decir que no fue irrespetuoso, ofensivo o negligente y el 18.8% de las participantes mencionaron que no hubo un trato con estas características.

La gráfica 14 permite apreciar que nuevamente aparecen las dos primeras categorías: completamente y en su mayoría (con un empate) como aquellas en las que más participantes identifican el trato que recibieron, por su parte las categorías: muy poco y nada también quedaron empatadas, pero por debajo de las dos primeras. Esto indica que la mayor parte de las participantes consideraron que recibieron un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió su parto.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	5	31.3
En su mayoría	5	31.3
Muy poco	3	18.8
No/Nada	3	18.8
Total	16	100.0

Tabla 15. ¿Recibiste algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió tu parto?



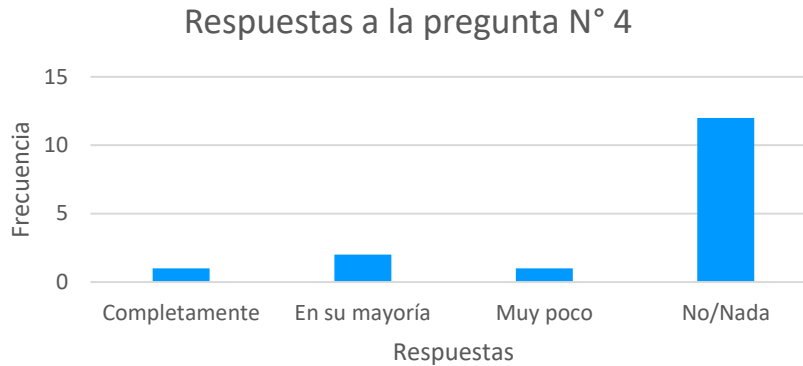
Gráfica 14. Frecuencias de la pregunta ¿Recibiste algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió tu parto?

La siguiente pregunta indagó sobre si el médico obligó a las participantes a tomar una posición que consideraran incomoda o inadecuada cuando ocurrió el parto. Un 6.3% de participantes consideró que el médico las hizo parir en una posición que consideraron incomoda o inadecuada, el 12.5% informó que en su mayoría el médico las hizo parir en una posición incómoda o inadecuada. Por su parte el 6.3% de las participantes consideró que el médico influyó muy poco en la posición en que ellas parieron y el 75% consideró que el médico no las hizo tomar una posición incómoda o inadecuada durante el parto.

En la gráfica 15 podemos ver mejor reflejados estos resultados, la mayor parte de las participantes consideró que el médico no las hizo parir en una posición que considerara incomoda o inadecuada (12 participantes), seguida por la respuesta en su mayoría (2 participantes) por su parte muy poco (1 participante) y completamente (1 participante) que quedaron muy por debajo de la primera categoría.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Completamente	1	6.3
	En su mayoría	2	12.5
	Muy poco	1	6.3
	No/Nada	12	75.0
	Total	16	100.0

Tabla 16. ¿El médico te hizo parir en una posición que consideraras incomoda o inadecuada?



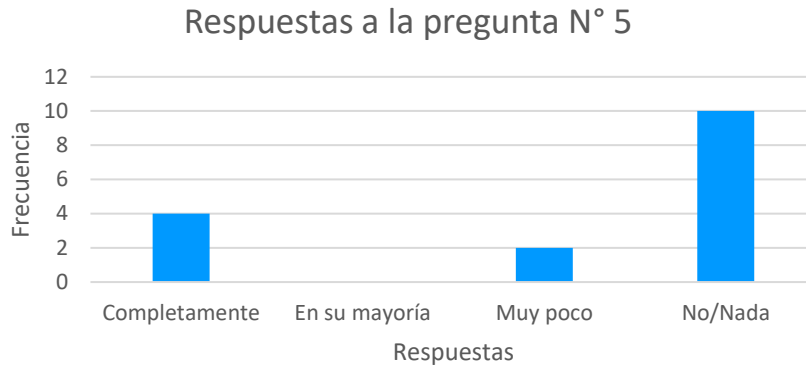
Gráfica 15. Frecuencias de la pregunta ¿El médico te hizo parir en una posición que consideraras incomoda o inadecuada?

En lo referente a discriminación se les preguntó a las participantes si habían recibido algún tipo de trato discriminatorio por parte de los médicos que atendieron su parto. El 25% mencionó estar completamente seguras de haber recibido algún trato discriminatorio por parte del personal médico, un 12.5% mencionó haber recibido un trato muy poco discriminatorio por parte de este personal y el 62.5% mencionó no haber recibido un trato discriminatorio por parte del personal médico que atendió su parto.

Como se aprecia en la gráfica 16 la mayoría de las participantes respondió no haber recibido un trato discriminatorio (10 participantes), seguido de quienes están completamente seguras de haber recibido un trato discriminatorio (4 participantes), por ultimo muy poco (2 participantes) y la respuesta en su mayoría quedo vacía. Lo expuesto en esta pregunta es que la mayor parte del personal médico no realiza un trato discriminatorio, aunque este trato si existe dentro de los hospitales como se pudo apreciar.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	4	25.0
Muy poco	2	12.5
No/Nada	10	62.5
Total	16	100.0

Tabla 17. ¿Recibiste algún tipo de discriminación por parte del personal médico que atendió tu parto?



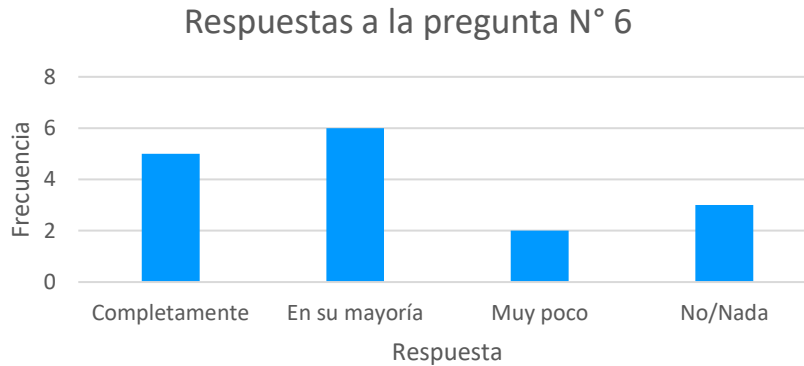
Gráfica 16. Frecuencias de la pregunta ¿Recibiste algún tipo de discriminación por parte del personal médico que atendió tu parto?

En cuanto a los sentimientos después del parto como culpa, desvalorización o sufrimiento ocasionadas debido al trato del personal médico un 31.3% de las participantes afirmó haber tenido completamente estos sentimientos de culpa, desvalorización y sufrimiento, un 37.5% mencionó que en su mayoría se presentaron estos sentimientos. El 12.5% sin embargo mencionó haber tenido muy pocos sentimientos de culpa, desvalorización y sufrimiento mientras que el 18.8% mencionó que no tuvo estos sentimientos a causa del trato del personal médico (tabla 18).

Como se puede apreciar en la gráfica 16 las dos respuestas que afirmaron que las participantes llegaron a tener sentimientos de culpa, desvalorización y sufrimiento después de su parto y a causa del personal quedaron por encima de aquellas dos respuestas que negaron la aparición de estos sentimientos. Con esto se puede entender que la mayoría de las participantes (11) consideró haber tenido alguno de estos sentimientos después del parto y fueron causados por el trato del personal médico.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	5	31.3
En su mayoría	6	37.5
Muy poco	2	12.5
No/Nada	3	18.8
Total	16	100.0

Tabla 18. Después de tu parto y a causa del trato del personal médico ¿tuviste algún sentimiento de culpa, desvalorización o sufrimiento?



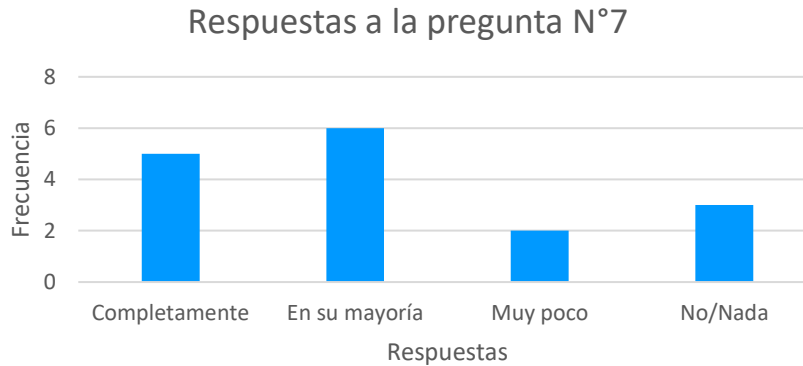
Gráfica 17. Frecuencias de la pregunta, después de tu parto y a causa del trato del personal médico ¿tuviste algún sentimiento de culpa, desvalorización o sufrimiento?

El 31.1% de las participantes afirmó completamente que un mal trato por parte del personal médico durante su parto influyó a disminuir su autoestima, mientras que un 37.5% mencionó que en su mayoría este mal trato influyó a disminuir su autoestima. Por su parte el 12.5% de las participantes mencionó que el mal trato por parte del personal médico influyó muy poco para que su autoestima pudiera disminuir durante su parto y el 18.8% consideró que este factor no influyó durante su parto (tabla 19).

Como se aprecia en la gráfica 18 las respuestas en su mayoría y completamente encabezaron las respuestas principales a esta pregunta, por su parte las respuestas muy poco y nada quedaron por debajo. Esto significa que la mayoría de las participantes consideró que un mal trato por parte del personal médico durante su parto influyó en disminuir su autoestima y aunque hubo participantes que mencionaron que este trato no influyó fue menor que el de aquellas que afirmaron que este trato disminuyó su autoestima.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Completamente	5	31.3
	En su mayoría	6	37.5
	Muy poco	2	12.5
	No/Nada	3	18.8
	Total	16	100.0

Tabla 19. ¿Consideras que un mal trato por parte del personal médico durante tu parto influyó en disminuir tu autoestima?



Gráfica 18. Frecuencias de la pregunta ¿Consideras que un mal trato por parte del personal médico durante tu parto influyó en disminuir tu autoestima?

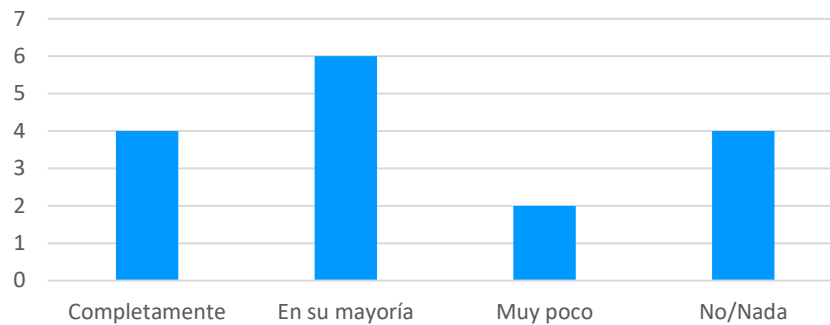
Por su parte en cuanto al trato médico como un factor para que la mujer llegara a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que le impidiera continuar con su vida como lo había hecho hasta el momento un 25% de las participantes consideró por completo sentir miedo, tristeza, desmotivación y otros sentimientos negativos a causa del trato médico recibido, el 37.5% de participantes consideró que en su mayoría el trato medico causó en ellas este tipo de sentimientos. Por otro lado el 12.5% de las participantes afirmó que este trato influyo muy poco para poder desarrollar miedo, tristeza, desmotivación y otros sentimientos negativos, mientras que el 25% mencionó no llegar a desarrollar este tipo de sentimientos a causa del trato médico (tabla 20).

Como se puede apreciar en la gráfica 19 la mayor parte de las participantes consideraron que en su mayoría y completamente, a causa del trato médico llegaron a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que le impidiera continuar con su vida como lo había hecho. Por su parte las respuestas muy poco y nada quedaron por debajo. Esto indica que el trato medico influye para que las participantes puedan desarrollar estos sentimientos.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	4	25.0
En su mayoría	6	37.5
Muy poco	2	12.5
No/Nada	4	25.0
Total	16	100.0

Tabla 20. A causa del trato médico ¿llegaste a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que te impidiera continuar con tu vida como lo había hecho hasta entonces?

Respuestas a la pregunta N° 8



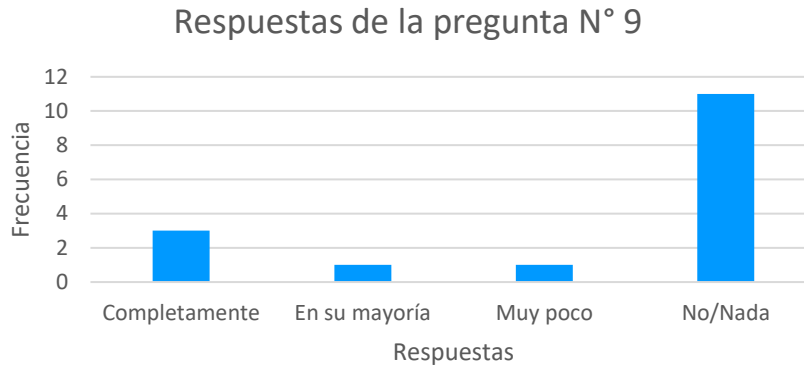
Gráfica 19. Frecuencias de la pregunta, A causa del trato médico ¿llegaste a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que te impidiera continuar con tu vida como lo había hecho hasta entonces?

En cuanto a la pregunta que buscó indagar si después del parto algún miembro del personal médico obligó a las participantes a realizarse algún método o técnica de esterilización permanente el 18.8% de ellas mencionó estar completamente de acuerdo en que el personal médico las obligó a realizarse algún método de esterilización, un 6.3% de las participantes mencionó que en su mayoría algún miembro del personal médico la persuadió de realizarse algún método de esterilización permanente. Por su parte el 6.3% de las participantes mencionó que los miembros del personal médico intervinieron muy poco en cuanto a obligarlas a realizarse estos métodos y el 68.8% mencionó que los médicos no las obligaron a practicarse algún método de esterilización (tabla 21).

Como se puede apreciar en la gráfica 20 fue mayor el número de participantes que negaron que miembros del personal médico les obligaron a realizarse un método de esterilización, por su parte también hubo participantes que afirmaron que los miembros del hospital las obligaron a esterilizarse siendo casos mínimos, esto indica que, aunque la mayoría del personal médico no obliga a las mujeres a que se realicen este tipo de métodos hay pocos miembros del personal médico que si tienden a hacerlo.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	3	18.8
En su mayoría	1	6.3
Muy poco	1	6.3
No/Nada	11	68.8
Total	16	100.0

Tabla 21. ¿Algún miembro del personal médico te obligo a realizarte algún método de esterilización permanente?



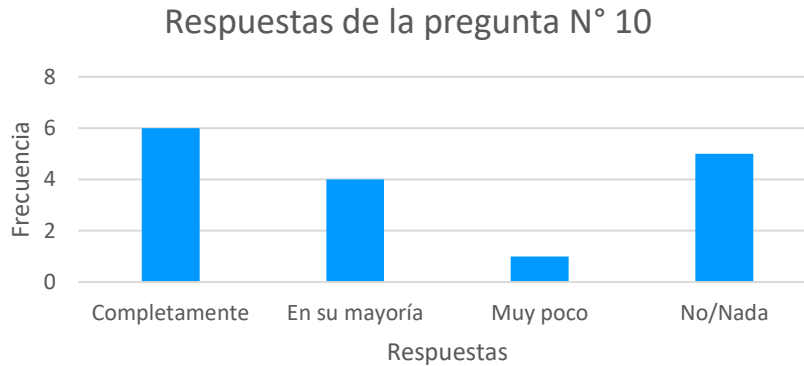
Gráfica 19. Frecuencias de la pregunta ¿Algún miembro del personal médico te obligo a realizarte algún método de esterilización permanente?

Para conocer los sentimientos de las participantes durante el parto se les preguntó si durante este tuvieron sentimientos de temor por su vida o la de su bebé. El 37.5% de las participantes mencionó haber sentido completamente temor por esta cuestión, mientras que el 25% mencionó haber sentido en su mayoría miedo por la de su vida o la de su bebé. De las participantes el 6.3% mencionó haber tenido muy pocos sentimientos de temor mientras que el 31.3% de estas mencionó no haber sentido miedo o temor por su vida o la de su bebé (tabla 22).

Como se puede apreciar en la gráfica 21 fue mayor el número de participantes que mencionó tener por completo sentimientos de temor por su vida o la de su bebé. Esto nos indica que el personal médico no establece un dialogo con la mujer que la calme y la tranquilice durante el proceso de parto, sino todo lo contrario, la trata como a una persona enferma a la que hay que curar de algo. Aunque la respuesta no/nada también tuvo un número importante de participantes quedó por debajo de quienes afirmaron tener estos sentimientos.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Completamente	6	37.5
En su mayoría	4	25.0
Muy poco	1	6.3
No/Nada	5	31.3
Total	16	100.0

Tabla 22. ¿Durante tu parto tuviste sentimientos de temor por tu vida o la de tu bebé?



Gráfica 19. Frecuencias de la pregunta ¿Durante tu parto tuviste sentimientos de temor por tu vida o la de tu bebé?

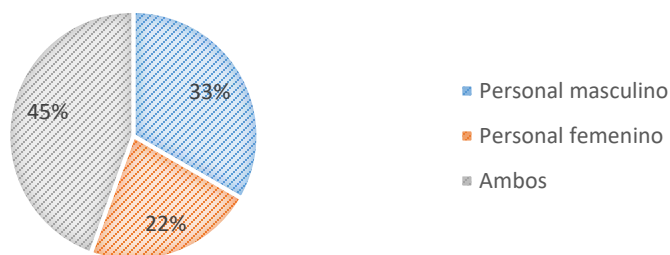
De acuerdo con las respuestas de las 10 primeras preguntas se intentó rastrear en el caso de las participantes que fueron víctimas de violencia obstétrica quien o quienes intervinieron en esta. Para ello se crearon dos preguntas adicionales (ver anexo A) las cuales indagaron el género y posición del personal médico que propició a que la experiencia de parto de las participantes fuera desagradable. A continuación se presentan los resultados:

De un total de 9 participantes equivalentes al 100% de mujeres que se considera fueron víctimas de violencia por parte del personal médico el 33.3% indicó que recibió un trato que contribuyó a que su experiencia de parto fuera desagradable por parte de personal del género masculino, mientras que un 22.2% mencionó que fue personal del sexo femenino quien ocasionó que esa experiencia fuera desagradable. Sin embargo el 44.4% de las participantes mencionó que fue personal médico de ambos géneros de quien recibió un trato que ocasionó que su experiencia fuera desagradable (tabla 23).

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Personal masculino	3	33.3
Personal femenino	2	22.2
Ambos	4	44.4
Total	9	100.0

Tabla 23. Tomando en cuenta el género del personal médico ¿por parte de quien consideras que recibiste un trato que contribuyó a que tu experiencia fuera desagradable? (Solo para quienes respondieron afirmativamente a las preguntas 3, 4 y/o 5).

Pregunta adicional N° 1



Gráfica 20. Porcentajes para la pregunta, tomando en cuenta el género del personal médico ¿por parte de quien consideras que recibiste un trato que contribuyó a que tu experiencia fuera desagradable? (Solo para quienes respondieron afirmativamente a las preguntas 3, 4 y/o 5).

Como se puede observar en la gráfica 20 y a diferencia de lo que se encontró en la teoría, el porcentaje más alto de participantes afirmó que este tipo de malos tratos que contribuyeron a que su experiencia de parto fuera desagradable ocurrió tanto a manos de personal masculino como de personal femenino. Estos resultados nos indican que la violencia obstétrica no se trata meramente de un problema de género como se venía planteando.

La segunda pregunta profundizó sobre el miembro del personal que propició un trato inadecuado o desagradable para las participantes. Las respuestas quedaron muy abiertas colocando un apartado para miembros de cada género como enfermeros y enfermeras, por ejemplo, y un apartado específico para que en caso de no encontrarse la respuesta dentro del listado la participante pudiera colocar su propia respuesta.

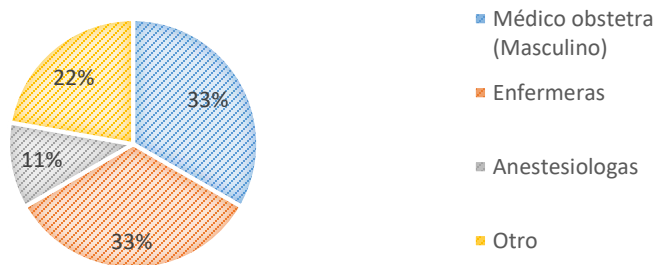
Los resultados indicaron que el 33.3% de las participantes consideró que los médicos obstetras fueron quienes proporcionaron un trato desagradable o inadecuado, empatando con el 33.3% que recibieron las enfermeras, por su parte un 11.1% de las participantes mencionó que este trato inadecuado fue por parte de anesthesiólogas y el 22.2% restante corre a cargo de la categoría otros en el que las respuestas fueron (médico residente y tanto médico obstetra como enfermeras).

Como se puede apreciar en la gráfica 21 nuevamente encabezan la lista tanto miembros del personal masculino como miembros del personal femenino, esto consolida lo expuesto por la pregunta anterior, afirmando que la violencia obstétrica no solo es un problema de género en el que el médico por tener la posición de poder trate mal a la mujer por su condición de ser mujer, sino que este además se da de las enfermeras hacia las mujeres haciéndolo un problema de atención en general.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Medico Obstetra	3	33.3
	Enfermeras	3	33.3
	Anestesióloga	1	11.1
	Otro	2	22.2
	Total	9	100.0

Tabla 23. ¿Por parte de que miembro del personal recibiste un trato que consideraste como inadecuado o que no te agradó? (Solo para quienes respondieron afirmativamente a las preguntas 3, 4 y/o 5).

Pregunta adicional N° 2



Gráfica 21. Porcentajes para la pregunta, ¿Por parte de que miembro del personal recibiste un trato que consideraste como inadecuado o que no te agradó? (Solo para quienes respondieron afirmativamente a las preguntas 3, 4 y/o 5).

Adicionalmente al instrumento se agregó un apartado para conocer en palabras de las participantes como su experiencia de parto, los testimonios que exponen a continuación son vivencias reales de mujeres que sufrieron violencia a manos del personal médico sin saberlo:

- Nunca he sido violada pero supongo que es lo más cerca que estaré de serlo, había estudiantes viéndome, el obstetra hablaba con las enfermeras como si yo no estuviera ahí, platicaban sobre lo que harían saliendo, se suponía que me tenían que hacer sentir bien, pero me hicieron sentir como un objeto que manoseaban cuantas veces se les daba la gana, es como si no hubiera estado ahí, lo único que me hizo formar parte de ese momento era el dolor y no solo el físico sino el dolor que sentí por no haber disfrutado del nacimiento de mi hijo. “Anónimo”.

- Lo que pasa es que el parto es doloroso y lo es más cuando te piden que guardes silencio, o te obligan a respirar como ellos desean, cuando no se dan cuenta que cada persona es diferente y que cada quien sabe cómo controlar su dolor, no deberían limitar la expresión de lo que uno siente al momento del parto ya que es algo muy natural al igual que cuando una madre amamanta. Todos deben de recordar que todo tiene un inicio y siempre tiene un final. “Anónimo”.
- Cuando llegue al centro de salud, mis contracciones ya estaban muy avanzadas, como era cambio de turno no había quien me atendiera, cuando me recibieron, me pasaron de inmediato a quirófano sin anestesia me alivie y mi hijo nació morado por falta de oxigenación. “Anónimo”.
- La falta de supervisión a los practicantes lo que me dejó secuelas del parto. “Anónimo”.
- Quisiera poder acordarme del momento en que mi hijo vino a este mundo, sin embargo yo estaba muy anestesiada y no disfrute de la experiencia de mi parto. Después los médicos no me dejaban verlo y supe que algo andaba mal, solía preguntar cuando me iban a revisar pero las enfermeras solo me ignoraban, después fue mi esposo a ver que sucedía y después de un día de estar esperando le dijeron que mi hijo tenía problemas respiratorios. Yo moría de miedo porque en mi mente pensaba que si algo le pasaba no iba a poder verlo, no me dejaron verlo. Por mi mente solo pasaba lo peor y no sentía apoyo de nadie solo de mi esposo. Espero que mi experiencia sea de gran ayuda para como dices dar a conocer este problema al que muchas de nosotras nos enfrentamos pero que es invisible. “Anónimo”.
- Cuando me preguntaron cuántos hijos tenía y les dije que este sería el cuarto me vieron como un bicho raro, una enfermera me dijo que si no tenía televisión y las demás se empezaron a reír. Durante el parto me decían que no gritara tanto que no era para tanto y dentro de mí solo quería llorar del coraje que sentía de que me trataran mal, pero guardé silencio, aun cuando me dolía mucho, lo único que quería era que ya todo terminara, que dejaran de humillarme. Esa noche y las siguientes tuve pesadillas. “Anónimo”.
- Todas las mujeres tenemos derecho al respeto durante el parto sin importar condición social o etnia. “Anónimo”.

Análisis de los datos encontrados.

Las preguntas 6, 7, 8, y 10 del cuestionario se encargaron de dar respuesta a la hipótesis 1 sobre si la violencia obstétrica genera efectos psicológicos adversos en las mujeres que la sufrieron. Como se observó en los resultados fue mayor el número de participantes que tuvieron sentimientos de culpa, desvalorización y/o sufrimiento, frente a aquellas participantes que no tuvieron este tipo de sentimientos. Por su parte la frecuencia con que las participantes consideraron que un mal trato por parte del personal médico durante su parto influyó a disminuir su autoestima nuevamente fue superior frente a quienes consideran que este mal trato no disminuyó su autoestima. En lo referente a aquellas participantes que llegaron a sentir miedo, tristeza desmotivación u otro sentimiento que les impidiera continuar con su vida como lo habían hecho hasta entonces el mayor número de respuestas entró en la categoría “en su mayoría” seguida de “completamente” y “nada” por lo que aquí habría que tomar en cuenta que estos sentimientos no se desarrollan por completo, pero si existen y se manifiestan. Por último la pregunta que indagó en los sentimientos de temor por la vida de la mujer o de su bebé durante el parto, dejaron ver que en efecto la mayor parte de las mujeres que participaron en este estudio manifestaron estar completamente de acuerdo en haber temido por su vida o la de su bebé por lo que se confirma esta hipótesis. La violencia obstétrica sí genera efectos psicológicos adversos en las mujeres que la sufrieron y se rechaza la hipótesis nula que niega la presencia de estos efectos.

Las preguntas 2, 3, 4, 5 y 9 guiaron el camino para dos preguntas adicionales al cuestionario en caso de que la participante hubiera percibido recibir algún tipo de violencia, estas preguntas trataron de corroborar la segunda hipótesis que fue: el género del personal médico no influye en la aplicación de violencia obstétrica. Como se vio en los resultados la mayor parte de las participantes indicaron que ambos géneros del personal médico se vieron involucrados en estos actos y adicionalmente se encontró que los profesionales que mayormente practican estos actos son tanto los médicos obstetras (de género masculino) como las enfermeras. Estos resultados llevan a aceptar la hipótesis y efectivamente corroborar como se vio en la parte teórica de este trabajo, que la violencia obstétrica no es un problema de género, se trata de un problema con múltiples causas que aún en este trabajo puede que no se hayan considerado.

La hipótesis 3 estuvo a cargo de la combinación de la técnica de redes semánticas (definidora violencia obstétrica) con la pregunta 1, esta hipótesis sugiere que las mujeres desconocen en que consiste la violencia obstétrica.

En la definidora violencia obstétrica se encontró que las participantes la definieron como algo invisible, como un problema, con miedo, maltrato, etc., pero no existieron palabras clave referentes a la definición de esta. En cuanto a la pregunta 1 como se vio en los resultados la mayor parte de las participantes respondió no conocer o conocer muy poco en qué consiste la violencia obstétrica, esto da a entender que

aunque las participantes conocen como es que se da este tipo de violencia la realidad es que aún es un tema muy desconocido incluso por ellas, llegándola a confundir simplemente como un mal trato por parte del personal médico o como una actividad muy común en las salas de parto que pasa desapercibida. Por su parte se acepta la hipótesis afirmando que la mayor parte de las mujeres desconoce en qué consiste esta práctica.

La hipótesis 4: la mujer asocia a la violencia, a médicos y enfermeras con eventos negativos, se indagó también mediante la técnica de redes semánticas con sus definidoras violencia, médicos y enfermeras. Los resultados en cuanto a la palabra violencia indicaron que hubo una excesiva carga de palabras negativas como maltrato, golpes, dolor, mala por mencionar algunos y en cuanto a la definidora médicos y enfermeras se pudo ver que las participantes consideran a estos miembros del personal médico muy relacionados con la enfermedad; es decir que estos se encargan de curar personas enfermas lejos de intervenir en partos o mantener un estado de salud óptimo en las personas. Palabras negativas como indiferentes, insensibles, mecánicos y miedo muestran la realidad a la que se enfrentan las mujeres durante el parto, médicos que solo hacen su trabajo pero que no se comunican con las mujeres de una forma que pueda propiciar un mejor ambiente para el parto y posterior a este, para una mejor recuperación de la mujer.

Con la información podemos afirmar que la hipótesis cuatro se cumple: La mujer asocia a los médicos y enfermeras y a la violencia con eventos negativos. La carga negativa ya sea por la experiencia de su parto o experiencias de partos previos ha hecho que las participantes califiquen estas prácticas y a estos profesionales como negativos. No se puede negar que la atención es uno de los principales factores que intervienen para que la mujer pueda tener un parto más agradable, sin embargo el personal médico y las instituciones no están haciendo mucho al respecto para que este trato cambie, para que deje de existir violencia y para que las mujeres puedan ver al médico como un profesional capacitado que participe en el proceso que no es propio del médico sino de la mujer.

Por último un factor que no se investigó directamente, pero del que se quiere hacer especial mención para futuras investigaciones es la poca participación por parte de las propias mujeres, es un gran problema porque son únicamente ellas quienes pueden proporcionar la información para realizar este tipo de investigaciones y quienes pueden hacer el cambio, pero parece ser que se han acostumbrado tanto a este tipo de prácticas que suelen pasarlas desapercibidas o no darles la importancia necesaria.

Discusión.

La violencia obstétrica se ha vuelto tan común en las salas de parto que suele pasar desapercibida, pero los efectos que ocasiona pueden perdurar aun después de haber terminado el parto y por un tiempo prolongado.

La experiencia del parto afecta profundamente a las mujeres y sus familias. Cerrar el tema con esta afirmación es pertinente porque la mayoría de las mujeres no olvida el momento ni las condiciones bajo las que nacen sus hijos. Simkin (2000) afirma que los recuerdos de parto tanto a corto como a largo plazo pueden ser recordados por las mujeres alrededor de 20 años, así como todas aquellas experiencias (buenas y malas). Por ello es que el personal médico tiene el poder y la responsabilidad de disminuir estas prácticas que ellos mismos han desarrollado durante muchos años y propiciar un ambiente en el que la comunicación sea bidireccional para que la mujer se sienta más segura con su acompañamiento.

A lo largo de este trabajo se trató de romper con ciertas ideas tradicionalistas con respecto a la violencia obstétrica y se considera que esa es la esencia del mismo, no encasillar este tipo de prácticas dentro de una sola causa, por el contrario, buscar nuevas formas de abordarla con la información que se tiene hasta el momento. Como se vio, la literatura de psicología con respecto a este problema aún es muy poca, pero sirvió como base para que esta investigación pudiera llevarse a cabo.

Se recomienda que en futuras investigaciones se indague sobre aquellos factores que intervienen para que las mujeres no quieran participar, pues solo con su ayuda este problema dejará de pasar desapercibido. Otras líneas que se recomiendan investigar son: realizar la aplicación de la técnica de redes semánticas tanto a personal médico como a mujeres que recientemente hayan tenido un parto y hacer una comparación de las definidoras expresadas, sin embargo, no fue objetivo de este trabajo.

Como mencionan Castro y Erviti (2014) para transformar esta realidad, se requiere de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en trabajo de parto, de la salud y de los derechos reproductivos, la maternidad, el proceso obstétrico.

Los resultados expuestos aquí son un parteaguas para futuras investigaciones por lo que se le pide al lector que se informe, que investigue desde las diversas áreas de las que se aborda el problema para así tener un panorama más amplio de este y que no tome la información como correcta, que se cuestione, que indague, incluso que ponga en duda los aportes existentes, porque solo así podrá generar nuevo conocimiento.

Trabajar con un grupo pequeño de mujeres permitió entre otras cosas un mejor manejo de los datos, así como evitar la saturación de información, pero por otro lado

los resultados obtenidos no pueden ser generalizados hacia todas las mujeres, aunque si son la pauta para iniciar otro tipo de proyectos, investigaciones, artículos científicos, etc.

En cuanto a los obstáculos para realizar esta investigación, se considera en primer lugar que la falta de un espacio adecuado donde se pudieran aplicar los instrumentos fue el mayor obstáculo, seguido de ello la renuencia a participar por parte de algunas mujeres y por último se considera que otro obstáculo fue la extensión del instrumento ya que diversas participantes lo consideraban muy largo y lo dejaron incompleto.

Esta investigación pone de manifiesto un problema que desde una mirada psicológica no debería encasillarse dentro de un área específica, ni adjudicársele a un solo motivo. Las causas que originan este problema incluso pueden ser diferentes para cada contexto y por supuesto para cada época, por lo que la investigación a este problema debe permanecer actualizada y ponerse en duda.

Sin lugar a duda este tema dentro de la psicología es una aportación novedosa no solo porque ha sido poco abordada con anterioridad, lo es por el hecho de entender a la violencia como un problema con múltiples causas y darle una mirada objetiva. Tanto el tema, como el instrumento y los resultados se consideran aportes de este trabajo que le permitirán al investigador conocer más acerca de la violencia obstétrica.

Conclusión.

La violencia obstétrica, así como toda modalidad de violencia es un acto reprobable, sin justificación, que tiene que darse a conocer y que las personas deben saber identificar para ponerle un alto, no solo por considerarse mala, sino por las secuelas que puede dejar.

Como los casos presentes en esta investigación existen cientos más, no solo alrededor del país sino por todo el mundo. Se deben crear soluciones reales que frenen la violencia obstétrica y no solo mas leyes que la castiguen como se ha hecho. Estas soluciones deben dar cabida a las propias mujeres que sufrieron de violencia obstétrica, porque ¿quiénes mejor que ellas para concientizar a muchas otras sobre la gravedad del problema? Para frenar estos actos es importante que se redefinan los objetivos y las prioridades porque solo así se podrá estar un paso adelante del problema.

La psicología en general puede realizar grandes cambios a este problema, no solo enfocándose en el cambio de conductas a médicos y enfermeras (psicología clínica), sino ocupándose de la prevención y de la educación para la salud (en el caso de la psicología de la salud), realizando talleres, acercándose a las poblaciones vulnerables y sobre todo continuando con la investigación de este problema.

Se considera de vital importancia y de forma emergente hacer que las personas conozcan se apropien y hagan valer sus derechos, con el fin de evitar que sean vulneradas por desconocerlos. Los derechos son para todas y cada uno de las personas, sin importar su condición, raza, sexo o condición socioeconómica.

La lucha por hacer que la violencia obstétrica se conozca apenas comienza, se necesita más propagación de la información, personas capacitadas no solo para seguir exponiéndola sino para evitar que se siga aplicando. Como todo gran problema le falta un camino por recorrer, pero en este momento se encuentra en eso; en camino para evitar que ninguna mujer sufra más por los descuidos del trato médico, por la omisión de información, y que ella misma conozca, participe y exija valer sus derechos.

En México la atención pública es deficiente, los hospitales y centros de salud no se encuentran en las condiciones óptimas para recibir a un gran número de personas que requieran de sus servicios, este sin duda es otro de los grandes problemas que atraviesa el servicio de salud pero que no fue objeto de estudio abordar. Las personas más afectadas son sin duda aquellas que no tienen los recursos para costear servicios privados y por tanto llegan a tener complicaciones en su salud. Es por ello que es importante dar a conocer este tipo de problemas, para que menos personas sufran a manos de servicios deficientes pero sobre todo de tratos degradantes, humillantes y que atenten contra sus derechos.

Durante el parto la mujer debe tener el papel principal y toda decisión debe ser elegida por ella, por lo tanto ni los médicos, ni las enfermeras, ni cualquier miembro del personal de salud tiene el derecho de silenciarla, de humillarla o de apropiarse de los derechos que a ella le corresponden, solo así se podrá detener la violencia obstétrica.

Referencias:

- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. Recuperado de: www.tabs.org.nz/jrip.doc
- Alvarado; M. y Guerra, N. (2012). La violencia de género: un problema de salud pública. Recuperado de:
<http://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/3295>
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. Recuperado de:
http://openaccess.city.ac.uk/2018/6/Delivery_as_a_traumatic_event.pdf
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. Recuperado de http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica dentro de los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>
- Campos, E. M., Martínez, J., y Chavarría, R. (2010). Encuestas exploratorias sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393236>
- Casal, N., y Alemany, J. M. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto. Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013
- Castro, R., y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24/630>
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/12080011_Childbirth_and_the_Development_of_Acute_Trauma_Symptoms_Incidence_and_Contributing_Factors
- El universal (4 de octubre de 2013). Mujer da a luz en patio de hospital por falta de atención. El universal. Recuperado de:
<http://archivo.eluniversal.com.mx/estados/2013/mujer-luz-patio-hospital-falta-atencion-955825.html>

- Federeci, S. (2010). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fernández, M. C. (2003) Violencia Doméstica. Recuperado de http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
- Fernández, F. (2006). Nosotras parimos ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985570>
- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. Recuperado de: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>
- GIRE. (2012). 20 años por todas las mujeres. Editorial Mapas: México.
- GIRE. (2015). Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos. Recuperado de <http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/2584/1/Informe%20violencia%20obstetrica%20GIRE%202015.pdf>
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. Recuperado de: <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Violence-Against-Women-An-Integrated-Ecological-Framework-Heise-1998.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Inegi. (2015). Natalidad y fecundidad. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
- Laurenzo, P. (2005). La violencia de género en la Ley Integral: valoración políticocriminal. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc/07/recpc07-08.pdf>
- LGAMVLV. (2011). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Recuperado de <http://www.cofemer.gob.mx/LGAMVLV.pdf>
- LOSDMVLV. (2014). Ley Orgánica sobre los Derechos de las mujeres a una Vida Libre de Violencia. Recuperado de: http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf
- Machado, M. A. (2014). ¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado. Recuperado de

http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_grado_machado.pdf

- Martínez, J. M. (2011). Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente: recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400026&script=sci_arttext
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-Span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4 (2), 174-189.
- Moreno, A. (2008). La violencia en la pareja: de las desigualdades al abuso. En: nuevos escenarios de violencia. Reflexiones Comillas Ciencias Sociales I: Madrid
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906961>
- OMS. (1996). 49ª asamblea mundial de la salud. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/203897>
- OMS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
- OPS. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_43/es/
- Reyes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de psicología social y personalidad*. Vol. IX(I).
- Rodríguez, L. M. (2013). Definición, fundamentación y clasificación de la violencia. Recuperado de <https://trasosdigital.files.wordpress.com/2013/07/articulo-violencia.pdf>
- Sackett, L., & Saunders, D. (1991). The impact of different forms of psychological abuse on battered woman. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/12900919_The_impact_of_different_forms_of_psychological_abuse_on_battered_women
- Simkin, P. (2000). Parto y nacimiento. México: Trillas.

- Soet, J.E., Brack, J.A. & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581038>
- Tinoco, M. T. S. (2013). La subjetividad del médico y mortalidad materna. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/125>
- UNFPA. (2007). Ley orgánica sobre el derecho a las mujeres a una vida libre de violencia. Recuperado de [http://venezuela.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Ley_mujer%20\(1\)_0.pdf](http://venezuela.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/Ley_mujer%20(1)_0.pdf)
- Valdez, J. L. (1998). Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., Rivera, L. y Ramos, L. (2013). Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800024
- Villanueva, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282/516>

Anexo A. formato del instrumento aplicado a las participantes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Ocupación: _____

Tipo de parto (normal, cesárea, complicado, otro): _____

Recibió atención de servicio de salud público o privado: _____

Último nivel de estudios realizado: _____

INSTRUCCIONES Y EJEMPLOS

A continuación se te presentarán cinco **palabras** en las que deberás escribir en las líneas de abajo aquellas palabras que se le vengan a la mente que guarden relación con la misma. Después deberás jerarquizarlas del 1 al 5, de acuerdo a la importancia que consideres que tiene cada una de tus ideas.

Por favor no dejes ninguna línea vacía.

Un ejemplo es el siguiente:

Manzana	
<u>Roja</u>	(2)
<u>Fruta</u>	(1)
<u>Árbol</u>	(3)
<u>Jugo</u>	(5)
<u>Dulce</u>	(4)

Nota. Únicamente debe usar una palabra por línea, nunca dos o más palabras. Ejemplos incorrectos siguiendo el ejemplo de manzana serían: “muy dulce” “me gusta” “mi fruta favorita” etcétera.

Violencia

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Mujer

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Médicos y enfermeras

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Experiencia del parto

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Calidad de la atención

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Violencia obstétrica

_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()
_____ ()

Instrucciones:

A continuación se te presenta un cuestionario, por favor contesta lo más honestamente posible. Toda la información que aportes será manejada cuidadosamente y no se le proporcionará a nadie. Para responder se te presentará una escala del 1 al 4, donde **1 significa completamente, 2 en su mayoría, 3 muy poco, y 4 no/nada**. Rellena el círculo correspondiente.

Ejemplo: ¿Qué tanto te gusta leer?

○ ○ ○ ●
1 2 3 4

La persona rellenoó la opción 4 que significa que no le gusta leer.

No.	Pregunta	Respuesta			
		1	2	3	4
1	¿Conoces en que consiste la violencia obstétrica?	○	○	○	○
2	¿Qué tan agradable consideras que fue la atención recibida por parte del personal médico hacia ti durante tu parto?	○	○	○	○
3	¿Recibiste algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió tu parto?	○	○	○	○
4	¿El médico te hizo parir en una posición que consideraras incomoda o inadecuada?	○	○	○	○
5	¿Recibiste algún tipo de discriminación por parte del personal médico que atendió tu parto?	○	○	○	○
6	Después de tu parto y a causa del trato del personal médico ¿tuviste algún sentimiento de culpa, desvalorización o sufrimiento?	○	○	○	○
7	¿Consideras que un mal trato por parte del personal médico durante tu parto influyó en disminuir tu autoestima?	○	○	○	○
8	A causa del trato médico ¿llegaste a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que te impidiera continuar con tu vida como lo habías hecho hasta entonces?	○	○	○	○
9	¿Algún miembro del personal médico te obligo a realizarte algún método de esterilización?	○	○	○	○
10	¿Durante tu parto tuviste sentimientos de temor por tu vida o la de tu bebé?	○	○	○	○

Anexo B. Instrumentos aplicados

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: 31
Ocupación: Hogar
Tipo de parto (normal, cesárea, complicado, otro): 2
Recibió atención de servicio de salud público o privado: normal
Último nivel de estudios realizado: PREPA

INSTRUCCIONES Y EJEMPLOS

A continuación se te presentarán cinco palabras en las que deberás escribir en las líneas de abajo aquellas palabras que se te vengan a la mente que guarden relación con la misma. Después deberás jerarquizarlas del 1 al 5, de acuerdo a la importancia que consideres que tiene cada una de tus ideas.

Por favor no dejes ninguna línea vacía.

Un ejemplo es el siguiente:

Manzana	
Roja	(2)
Fruta	(1)
Árbol	(3)
Jugo	(5)
Dulce	(4)

Nota. Únicamente debe usar una palabra por línea, nunca dos o más palabras. Ejemplos incorrectos siguiendo el ejemplo de manzana serían: "muy dulce" "me gusta" "mi fruta favorita" "etcétera"

Violencia

poca	(2)
Mucho	(5)
regular	(4)
desaprobada	(4)
buena	(3)

Mujer

frágil	(5)
consado	(4)
difícil	(1)
doloroso	(2)
incomprendido	(3)

Médicos y enfermeras

capacitados	(1)
comprendibles	(4)
graves	(2)
desaprobados	(3)
totalmente incomprensibles	(5)

Experiencia del parto

Doloroso	(1)
Traumático	(4)
Difícil	(2)
fácil	(5)
consado	(3)

Calidad de la atención

nada	(5)
Mucho	(4)
Más o menos	(2)
regular	(1)
buena	(3)

Violencia obstétrica

Comprendible	(2)
nada	(5)
mucha	(4)
incomprendidas	(3)
Más o menos	(1)

Instrucciones:
 A continuación se te presenta un cuestionario, por favor contesta lo más honestamente posible. Toda la información que aportes será manejada cuidadosamente y no se le proporcionará a nadie.
 Para responder se te presentará una escala del 1 al 4, donde **1 significa completamente, 2 en su mayoría, 3 muy poco, y 4 no/nada**. Rellena el círculo correspondiente.

Ejemplo: ¿Qué tanto te gusta leer?

1 2 3 4

La persona relleno la opción 4 que significa que no le gusta leer.

No.	Pregunta	Respuesta			
		1	2	3	4
1	¿Conoces en que consiste la violencia obstétrica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2	¿Qué tan agradable consideras que fue la atención recibida por parte del personal médico hacia ti durante tu parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3	¿Recibiste algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió tu parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿El médico te hizo parir en una posición que consideraras incomoda o inadecuada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5	¿Recibiste algún tipo de discriminación por parte del personal médico que atendió tu parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6	Después de tu parto y a causa del trato del personal médico ¿tuviste algún sentimiento de culpa, desvalorización o sufrimiento?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Consideras que un mal trato por parte del personal médico durante tu parto influyó en disminuir tu autoestima?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	A causa del trato médico ¿llegaste a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que te impidiera continuar con tu vida como lo habías hecho hasta entonces?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Algún miembro del personal médico te obligo a realizarte algún método de esterilización?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10	¿Durante tu parto tuviste sentimientos de temor por tu vida o la de tu bebé?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si tu respuesta fue 1, 2 o 3 (en su mayoría, completamente, poco) en las preguntas 3, 4 y/o 5 favor de contestar:

Tomando en cuenta el género del personal médico ¿por parte de quien consideras que recibiste un trato que contribuyó a que tu experiencia fuera desagradable (Marca con una X)

Personal masculino ____ Personal femenino ____ Ambos Otro (indique quien)

¿Por parte de que miembro del personal recibiste un trato que consideraste como inadecuado o que no te agradó? (Marque con una X)

Médico obstetra (masculino)

Médico obstetra (femenino) ____

Enfermeros ____

Enfermeras

Anestesiólogo ____

Anestesióloga ____

Otro (indica quien) _____

¿Deseas agregar algún comentario, experiencia de tu parto o sentimientos después de este?

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: 20

Ocupación: Estudiante

Tipo de parto (normal, cesárea, complicado, otro): Normal

Recibió atención de servicio de salud público o privado: público

Último nivel de estudios realizado: universidad (licenciatura)

INSTRUCCIONES Y EJEMPLOS

A continuación se te presentarán cinco palabras en las que deberás escribir en las líneas de abajo aquellas palabras que se le vengan a la mente que guarden relación con la misma. Después deberás jerarquizarlas del 1 al 5, de acuerdo a la importancia que consideres que tiene cada una de tus ideas.

Por favor no dejes ninguna línea vacía.

Un ejemplo es el siguiente:

Manzana	
Roja	(2)
Fruta	(1)
Árbol	(3)
Jugo	(5)
Dulce	(4)

Nota. Únicamente debe usar una palabra por línea, nunca dos o más palabras. Ejemplos incorrectos siguiendo el ejemplo de manzana serían: "muy dulce" "me gusta" "mi fruta favorita" etcétera.

Violencia

Mucho	(1)
Mujer	(4)
Graes	(2)
Dolor	(3)
Poca	(5)

Mujer

Bonita	(3)
Fuerza	(1)
Mamá	(4)
Hogar	(2)
Débil	(5)

Médicos y enfermeras

Ayudan	(1)
Saben	(4)
Enfermedad	(3)
Medicinas	(5)
Cusan	(2)

Experiencia del parto

Dura	(3)
Dolor	(1)
Fuerza	(2)
Fca	(5)
Gritos	(4)

Calidad de la atención

Poca	(2)
Deficiente	(1)
Buena	(5)
Mala	(3)
Tardada	(4)

Violencia obstétrica

Mujer	(2)
Bebé	(5)
Médicos	(3)
Dolor	(1)
Experiencia	(4)

Instrucciones:
 A continuación se te presenta un cuestionario, por favor contesta lo más honestamente posible. Toda la información que aportes será manejada cuidadosamente y no se le proporcionará a nadie.
 Para responder se te presentará una escala del 1 al 4, donde **1 significa completamente, 2 en su mayoría, 3 muy poco, y 4 no/nada**. Rellena el círculo correspondiente.

Ejemplo: ¿Qué tanto te gusta leer?

1 2 3 4

La persona relleno la opción 4 que significa que no le gusta leer.

No.	Pregunta	Respuesta			
		1	2	3	4
1	¿Conoces en que consiste la violencia obstétrica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2	¿Qué tan agradable consideras que fue la atención recibida por parte del personal médico hacia ti durante tu parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	¿Recibiste algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió tu parto?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	¿El médico te hizo parir en una posición que consideraras incomoda o inadecuada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5	¿Recibiste algún tipo de discriminación por parte del personal médico que atendió tu parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Después de tu parto y a causa del trato del personal médico ¿tuviste algún sentimiento de culpa, desvalorización o sufrimiento?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	¿Consideras que un mal trato por parte del personal médico durante tu parto influyó en disminuir tu autoestima?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	A causa del trato médico ¿llegaste a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que te impidiera continuar con tu vida como lo habías hecho hasta entonces?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	¿Algún miembro del personal médico te obligo a realizarte algún método de esterilización?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10	¿Durante tu parto tuviste sentimientos de temor por tu vida o la de tu bebé?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si tu respuesta fue 1, 2 o 3 (en su mayoría, completamente, poco) en las preguntas 3, 4 y/o 5 favor de contestar:

Tomando en cuenta el género del personal médico ¿por parte de quien consideras que recibiste un trato que contribuyó a que tu experiencia fuera desagradable (Marca con una X)

Personal masculino ____ Personal femenino Ambos ____ Otro (indique quien)

¿Por parte de que miembro del personal recibiste un trato que consideraste como inadecuado o que no te agradó? (Marque con una X).

Médico obstetra (masculino) ____

Médico obstetra (femenino) ____

Enfermeros ____

Enfermeras

Anestesiólogo ____

Anestesióloga ____

Otro (indica quien) _____

¿Deseas agregar algún comentario, experiencia de tu parto o sentimientos después de este?

Sentí mucho dolor

No se pueden editar las respuestas

Violencia obstétrica

*Obligatorio

Edad *

18

Ocupación

hogar

Tipo de parto (normal, cesárea, otro) *

cesárea

Recibió atención de servicio de salud público o privado *

público

Estado civil

casada por el civil

Último nivel de estudios realizado

preparatoria

Instrucciones

A continuación se te presenta un cuestionario, por favor trata de contestar lo más honestamente posible. Toda la información que aportes será manejada cuidadosamente y no se le proporcionará a nadie. Para responder se te presentará una escala del 1 al 4, donde 1 significa completamente, 2 en su mayoría, 3 muy poco, y 4 no/nada.

¿Conoces en que consiste la violencia obstétrica?

1 2 3 4

¿Qué tan agradable consideras que fue la atención recibida por parte del personal médico hacia ti durante el parto?

1 2 3 4

¿Recibiste algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió tu parto?

1 2 3 4

¿El médico te hizo parir en una posición que consideraras incomoda o inadecuada?

1 2 3 4

¿Recibiste algún tipo de discriminación por parte del personal médico que atendió tu parto?

1	2	3	4
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Después de tu parto y a causa del trato del personal médico ¿tuviste algún sentimiento de culpa, desvalorización o sufrimiento?

1	2	3	4
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Considera que el mal trato por parte del personal médico durante tu parto influyó a que tu autoestima disminuyera?

1	2	3	4
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A causa del trato médico ¿llegaste a sentir miedo, tristeza, desmotivación u otro sentimiento que te impidiera continuar con tu vida como lo habías hecho hasta entonces?

1	2	3	4
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Algún miembro del personal médico te obligo a realizarte algún método de esterilización?

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Durante tu parto tuviste sentimientos de temor por tu vida o la de tu bebé?

1	2	3	4
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si tu respuesta fue de 1 a 3 en las preguntas 3,4 y/o 5, por favor responde:

(Si tu respuesta es otro, por favor indica quien o quienes)

Tomando en cuenta el género del personal médico ¿por parte de quien consideras que recibiste un trato que contribuyó a que tu experiencia fuera desagradable

- Personal masculino
- Personal femenino
- Ambos
- Otro:

¿Por parte de que miembro del equipo médico recibió un trato que considere como inadecuado o que no le agradó?

- Médico obstetra
- Enfermeros
- Enfermeras
- Anestesiólogos
- Anestesiólogas
- Otro:

Comentarios

¿Deseas agregar algún comentario, experiencia de tu parto o sentimientos después de este?

la falta de supervisión a los practicantes lo que me dejo secuelas del parto.



Por tomarte el tiempo para resolver este cuestionario:

*Muchas
Gracias!*

No se pueden editar las respuestas

Violencia obstétrica

***Obligatorio**

Edad *

23

Ocupación

trabajar

Tipo de parto (normal, cesárea, otro) *

normal

Recibió atención de servicio de salud público o privado *

público

Estado civil

casada

Último nivel de estudios realizado

licenciatura

Instrucciones

A continuación se te presentarán seis palabras y debajo de estas palabras se encontrará una línea. Lo que deberás hacer será poner las 5 palabras que se te vengan a la mente cuando escuchas la palabra y posteriormente jerarquizarlas del 1 al 5. (Recuerda que no hay respuestas buenas o malas). Algunos ejemplos son los siguientes:

Manzana: Roja (2), Fruta (1), Árbol (3), Jugo (5) y Dulce (4)
Lápiz: Madera (1), Prestado (5), Estueta (2), Goma (4) y Dibujo (3)

Nota. Ejemplos incorrectos tomando en cuenta la palabra manzana serían: me gusta (1), mi fruta favorita (3), se me antoja (5), yo quiero (4), manzana con caramelo (2), etc.
Es tu turno:

Violencia *

Agrega las 5 palabras que se te vengan a la mente con su respectivo orden jerárquico

Golpes (1), Insultos (2), Dolor(4), Desesperación (5), Humillación(3)

Mujer *

Agrega las 5 palabras que se te vengan a la mente con su respectivo orden jerárquico

Bonita(1), Amor (2), Valores (3), Felicidad (4), Cariño (5)

Médicos y enfermeras *

Agrega las 5 palabras que se te vengan a la mente con su respectivo orden jerárquico

Medicina(1), Emergencia(2), Ayuda (4), Hospital (3), Atención (5)

Experiencia del parto *

Agrega las 5 palabras que se te vengan a la mente con su respectivo orden jerárquico

Dolor (2), Angustia (3), Espera (4), Bebé (1), Felicidad (5)

Calidad de la atención *

Agrega las 5 palabras que se te vengan a la mente con su respectivo orden jerárquico

Espera (1), Desinformación (2), Enojo (4), Angustia (5), Mal (3)

Violencia obstétrica *

Agrega las 5 palabras que se te vengan a la mente con su respectivo orden jerárquico

Desinformación (1), Ignorancia(3), Dolor (2), Desinterés (4), Ignorar (5)

Instrucciones

A continuación se te presenta un cuestionario, por favor trata de contestar lo más honestamente posible. Toda la información que aportes será manejada cuidadosamente y no se la proporcionará a nadie. Para responder se te presentará una escala del 1 al 4, donde 1 significa completamente, 2 en su mayoría, 3 muy poco, y 4 no/nada.

¿Conoces en que consiste la violencia obstétrica?

1 2 3 4

¿Qué tan agradable consideras que fue la atención recibida por parte del personal médico hacia ti durante el parto?

1 2 3 4

¿Recibiste algún trato irrespetuoso, ofensivo o negligente por parte del personal médico que atendió tu parto?

1 2 3 4

¿El médico te hizo parir en una posición que consideraras incomoda o inadecuada?

1 2 3 4

¿Recibiste algún tipo de discriminación por parte del personal médico que atendió tu parto?

1 2 3 4

Si tu respuesta fue de 1 a 3 en las preguntas 3,4 y/o 5, por favor responde:

(Si tu respuesta es otro, por favor indica quien o quienes)

Tomando en cuenta el género del personal médico ¿por parte de quien consideras que recibiste un trato que contribuyó a que tu experiencia fuera desagradable

- Personal masculino
- Personal femenino
- Ambos
- Otro:

¿Por parte de que miembro del equipo médico recibió un trato que considere como inadecuado o que no le agradó?

- Médico obstetra
- Enfermeros
- Enfermeras
- Anestesiólogos
- Anestesiólogas
- Otro:

Comentarios

¿Deseas agregar algún comentario, experiencia de tu parto o sentimientos después de este?

Nunca he sido violada pero supongo que es lo más cerca que estaré de serlo, había estudiantes viéndome, el obstetra hablaba con las enfermeras como si yo no estuviera ahí, platicaban sobre lo que harían saliendo, se suponía que me tenían que hacer sentir bien pero me hicieron sentir como un objeto que manoseaban cuantas veces se les daba la gana, es como si no hubiera estado ahí, lo único que me hizo formar parte de ese momento era el dolor y no solo el físico sino el dolor que sentí por no haber disfrutado del nacimiento de mi hijo.



Por tomarte el tiempo para resolver este cuestionario:

*Muchas
Gracias!*