



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA  
SEDE QUITO  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EFFECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES,  
ENTRE 25 A 35 AÑOS DE EDAD, EN LA CIUDAD DE QUITO.**

Trabajo de titulación previo a la obtención del  
Título de Licenciada en Psicología

AUTORA: Suntasig Viracocha Karen Lizeth  
TUTORA: Grijalva Cevallos Luisa María

Quito-Ecuador  
2024

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO  
DE TITULACIÓN**

Yo, Karen Lizeth Suntasig Viracocha con documento de identificación N° 1723441372 manifiesto que:

Soy la autora y responsable del presente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Quito, 05 de agosto del 2024

Atentamente,



---

Karen Lizeth Suntasig Viracocha

1723441372

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL  
TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA  
SALESIANA**

Yo, Karen Lizeth Suntasig Viracocha con documento de identificación No. 1723441372, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora de la: Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención con tema: EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES, ENTRE 25 A 35 AÑOS DE EDAD, EN LA CIUDAD DE QUITO, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciada en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 05 de agosto del 2024

Atentamente,



---

Karen Lizeth Suntasig Viracocha

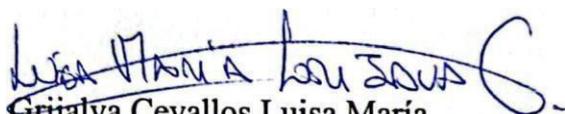
1723441372

## **CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Luisa María Grijalva Cevallos con documento de identificación N° 1720578705, docente de la Universidad Politécnica Salesiana declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES, ENTRE 25 A 35 AÑOS DE EDAD, EN LA CIUDAD DE QUITO, realizado por Karen Lizeth Suntasig Viracocha con documento de identificación N° 1723441372, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 05 de agosto del 2024

Atentamente,

  
Grijalva Cevallos Luisa María

1720578705

## **DEDICATORIA**

*Este trabajo está dedicado con mucho amor para mi hija  
Kianne, quien es motor, motivo y fortaleza día a día, desde su  
llegada nada ha sido fácil, pero tampoco imposible, con su  
amor incondicional logró sacarme del caos y hacer mi vida  
más bonita, todo esfuerzo y sacrificio, es por ti y para ti,  
porque no existe nada más valioso que tú a mi lado.*

*No hay palabras para poder describir lo agradecida que estoy  
con Dios por darme a mi hija como mi mejor regalo, sé que algún  
día estarás orgullosa de mamá.*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecida con dios, por acompañarme día a día en mi carrera, en mi embarazo, en el duro trabajo de ser madre, por darme sabiduría cuando no he encontrado solución a mis problemas, y por brindarme una vida llena de aprendizajes.

Mi agradecimiento eterno a mis padres Hector y Marina, por su apoyo incondicional, por animarme a seguir en las etapas más duras de mi vida, por ayudarme a cumplir cada una de mis metas y cuidar de mi hija para poder seguir con mis sueños y terminar mi carrera, han inculcado en mí valor y valentía para afrontar cada día un nuevo obstáculo, por su amor incondicional y el grandioso amor de abuelos que tienen a mi Kianne.

A mi pareja, Damian, por su paciencia, su presencia en este viaje académico y en nuestra vida como padres y familia, por acompañarme durante mi embarazo, parto y mi post parto, gracias por ser mi apoyo y estar en mis momentos de alegría y tristeza durante estos años.

Agradezco a la Universidad Politécnica Salesiana por darme la oportunidad de crecer académicamente y a los maestros por impartir sus conocimientos con sabiduría y dedicación.

A mi tutora Luisa Grijalva, quien confió en mí y siempre estuvo al pendiente de mi vida académica y personal, gracias a sus conocimientos pudo guiarme durante este proceso de titulación.

A mis compañeras de carrera, por su tiempo y paciencia, por brindarme momentos de alegría, y ser parte de este viaje.

Les agradezco de todo corazón.

## **Resumen**

Se realizó una investigación sobre la violencia obstétrica, los efectos y el impacto psicosocial en las mujeres de la ciudad de Quito, durante el año 2024. La violencia obstétrica afecta a las mujeres, ya que el parto es un momento de gran valor para una mujer que acaba de tener esa experiencia de ser madre, por lo mismo influye cualquier tipo de experiencia traumática dentro de su post parto y maternidad. Por eso se describen los factores psicosociales, a través de la entrevista que nos ayuda a recopilar información desde el embarazo, el parto, el post parto hasta la maternidad. Se analiza los discursos sobre la violencia obstétrica y los efectos psicosociales del parto y post parto que han vivido las entrevistadas. Existen varios efectos y factores que intervienen a causa de su experiencia dentro del servicio de salud ya sea público o privado. Esta investigación tiene un enfoque cualitativo y se basa en narraciones recopiladas de 7 mujeres, de las cuales seis lograron concebir a sus hijos y una mujer perdió a su hijo en el embarazo. Las entrevistas se analizaron desde su etapa de gestación: embarazo, parto y post parto y los efectos psicosociales asociados a cada una de ellas: salud mental, praxis médica, salud física, ambiente doméstico, situación económica, relaciones y creencias sociales y culturales y relaciones familiares y entre pareja. Se enfatiza en el parto y post parto, ya que son etapas en donde se manifiestan los efectos psicosociales y la violencia obstétrica por parte del personal médico de turno. Finalmente, se tiene como última variable una relación significativa que nos permitirá analizar el tipo de violencia que presentan dichas mujeres dentro de estas tres variables, y por lo cual se utilizó el método cualitativo. En resultado de cada una de las investigaciones, por lo cual se evidencia que existe una relación significativa entre la violencia obstétrica y su impacto psicosocial durante y después del parto. El trabajo de investigación concluye identificando los efectos y consecuencias en cada categoría planteada.

**PALABRAS CLAVES:** Efectos psicosociales, embarazo, parto, post parto, maternidad, violencia obstétrica, maternidad.

## **Abstract**

An investigation was carried out on obstetric violence, the effects and psychosocial impact on women in the city of Quito, during the year 2024. Obstetric violence affects women, since childbirth is a moment of great value for a woman. who has just had that experience of being a mother, therefore any type of traumatic experience influences her postpartum and motherhood. That is why the psychosocial factors are described through the interview that helps us collect information from pregnancy, childbirth, postpartum to motherhood. The discourses on obstetric violence and the psychosocial effects of childbirth and postpartum that the interviewees have experienced are analyzed. There are several effects and factors that intervene due to your experience within the health service, whether public or private. This research has a qualitative approach and is based on narratives collected from 7 women, of which six managed to conceive their children and one woman lost her child during pregnancy. The interviews were analyzed from the stage of gestation: pregnancy, childbirth and postpartum and the psychosocial effects associated with each of them: mental health, medical praxis, physical health, domestic environment, economic situation, relationships and social and cultural beliefs and relationships. family and between couples. Emphasis is placed on childbirth and postpartum, since these are stages where the psychosocial effects and obstetric violence by the medical staff on duty are manifested. Finally, the last variable is a significant relationship that will allow us to analyze the type of violence that these women present within these three variables, and for which the qualitative method was used. As a result of each of the investigations, it is evident that there is a significant relationship between obstetric violence and its psychosocial impact during and after childbirth. The research work concludes by identifying the effects and consequences in each proposed category.

**KEYWORDS:** Psychosocial effects, pregnancy, childbirth, postpartum, maternity, obstetric violence, motherhood.

## Índice de contenido

<b>I. Datos informativos del proyecto</b> .....	1
<b>II. Objetivo</b> .....	2
<b>Objetivo general:</b> .....	2
<b>Objetivos específicos:</b> .....	2
<b>III. Eje de la intervención o investigación</b> .....	3
<b>i. Violencia obstétrica</b> .....	3
<b>ii. Efectos psicosociales</b> .....	16
<b>IV. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención</b> .....	21
<b>V. Metodología</b> .....	22
<b>VI. Preguntas clave</b> .....	24
<b>VII. Organización y procesamiento de la información</b> .....	26
<b>Análisis de la información</b> .....	26
<b>i Violencia Obstétrica: Embarazo, parto y post parto</b> .....	26
<b>i Efectos psicosociales: Narrativas desde la maternidad</b> .....	31
<b>VIII. Justificación</b> .....	37
<b>IX. Caracterización de los entrevistadas</b> .....	38
<b>X. Interpretación</b> .....	38
<b>XI. Principales logros del aprendizaje</b> .....	39
<b>XII. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	40
<b>XIII. Referencias</b> .....	42

## **I. Datos informativos del proyecto**

- **Título del trabajo de titulación:** Efectos psicosociales de la violencia obstétrica en mujeres, entre 25 a 35 años de edad, en la ciudad de Quito.
- **Nombre del proyecto:** Proyecto de investigación para la obtención del título de Licenciada en Psicología.
- **Delimitación del tema:** Efectos psicosociales de la violencia obstétrica en mujeres, entre 25 a 35 años de edad, en la ciudad de Quito.

## **II. Objetivo**

### **Objetivo general:**

- Identificar cuáles son los efectos psicosociales de la violencia obstétrica en mujeres entre 25 a 35 años de la ciudad de Quito.

### **Objetivos específicos:**

- Describir los efectos psicosociales de la violencia obstétrica en mujeres entre 25 a 35 años de la ciudad de Quito.
- Analizar las narrativas en torno a la violencia obstétrica según la experiencia de las siete mujeres en la ciudad de Quito.
- Reconocer qué tipo de violencia obstétrica han sufrido, y por parte de quien se da la misma.

### **III. Eje de la intervención o investigación**

#### **i. Violencia obstétrica**

Todas las mujeres tienen derecho al más alto nivel de atención médica, que incluye el derecho a recibir atención con dignidad y respeto durante el embarazo y el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. (OMS, 2014)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) emite una declaración en el 2014 que pide más acción, diálogo, investigación y apoyo sobre este importante tema de salud pública y derechos humanos, ya que muchas mujeres en todo el mundo sufren falta de respeto. El comportamiento agresivo durante el parto en los establecimientos de salud no sólo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza su derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. (OMS, 2014).

En las últimas dos décadas, ha habido un aumento significativo en el uso de diferentes métodos de entrega que permiten el inicio, la aceleración, la terminación regular o monitorear procesos fisiológicos para mejorar los resultados para la mujer como para el recién nacido. La creciente medicalización del parto a menudo disminuye la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta negativamente su experiencia del parto. (OMS, 2018).

Las pautas de la OMS impulsan la atención en la maternidad respetuosa para todas las mujeres que respalde "la dignidad, la privacidad y la confidencialidad, garantice que no haya daños ni abusos y permita la elección informada y el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el nacimiento". (OMS, 2019).

“La violencia obstétrica se define como formas específicas de violencia perpetradas por profesionales de la salud contra mujeres embarazadas, en trabajo de parto y en posparto. El concepto se refiere a actos en el contexto del embarazo, parto y puerperio categorizados como violencia física o psicológica, debido al uso injustificado de intervenciones médicas, al trato deshumanizador.” (UNFPA, 2022, pág. 1).

Se considera violencia obstétrica cualquier acción, acción o inacción de los profesionales de la salud públicos y privados que afecte directa o indirectamente el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer y que se manifieste como deshumanización del tratamiento, abuso de los recursos médicos y patologización de los procesos naturales. (Espín & Núñez, 2016).

La violencia durante el parto es una forma de sexismo y una violación de los derechos humanos desde la perspectiva del derecho de las mujeres a la salud, así como de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales son entendidos como derechos inalienables e indivisibles en el marco de los derechos humanos. El abuso obstétrico se refiere a actos y omisiones violentos por parte de profesionales de la salud contra mujeres embarazadas, parturientas o en posparto en entornos públicos y privados, incluido el silencio y comportamientos inapropiados, tales como: procedimientos dolorosos sin medicación prescrita, episiotomías sin consentimiento, sobredosis innecesarias de medicamentos y obligar a las mujeres a dar a luz en determinadas posiciones puede provocar complicaciones graves. (Rodríguez & Martínez, 2022).

La violencia durante el parto se caracteriza por la violencia y la falta de respeto hacia las mujeres durante el parto, incluido el uso de intervenciones médicas innecesarias, actitudes deshumanizantes, mensajes de negación, abuso físico y psicológico. Esta violencia puede tener graves consecuencias para la salud física y mental de la mujer, su bienestar emocional y el desarrollo de su relación con su bebé. (Rodríguez & Martínez, 2022).

El abuso psicológico es complicado y difícil de probar que el abuso físico debido a las marcas que se plasman es invisible. Estas situaciones generan que las personas pierdan el respeto, la seguridad y la confianza en sí misma y en quienes le rodean, acaba creyendo lo que le dice el abusador. Las personas expuestas a este tipo de violencia pierden la capacidad de controlar su entorno y los recursos disponibles para hacer frente a estas situaciones, y esto puede ir acompañado de otras formas de violencia, como la económica, que conducen a una mayor dependencia y vulnerabilidad. (República, 2017).

Muchos modelos de la psicología, la psiquiatría o la antropología intentan explicar el comportamiento humano. Por tanto, se utilizan para evaluar el impacto de experiencias violentas caracterizadas por violaciones de derechos humanos. Estas experiencias amenazan la integridad de la persona y están asociadas con emociones extremas como dolor, humillación, confusión y estrés negativo extremo. No existe un modelo explicativo único, y estas perspectivas o énfasis de diferentes modelos ilustran diferentes perspectivas que pueden usarse en conjunto. (Beristain, 2007).

La psicología perinatal tiene en cuenta a todos los actores sociales que interactúan en esta situación, así como a aquellos que pueden provocar y recibir violencia. Situaciones clave relacionadas con el parto, que abarcan el embarazo, el parto, el posparto y los dos primeros años

de vida del niño. Los personajes principales son la madre y el niño, incluyendo todos aquellos que rodean la red de apoyo social y familiar, así como las instituciones hospitalarias relacionadas con las condiciones del parto (embarazo, parto y maternidad), incluida la salud. (Paolini, 2011).

La violencia durante el parto ocurre cuando se combinan la violencia de género y la negligencia médica. Se trata de la violencia de los profesionales de la salud contra el cuerpo de las mujeres y su vida reproductiva (principalmente el embarazo, el parto y el posparto) mediante tratamientos deshumanizantes, el uso abusivo de medicamentos y la patologización de procesos fisiológicos, que por tanto pueden ser tanto físicos (las prácticas invasivas también pueden ser injustificado). La violencia infantil es completamente invisible debido a las causas generales de los problemas de género como el machismo, la falta de comprensión de la población, uso inadecuado de terminología, sesgos y sesgos específicos de género como categoría de análisis de salud incluye el androcentrismo, falta de género, número de mujeres en experimentos, etc. Este estudio consta de una parte teórica y una parte práctica. La primera parte analiza la literatura científica existente sobre el tema: publicaciones y artículos de divulgación en antropología médica, historia y obstetricia, siempre con una perspectiva de género y un enfoque socio antropológico. (García, 2018).

Según García (2018), la violencia infantil es completamente invisible por causas tanto de cuestiones generales de género (machismo, desconocimiento de la población, uso inadecuado de terminología, prejuicios, etc.) como de sesgos específicos de género en la categoría de análisis de la salud, como el androcentrismo.

Para Mojica y Osa (2022), en su reportaje audiovisual, cuenta la historia de la violencia en el parto a partir de la vida de tres mujeres que fueron abusadas de diversas formas durante el parto, mostrando el impacto físico y mental que sufrieron estas mujeres y el impacto visible. En este informe sobre violencia, se hace referencia a violaciones de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluido el daño físico, que resulta en una mala recuperación y posibles problemas de salud para las mujeres después del parto. Lesiones, este tipo de situaciones incluyen protocolos obsoletos y negligencia médica, así como violencia de género, que incluye trato verbal inapropiado y degradante hacia las mujeres.

“La violencia de género es violencia que se basa en estructuras existentes de desigualdad de género en la sociedad y pone a las mujeres en desventaja en comparación con los hombres. Se entiende que todo acto de violencia basado en el género que resulta o puede resultar en daños físicos, sexuales o psicológicos o en el sufrimiento de la mujer, incluidas las amenazas de tales

actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya tenga lugar en el ámbito público o privado.” (ONU Mujeres, 2015, p. 22).

Para Segato (2012), es importante tipificar los diversos tipos de violencia contra la mujer, marcando la diferencia entre crímenes que pueden ser personalizados, es decir, interpretados a partir de relaciones interpersonales o de móviles de tipo personal por parte del perpetrador, de aquéllos que no pueden serlo.

La violencia en relación con el feminicidio es una forma suprema de violencia en contra las mujeres y es el resultado de violaciones de los derechos humanos de las mujeres en el ámbito público y privado. Consiste en una serie de comportamientos de odio que pueden conducir a la impunidad en la sociedad y el país y, en última instancia, conducir al asesinato. y otros comportamientos.(Lagarde, 2007).

Según Fraser (2009), El feminismo de la segunda ola entrelazó tres dimensiones de la desigualdad de género: económica, cultural y política, que se han desentrañado de modo que algunas de sus líneas han sido retomadas en el reciente capitalismo posfordista. En consecuencia, los objetivos del feminismo actual incluirán redescubrir el holismo emancipador de sus orígenes.

Venezuela fue el primer país del mundo en utilizar el término "violencia obstétrica" en la Ley Natural del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2007, seguido por Argentina y el estado mexicano de Durango en 2009. En abril de 2014, el Senado Nacional de México aprobó enmiendas a varias leyes sobre violencia contra las mujeres para criminalizar la violencia durante el parto. (Bellón, 2015)

Para la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2017), Violencia psicológica relacionada con la violencia obstétrica, es decir, cualquier acción o inacción que socave la estabilidad psicológica: negligencia, abandono, negligencia repetida, celos, insulto, humillación, devaluación, marginación, indiferencia, desconfianza, comparación destructiva, rechazo, restricción de la autodeterminación. Los derechos y las amenazas no harán que la víctima se deprima, se aíse, tenga baja autoestima o incluso se suicide.

Según el artículo 23, de la Ley Orgánica de Salud (2015), los programas y servicios de planificación familiar garantizarán que hombres y mujeres, sin coerción, violencia ni discriminación, puedan determinar libre, voluntaria, responsable y autónomamente, en igualdad

de condiciones, el número de hijos que pueden tener, criar y criar sin consentimiento de terceros y acceso a la información necesaria para este fin.

Según la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia (2014) Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a atención médica gratuita y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Como iniciativa de salud pública, el Estado está obligado a brindar atención médica gratuita a los recién nacidos y a los niños menores de cinco años.

En Ecuador, Según el artículo 10 de la Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres (2018), Se enumeran los tipos de violencia de género. En este contexto, esto se aplica no sólo a la violencia obstétrica que afecta a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, sino también a todas las mujeres que reciben atención de salud sexual y reproductiva. La ley fue publicada en el registro oficial en febrero de 2018 y actualmente no existe reglamento, por lo que no está claro cómo se aplicará. En 2019, la Corte Constitucional planteó en su sentencia el concepto de violencia en el parto, analizando un caso donde una mujer embarazada no recibió atención adecuada y especializada durante el parto en el hospital del Instituto de Seguridad Social.

Según Arguedas (2017), entre las teorías existentes, la teoría propuesta por Michel Foucault se considera una referencia importante para el análisis de esta cuestión. Por lo tanto, es posible identificar una forma específica de poder disciplinario asociado a estructuras patriarcales que construyen el género, donde la violencia natal aparece como un mecanismo de control y generador de subjetividades específicas.

El 23 de marzo del 2017 en Costa Rica, Por invitación de la Comisión de Género del Sindicato de Estudiantes de la Facultad de Filosofía y del Consejo Conjunto de Estudiantes de Letras, la investigadora dictó una conferencia sobre sus investigaciones sobre la violencia natal, donde demostró que se puede hacer un aporte filosófico para una mejor comprensión de estos problemas y causas fundamentales por lo cual se debe impulsar los esfuerzos para desarrollar soluciones. El abordaje filosófico de la violencia obstétrica según la autora, permite ir más allá de una lista de abusos que se cometen contra las mujeres durante el parto, para entender el contexto y el entramado de relaciones políticas, sociales, culturales y económicas que producen

un problema tan serio que va desde la concepción hasta el posparto y que deja huellas imborrables y hasta intergeneracionales en las mujeres. (Arguedas, 2017).

Para Arguedas (2017) “El proceso disciplinario de la violencia obstétrica es consecuente en todos los casos que ha analizado y es la anulación de la condición de la mujer como sujeto humano (pierde voz, pierde capacidad para decidir y es invisibilizada). Sin embargo, señaló que este tipo de violencia adopta muchas formas, desde las más sutiles hasta las más brutales y casos que podrían considerarse tortura.”

La violencia durante el parto es discriminación de género y es una violación de los derechos humanos desde la perspectiva del derecho de las mujeres a la salud, así como de los derechos reproductivos y sexuales, los cuales se entiende como derechos irrenunciables e inseparables en el marco de los derechos humanos. La violencia obstétrica se refiere a actos y omisiones violentos cometidos por profesionales de la salud contra mujeres embarazadas, parturientas o en posparto en entornos públicos y privados, incluidos actos no consentidos e inapropiados como: intervenciones dolorosas sin medicación prescrita, episiotomías sin consentimiento, sobredosis, medicación innecesaria. y obligar a las mujeres a dar a luz en determinadas posiciones puede provocar complicaciones graves. (Rodríguez y Martínez, 2022).

Medina en el año 2022, en la parte de Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales, nos dice que: “En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas.” (Medina, 2022).

Un nuevo estudio dirigido por la OMS publicado el 9 de octubre de 2019, (Ghana, Guinea, Myanmar, Nigeria) muestra que 838 mujeres (42%) fueron víctimas de violencia física o verbal, estigma o discriminación en 2016. El catorce por ciento sufrió abuso físico, generalmente mediante golpes, patadas o golpes. También hubo altas tasas de cesáreas, episiotomías (una incisión quirúrgica realizando el corte de la vagina en el parto) y exámenes vaginales no consentidos. Los investigadores observaron a 2.016 mujeres y descubrieron que 35 cesáreas (13%) se realizaron sin el consentimiento de la mujer, mientras que 190 de 253 episiotomías (75%) se realizaron sin el consentimiento de la mujer. Se realizaron exámenes vaginales sin consentimiento en el 59% de las mujeres (2.611 de 4.393 exámenes). Además del abuso físico,

se observó que 752 de las 2.016 mujeres (38%) sufrieron abuso verbal severo, con mayor frecuencia gritos, regaños y burlas. Once mujeres sufrieron estigma o discriminación, particularmente en relación con su raza u origen étnico. (OMS, 2019).

	Sin consentimiento	Total, mujeres	Porcentaje	sobre 100%
<b>Maltrato físico</b>	838	2016	42%	100%
<b>Cesáreas sin consentimiento</b>	35	2016	13%	100%
<b>Episiotomías sin consentimiento</b>	190	253	75%	100%
<b>Exámenes vaginales sin consentimiento</b>	2611	4393	59%	100%

(Elaboración propia, 2024).



(Elaboración propia, 2024).

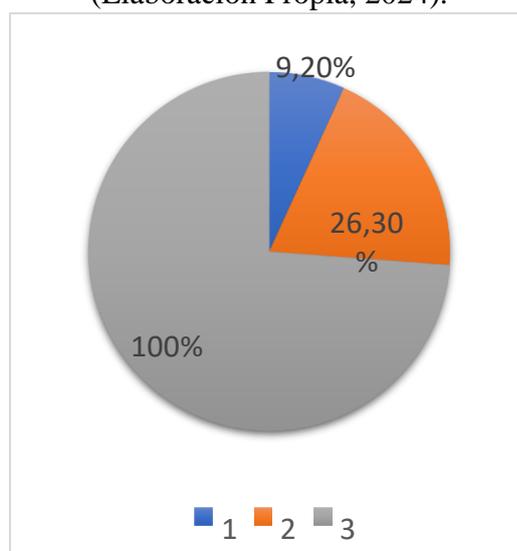
Domínguez y Merlo, su investigación se basa en principios éticos generales:

beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Respetamos los derechos de los pacientes y obtenemos su consentimiento informado por escrito para garantizar su decisión voluntaria de participar en la investigación. El líder del estudio distribuyó a los pacientes un cuestionario preparado para este propósito, generalmente el día del alta. Las mujeres embarazadas atendidas completaron un cuestionario con 15 preguntas cerradas para conocer sus actitudes personales ante la posibilidad de ser víctima de violencia obstétrica, analizando la posibilidad de que algunos médicos puedan verse afectados por cualquier forma de agresión física o psicológica. Se utilizaron procedimientos estadísticos descriptivos para realizar un análisis estadístico apropiado de los datos obtenidos.

Por ello afirman: Desafortunadamente, la discrepancia cuantitativa entre el 9,2% de pacientes que sufren falta de respeto y el 26,3% de violencia obstétrica encontrada en este estudio puede indicar que nuestras pacientes están acostumbradas a recibir un tratamiento inadecuado. También mencionaron: En nuestro trabajo también hemos logrado que los pacientes (100%) desconozcan su derecho a recibir una atención digna y un trato respetuoso y sin violencia. (Domínguez y Merlo, 2015).

<b>Consideraron trato irrespetuoso</b>	<b>9,2</b> %
<b>Violencia obstétrica</b>	<b>26,3</b> %
<b>No conocen sus derechos</b>	<b>100</b> %

(Elaboración Propia, 2024).



(Elaboración Propia, 2024).

Naula Karla y Simbaña Miriam realizaron una encuesta sobre violencia obstétrica y ginecológica entre mujeres aborígenes de la comunidad de Sisid-Cantón Cañar de mayo a octubre de 2021 para determinar si existe violencia obstétrica y ginecológica entre mujeres aborígenes en la región. Se realizó un estudio descriptivo con diseño no experimental mediante métodos cuantitativos transversales con una muestra de un total de 255 mujeres y se utilizó la (Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres).

Citaron los resultados, evidentemente se visualiza la presencia de violencia gineco obstétrica: basándose en la violencia psicológica más común entre las mujeres aborígenes, las respuestas fueron las siguientes: el 71,85% impide el acompañamiento durante la consulta ginecológica o los comentarios entre las parejas sexuales involucradas representan el 65,1% los gritos, El 37,3% maldecía, insultaba, criticaba y humillaba, y el 61,2% rechazaba otros mensajes durante y después del parto sin consentimiento, lo que representa el 47,8% solicitudes o exigencias de afeitarse el vello púbico (61,2%), pruebas vaginales repetidas y realizadas por varias personas sin consentimiento o algún tipo de información (59,2%) y la inserción de ciertos medicamentos para un parto inducido. (59,2%). En general, los porcentajes muestran violaciones de derechos humanos con poca o ninguna toma de decisiones por parte de las mujeres y un enfoque en cuestiones de salud pública. (Naula & Simbaña, 2021).

<b>Impedir acompañamiento</b>	<b>71,85%</b>
<b>Gestos o comentarios ofensivos</b>	<b>65,1%</b>
<b>Gritos o Humillaciones</b>	<b>37,3%</b>
<b>Negar información</b>	<b>61,2%</b>
<b>Ser examinadas en presencia de otras personas</b>	<b>47,8%</b>
<b>Exigir el afeitado de la región púbica</b>	<b>61,2%</b>
<b>Tactos vaginales varias veces</b>	<b>59,2%</b>
<b>Medicación para acelerar el parto</b>	<b>59,2%</b>

(Elaboración Propia, 2024).



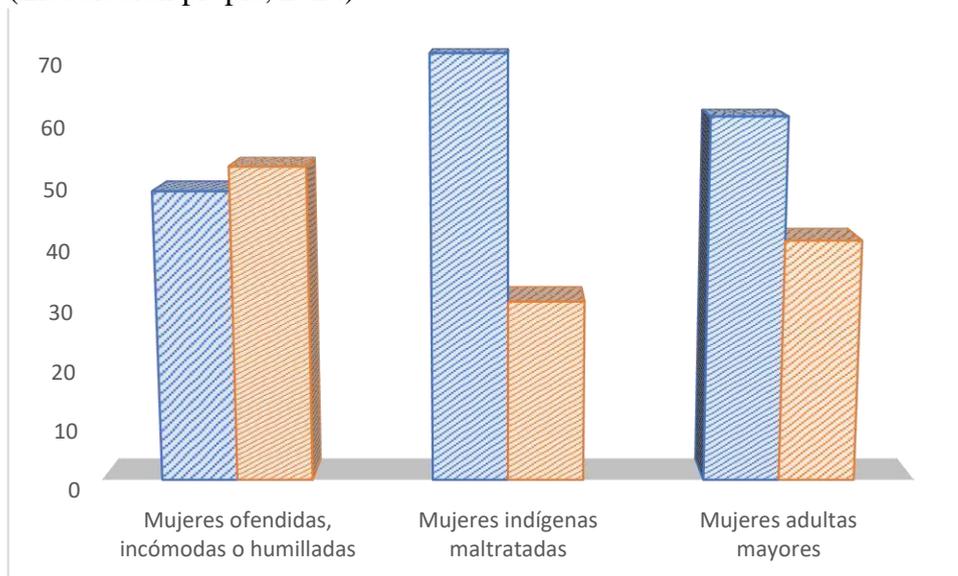
(Elaboración Propia, 2024).

Vallana (2019), realiza una investigación en donde se analiza, desde una perspectiva feminista, las mujeres experimentan abusos y violaciones de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos durante el embarazo y el parto. Este fenómeno se llama violencia durante el parto. Utilizando narrativas de embarazo/parto de seis mujeres que dieron a luz en hospitales públicos y privados, así como la auto etnografía de dos embarazos/partos realizada por la autora, se analizan las formas en que las mujeres describen y comprenden su exposición a la violencia obstétrica durante el parto y su experiencia. Se evidencian diferentes formas de violencia que constituyen la violencia de nacimiento, como la violencia institucional, física, verbal, psicológica y simbólica. Finalmente, describe algunos de los elementos que las mujeres y la Organización Mundial de la Salud creen que deben reformarse para garantizar la dignidad y el derecho a trabajar y dar a luz en condiciones dignas y seguras.

Según INEC (2019), 48 de cada 100 mujeres se sienten insultadas, avergonzadas o humilladas por comentarios o preguntas del médico tratante. "Si un extraño se encuentra en el consultorio sin el consentimiento de la paciente, se considera violencia obstétrica y ginecológica". Además, el informe afirma que 70 de cada 100 mujeres aborígenes dicen haber sufrido violencia durante una visita ginecológica. Además, 60 de cada 100 mujeres mayores dijeron lo mismo. Recuerde que utilizar palabras o actitudes discriminatorias u ofensivas se considera violencia obstétrica según la Ley Orgánica Integral para la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer.

Mujeres ofendidas, incómodas o humilladas	48	100
Mujeres indígenas maltratadas	70	100
Mujeres adultas mayores	60	100

(Elaboración propia, 2024).

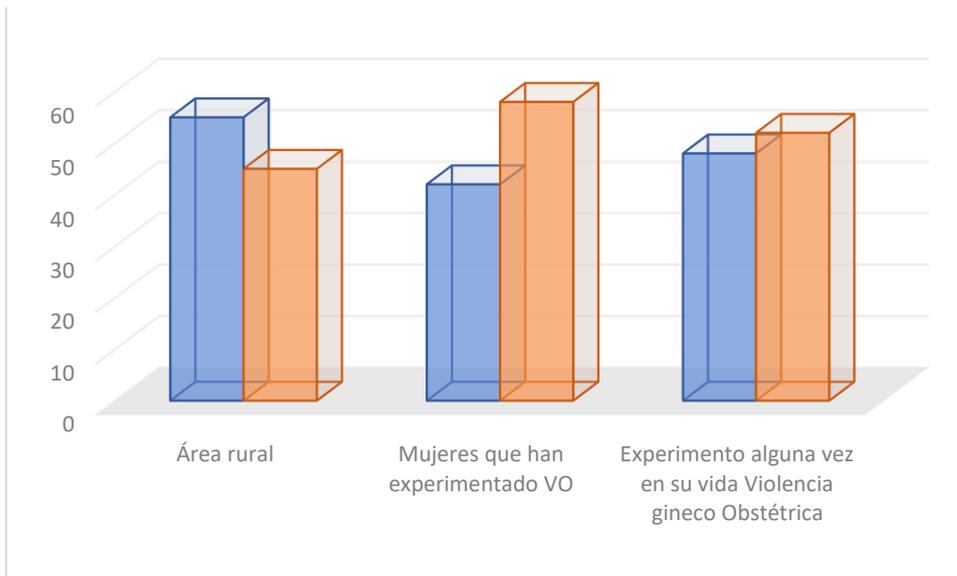


(Elaboración propia, 2024).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (2019), el 54,8 % de las mujeres son ofrecidas para obstetricia y ginecología. En las zonas rurales, 55 de cada 100 mujeres experimentan violencia obstétrica y ginecológica, y el 54,8% de las mujeres en Ecuador han experimentado violencia obstétrica y ginecológica. Entre los principales hallazgos, 48 de cada 100 mujeres experimentan algún tipo de violencia obstétrica y ginecológica a lo largo de su vida, y 42 de ellas experimentan violencia durante el parto.

INEC	Porcentaje
Zona Rural	55 de 100
<b>Experiencia de VO</b>	42 de 100
<b>Experimento alguna vez en su violencia gineco Obstétrica</b>	48 de 100
<b>Mujeres víctimas de violencia gineco obstétrica</b>	54.8%

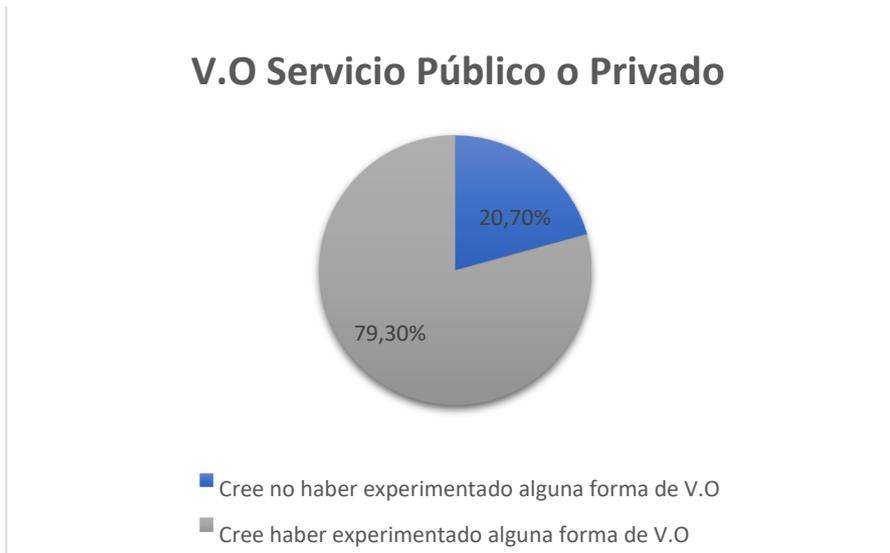
(Elaboración propia, 2024).



(Elaboración propia, 2024).

Para Castro y Salinero (2020), en su artículo realizado en Chile se trata de reportar los resultados del primer estudio sobre violencia durante el parto en Chile, para resaltar la realidad de que ocurre con más frecuencia de lo que pensamos, y comparar su ocurrencia según el tipo de servicio donde se brinda el parto (público o privado). método. La muestra estuvo compuesta por 2.105 mujeres de diferentes regiones de Chile, de quienes se obtuvieron los siguientes resultados:

El análisis de los datos mostró que el 79,3% de las mujeres creía que ocurrió o experimento algún tipo de violencia durante el parto. Si bien existen muchos reportes de violencia en los centros de salud públicos y privados, existe una diferencia estadísticamente significativa entre ellos, siendo la violencia más común en los centros comunitarios. Asimismo, las mujeres más jóvenes (de 18 a 29 años), las mujeres que se identifican como aborígenes y las mujeres con una orientación sexual no heterosexual revelaron más informes de violencia durante el parto.



(Elaboración Propia, 2024).

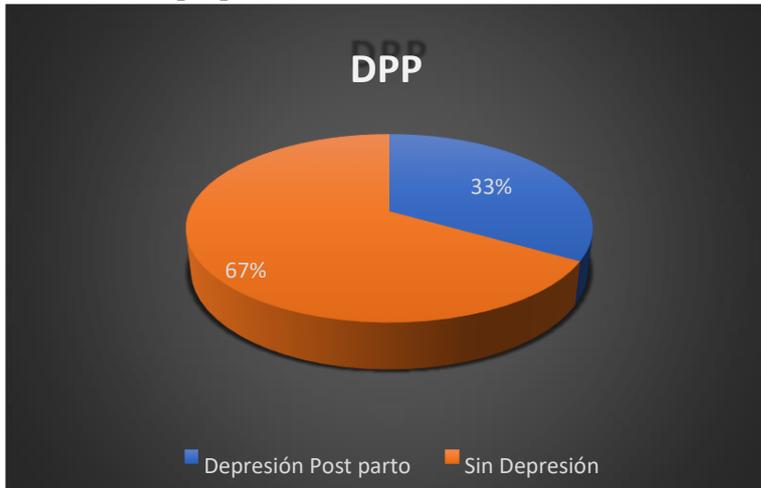
Las mujeres que reciben tratamiento en instituciones públicas o privadas tienen, entre otras cosas, derecho a rechazar determinadas prácticas ofrecidas por los profesionales de la salud, a ser acompañadas durante el parto y a no ser separadas del niño innecesariamente. (Galimberti & Mazzoli, 2015).

Según Galimberti y Mazzoli (2015), en la Declaración de las Naciones Unidas en el año 1993, define la violencia en mujeres como: “Cualquier tipo de violencia de género que pueda causar daño o sufrimiento ya sea físicamente, sexualmente o psicológicamente a la mujer, incluido el peligro de dichos actos, la coerción o la privación.

Se realizó un estudio observacional en Lima- Perú en el año 2017, el análisis de casos y controles, prospectivo transversal, muestra de 342 puérperas de 20 a 40 años, que se dividió en grupos: 114 pacientes con DPP (casos) y 228 pacientes sin DPP (controles). La escala de Edimburgo y el formulario de recogida de datos se adaptaron para ambos grupos. Para los análisis descriptivos, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para la inferencia. El estudio encontró que los principales indicadores de privación social de la depresión posparto en la muestra seleccionada fueron la falta de educación secundaria, la dificultad para recibir atención en una institución médica, la falta de familia después del parto y la falta de apoyo de la pareja, siendo el principal indicador. La privación emocional era no vivir con los padres. Juntos, sin apoyo emocional de los padres, sin apoyo emocional actual de familiares y amigos, y malas relaciones con los miembros de la familia. (Aguilar & Cristina, 2017).

Muestra		Pacientes
parto	Depresión Post	114
	Sin Depresión	228

(Elaboración propia, 2024).



(Elaboración propia, 2024).

Como principales indicadores de inseguridad, en las mujeres con depresión posparto del Hospital Nacional San Bartolomé, tiene como factores el no completar la educación secundaria, dificultad para recibir atención en una institución médica, falta de familia después del parto y falta de apoyo familiar. Para las parejas, mientras que los principales indicadores de privación emocional son no vivir con los padres, no recibir apoyo emocional de los padres, no brindar actualmente apoyo emocional de familiares y amigos y malas relaciones con los miembros de la familia. (Aguilar & Cristina, 2017).

## ii. Efectos psicosociales

Según la Organización Panamericana de la Salud en el año 2010, el impacto psicosocial de las intervenciones en crisis, emergencias y desastres depende de los siguientes factores: la naturaleza del evento, el entorno y las circunstancias, por lo tanto, el impacto psicológico después de una crisis se manifiesta como "trauma, miedo y emociones opuestas en las personas, el impacto psicosocial va más allá de las personas, sus estructuras familiares y la dinámica comunitaria. (Zambrano, 2018).

El impacto de un proyecto o programa social es la medida en que un problema en el grupo objetivo cambia cuantitativamente como resultado de la entrega de un bien (bien o servicio). A diferencia de otros expertos, estos autores enfatizan sólo la información

cuantitativa, ignorando cambios cualitativos que también pueden indicar la existencia de un impacto. (Bonilla, 2007).

El impacto es el resultado de la actividad del proyecto. La influencia y el impacto se refieren a las consecuencias previstas o no deseadas de un proyecto en particular sobre ellos, el impacto suele estar relacionado con los objetivos, mientras que el impacto está relacionado con los resultados.(Bonilla, 2007).

Según la OMS (2022) Lo psicosocial es un conjunto de actividades que se da de forma directa o indirecta y están relacionadas con el componente de salud mental, en donde se incluye en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia".

Para Quintana et al. (2018), el enfoque psicológico social "tiene como objetivo buscar el reconocimiento y la validación de la diversidad social y la cultura, quiere integrar diferentes subjetividades de conocimiento y recursos sociales en la sociedad, sin imponer el conocimiento científico".

Decimos que los procesos de identidad, organización y cohesión social son parte del tejido de la sociedad, alimentados por costumbres, tradiciones, ideologías y transmitidos de generación en generación. Como la estructura social sigue sujeta a la violencia, ésta se ve afectada, provocando enormes consecuencias a nivel social. (Soliz, 2016).

Según Beristain (2007), menciona que se puede hablar de un trauma psicosocial, es decir que existe una relación dialéctica entre lo personal y lo social, en la que el trauma se produce socialmente, pero se alimenta en esa relación entre individuo y sociedad, el impacto social es importante y en esta situación se afecta el desarrollo de las comunidades, familias e individuos locales.

Para la OMS (2022), define el riesgo psicosocial como la relación entre el trabajo, el medio ambiente, satisfacción laboral y las condiciones organizacionales, por un lado, y la cultura, circunstancias personales de los empleados fuera del trabajo, por el otro. Además, define la salud mental y el apoyo psicosocial como "cualquier forma de apoyo local o externo destinado a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos mentales".

Para Montero (2004), la psicología social enfatiza el potencial y habilidades humanas, por lo cual se cree que bienestar es intrínseco a este enfoque, al mismo tiempo aborda cuestiones de requerimiento individual y social.

Según Medina et al. (2007), propone que se halla un paradigma que interconecta lo psicológico y lo social en situaciones de estrés, desastre y trauma psicosocial, ya que tanto los individuos como las comunidades se ven afectados en estas situaciones.

“La (OMS, 2000), considera la episiotomía como una práctica que se realiza de manera errada debido a las complicaciones que provoca. Desde hace 30 años, esta operación ha demostrado tener pocos beneficios porque no ayuda al paso del bebé ni previene los desgarros vaginales en las mujeres, pero se asocia con desgarros más severos. Así también, el exdirector del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, Mardsen Wagner, expresó en el año 2000 «realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital en la mujer.» (Valiente et al., 2023, p74).

Según Valiente (2023), la OMS describió que las mujeres que sufren violencia durante el parto tienen un 16% más de riesgo de sufrir cambios en el peso al nacer para el bebé, y más del 50% de las mujeres corren el riesgo de sufrir abortos espontáneos y trastornos traumáticos relacionados con el parto, como el trastorno de estrés postraumático (Síndrome de estrés post traumático) Uno de los desencadenantes del desarrollo del SEPT es la gestión inadecuada del parto y la percepción de una atención inadecuada durante el embarazo, el parto o el posparto.

En un estudio de 432 mujeres en Brasil, Souza et al encontraron que el abuso físico por parte de profesionales de la salud era un componente importante de la depresión posparto. Algunos factores de riesgo incluyen: sentirse abandonada durante el trabajo de parto, control deficiente del dolor e insatisfacción de la paciente cuando no es necesaria la cesárea. (Valiente et al., 2023).

El desarrollo materno es un factor crítico en la lactancia materna, y los problemas que surgen durante este proceso pueden estar relacionados con las intervenciones realizadas a la paciente. Los más comunes son: el uso de antibióticos, que pueden alterar el microbioma y provocar obstrucción de los conductos lácteos o incluso mastitis, lo que puede causar molestias a la madre por un parto prematuro artificial; Si tienen fuerzas suficientes para amamantar de la misma manera, algunas madres pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático y la lactancia puede resultar difícil o imposible. (Valiente et al., 2023).

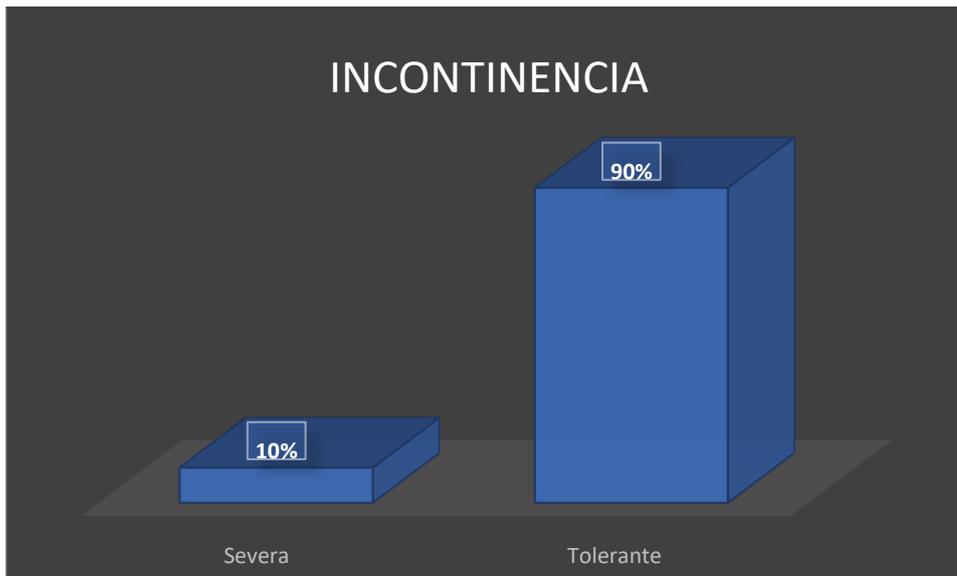
“La VO ocasiona consecuencias tanto físicas como psicológicas, dentro de las que se encuentran, la dificultad para la lactancia materna, la incontinencia urinaria o fecal, los desgarros, las hemorragias, la DPP, la SEPT y ansiedad, que representan un alto riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y el recién nacido.” (Valiente et al., 2023, p75).

La ansiedad se caracteriza por pensamientos negativos, inquietud y tensión provocada por la preocupación constante. Las mujeres en posparto tienen más probabilidades de experimentar o empeorar ataques de ansiedad debido a cambios hormonales. Silva et al. encuestó a 209 mujeres embarazadas y encontró que el 42,9% experimentó ansiedad durante el tercer trimestre del embarazo, un momento vulnerable cercano al parto que contribuyó al desarrollo de trastornos del estado de ánimo. (Valiente et al., 2023).



(Elaboración propia, 2024).

La incontinencia puede ocurrir en diversos grados y puede ser causada por varios motivos y son diferentes, que incluyen: pujo dirigido, episiotomía o instrumentación. La afección es grave en el 10% de los casos y, sin el tratamiento adecuado, aumenta el riesgo de complicaciones. Además, la incontinencia puede ser causada por la defecación, lo que reduce la calidad de vida. (Valiente et al., 2023).



(Elaboración propia, 2024).

Uno de los factores desencadenantes del desarrollo del trastorno de estrés postraumático es la gestión inadecuada del parto y la comprensión inadecuada de la atención adecuada durante el embarazo, el parto o el posparto. Vergara-Arango dijo que los pacientes que experimentan partos traumáticos debido a un alto estrés tienen concentraciones más bajas de oxitocina y una mayor secreción de adrenalina, lo que puede alterar el vínculo entre madre e hijo y los mecanismos innatos de lactancia. Si esta conexión no es clara, la madre puede desarrollar conductas negativas hacia su recién nacido, como no saber sostenerlo, amamantarlo o incluso rechazarlo. (Valiente et al., 2023).

El parto normal se asocia con un mayor peligro a padecer traumatismo perineal e incontinencia urinaria y fecal en comparación con la cesárea. Este riesgo aumenta con la entrega de herramientas (p. ej. fórceps), y la presión se reduce si la posición durante el parto reduce la presión sobre el sacro o si el parto es bajo el agua. Otros factores que aumentan el riesgo de incontinencia urinaria incluyen: alta paridad, duración del parto, peso fetal y circunferencia de la cabeza, edad muy temprana en el primer parto, inducción del parto, obesidad, diabetes, estreñimiento, tabaquismo y antecedentes de incontinencia urinaria o fecal. (Miranda & Cuello, 2020).

#### **IV. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención.**

El objeto de estudio en esta investigación los efectos psicosociales y la violencia obstétrica durante el embarazo, parto y post parto, este tema ronda dentro de la psicología comunitaria, ya que se relaciona, a un suceso que va desde lo individual a lo global. Se realiza esta investigación, con el fin de dar a conocer como la VO en las mujeres de la ciudad de Quito, influye mucho en su recuperación y estado de ánimo en el post parto y la maternidad.

Este tema se asocia al contexto psicosocial; se relaciona con las relaciones personal y familiares. Los aspectos específicos de esta investigación son, para obtener datos para el estudio, se considerará el tiempo de desarrollo en el año 2024 desde el mes de abril hasta el mes de julio. El contexto donde se desarrollará, es en una parroquia del sur de Quito en donde, hay que considerar el factor psicosocial de las mujeres.

Las entrevistas serán analizadas según las categorías teóricas de salud física y mental relacionadas con el embarazo, parto, posparto y maternidad. El análisis de las entrevistas se complementará con información teórica en el contexto psicosocial relacionada con la violencia en el parto, la familia, la cultura y las relaciones sociales. un fragmento narrativo.

El encuentro número uno con las siete mujeres con las que se trabajó, será con el acercamiento a sus hogares, para después poder coordinar la entrevista y si existe la posibilidad de realizar la misma, en donde se aclara que los resultados y las entrevistas para fines académicos por lo cual no se expondrá ni su identidad, ni su imagen.

En el contexto ecuatoriano, existen algunas investigaciones que vienen desde el embarazo en relación con la violencia gineco- obstétrica. La mayoría de estudios realizados se desarrollan en el contexto del servicio público, ya que es ahí en donde se visualiza la privación de derecho y además el pésimo trato dentro del servicio de salud. Existen estudios en donde existe la creencia común de que las mujeres deben sufrir para determinar su devoción hacia sus hijos. Todos estos cambios complejos que experimentamos internamente las mujeres pueden expresarse a través de miedos y fantasías que son únicos y relacionados con la estructura de la personalidad, pero muchas veces observamos que algunos son comunes a muchas mujeres embarazadas, y hoy en día se puede decir que aún se normaliza la falta de trato humanizado por parte del personal médico, con frases inadecuadas para el momento tan sensible que es el parto.

## V. Metodología

La metodología de esta investigación, es una entrevista a profundidad, en donde el entrevistador tiene la responsabilidad de obtener información confiable, precisa y puntual. Presentar habilidad para poder realizar la entrevista, además de responsabilidad y colaboración mutua para poder llevar a cabo de manera eficiente y eficaz el trabajo de campo, ya que se puede decir que no casi siempre se cuenta con una segunda oportunidad para poder generar esta entrevista a fondo, ya sea por temas de tiempo, mucho menos repetir la información tomada en el primer encuentro. La entrevista tiene un diseño específico para esta investigación.

En primera instancia se realizará la entrevista profunda con un enfoque cualitativo, dirigida para las siete mujeres de 25 a 35 años en el área urbano de la ciudad de Quito. En estas entrevistas se centra en recopilar datos sobre la violencia obstétrica en su embarazo, parto, post parto y maternidad, y su relación con los efectos psicosociales. Posteriormente, se realizará un análisis para identificar VO, y los factores por los cuales se da la misma, proporcionando una base sólida para la comprensión de los efectos psicosociales de la violencia obstétrica durante, el embarazo, parto y post parto, en las siete mujeres de la ciudad de Quito.

### **Entrevistas personales en profundidad**

Para Ibetic (2023), la entrevista es una conversación con un propósito. Este objetivo depende del tema en estudio. Es decir, se trata de una interacción entrevistador-entrevistado en la que el entrevistador formula al entrevistado una serie de preguntas sobre un tema preestablecido con el fin de obtener información sobre un aspecto concreto. La realización de entrevistas requiere una habilidad considerable por parte del entrevistador, ya que el propósito de la entrevista es obtener la información necesaria de manera completa y objetiva en un ambiente de gran respeto, discreción y sinceridad.

Las preguntas abiertas desempeñan un papel clave al permitir a los encuestados expresar libremente sus opiniones y proporcionar más detalles sobre sus opiniones. Además, se creó un ambiente de confianza y respeto para promover la apertura de los participantes y garantizar la calidad y relevancia de la información recopilada. La combinación de preguntas abiertas y un enfoque empático durante las entrevistas facilitó una comprensión más profunda y completa de los métodos utilizados en el estudio. (Ibetic, 2023).

### **Tipo de investigación**

Los métodos cualitativos se basan en "interpretaciones" de la realidad social, valores, costumbres, ideologías y visiones del mundo, y estos métodos se basarán en el discurso subjetivo a medida que el investigador da significado y significado específico a las experiencias de los demás. En la investigación cualitativa existen diversos métodos que pueden ayudar a estudiar los fenómenos sociales, entre los que cobra gran importancia la entrevista en profundidad, ya que está determinada por repetidos encuentros cara a cara entre el investigador y el entrevistado con el objetivo de Profundizar y comprender la personalidad individual. En este artículo describiré las principales características de las entrevistas en profundidad como herramienta central para el estudio en profundidad de la subjetividad social en el campo de la antropología. (Robles, 2011).

Según Gereá (2021), para aprovechar al máximo el proceso de entrevista en profundidad, se recomienda desarrollar e implementar un modelo para la adquisición, reducción y análisis de datos desde el principio. La información que obtenemos de las entrevistas en profundidad es frágil y si dejamos toda la documentación y el análisis para el final, podemos perder detalles relevantes y oportunidades de mejora durante el proceso de la entrevista.

### **Ejemplo:**

Pregunta/ Instrucción principal	Qué se busca
<b>¿Su atención de salud es pública o privada?</b>	Identificar en que sector de salud existe VO
<b>¿Ha escuchado sobre la depresión y la tristeza post parto?</b>	Identificar los efectos psicosociales de la VO en el post parto.
<b>¿Usted ha considerado el volver a ser madre?</b>	Ver como afecto el parto y post parto en la decisión de volver a ser madre.
<b>¿Cómo se sintió física y emocionalmente con el trato del personal médico?</b>	Entender cómo percibe la mujer el trato, si se normaliza o no.

(Elaboración propia, 2024).

### Análisis de datos

El análisis de datos será cualitativo, con la información obtenida en los fragmentos narrativos de las mujeres, identificando experiencias, las respuestas de las participantes y relacionarlo con la teoría.

## VI. Preguntas clave

Preguntas de inicio:

- Edad ○ Sector donde vive ○ Escolaridad ○ Estado civil
- Etnia ○ Número de hijos ○ Ocupación ○ Nivel socioeconómico

Se formulan preguntas por categoría y por etapas: embarazo, maternidad, parto y post parto.

Efectos Psicosociales	Violencia Obstétrica	
Embarazo y Maternidad	Parto	Post parto
<p>¿Su atención de salud es pública o privada?</p> <p>¿Qué idea o que conocía sobre la maternidad?</p> <p>¿Como fue su embarazo? ¿En qué semana dio a luz?</p> <p>¿Fue planificado el embarazo?</p> <p>¿Durante su embarazo tuvo alguna complicación? Por</p>	<p>¿Cómo se sintió el día del parto, teniendo en cuenta discursos o experiencias de familiares o amigas que ya habían sido madres?</p> <p>¿Cree usted que existe alguna forma en la que no exista dolor al momento de dar a luz?</p> <p>¿Según su experiencia cual es la posición más común para dar a luz?</p> <p>¿Cuál fue la primera emoción o sentimiento madre e hijo, al momento que le entregaron a su bebé? Esa emoción estaba acorde a lo que sentía con su cuerpo.</p> <p>¿Fue planificado su parto?</p>	<p>En el post parto, que sintió o que pensaba relacionado con la maternidad y crianza del recién nacido.</p> <p>¿Luego de recibir el alta usted tuvo atención, para el chequeo de su recuperación en el post parto?</p> <p>¿El trato que recibió de enfermeras y</p>

<p>ejemplo, tuvo hematomas, situaciones de estrés o problemas.</p> <p>¿Ha notado cambios en la relación de pareja después del parto?</p> <p>¿Después del parto se le complico participar en actividades familiares y en comunidad?</p> <p>¿Ha escuchado sobre la depresión y la tristeza post parto?</p> <p>¿Qué cambios hormonales notó después del parto?</p> <p>¿Qué piensa de la maternidad actualmente?</p> <p>¿Cómo se siente usted al no tener el mismo tiempo y espacio que antes?</p>	<p>¿En dónde dio a luz, hospital o clínica y por qué?</p> <p>¿Usted tuvo un parto normal o cesárea?</p> <p>¿Durante el parto tuvo alguna complicación? Por ejemplo, su bebé nació con bajo peso, talla o tuvo desgarros.</p> <p>¿Cuál fue su primera opción para dar a luz, dentro de ellas contemplaría una partera?</p> <p>¿Considera usted la posibilidad de que con una partera conocida se sienta más segura que dentro de un hospital?</p> <p>¿Durante la labor de parto, al realizar el tacto usted como se sintió física y emocionalmente</p> <p>Cuántas personas (enfermeras – doctores) la revisaron en su labor de parto</p> <p>¿Cómo se sintió física y emocionalmente con el trato del personal médico?</p> <p>En su caso, se tardaron en atenderle, ya sea porque no había doctores, salas de parto disponibles o camas ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para poder ser atendida?</p> <p>¿Dentro de su experiencia en el parto, considera que, el personal médico de turno, generaron algún tipo de emoción negativa, como tristeza o miedo durante la labor de parto?</p> <p>¿Cree usted que existió comunicación adecuada para el momento del parto y que hubiese mejorado de la comunicación doctor- paciente?</p> <p>¿En el momento del parto, le dieron indicaciones sobre, cómo pujar o le hicieron acostar?</p>	<p>doctores, fue respetuosa y confidencial?</p> <p>¿Usted considera que la forma que le trataron es común?</p> <p>¿Durante su post parto tuvo alguna complicación? Por ejemplo, se le descociaron algunos puntos, le dio sobre parto.</p> <p>¿En planificación familiar usted tuvo la decisión de querer o no cuidarse, y el informaron sobre los diferentes métodos anticonceptivos y sus efectos secundarios?</p> <p>¿Qué cambios hormonales noto después de utilizar algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Cómo fue su recuperación en el post parto?</p> <p>Por miedo al dolor, físico y emocional,</p>
--	---	--

	<p>¿Le permitieron que algún familiar le acompañe en el momento del parto y post parto dentro del hospital, subcentro o clínica?</p> <p>¿Cree usted que en algún momento el personal médico minimizo sus sentimientos u ocuparon frases hirientes durante el parto y post parto?</p> <p>¿Usted le explicaron y autorizo todos los procedimientos que se realizaron en el parto, cuénteme cuales fueron?</p> <p>¿Usted cree que ha mejorado los protocolos y la atención dentro de los hospitales, clínicas y subcentros con relación al parto?</p>	<p>¿Usted ha considerado el volver a ser madre?</p>
--	--	---

## VII. Organización y procesamiento de la información

### Análisis de la información

#### Procesamiento de la información

A continuación, desarrollaré en el análisis de los datos recolectados en las entrevistas en donde se analiza la violencia obstétrica en el parto y post parto y sus efectos psicosociales desde las propias narrativas de maternidad de las entrevistadas.

#### i Violencia Obstétrica: Embarazo, parto y post parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) emite una declaración en el 2014 que pide más acción, diálogo, investigación y apoyo sobre este importante tema de salud pública y derechos humanos, ya que muchas mujeres en todo el mundo sufren falta de respeto. El comportamiento agresivo durante el parto en los establecimientos de salud no sólo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza su derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. (OMS, 2014).

Se considera violencia obstétrica cualquier acción, acción o inacción de los profesionales de la salud públicos y privados que afecte directa o indirectamente el cuerpo y los procesos

reproductivos de la mujer y que se manifieste como deshumanización del tratamiento, abuso de los recursos médicos y patologización de los procesos naturales. (Espín & Núñez, 2016).

La violencia durante el parto se refiere a la práctica y comportamiento de los profesionales de la salud en el ámbito público o privado dirigido contra una mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, que, independientemente de sus acciones u omisiones, es violento o puede considerarse violatorio de los derechos de la mujer, derecho a la vida, funciones sexuales y reproductivas en donde no les permite proteger plenamente su salud y la de sus recién nacidos, como se evidencia en los siguientes fragmentos narrativos:

“El día en que iba a dar a luz, me mandaban regresando, diciendo que está todavía, y a través de mi hermano me ingresaron allá, al subcentro de Chimbacalle, pero igual me mandaban a caminar, pero el bebé ya había estado pasando el parto. Además, se tardaron en atenderme, casi....., yo ingresé a las 3 de la tarde y me atendieron a las 7 de la noche, pasé todo ese tiempo dentro del hospital.” (entrevistadas, comunicación personal, 21 de mayo de 2024).

“Pase alrededor de cuatro, casi cinco días, estuve andando en el subcentro, unas cuatro personas me atendieron, no las puedo llamar doctoras, porque al final ósea no me dieron un diagnóstico certero, no me ayudaron, no me dijeron, sabe qué usted tiene esto haga esto o algo entonces las trato como persona no como profesionales.” (entrevistadas, comunicación personal, 20 de mayo de 2024).

“El trato de los doctores, era grosero y a veces uno del mal trato, del miedo tenía que ir a estar llorando por afuera porque si yo lloraba delante de ellos me hablaban y decían que vaya a llorar por ahí, que tiene que aguantarse.” (entrevistadas, comunicación personal, 17 de mayo de 2024).

Los fragmentos narrativos revelan experiencias personales que se relacionan directamente con las teorías de la violencia durante el parto. Cabe mencionar que esta teoría nos dice que el abuso obstétrico es perpetrado por profesionales de la salud, que en este caso incluye enfermeras, pasantes, obstetras, etc. Toma muchas formas como el abuso físico y verbal y a juzgar por el testimonio, es evidente que la negligencia y pasividad de estas madres en la atención durante el parto fueron provocadas por factores externos.

La violencia durante el parto es una violación sexista y de derechos humanos desde la perspectiva del derecho de las mujeres a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, entendidos como derechos inalienables e indivisibles en el marco de los derechos humanos. El

abuso obstétrico se refiere a actos y omisiones violentos por parte de profesionales de la salud contra mujeres embarazadas, parturientas o en posparto en entornos públicos y privados, incluido el silencio y comportamientos inapropiados, tales como: procedimientos dolorosos sin medicación prescrita, episiotomías sin consentimiento, sobredosis innecesarias de medicamentos y obligar a las mujeres a dar a luz en determinadas posiciones puede provocar complicaciones graves. (Rodríguez & Martínez, 2022).

La violencia durante el parto de manera que cause malestar a la mujer y se le obligue a dar a luz en una posición incómoda o completamente inapropiada, incluida la posición sentada o vertical requerida para el parto o de rodillas, no se tiene en cuenta la comodidad de la mujer si la mujer ha dado a luz anteriormente en otra posición, lo que se cree que está relacionado con la violencia durante el parto. Dentro del sistema de salud, las mujeres en labor de parto tienen derecho al más alto nivel de atención médica, quiere decir que se incluye el legítimo derecho de ser atendidas con dignidad y respeto durante el parto y a no sufrir violencia ni discriminación, como no se evidencia en los siguientes fragmentos narrativos:

"Me obligaron a acostar y yo no estaba acostumbrada, yo siempre daba luz en mi casa, y yo hincada me sentía mejor, era más fácil, yo podía pujar y que salga el bebé, en cambio así acostada yo no podía, me abrieron los brazos, me hicieron abrir las piernas y yo no estaba acostumbrada sentía vergüenza y timidez." (entrevistadas, comunicación personal, 21 de mayo de 2024).

"Las pasantes debían explicarme más situaciones, la otra pasante fue muy empática a mi pareja le enseñaba como darme masajes cuándo me venían los dolores, pero la otra si fue como que ya está ahí por cumplir sus horas y se acabó. Además, en ese momento yo quería salir corriendo, y ella me sostenía para que me quede quieta, me dijo acuéstese yo me acosté, me dijo parece ahí sale más rápido, pero intente levantarme y no podía, el dolor era más fuerte y me acosté, y la pasante quería mantenerme quieta de alguna forma, pero era inevitable." (entrevistadas, comunicación personal, 10 de mayo de 2024).

Medina en el año 2022, en la parte de Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales, nos dice que: "En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por

su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas.” (Medina, 2022).

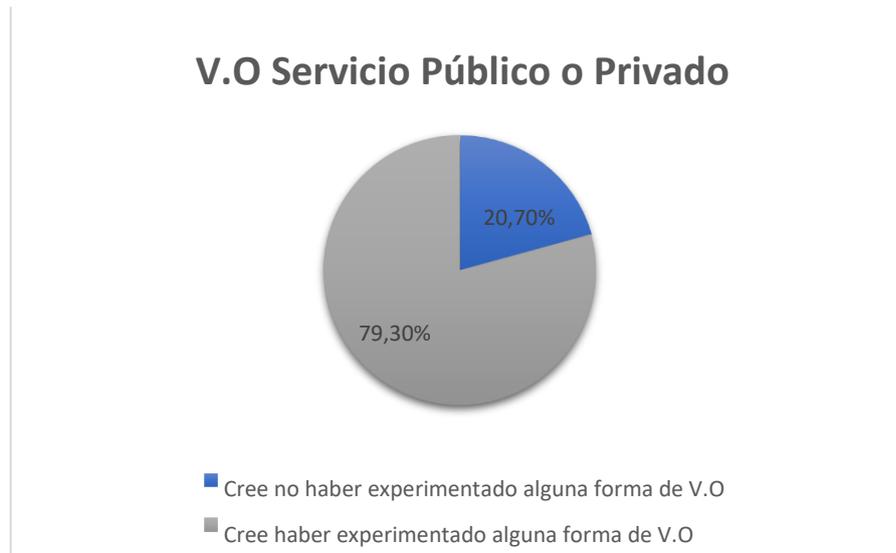
En muchos casos, las mujeres son examinadas periódicamente durante el parto, por lo que el sector salud tiene en cuenta la rotación del personal médico en los establecimientos de salud, los tactos son realizados libremente por diferentes personas incluidos los pasantes, como se muestra en este extracto narrativo:

"A mí me atendieron, médicos, de uno a tres pasantes, así en total cinco a seis personas, haciéndome el tacto, para ver si ya está o no está, y además ahí les iban explicando a los pasantes, esto se hace, esto no se hace, sentía un poco molesto. Me daba un poco de vergüenza porque eran bastantes médicos, que venían a cada momento, no eran solo uno eran así algunos médicos tanto como pasantes estaban ahí entonces era un poco vergonzoso." (entrevistadas, comunicación personal, 18 de mayo de 2024).

"Sí me daba un poco de vergüenza porque eran bastantes médicos que venían a cada momento, estaban, no eran solo uno, eran así algunos médicos, tanto médicos como pasantes, estaban ahí entonces era un poco vergonzoso." (entrevistadas, comunicación personal, 18 de mayo de 2024).

Para Castro y Salinero (2020), en su artículo realizado en Chile se trata de reportar los resultados del primer estudio sobre violencia durante el parto en Chile, para resaltar la realidad de que ocurre con más frecuencia de lo que pensamos, y comparar su ocurrencia según el tipo de servicio donde se brinda el parto (público o privado). método. La muestra estuvo compuesta por 2.105 mujeres de diferentes regiones de Chile, de quienes se obtuvieron los siguientes resultados:

El análisis de los datos mostró que el 79,3% de las mujeres creía haber experimentado algún tipo de violencia durante el parto. Si bien existen muchos reportes de violencia en los centros de salud públicos y privados, existe una diferencia estadísticamente significativa entre ellos, siendo la violencia más común en los centros comunitarios. Asimismo, las mujeres más jóvenes (de 18 a 29 años), las mujeres que se identifican como aborígenes y las mujeres con una orientación sexual no heterosexual revelaron más informes de violencia durante el parto.



(Elaboración propia, 2024).

Aunque la violencia se informó con mayor frecuencia en los centros de salud comunitarios, las estadísticas fueron significativamente diferentes, siendo la violencia más común en los centros de atención públicas en el momento vulnerable del parto dejando mucho que desear, la violencia contra la mujer por falta de atención. En esta investigación la VO se dio en el sistema público, como lo ilustra en los siguientes extractos narrativos:

"Yo creo que todo servicio público, es así de pésimo, ellos mucho más que dar una buena atención, creo que más esperan es su mensual, su salario para cobrar, antes que practicar lo que es el servicio y poder tener una buena atención." (entrevistadas, comunicación personal, 20 de mayo de 2024).

"Ingresé al subcentro de Guamaní que es público, justo esa doctora y a mí me iba a ingresar pero justo como le manifiesto, ella iba a ser las el cambio de turno y la doctora que ingreso me dijo que no me podía atender, que tengo mi seguro y que me tengo que ir al hospital de la policía que en este caso es privado, y en ese rato me tocó salir e irme al norte entonces fue los doctores como negligencia y no querer atenderme porque era una fecha festiva porque era el 31 de diciembre." (entrevistadas, comunicación personal, 22 de mayo de 2024).

Muchos modelos de la psicología, la psiquiatría o la antropología intentan explicar el comportamiento humano. Por tanto, se utilizan para evaluar el impacto de experiencias violentas caracterizadas por violaciones de derechos humanos. Estas experiencias amenazan la integridad de la persona y están asociadas con emociones extremas como dolor, humillación, confusión y estrés negativo extremo. No existe un modelo explicativo único, y estas perspectivas o énfasis

de diferentes modelos ilustran diferentes perspectivas que pueden usarse en conjunto. (Beristain, 2007).

Dentro del servicio de salud, son normales las humillaciones por parte del personal médico, provocando estrés negativo en las mujeres que se están haciendo atender, como se evidencia en los siguientes fragmentos narrativos:

"Al momento que me realizaban el tacto cuando ya estaba en los dolores de pujar, yo les decía que no me toquen, que me duele, y esos tactos físicamente me dolían demasiado acompañado del dolor del parto. Yo sentía como mi dolor y mi momento de debilidad estaba en sus manos, no podía hacer nada, porque al final ellos eran los únicos que podían ayudarme ya en mis últimos dolores del parto." (entrevistadas, comunicación Personal, 10 de mayo de 2024).

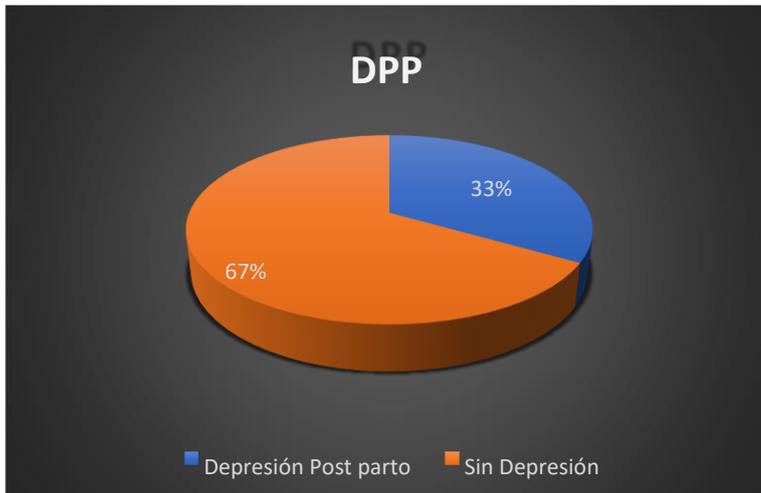
"No hubo comunicación porque yo cuando quedé embarazada del cuarto bebé, yo me hacía atender en centro de salud de Guamaní, y me sabían discriminar me decían que cómo voy a seguir llenando de hijos e incluso no me querían atender bonito." (entrevistadas, comunicación Personal, 21 de mayo de 2024).

### **i Efectos psicosociales: Narrativas desde la maternidad.**

Se realizó un estudio observacional en Lima- Perú en el año 2017, el análisis de casos y controles, prospectivo transversal, muestra de 342 púerperas de 20 a 40 años, divididas en dos grupos: 114 pacientes con depresión posparto (casos) y 228 pacientes sin depresión posparto (controles). La escala de Edimburgo y el formulario de recogida de datos se adaptaron para ambos grupos. Para los análisis descriptivos, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para la inferencia. El estudio encontró que los principales indicadores de privación social de la depresión posparto en la muestra seleccionada fueron la falta de educación secundaria, la dificultad para recibir atención en una institución médica, la falta de familia después del parto y la falta de apoyo de la pareja, siendo el principal indicador. La privación emocional era no vivir con los padres. Juntos, sin apoyo emocional de los padres, sin apoyo emocional actual de familiares y amigos, y malas relaciones con los miembros de la familia. (Aguilar & Cristina, 2017).

<b>Muestra</b>		<b>Pacientes</b>
<b>parto</b>	<b>Depresión Post</b>	114
	<b>Sin Depresión</b>	228

(Elaboración propia, 2024).



(Elaboración propia, 2024).

La dificultad para atenderse en un establecimiento de salud luego del parto, es un hecho que pasa día a día, así como el no poder tener compañía por parte de la pareja en el post parto por políticas del hospital influye mucho en el estado de ánimo de la mujer, esto se ilustra en los siguientes fragmentos narrativos:

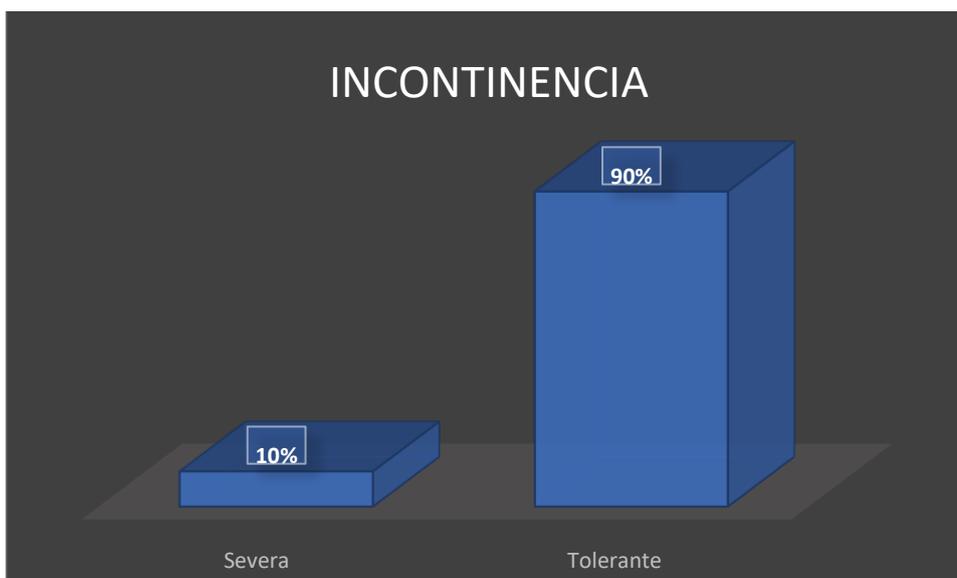
"En el post parto, luego de dar a luz a mi pareja solo le dejaron estar una hora, pero no fue ni 20 minutos que estuvo conmigo, lo sacaron. No había ni visitas solo podían dejarme las cosas que necesitaba o la comida, les dijeron a mis familiares que ahí me daban comida, y no fue así, me quede sin desayuno y sin almuerzo, mi familia no sabía que no estaba comiendo, además ahí no había mucha señal y peor cuándo se iba la luz no tenía como avisarles que estaba sin comer." (entrevistadas, comunicación personal, 10 de mayo de 2024).

"No, en el momento que me dieron el alta a mi papá le explicaron que tenía que volver a los 8 días con mi bebé a la atención y ahí me iban a revisar. Pero el día que fui a mi mamá le dijeron que la cita era solo para la bebé y que para mí tenía que coger un turno aparte. Entonces hasta cuando mi bebé tenía como tres meses recién me atendieron y eso fue porque un familiar trabajaba en otro hospital y ahí me hice atender. Y yo sentía que me habían cosido mal que no se me cicatrizaba me ardía y me dolía mucho, hasta el día de hoy al recordar la recuperación por el corte me duele, porque sufrí demasiado y por la recuperación si tengo miedo como que otra vez dar a luz." (entrevistadas, comunicación personal, 10 de mayo de 2024).

“La (OMS, 2000), considera la episiotomía como una práctica que se realiza de manera errada debido a las complicaciones que provoca. Desde hace 30 años, esta operación ha demostrado tener pocos beneficios porque no ayuda al paso del bebé ni previene los desgarros vaginales en las mujeres, pero se asocia con desgarros más severos. Así también, el exdirector del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, Mardsen Wagner, expresó en el año 2000 «realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital en la mujer».” (Valiente et al., 2023, p74).

La violencia durante el parto es discriminación de género y es una violación de los derechos humanos desde la perspectiva del derecho de las mujeres a la salud, así como de los derechos reproductivos y sexuales, los cuales se entiende como derechos irrenunciables e inseparables en el marco de los derechos humanos. La violencia obstétrica se refiere a actos y omisiones violentos cometidos por profesionales de la salud contra mujeres embarazadas, parturientas o en posparto en entornos públicos y privados, incluidos actos no consentidos e inapropiados como: intervenciones dolorosas sin medicación prescrita, episiotomías sin consentimiento, sobredosis, medicación innecesaria. y obligar a las mujeres a dar a luz en determinadas posiciones puede provocar complicaciones graves. (Rodríguez y Martínez, 2022).

La incontinencia puede ocurrir en diversos grados y puede ser causada por varios motivos y son diferentes, que incluyen: pujo dirigido, episiotomía o instrumentación. La afección es grave en el 10% de los casos y, sin el tratamiento adecuado, aumenta el riesgo de complicaciones. Además, la incontinencia puede ser causada por la defecación, lo que reduce la calidad de vida. (Valiente et al., 2023).



(Elaboración propia, 2024).

Las episiotomías sin consentimiento se han vuelto muy comunes dentro de las salas de parto, además se la considera mutilación genital, provocando incontinencia fecal, por lo cual en la recuperación post parto ha sido más difícil y dolorosa, como se evidencia en los siguientes fragmentos narrativos:

"No tuve desgarros, pero al momento de hacerme la episiotomía, le vi a la doctora con la tijera y yo le dije a la doctora que no, que no me lo haga y al final me terminó cortando y como en ese momento sentía más el dolor que mi hija estaba saliendo, no sentí lo del corte, pero eso en mi post parto, me complicó mucho y sufrí mucho por la recuperación de la episiotomía, luego de quince días del parto, tenía ganas de ir al baño, y no podía defecar, y les mencionaba a mis papás "Parece que me cocieron todo" mientras lloraba de dolor." (entrevistadas, comunicación personal, 10 de mayo de 2024).

"Los médicos llevaron a la sala de parto, pero no entendía por qué, después de haber nacido mi hijo, los médicos tuvieron que hacer el curetaje, decía yo en ese tiempo no sé ahora cómo le llamarán. Luego yo le pregunté a los médicos por qué me hacían eso, yo sabía que supuestamente hacen eso cuando no se puede dar la luz, pero me dijeron que era las reglas del hospital, que por cualquier cosa tenían que hacer por obligación, y ya en la recuperación, después de coserme me dijeron que se caían por sí solo, por lo mismo no sabía si estaba bien o mal cocido." (entrevistadas, comunicación personal, 18 de mayo de 2024).

"A mí me hicieron la episiotomía, pero yo creo que no fue necesario, mi bebé ya estaba la cabeza afuera y aun así me cortaron, de todas formas en ese momento no se siente el dolor del corte, y como a mí me cosió una pasante lo había hecho mal, luego me toco irme a una clínica privada a hacerme revisar y me dijeron que estaba mal cosido y me volvieron a cortar y a coser, y eso fue después de unos..... quince días y luego de esos quince días, otra vez a recuperación con lo del corte. Me dio estreñimiento y la primera vez después del parto en ir a defecar, es algo que solo las mamás vamos a entender, es tan doloroso que no se puede pujar por el miedo de que se te descosan los puntos y también se sangra full." (entrevistadas, comunicación personal, 05 de mayo de 2024).

En un estudio de 432 mujeres en Brasil, Souza et al encontraron que el abuso físico por parte de profesionales de la salud era un componente importante de la depresión posparto. Algunos factores de riesgo incluyen: sentirse abandonada durante el trabajo de parto, control

deficiente del dolor e insatisfacción de la paciente cuando no es necesaria la cesárea. (Valiente et al., 2023).

El desarrollo materno es un factor crítico en la lactancia materna, y los problemas que surgen durante este proceso pueden estar relacionados con las intervenciones realizadas a la paciente. Los más comunes son: el uso de antibióticos, que pueden alterar el microbioma y provocar obstrucción de los conductos lácteos o incluso mastitis, lo que puede causar molestias a la madre por un parto prematuro artificial; Si tienen fuerzas suficientes para amamantar de la misma manera, algunas madres pueden desarrollar un trastorno de estrés postraumático y la lactancia puede resultar difícil o imposible. (Valiente et al., 2023).

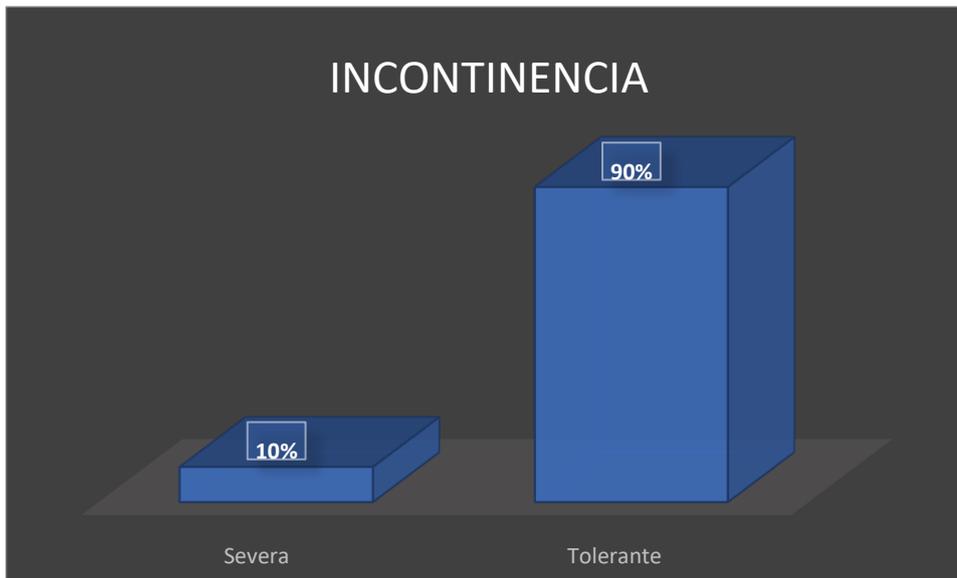
“La VO ocasiona consecuencias tanto físicas como psicológicas, dentro de las que se encuentran, la dificultad para la lactancia materna, la incontinencia urinaria o fecal, los desgarros, las hemorragias, la DPP, la SEPT y ansiedad, que representan un alto riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y el recién nacido.” (Valiente et al., 2023, p75).

La ansiedad se caracteriza por pensamientos negativos, inquietud y tensión provocada por la preocupación constante. Las mujeres en posparto tienen más probabilidades de experimentar o empeorar ataques de ansiedad debido a cambios hormonales. Silva et al. encuestó a 209 mujeres embarazadas y encontró que el 42,9% experimentó ansiedad durante el tercer trimestre del embarazo, un momento vulnerable cercano al parto que contribuyó al desarrollo de trastornos del estado de ánimo. (Valiente et al., 2023).



(Elaboración propia, 2024).

La incontinencia puede ocurrir en diversos grados y puede ser causada por varios motivos y son diferentes, que incluyen: pujo dirigido, episiotomía o instrumentación. La afección es grave en el 10% de los casos y, sin el tratamiento adecuado, aumenta el riesgo de complicaciones. Además, la incontinencia puede ser causada por la defecación, lo que reduce la calidad de vida. (Valiente et al., 2023).



(Elaboración propia, 2024).

Uno de los factores desencadenantes del desarrollo del trastorno de estrés postraumático es la gestión inadecuada del parto y la comprensión inadecuada de la atención adecuada durante el embarazo, el parto o el posparto. Vergara-Arango dijo que los pacientes que experimentan partos traumáticos debido a un alto estrés tienen concentraciones más bajas de oxitocina y una mayor secreción de adrenalina, lo que puede alterar el vínculo entre madre e hijo y los mecanismos innatos de lactancia. Si esta conexión no es clara, la madre puede desarrollar conductas negativas hacia su recién nacido, como no saber sostenerlo, amamantarlo o incluso rechazarlo. (Valiente et al., 2023).

El parto normal se asocia con un mayor peligro a padecer traumatismo perineal e incontinencia urinaria y fecal en comparación con la cesárea. Este riesgo aumenta con la entrega de herramientas (p. ej. fórceps), y la presión se reduce si la posición durante el parto reduce la presión sobre el sacro o si el parto es bajo el agua. Otros factores que aumentan el riesgo de incontinencia urinaria incluyen: alta paridad, duración del parto, peso fetal y circunferencia de la cabeza, edad muy temprana en el primer parto, inducción del parto,

obesidad, diabetes, estreñimiento, tabaquismo y antecedentes de incontinencia urinaria o fecal. (Miranda & Cuello, 2020).

El vínculo madre e hijo/a es fundamental, se dice que pueden presentar niveles de estrés y ansiedad elevados, como se evidencia en los siguientes fragmentos narrativos:

"En mi post parto me pasaba esto de sentirme triste y por eso empecé a investigar sobre el tema, tenía un tipo de rechazo a mi bebé por miedo y la tristeza que era demasiado profunda, no había día que no llorara por pensar en el futuro, recordar mi vida antes de ser mamá me dolió mucho y hoy en día, creo que ya lo asimilé, pero si fue un proceso duro hasta acoplarme, el mismo hecho de los dolores físicos que para mí fueron causados por los doctores, me daba indignación, pensaba es tan malo es ser madre." (entrevistadas, comunicación personal, 10 de mayo de 2024).

"Mi primera emoción cuando me entregaron a mi bebé, no estaba acorde a lo que sentía físicamente, hay unos videos en donde me entregaron a mi bebé al pecho pero yo sentía el dolor de los que me estaban cociendo, y continuamente me sacaron la sangre, y la verdad a mí la doctora del turno antes que me atendió me dijo que mi bebé iba a nacer enferma entonces yo al momento que me entregaron a mi bebé fue un alivio ya que tenía miedo de que algo pase, pero ese mensaje de la doctora si me dejo un poco débil emocional, y solo sentía miedo." (entrevistadas, comunicación personal, 10 de mayo de 2024).

## **SEGUNDA PARTE:**

### **VIII. Justificación**

El presente proyecto es de gran importancia, porque se enfoca en la problemática psicosocial y la violencia obstétrica, relacionada con el embarazo parto y post parto, además de ser un tema poco estudio desde la psicología, así como también no existen sanciones para el personal médico que emite violencia obstétrica en el Ecuador. Esto nos permite aproximarnos a la realidad que día a día viven las mujeres en el mundo entero, y entender si existe un efecto psicosocial luego de haber experimentado violencia obstétrica, conociendo los factores que incluyen el proceso de VO.

De esta forma, el proyecto también se lo realiza con el objetivo de generar concientización a cada uno de los profesionales que atienden a estas mujeres, ser empáticos, para que el parto sea un momento de satisfacción emocional pleno, ya que físicamente, es inevitable que el dolor vaya acorde a la satisfacción emocional de ser madre.

## **IX. Caracterización de los entrevistadas**

Las entrevistas se realizaron a siete mujeres del área rural de la ciudad de Quito entre los 25 a 35 años, que han pasado por un servicio de salud, ya sea público y privado, de las cuales 6 son madres y una de ellas tuvo un degnado, por seguridad ética se les pidió firmar un consentimiento informado con fines académicos de forma anónima.

Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que responda preguntas durante la entrevista. Lo que se discuta durante estas sesiones quedará registrado para que posteriormente el investigador pueda transcribir sus pensamientos.

Para, poder tener acceso a las mujeres se procederá a dar un consentimiento informado a las mismas, para conocer si están de acuerdo con la participación dentro de este trabajo. El riesgo que puede conllevar aplicar este tipo de investigaciones en el área emocional y a la vez comunitaria de forma en que se puede abrir situaciones un poco tristes y a la vez duras y de felicidad al haber podido superar su post parto con bienestar.

Finalmente, para la publicación del trabajo de titulación, se pidió autorización y la colaboración de las mujeres, que son parte de mi círculo social para que sus relatos, vivencias sean compartidas y en el presente trabajo de titulación.

## **X. Interpretación**

Las mujeres a las cuales se les entrevistó concluyeron que a través de la experiencia siendo madres, han normalizado el trato del personal médico de turno en el parto. Sin embargo, al pasar los años han esperado que la atención de salud tanto pública como privada haya mejorado, y que el trato sea más consciente y humanizado, tomando en cuenta que ya no existen parteras, como en sus casos, sus madres tenían como opción. Ninguna mujer de las siete, se siente culpable por quedar embarazada, e identifican la mala práctica médica en su experiencia.

Con respecto a la violencia obstétrica y la omisión de la atención, una de ellas no logro concebir a su hijo y hasta ahora se pregunta, ¿Cómo hubiese sido si su bebé nacía? Por lo contrario, las seis mujeres, sienten que la maternidad es cansada, pero es una de las mejores experiencias que pueden haber experimentado y mencionan, que la maternidad es un aprendizaje constante de la mano de sus hijos/as.

## **XI. Principales logros del aprendizaje.**

Mediante la investigación realizada en el periodo Abril- Julio 2024, pude profundizar en los efectos psicosociales presentes en prácticas sociales. El poder asociar todos los factores y el impacto psicosocial, así como también la influencia para la vida de estas mujeres, me permitieron tener una visión general de como el servicio público y la atención en la ciudad de Quito, es un tanto deficiente para las mujeres que acceden a los mismos, teniendo en cuenta que es un momento indefenso tanto para el feto o bebé, como para la mujer que acude.

En cuanto a la metodología, desde mi experiencia al realizar las entrevistas fue muy beneficioso y enriquecedora, ya que se pudo entablar una conversación en confianza, consentida y abierta, lo cual ayudara como modelo para este y proyectos a futuro, ya que, se pudo realizar una observación no verbal, y la comunicación verbal, fueron de gran ayuda para poder entender su experiencia y la realidad que atraviesan las mujeres por una sala de parto, y con esto pude identificar las experiencias de las entrevistadas son invisibilizadas e incluso minimizadas.

De forma en que el proceso de investigación que se veía un poco lejano, y hoy en día es una realidad que me permitió alcanzar nuevas experiencias y conocimientos, así como que mi admiración sea más grande por todas aquellas mujeres que han estado en una sala de parto dando vida a una nueva persona.

## **XII. Conclusiones y recomendaciones**

### **Conclusiones:**

- Se logró identificar los efectos psicosociales de la violencia obstétrica en las siete mujeres de entre 25 a 35 años de la ciudad de Quito, teniendo en cuenta todos los aspectos analizados son provocados por una conducta negligente, imprudente, negligente, discriminatoria e irrespetuosa de los profesionales de la salud.
- En resumen, los hallazgos nos indican que los efectos psicosociales de la violencia obstétrica en mujeres entre 25 a 35 años de la ciudad de Quito, ha afectado de una forma indirecta su post parto, así como también el hecho de no querer volver a ser mamá por el miedo a que se repita estos eventos que no van acorde al sentimiento de felicidad por la llegada de un nuevo miembro de la familia.
- Analizar las narrativas en torno a la violencia obstétrica según la experiencia de las siete mujeres en la ciudad de Quito, en donde se logró evidenciar que existe violencia obstétrica durante el embarazo, parto y post parto, y esto que influyen dentro de los efectos psicosociales, como en la maternidad y las consecuencias de la misma.
- Identificar qué tipo de violencia obstétrica han sufrido, y por parte de quien se da la misma, identificando que al momento del embarazo una mujer no sabe que puede llegar a ser vulnerable a violencia obstétrica durante su parto y post parto, teniendo en cuenta que esto puede provocar un impacto psicosocial y mental no favorable y poco satisfactorio para las futuras madres.

### **Recomendaciones:**

- Se recomienda mejorar las leyes en el Ecuador con relación a la violencia obstétrica, es fundamental tener en cuenta que el momento del parto no se le puede comparar con la atención de una emergencia de rutina, son dos vidas las que se ponen en las manos del personal médico, y por lo mismo, debería aplicarse un trato más humanizado, ya que las mujeres pasan por un momento de vulnerabilidad.
- Reducir la violencia obstétrica, ya que existen prácticas médicas comunes durante el parto, como el uso excesivo de oxitocina, cesáreas innecesarias o episiotomías, que en la recuperación post parto afectan a las mujeres.
- Para combatir efectos psicosociales, se requiere sensibilizar a la comunidad que el trato del personal médico no es normal, impulsando la empatía y el respeto dentro de las salas de parto.
- En cuanto a los efectos psicosociales en mujeres de la zona Urbana de Quito, se necesitan políticas públicas que garanticen la no violencia obstétrica, así como también implementar medidas para fortalecer la comunicación asertiva por parte del personal médico hacia las mujeres o familiares durante la labor del parto y post parto.

### XIII. Referencias

Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

Organización Mundial de la Salud (2018). Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto – OMS <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-showsignificantmistreatment-of-women-during-childbirth>

Organización Mundial de la Salud (2019). El maltrato durante el parto es un abuso común en países de bajos ingresos. <https://news.un.org/es/story/2019/10/1463581>

UNFPA (2022). Términos de referencia para contratar a persona natural para el desarrollo del manual de prevención de violencia gineco obstétrica. EFA78EA6-50E7-4F25-8E67-29407495089D

Núñez Pérez, D. F. (2016). La violencia Obstétrica y el Derecho a la Salud reproductiva (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Carrera de Derecho).

Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A. (2022). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta sanitaria*, 35, 211-212.

Fiscalía General de la república (2017). ¿Has escuchado acerca de la violencia psicológica o emocional? <https://www.gob.mx/fgr/es/articulos/has-escuchado-acerca-de-la-violencia-psicologica-o-emocional?idiom=es>

Beristain, C. M. (2007). sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos. Hegoa.

Paolini, C. I. (2011). Violencia perinatal, una nueva conceptualización. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

García García, E. M. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid).

Mojica Orrego, M., & Ossa Zambrano, J. (2022). Mujeres víctimas de violencia obstétrica: la herida del parto.

ONU Mujeres (2015). Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Lagarde y de los Ríos, M. (2007). Por los derechos humanos de las mujeres: la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Rev. mex. cienc. polít. soc.*, 143-165.

Fraser, N. (2009). El feminismo, el capitalismo y la astucia de la historia. *New left review*, 56, 87-104.

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

Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH (2017). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/201904/Ley\\_GAMVLV.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/201904/Ley_GAMVLV.pdf)

Ministerio de salud pública (2015). Ley Orgánica de Salud.

<https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

Consejo de Igualdad Intergeneracional (2018). Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley\\_maternidad\\_gratuita\\_atencion\\_infancia.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf)

Consejo de Igualdad Intergeneracional (2018). Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley\\_prevenir\\_y\\_erradicar\\_violencia\\_mujeres.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf)

Arguedas Ramírez Gabriela (2017). Violencia obstétrica: un campo para hacer filosofía. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/03/24/violencia-obstetrica-un-campo-para-hacer-filosofia.html>

Pereira, C., Domínguez, A., & Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090.

Naula Chauca, K. D., & Simbaña Morocho, M. G. (2021). Violencia gineco-obstétrica en mujeres indígenas de la comunidad de Sisid-cantón Cañar mayo-octubre 2021.

Vallana Sala MSc, V. V. (2019). " Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista ciencias de la salud*, 17(SPE), 128-144.

INEC (2019). Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres – ENVIGMU. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Violencia\\_de\\_genero\\_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf)

Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2023). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e24.

Galimberti, D., & Mazzoli, P. (2015). Violencia obstétrica. Fasgo. [https://fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](https://fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf)

Aguilar, Y. C. P., & Cristhina, Y. (2017). *Asociación entre indicadores de privación socio-afectiva y la depresión posparto en puérperas. Hospital Nacional Docente "San Bartolomé". Lima, octubre-diciembre, 2016* (Doctoral dissertation, Tesis (Lic. en Obstetricia). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, EAP de Obstetricia. 2017. 54 h).

Libera Bonilla, B. E. (2007). Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Acimed*, 15(3), 0-0.

Zambrano (2018). Impacto psicosocial en "intervención en crisis, emergencias y desastres.

Medina Montañez, M. V., Layne Bernal, B., Galeano Heredia, M. D. P., & Lozada Puerto, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Tendencias y Retos*, 1(12), 177-189.

Oiberman, A. J., Mansilla, M., Carballo, R., & Elizondo, C. (2019). El lado oculto de la violencia obstétrica: parto, dolor y violencias.

Segato, R. L. (2012). Femigenocidio y feminicidio: una propuesta de tipificación.

Faundes, A., Miranda, L., & Cuello, M. (2020). Comentario sobre la asociación entre la vía de parto y el daño perineal e incontinencia urinaria y fecal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85, 201-207.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.

Valiente, N. G. L., Guerra, G. D. L. Á. M., Najarro, D. A. P., Menéndez, A. F. A., & Flores, A. M. V. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), 70-77.

Anónimo. 2023. Ibertic. “Entrevistas en profundidad guía y pautas para su desarrollo”.

[Archivo PDF]. Obtenido: [https://oei.org.ar/ibertic/evaluacion/pdfs/ibertic\\_guia\\_entrevistas.pdf](https://oei.org.ar/ibertic/evaluacion/pdfs/ibertic_guia_entrevistas.pdf)