



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

# ***Impacto psicológico de la violencia obstétrica en mujeres***

Alumno: Marina Corrales Fernández

Director: Jade Magdaleno García

**Madrid, mayo de 2025**

# Índice

<b>Glosario de abreviaturas</b> .....	5
<b>Resumen</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	7
<b>1. Presentación</b> .....	8
<b>2. Estado de la cuestión</b> .....	10
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema .....	10
2.2. Introducción.....	12
2.2.1. Contextualización del problema. ....	12
2.2.2. Relevancia del tema en el ámbito de la salud pública .....	12
2.3. Definiciones y conceptos clave.....	13
2.3.1. Definición de VO. ....	13
2.3.2. Manifestaciones más comunes de la VO. ....	13
2.3.3. Relación entre VO, derechos humanos y desigualdades estructurales.	13
13	
2.4. Teorías y modelos explicativos.....	14
2.4.1. Perspectiva feminista sobre la VO. ....	14
2.4.2. Enfoque interseccional: desigualdades raciales, económicas y culturales.	14
14	
2.4.3. Relación entre VO y derechos reproductivos. ....	14
2.5. Epidemiología y datos relevantes.....	15
2.5.1. Prevalencia de la VO en diferentes contextos globales y locales. ....	15
2.5.2. Factores de riesgo asociados a la VO.....	15
2.5.3. Impacto de las desigualdades territoriales y normativas en la atención	16
obstétrica.      16	
2.6. Impacto psicológico de la VO. ....	17
2.6.1. Trastornos asociados: depresión postparto, estrés postraumático y	17
ansiedad.      17	
2.6.2. Consecuencias a largo plazo: trauma y pérdida de confianza en el	

sistema sanitario. ....	17
2.6.3. Relación entre VO y vínculos madre-hijo. ....	17
2.7. Cuidados de enfermería y prevención de la VO. ....	18
2.7.1. Rol de las matronas en la prevención y gestión de la VO. ....	18
2.7.2. Intervenciones clave en la atención humanizada. ....	18
2.7.3. Necesidad de formación y sensibilización en el personal sanitario.....	19
2.8. Revisión normativa y propuestas de mejora. ....	20
2.8.1. Análisis del marco legal internacional. ....	20
2.8.2. Políticas públicas y protocolos para prevenir la VO.....	20
2.8.3. Propuestas educativas y de sensibilización para profesionales sanitarios.	20
2.9. Conclusiones.....	21
2.9.1. Síntesis de los principales hallazgos.....	21
2.9.2. Implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. ....	21
2.9.3. Líneas futuras de investigación.....	21
2.10. Justificación.....	22
<b>3. Objetivos e hipótesis. ....</b>	<b>23</b>
3.1. Objetivos: .....	23
3.1.1. Objetivo general:.....	23
3.1.2. Objetivos específicos: .....	23
3.2. Hipótesis: .....	23
3.2.1. Hipótesis general: .....	23
3.2.2. Hipótesis específicas: .....	23
<b>4. Metodología.....</b>	<b>24</b>
4.1. Diseño del estudio.....	24
4.2. Sujetos de estudio.....	25
4.3. Variables. ....	27
4.4. Procedimiento de recogida de datos. ....	29
4.4.1. Recogida de información .....	29

4.4.2.	Visitas del estudio .....	30
4.4.3.	Modo de empleo de las herramientas de recogida de datos. ....	32
4.5.	Fases del estudio. Cronograma.....	33
4.6.	Análisis de datos. ....	34
<b>5.</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>35</b>
<b>6.</b>	<b>Limitaciones del estudio. ....</b>	<b>36</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografía. ....</b>	<b>37</b>
<b>8.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>42</b>

## Glosario de abreviaturas

- **VO:** violencia obstétrica.
- **CI:** consentimiento informado.
- **DPP:** depresión posparto.
- **OMS:** organización mundial de la salud.
- **CS:** centro de salud.
- **TEPT:** trastorno del estrés postraumático.
- **DDHH:** derechos humanos.

## Resumen

**Introducción:** la VO es un problema actual que afecta a la salud tanto física como psicológica de las mujeres en el periodo de embarazo, parto y posparto. De hecho, la OMS la reconoce como una violación de los DDHH que puede causar graves consecuencias en la salud mental de las mujeres víctimas de este tipo de prácticas. Considero que su abordaje es esencial para fomentar y mejorar la calidad de la atención a la mujer en este periodo.

**Objetivos:** el objetivo principal de este estudio es la determinación de la incidencia de diferentes trastornos psicológicos en mujeres víctimas de la VO. Además, y en relación con la carrera que he estudiado, este estudio también busca reivindicar y demostrar el papel de enfermería en su prevención.

**Metodología:** para la elaboración de este proyecto he desarrollado un estudio observacional de tipo casos y controles con carácter longitudinal. El grupo de las participantes se diferencian los casos, mujeres víctimas de VO, y controles, mujeres que no han experimentado VO. En este estudio, los datos serán recogidos mediante diversos cuestionarios de diferentes características, incluyendo encuestas sobre la percepción de VO.

**Implicaciones para la práctica enfermera:** el papel de la enfermería es clave para la prevención y abordaje de la VO. La formación del personal de enfermería en DDHH, derechos reproductivos y atención humanizada es fundamental en este proceso.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, salud mental, enfermería, prevención y atención humanizada.

## **Abstract**

**Introduction:** OV is a current problem that affects the physical and psychological health of women during pregnancy, childbirth and the postpartum period. In fact, the WHO recognizes it as a violation of human rights that can have serious consequences for the mental health of women who are victims of such practices. I believe that addressing this issue is essential to promoting and improving the quality of care for women during this period.

**Objectives:** the main objective is to determine the incidence of different psychological disorders in women who have been victims of OV. Additionally, in relation to the field I have studied, this study also aims to advocate for and highlight the role of nursing in its prevention.

**Methodology:** for the development of this project, I have conducted an observational case-control study with a longitudinal approach. The participants are divided into two groups: cases, which include women who have experienced OV, and controls, which include women who have not experienced OV.

In this study, data will be collected through various questionnaires with different characteristics, including surveys on the perception of OV.

**Implications for nursing practice:** the role of nursing is key to the prevention and management of OV. Training nursing staff in human rights, reproductive rights and humanized care is essential in this process.

**Keywords:** obstetric violence, mental health, nursing, prevention and humanized care.

# 1. Presentación

Cuando el año pasado mi profesora de cuidados de enfermería de la mujer nos habló de la existencia de la violencia obstétrica me quedé muy sorprendida por lo extraño del concepto (ya que no imaginaba que se pudieran asociar ambos términos en un mismo concepto). Sin embargo, fue aún más sorprendente cuando me di cuenta de que la violencia obstétrica era algo de lo que ya había oído hablar muchas veces en mi propia casa: todas las veces que mi madre me había explicado cómo fue el parto en el que me tuvo. Lo más curioso de esto es que lo que le sucedió a mi madre le parecía tal disparate que me lo contaba incluso entre risas, por lo que para ella también ha sido una sorpresa muy grande descubrir la gravedad del asunto. Afortunadamente, en el caso de mi madre todo salió bien, tanto para ella como para mí, tanto en el aspecto físico como psicológico, pero no siempre es así, por eso considero que no hay que abordar este tema tan a la ligera como hizo mi madre, precisamente por las repercusiones que puede llegar a tener tanto en la madre como en el hijo.

Más adelante, pensando en este tema y comentándolo con mi madre, ambas nos dimos cuenta de que en una situación tan delicada como es el parto y en la cual la mujer está en uno de los momentos más vulnerables de su vida, esta se presta a todo lo que le pidan o le hagan sin pensárselo dos veces, ya que por lo único por lo que mira es por el bienestar del bebé, aún incluso habiendo diseñado un plan de parto previamente.

Cuando me puse a investigar sobre este tema me di cuenta de que la violencia obstétrica no tiene por qué ser un acto violento como tal, sino que también entran técnicas como rasurar a la paciente o ponerle un enema; además de la cantidad de artículos que leí que hablaban sobre las estadísticas de las cesáreas, las cuales aumentaban una barbaridad durante la madrugada, cosa que también veo relacionada con la violencia obstétrica.

Conocer todo esto me ha producido una intranquilidad de cara al momento en el que yo de a luz ya que, bajo ningún concepto querría que nada de esto me pasara por mucho que mi prioridad fuera que mi hijo naciera sano, ya que tampoco sería justo olvidarme de mi misma porque esta situación no la afronto sólo como profesional, si no como mujer.

Como estudiante de enfermería entiendo que no puedo cambiar esto yo sola, pero sí que puedo contribuir y ayudar a, por lo menos, empezar el cambio y darle la relevancia que realmente tiene.

Por último, me gustaría dejar plasmado mi tremendo agradecimiento a aquellos que han estado presentes durante estos 4 años: a mis padres y mi hermano, por haberme permitido estudiar lo que tanto soñaba, a mi familia, por recordarme siempre lo orgullosos que están de mí, a mis amigas de la carrera, porque han hecho este proceso mucho más especial, tanto que lo volvería a empezar de nuevo, a mis amigos del colegio, por celebrar siempre mis logros como si fueran los suyos, a Jorge, por quererme, apoyarme y cuidarme cada día, a Greta, por haber estado siempre, a Paula y a Juan, por enseñarme lo bonita que es esta profesión y recordarme por qué la escogí, y a mí misma, por no haberme rendido y haber seguido siempre con la mejor actitud posible.

## 2. Estado de la cuestión

### 2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

La violencia obstétrica (VO) es un fenómeno multidimensional que afecta la experiencia de mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha reconocido como una práctica extendida y sistemática en muchos sistemas de salud, especialmente en contextos donde predominan modelos biomédicos y patriarcales. Este tipo de violencia incluye desde tratos deshumanizantes hasta intervenciones médicas innecesarias, muchas veces sin el consentimiento informado de las mujeres. La VO no solo vulnera derechos humanos fundamentales, sino que también genera un impacto significativo en la salud física y psicológica de quienes la padecen.

Estudios recientes evidencian que las mujeres que experimentan VO tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos como depresión postparto y estrés postraumático. A pesar de ello, este impacto psicológico ha sido menos estudiado en comparación con otras consecuencias de la VO. Este trabajo aborda dicha problemática desde un enfoque integral, destacando la necesidad de visibilizar este tipo de violencia y proponer estrategias efectivas para su erradicación.

En este trabajo, se analizará el impacto psicológico de la VO, entendiendo que esta forma de violencia va más allá de los efectos inmediatos del parto y puede influir profundamente en la salud mental, la autoestima y la confianza en el sistema sanitario de las mujeres que la padecen. También se destacarán las estrategias de prevención, los cuidados de enfermería y las intervenciones necesarias para erradicar esta práctica.

**Buscadores que he utilizado:** CINAHL, Pubmed, MedLine, ScIELO.

#### Términos:

TÉRMINO	MeSH	DeCS
Mujer	Women	Mujeres
Violencia obstétrica	Obstetric violence	Violencia obstétrica
Embarazo	Pregnancy	Embarazo
Salud mental	Mental health	Salud mental
Parto	Parturition	Parto

**Utilización y combinación de operadores booleanos:**

<b>AND</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Violencia obstétrica AND mujeres</li><li>- Violencia obstétrica AND parto</li><li>- Violencia obstétrica AND salud mental</li><li>- Obstetric violence AND quality of life</li><li>- Obstetric violence AND impact</li></ul>
<b>OR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Obstetric violence OR violence during parturition</li></ul>
<b>NOT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Violencia obstétrica NOT violencia doméstica</li></ul>

**Filtros de búsqueda:**

<b>Acceso del texto</b>	Free full text
<b>Tipo de artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Case reports (informe de caso)</li><li>- Clinical study (studio clínico)</li><li>- Clinical trial (ensayo clínico)</li><li>- Interview (entrevista)</li></ul>
<b>Fecha de publicación</b>	5-8 years
<b>Idioma del artículo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- English</li><li>- Spanish</li></ul>

## **2.2. Introducción.**

### **2.2.1. Contextualización del problema.**

La violencia obstétrica (VO) es un fenómeno complejo y multidimensional que afecta a mujeres en todo el mundo durante las etapas de embarazo, parto y posparto. Este concepto abarca un conjunto de prácticas que van desde el trato deshumanizado hasta intervenciones médicas innecesarias o realizadas sin consentimiento informado. La VO representa una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, ya que atenta contra su dignidad, autonomía y bienestar físico y psicológico. (Moreno Sánchez, J. A. 2023)

El problema se enmarca en una cultura biomédica y patriarcal, donde las decisiones médicas suelen priorizar los intereses del sistema de salud o las preferencias del personal sanitario sobre las necesidades y deseos de las pacientes. Esta violencia no es solo el resultado de acciones individuales, sino que también responde a factores estructurales, como la falta de recursos, la presión económica y los estereotipos de género que relegan a las mujeres a una posición subordinada en el contexto de la atención médica. (Maietti, F. J. F. V. 2023).

### **2.2.2. Relevancia del tema en el ámbito de la salud pública**

En 2014, la OMS emitió una declaración para visibilizar y erradicar el trato irrespetuoso y abusivo durante el parto, señalando que estas prácticas generan consecuencias graves no solo en la salud física, sino también en la psicológica de las mujeres. (Quijano Loma, N., López Ollero, A., Tena Roig, C., Salas Mora, A., & Sánchez Ruano, C. 2021).

La VO también afecta la percepción que las mujeres tienen del sistema de salud y de su propia experiencia de parto. En un estudio realizado en Italia, el 78.4% de las mujeres informaron haber experimentado algún tipo de VO, lo que subraya la urgencia de abordar esta problemática desde una perspectiva integral (Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. 2022). Asimismo, en un contexto español, (Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. 2020). señalan que el 38.3% de las mujeres percibió haber sido víctima de VO, destacando que estas cifras varían entre regiones debido a desigualdades estructurales en la organización del sistema sanitario.

## **2.3. Definiciones y conceptos clave.**

### **2.3.1. Definición de VO.**

La violencia obstétrica se define como “acciones u omisiones intencionales de los profesionales de la salud que deshumanizan, degradan y menoscaban la dignidad y la autonomía de las mujeres durante la atención obstétrica” (Quijano Loma, N., López Ollero, A., Tena Roig, C., Salas Mora, A., & Sánchez Ruano, C. 2021), (Moreno Sánchez, J. A. 2023).

### **2.3.2. Manifestaciones más comunes de la VO.**

- Trato deshumanizado: comentarios humillantes, gritos o amenazas hacia las pacientes (Hernández, N. 2023).
- Falta de consentimiento informado CI: realización de procedimientos médicos sin la debida explicación o sin respetar las decisiones de las mujeres (Villanueva Egan, L. A., Gutiérrez, M. A., Valdez Santiago, R., & Lezana Fernández, M. Á. 2016).
- Medicalización innecesaria: uso excesivo de intervenciones como cesáreas o episiotomías, sin razones clínicas justificadas (Vallana Sala, M., Viviana Valeria. 2019).
- Uso indebido de procedimientos invasivos: Prácticas como la maniobra de Kristeller, que consiste en aplicar presión sobre el abdomen de la mujer para acelerar el parto, han sido ampliamente denunciadas por sus riesgos para la salud física y emocional de las mujeres (Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. 2023).
- Negligencia en la atención postparto: Falta de seguimiento adecuado después del parto, ignorando complicaciones físicas o psicológicas que puedan surgir en las semanas siguientes al nacimiento (Collins, E. C., Burns, E. S., & Dahlen, H. G. 2024).

### **2.3.3. Relación entre VO, derechos humanos y desigualdades estructurales.**

La relación entre VO y derechos humanos es central en su definición. La VO vulnera derechos fundamentales como el derecho a la salud, a la información, al consentimiento informado y a la dignidad humana. Estos aspectos han sido recogidos por organismos internacionales como la OMS, que emitió en 2014 una declaración para visibilizar y erradicar el trato irrespetuoso durante el parto en los servicios de salud. (García Grey Yuliet, C., Saucedo María Daniela, R., & Mier César, H. 2021).

## **2.4. Teorías y modelos explicativos.**

La comprensión de la VO requiere un enfoque interdisciplinario que integre perspectivas feministas, sociológicas y de derechos humanos. Entre los principales modelos teóricos que explican este fenómeno se encuentran:

### **2.4.1. Perspectiva feminista sobre la VO.**

Desde esta perspectiva, la VO se entiende como una extensión de las estructuras patriarcales que perpetúan la subordinación de las mujeres en el ámbito médico. Según (Calderón Ocaña, C. M. 2020), la VO surge de la jerarquía que coloca a los profesionales de la salud en una posición de poder, despojando a las pacientes de su autonomía. Esta relación jerárquica no solo deshumaniza a las mujeres, sino que también refuerza estereotipos de género que las consideran incapaces de tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

### **2.4.2. Enfoque interseccional: desigualdades raciales, económicas y culturales.**

El modelo interseccional destaca cómo factores como la raza, la clase social y el nivel educativo amplifican las experiencias de VO. (El Kotni, M. et Quagliariello, C. 2021) introducen el concepto de “injusticia obstétrica”, que relaciona estas violencias con desigualdades estructurales más amplias. Por ejemplo, las mujeres indígenas en México no identifican como violencia algunas prácticas invasivas como la maniobra de Kristeller, ya que estas han sido normalizadas en sus comunidades (Rangel-Flores, Y. Y., & Martínez-Ledezma, A. G. 2017).

### **2.4.3. Relación entre VO y derechos reproductivos.**

Este modelo conceptualiza la VO como una violación sistemática de los derechos reproductivos. (Maietti, F. J. F. V. 2023) destacan que la VO no solo es una consecuencia de factores individuales, sino también de presiones estructurales, como la economía de los sistemas de salud y la falta de capacitación ética de los profesionales.

## 2.5. Epidemiología y datos relevantes.

### 2.5.1. Prevalencia de la VO en diferentes contextos globales y locales.

Los estudios epidemiológicos sobre VO revelan una preocupante prevalencia a nivel global. Por ejemplo, en Italia, el 78.4% de las mujeres reportaron haber sufrido al menos un tipo de VO (Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. 2022). En España, un 38.3% de las mujeres percibió haber sido víctima de VO, con diferencias significativas entre comunidades autónomas debido a la descentralización del sistema de salud. (Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. 2020).

### 2.5.2. Factores de riesgo asociados a la VO.

Factores de riesgo como el nivel educativo, la juventud de las madres y la falta de preparación prenatal aumentan la probabilidad de experimentar VO. Además, las desigualdades en la atención obstétrica son más marcadas en poblaciones vulnerables, como las mujeres racializadas o de bajo nivel socioeconómico.

**Tabla 1: Factores de riesgo asociados a la VO.**

Factor de riesgo	Descripción
Edad joven	Las mujeres más jóvenes reportan mayor incidencia de VO.
Bajo nivel educativo	Aumenta la probabilidad de sufrir abusos y atención no consentida.
Falta de preparación prenatal	Incrementa los niveles de abuso y prácticas no informadas.
Pertenencia a comunidades vulnerables	Mujeres racializadas y pobres reportan mayor incidencia
Desconocimiento de derechos reproductivos.	Las mujeres indígenas consideran prácticas violentas como normales.

Elaboración propia a partir de: (Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. (2022), (Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023), (El Kotni, M. et Quagliariello, C. 2021) y (Rangel-Flores, Y. Y., & Martínez-Ledezma, A. G. (2017).

### **2.5.3. Impacto de las desigualdades territoriales y normativas en la atención obstétrica.**

- Las diferencias significativas entre comunidades autónomas de España reflejan desigualdades estructurales en la organización del sistema sanitario (descentralización). (Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. 2020).
- Un artículo señala que un 37.22% de los especialistas en obstetricia y ginecología de la Comunidad Valenciana consideró que los protocolos en su servicio no estaban actualizados según las últimas recomendaciones. Esto pone de manifiesto la importancia de revisar y unificar prácticas basadas en la evidencia para evitar disparidades en el cuidado. (Quijano Loma, N., López Ollero, A., Tena Roig, C., Salas Mora, A., & Sánchez Ruano, C. 2021).

Anexo 1: Desigualdades estructurales en la organización del sistema sanitario en España relacionado con la VO.

## **2.6. Impacto psicológico de la VO.**

### **2.6.1. Trastornos asociados: depresión postparto, estrés postraumático y ansiedad.**

La VO tiene efectos psicológicos significativos, como la DPP y el TEPT. Según (Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. 2023), las formas de VO que más contribuyen al desarrollo de TEPT incluyen la violencia física, verbal y la realización de procedimientos sin consentimiento. Por otro lado, la DPP se asocia con intervenciones médicas dolorosas y la falta de apoyo social durante el parto.

Estudios en Italia también revelaron que el 78.4% de las mujeres encuestadas reportaron haber sufrido algún tipo de VO, con impactos psicológicos como ansiedad y TEPT que afectan su vida a largo plazo. (Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. 2022).

### **2.6.2. Consecuencias a largo plazo: trauma y pérdida de confianza en el sistema sanitario.**

La VO no solo genera trauma inmediato, sino que también afecta la relación de las mujeres con los servicios de salud. (Moreno Sánchez, J. A. (2023).) destaca cómo esta práctica conduce a una pérdida de confianza en los sistemas sanitarios, especialmente cuando las mujeres sienten que sus derechos han sido vulnerados durante uno de los momentos más significativos de sus vidas.

### **2.6.3. Relación entre VO y vínculos madre-hijo.**

La separación injustificada del recién nacido de su madre es una práctica identificada como violencia obstétrica. Esto tiene un impacto directo en el vínculo madre-hijo, ya que interfiere con el contacto temprano que es crucial para establecer la lactancia y fortalecer la conexión emocional entre madre y bebé. (Fors, M., Falcon, K., Brandão, T., Vaca, A., Cañadas, S., & Viada González, C. E. 2021).

## 2.7. Cuidados de enfermería y prevención de la VO.

### 2.7.1. Rol de las matronas en la prevención y gestión de la VO.

El papel del personal de enfermería, y especialmente de las matronas, es fundamental para prevenir y abordar la violencia obstétrica. Las matronas desempeñan un papel clave en garantizar una atención respetuosa y centrada en la mujer. Muchas matronas identifican prácticas como la maniobra de Kristeller o las cesáreas innecesarias como formas evidentes de VO. Sin embargo, otras conductas, como la falta de información o el trato distante, a menudo son menos reconocidas, lo que refuerza la necesidad de mayor sensibilización en esta área. (Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. 2023).

### 2.7.2. Intervenciones clave en la atención humanizada.

Los cuidados de enfermería incluyen el acompañamiento emocional y físico durante todo el proceso de parto, asegurando que las mujeres se sientan escuchadas y respetadas. Propuestas como la educación prenatal, el apoyo continuo durante el trabajo de parto y la creación de un entorno seguro han demostrado reducir significativamente la incidencia de VO. (Collins, E. C., Burns, E. S., & Dahlen, H. G., 2024).

**Tabla 2: Intervenciones clave en la prevención de la VO.**

<b>Intervención</b>	<b>Objetivo</b>
Educación prenatal	Empoderar a las mujeres y fomentar su participación.
Formación en derechos humanos	Capacitar al personal médico para prevenir la VO.
Acompañamiento continuo durante el parto	Crear un entorno seguro y humanizado.
Revisión de protocolos médicos	Eliminar prácticas invasivas innecesarias.
Sensibilización en perspectiva de género	Reducir las desigualdades estructurales en la atención.

Elaboración propia a partir de: (Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023), (Collins, E. C., Burns, E. S., & Dahlen, H. G., 2024) y (Maietti, F. J. F. V. (2023).

### 2.7.3. Necesidad de formación y sensibilización en el personal sanitario.

La formación del personal de enfermería en perspectiva de género, derechos humanos y atención humanizada es esencial para prevenir la VO. Estudios como el de (Collins, E. C., Burns, E. S., & Dahlen, H. G. 2024) destacan que la percepción de la VO entre las matronas varía según su nivel de experiencia y formación específica. Por ello, se propone integrar estos temas en los programas de capacitación continua.

El artículo (Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. 2023) aborda la necesidad de formación y sensibilización del personal sanitario para prevenir la VO, resaltando la siguiente información:

- El **92.6% de las matronas** conoce el concepto de violencia obstétrica, pero aún existe disparidad en cómo se perciben ciertas conductas como VO.
- Se destaca que la falta de formación específica en violencia obstétrica limita la capacidad del personal para identificar y prevenir estas prácticas.

Además, el artículo (García Grey Yuliet, C., Saucedo María Daniela, R., & Mier César, H. 2021), menciona que una de las estrategias fundamentales para erradicar esta violencia incluye:

- Capacitación continua y formación universitaria orientada a los derechos humanos.
- Promoción del parto humanizado y protocolos centrados en las necesidades de la mujer.

## **2.8. Revisión normativa y propuestas de mejora.**

### **2.8.1. Análisis del marco legal internacional.**

El marco normativo y jurisprudencial relacionado con la VO en América Latina e internacionalmente destaca cómo la Convención de Belém do Pará y las directrices de la OMS han sido fundamentales en el reconocimiento de la VO como una violación de derechos humanos. Además, se identifica la necesidad de fortalecer la normativa para prevenir y sancionar estas prácticas. (Maietti, F. J. F. V. 2023).

Además, algunos estados de México han reconocido legalmente la VO, pero subrayan que su inclusión en la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia sigue siendo un reto. Esto refleja una desigualdad en la aplicación de políticas en diferentes regiones. (García Grey Yuliet, C., Saucedo María Daniela, R., & Mier César, H. 2021).

### **2.8.2. Políticas públicas y protocolos para prevenir la VO.**

Las recomendaciones de organismos internacionales sugieren la implementación de protocolos de parto humanizado y la revisión de prácticas obsoletas, como la maniobra de Kristeller y el uso excesivo de episiotomías. Según (Villanueva Egan, L. A., Gutiérrez, M. A., Valdez Santiago, R., & Lezana Fernández, M. Á. 2016), estas estrategias deben incluir el respeto a la autonomía y el consentimiento informado como principios centrales.

### **2.8.3. Propuestas educativas y de sensibilización para profesionales sanitarios.**

La formación en derechos humanos y perspectiva de género es clave para prevenir la VO. Helena Eyimi, en su experiencia como víctima de VO y posteriormente como matrona, destaca la importancia de la educación para cambiar las prácticas y garantizar una atención respetuosa. (Hernández, N. (2023). Además, estudios como los de (Quijano Loma, N., López Ollero, A., Tena Roig, C., Salas Mora, A., & Sánchez Ruano, C. (2021) muestran que el conocimiento sobre la VO disminuye con los años de experiencia, lo que subraya la necesidad de capacitación continua.

## **2.9. Conclusiones.**

### **2.9.1. Síntesis de los principales hallazgos.**

- La VO es una práctica que vulnera derechos humanos fundamentales y afecta la salud mental y física de las mujeres.
- Su persistencia está asociada a factores estructurales como la falta de capacitación, las jerarquías médicas y la ausencia de supervisión efectiva en los servicios sanitarios.

### **2.9.2. Implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria.**

La erradicación de la VO requiere cambios profundos en las políticas públicas y en la práctica clínica, incluyendo la implementación de protocolos humanizados y la promoción de modelos de atención centrados en la mujer.

### **2.9.3. Líneas futuras de investigación.**

- Estudiar el impacto de la VO en poblaciones específicas, como mujeres indígenas, y cómo su percepción varía según factores culturales.
- Evaluar la efectividad de intervenciones educativas en la reducción de casos de VO.
- Analizar las consecuencias a largo plazo de la VO en la salud infantil y familiar.

## **2.10. Justificación.**

La VO es un fenómeno ampliamente reconocido por la OMS como una forma de trato irrespetuoso y abusivo durante la atención del parto, con profundas implicaciones a nivel físico, psicológico y emocional en las mujeres. Investigar este tema resulta crucial debido a su alta prevalencia y a su incidencia directa en los derechos reproductivos y en la salud mental de las parturientas, consecuencias éstas que van más allá de ellas, afectando también a la relación madre-hijo, así como a la confianza en los sistemas de salud.

En el ámbito de la enfermería, y específicamente en el rol de las matronas, su posición es estratégica para prevenir y mitigar la VO mediante intervenciones humanizadas y centradas en la paciente, tales como fomentar la educación prenatal, garantizar el CI y proporcionar apoyo continuo durante el parto. La investigación también permitirá identificar las áreas donde se requiere mayor capacitación del personal sanitario en derechos humanos y perspectiva de género, aspectos esenciales para la prevención de la VO.

He decidido enfocar mi trabajo de fin de grado como un proyecto de investigación porque la VO es un fenómeno basado en experiencias humanas, y este modelo de investigación observacional me permitirá incluir los testimonios reales de las involucradas, proporcionando datos que evidencien la relación entre las prácticas obstétricas y las consecuencias emocionales a corto y largo plazo, para ello, analizaré las posibles asociaciones entre las variables expuestas previamente. Además, al revisar los artículos en los que me he basado para este proyecto, he identificado la necesidad real de una investigación sólida y específica sobre el impacto mental de la VO.

Por otro lado, esta modalidad de estudio se justifica por la necesidad de documentar, desde una perspectiva observacional y con un enfoque científico y de enfermería, la repercusión emocional de la VO y las posibles soluciones que contribuyan a su erradicación. Así, podré fomentar la participación de los profesionales de enfermería y, en especial, de las matronas, para averiguar cómo perciben y enfrentan la VO en su actividad diaria, y finalmente presentar propuestas específicas desde el ámbito de la enfermería.

Este proyecto no busca únicamente visibilizar esta problemática, sino también generar cambios significativos en la práctica clínica y en las políticas sanitarias, promoviendo una atención obstétrica respetuosa y equitativa.

## **3. Objetivos e hipótesis.**

### **3.1. Objetivos:**

#### **3.1.1. Objetivo general:**

Determinar la incidencia de trastornos psicológicos en mujeres que han experimentado VO en comparación con aquellas que no lo han experimentado.

#### **3.1.2. Objetivos específicos:**

- Describir los tipos de VO experimentados por mujeres durante el parto.
- Analizar la relación entre VO y la aparición de trastornos psicológicos.
- Identificar factores que puedan influir en la relación entre la VO y los trastornos psicológicos.

### **3.2. Hipótesis:**

#### **3.2.1. Hipótesis general:**

Las mujeres que han experimentado VO presentan una mayor incidencia de trastornos psicológicos en comparación con aquellas que no la han experimentado.

#### **3.2.2. Hipótesis específicas:**

- Las mujeres que han sufrido VO tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos en comparación con aquellas que no la han experimentado.
- La incidencia de trastornos psicológicos es significativamente mayor en mujeres que han sido víctimas de VO.
- La relación entre VO y trastornos psicológicos puede verse influida por factores como el nivel de apoyo social o antecedentes de salud mental.
- Las mujeres que han sufrido VO muestran una menor confianza en el sistema sanitario y mayor temor a futuras experiencias obstétricas.

## **4. Metodología.**

### **4.1. Diseño del estudio.**

Dado que mi estudio busca comparar la incidencia de trastornos psicológicos entre mujeres que han experimentado VO y aquellas que no, considero que el diseño más adecuado es un estudio observacional analítico de tipo casos y controles con carácter longitudinal.

Se trata de un estudio observacional ya que su propósito es la recogida de información y datos sobre la incidencia de trastornos psicológicos en mujeres que han experimentado VO sin interferir en ella.

Es un estudio analítico porque busca establecer una relación entre la exposición a VO y la aparición de trastornos psicológicos, analizando así si existe una asociación entre ambas variables.

El diseño de casos y controles se justifica mediante la comparación que vamos a llevar a cabo entre dos grupos:

- Casos: mujeres que han experimentado VO.
- Controles: mujeres que no han experimentado VO.

Tiene carácter longitudinal ya que implica la recolección de datos en diferentes momentos del tiempo para poder evaluar la prevalencia de los trastornos psicológicos en relación con la exposición a VO.

En cuanto a la duración estimada del estudio será de unos 24 meses, sin embargo, tendremos que garantizar que cada fase tenga el tiempo que necesite, de forma que garanticemos la calidad en nuestro trabajo.

Más adelante se adjuntan las fases y el cronograma del estudio.

## 4.2. Sujetos de estudio.

El conjunto de personas que engloba este estudio representa aquellas mujeres víctimas de VO. Dentro de estos sujetos encontramos:

- **Población diana:** compuesta por mujeres que han experimentado un parto en centros hospitalarios y que pueden haber estado expuestas o no a VO. Nos centramos en mujeres en el periodo posparto ya que tenemos el objetivo de evaluar el impacto psicológico de la experiencia del parto en su salud mental.
- **Población accesible:** compuesta por mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y que puedan ser reclutadas en los hospitales, CS y asociaciones seleccionadas. Para conseguir esto, se establecerán acuerdos con diferentes centros hospitalarios públicos y privados, CS y asociaciones, seleccionando así una muestra de mujeres que hayan dado a luz para que así puedan proporcionar información sobre su experiencia.

Los criterios de inclusión y exclusión de la muestra serán los siguientes:

- **Criterios de inclusión:**
  - o Haber dado a luz en un centro hospitalario.
  - o Mujeres >18 años.
  - o Disposición para participar en el estudio.
  - o Firmar el consentimiento informado. (Anexo 2).
  - o Para el grupo de casos: mujeres que hayan experimentado VO y lo hayan reportado.
  - o Para el grupo de controles: mujeres que no hayan experimentado VO.
- **Criterios de exclusión:**
  - o Mujeres con antecedentes psiquiátricos previos al embarazo y parto.
  - o Mujeres con complicaciones médicas graves que hayan ocurrido durante el parto y que puedan influir psicológicamente.

Para la obtención de la muestra se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, las participantes del estudio serán seleccionadas en función del cumplimiento de los criterios de inclusión.

El estudio se llevará a cabo en:

- Centros hospitalarios públicos y privados: especialmente en las unidades de ginecología y obstetricia.
- CS: en las consultas ginecológicas y en el seguimiento posparto.
- Asociaciones de apoyo a mujeres víctimas de VO: estas pueden facilitar el acceso a mujeres víctimas de VO que pueden aportar datos relevantes para el estudio.
- En caso de ser necesario, difundiremos el estudio en plataformas digitales para fomentar y aumentar la participación de las mujeres.

Además, se tendrán en cuenta diferentes características en cuanto a cobertura sanitaria y recursos disponibles, para así poder obtener datos representativos de diferentes perfiles de mujeres.

El tamaño muestral se determinará en función de las participantes disponibles, estimando así una muestra de X mujeres distribuidas en dos grupos:

- Grupo de casos: mujeres que han experimentado VO.
- Grupo de controles: mujeres que no han experimentado VO.

La división en estos grupos nos permitirá realizar comparaciones entre ambos grupos y analizar la relación que exista entre la exposición a VO y la aparición de trastornos psicológicos.

### 4.3. Variables.

Tabla 3: Variables que intervienen en el problema de estudio. Elaboración propia a partir de las variables seleccionadas para el estudio.

Variable	Tipo de variable	Unidad de medida	Instrumento de recogida
<b>Exposición a VO</b>	Cualitativa nominal	Si/no	Cuestionarios específicos sobre VO
<b>Trastornos psicológicos</b>	Cualitativa nominal	Diagnóstico de algún tipo de trastorno psicológico	Escalas validadas: - EPDS - PCL-5 - GAD-7
<b>Tipo de VO experimentada</b>	Cualitativa nominal	- Maltrato verbal - Falta de consentimiento informado - Intervenciones innecesarias - Otros.	Cuestionario estructurado
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Años	Autorregistro de la participante
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal	- Soltera - Casada - Divorciada - Otros.	Cuestionario sociodemográfico
<b>Número de partos previos</b>	Cuantitativa discreta	Número de partos	Autorregistro de la participante
<b>Meses transcurridos desde el parto</b>	Cuantitativa continua	Meses	Autorregistro

Justificación de las variables seleccionadas para mi estudio:

- Exposición a VO: se trata de la variable independiente principal. Define la comparación entre el grupo de casos y el grupo de controles.
- Trastornos psicológicos: se trata de la variable dependiente principal. Resulta clave para analizar y medir el impacto psicológico de la VO en las mujeres que lo han sufrido.
- Tipo de VO experimentada: este tipo de variable nos permite analizar cuáles son las formas de VO que causan mayor impacto psicológico.
- Edad: esta variable resulta clave a la hora de valorar el impacto psicológico que la VO puede causar ya que esta puede influir en la percepción y en la vulnerabilidad de la mujer.
- Estado civil: el estado civil de la persona puede influir en el apoyo social que la mujer reciba tras el parto.
- Número de partos previos: las experiencias anteriores pueden influir en la percepción de la VO.
- Tiempo transcurrido desde el parto: variable importante a la hora de determinar cómo ha sido la evolución e los síntomas psicológicos desde el parto.

## 4.4. Procedimiento de recogida de datos.

### 4.4.1. Recogida de información

La recogida de datos se realizará mediante diferentes formas:

- **Cuestionario sociodemográfico:** mediante el cual se recogerán datos como la edad, el estado civil, número de partos previos, etc. (Este apartado se encuentra explicado en el punto 4.3. Variables)
- **Cuestionario de VO:** con el fin de determinar si la mujer participante ha experimentado algún tipo de VO. Cuestionarios tales como:
  - o **Test de Violencia Obstétrica - Dando a Luz.** (Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria. Test de violencia obstétrica.). (Anexo 3).
  - o **Cuestionario de percepción de violencia médica obstétrica.** (César Augusto Mimbela Bustamante. (2023)<sup>9</sup>. (Anexo 4)
- **Escalas psicológicas:**
  - o **EPDS (Escala de DPP de Edimburgo).** (Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987)). (Anexo 5).
  - o **PCL-5 (Escala de TEPT).** (Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015)). (Anexo 6).
  - o **GAD-7 (Escala de ansiedad generalizada).** (Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006)). (Anexo 7).
- **Cuestionario de apoyo social percibido.** (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)). (Anexo 8).
- **Escala de satisfacción con la atención sanitaria recibida.** (Nivel de Satisfacción del Paciente Aprende a Medirlo. (2024, agosto 26)). (Anexo 9).
- **Consentimiento informado.** (Anexo 2).

Se solicitará el consentimiento informado de cada una de las participantes. Para ello deberemos:

1. Explicar el propósito del estudio que estamos realizando, junto con la metodología y los objetivos que esperamos conseguir.
2. Garantizar la confidencialidad de los datos cumpliendo la normativa vigente en protección de datos personales. (Reglamento general de protección de datos (RGPD)).
3. Informar sobre la voluntariedad de la participación en el estudio, además del derecho de abandonar sin repercusiones.
4. Resolución de dudas.

*\*El consentimiento informado se firmará antes de comenzar con las visitas del estudio. \**

#### 4.4.2. Visitas del estudio

Los datos se recogerán en dos visitas y, a veces, un posterior seguimiento para ver la evolución. Las visitas serán las siguientes:

- **Visita 1:** primera evaluación y captación de participantes (0-3 meses posparto)

Sistemática para seguir:

- o Acudir a los hospitales, CS o asociaciones escogidas.
  - o Mediante los registros hospitalarios podremos identificar a las posibles participantes.
  - o Explicar el funcionamiento y finalidad del estudio + obtención CI.
  - o Administrar cuestionarios pertinentes (indicados en el apartado 4.4.1. Recogida de información).
- **Visita 2:** seguimiento y evaluación de la evolución psicológica. (3-6 meses posparto)
    - o Contactar con las participantes
    - o Acudir nuevamente a los hospitales, CS o asociaciones escogidas.
    - o Administrar nuevamente los cuestionarios pertinentes, aunque esta vez únicamente las escalas psicológicas (EPDS, PCL-5 y GAD-7).
  - **Seguimiento adicional (6-12 meses posparto):** en esta última visita ofreceremos y valoraremos si existe o no la necesidad de que haya una intervención por parte de los profesionales.

**Tabla 4: Visitas del estudio. Elaboración propia.**

	<b>VARIABLES RECOGIDAS</b>	<b>DURACIÓN DE LA VISITA</b>
<b>VISITA 1</b>	Variables sociodemográficas Exposición y tipo de VO experimentada Variables psicológicas Apoyo social percibido Satisfacción con la atención médica recibida	45-60 minutos
<b>VISITA 2</b>	Reevaluación de síntomas psicológicos	30-45 minutos
<b>VISITA 3</b>	Persistencia de síntomas psicológicos	30-40 minutos

#### 4.4.3. Modo de empleo de las herramientas de recogida de datos.

Tabla 5: Modo de empleo de las herramientas de recogida de datos. Elaboración propia a partir de las herramientas utilizadas en el estudio

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN</b>
<b>CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>	Recoge datos personales y antecedentes clínicos de la participante	Visita 1
<b>CUESTIONARIO DE VO</b>	Existencia y tipo de la VO experimentada por la participante	Visita 1
<b>ESCALA EPDS</b>	Detección de síntomas depresivos en la participante	Visita 1 y 2
<b>ESCALA PCL-5</b>	Evaluación de síntomas de TEPT	Visitas 1 y 2
<b>ESCALA GAD-7</b>	Cuantificación de los niveles de ansiedad	Visitas 1 y 2
<b>ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO</b>	Nivel de apoyo social percibido por la participante	Visita 1
<b>ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA</b>	Calidad asistencial durante el parto percibida por la participante	Visita 1

#### 4.5. Fases del estudio. Cronograma.

Tabla 6: Fases del estudio. Elaboración propia a partir de las fases planteadas a seguir en la elaboración del estudio.

Fase	Objetivo	Duración estimada
1. Diseño del estudio y conceptualización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir PICO</li> <li>- Revisión bibliográfica</li> <li>- Establecer diseño del estudio</li> </ul>	2 meses
2. Permisos y aprobación ética	Obtención de los permisos necesarios de los hospitales y centros participantes.	3 meses
3. Formación del equipo y elaboración de herramientas	Diseñar cuestionarios y probar su adecuación	2 meses
4. Reclutamiento de participantes y recogida de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Captación de participantes</li> <li>- Obtener el CI</li> <li>- Repartir los cuestionarios en las visitas programadas</li> </ul>	6 meses
5. Seguimiento	Realizar visitas adicionales	6 meses
6. Análisis de los datos recogidos	Análisis de los datos obtenidos	3 meses
7. Discusión y redacción de resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudiar e interpretar los resultados</li> <li>- Redactar informa final</li> </ul>	2 meses
8. Presentación y publicación	Defender el TFG	2 meses

Anexo 10: cronograma del estudio representado en un gráfico de Gantt.

## 4.6. Análisis de datos.

La parte de analizar los datos de este proyecto de investigación se realizará mediante un software estadístico, en este caso SPSS. Utilizaremos dos tipos de estadísticas, descriptiva e inferencial, de este modo podremos determinar las posibles asociaciones que existan entre las variables que hemos seleccionado.

### 1. Estadística descriptiva:

Utilizaremos esta estadística para las variables sociodemográficas y clínicas presentes en el estudio. Incluiremos:

- Variables cualitativas:
    - o Frecuencias absolutas y relativas (%).
    - o Tablas de contingencia.
  - Variables cuantitativas:
    - o Si la distribución es normal → media y desviación estándar.
    - o Si la distribución no es normal → mediana y rango intercuartílico.
    - o Mínimo y máximo para valores extremos.
2. Estadística inferencial: recordemos que nuestro objetivo principal es analizar la posible relación que exista entre la exposición a VO y la aparición de trastornos psicológicos.

**Tabla 7: Asociaciones entre variables. Elaboración propia a partir de las variables elegidas para el estudio.**

Asociación a analizar	Tipo de variables	Prueba estadística
VO y presencia de trastornos psicológicos	Cualitativa nominal vs. Cualitativa nominal	Prueba Chi-cuadrado
Tipo de VO y de trastorno psicológico	Cualitativa nominal vs. Cualitativa nominal	Prueba Chi-cuadrado
Exposición a VO y puntuación en escalas psicológicas	Cualitativa nominal vs. Cuantitativa continua	Prueba T de Student
Apoyo social percibido y puntuaciones en escalas psicológicas	Cuantitativa ordinal vs. Cuantitativa continua	Coefficiente de correlación de Pearson
Tiempo desde el parto y síntomas psicológicos	Cuantitativa continua vs. Cuantitativa continua	Correlación de Pearson
Factores sociodemográficos y presencia de trastornos psicológicos	Cualitativa nominal vs. Cualitativa nominal	Prueba Chi-cuadrado

## **5. Aspectos éticos.**

Este proyecto de investigación será revisado por un Comité de Ética y autorizado por los centros hospitalarios públicos y privados, CS y asociaciones de apoyo a mujeres víctimas de VO donde se llevará a cabo el estudio.

Para participar en el estudio será necesaria la firma y comprensión del CI (Anexo 2). Este, incluye toda la información necesaria a conocer sobre el estudio: en qué consiste, procedimiento, derechos de los participantes, riesgos y beneficios, confidencialidad, etc.

En el CI se hace hincapié a la necesidad de comprensión de todos los puntos de este estudio, incluso se facilita un contacto para la resolución de las posibles dudas que surjan.

## 6. Limitaciones del estudio.

Las limitaciones que he encontrado a la hora de realizar mi proyecto han sido las siguientes:

- **Limitaciones de la validez interna:**
  - o **Clasificación errónea de los sujetos del estudio como caso o control.**
  - o **Falta de uniformidad en la definición de VO:** me costó encontrar una definición consolidada sobre la VO ya que, dependiendo del país de origen, se contextualiza y se mide de forma diferente, lo cual me ha dificultado conseguir una única definición.
- **Limitaciones de la validez externa:**
  - o **Escasez de artículos:** cuando me tocó realizar la parte de revisión bibliográfica encontré artículos limitados ya que muchos no hablaban específicamente de la VO, sino que también hablaban sobre otros tipos de violencia que no están relacionadas con mi estudio.
  - o **Disponibilidad de artículos en otros idiomas:** gran parte de los artículos que encontraba durante mi investigación estaban en otros idiomas, especialmente portugués, francés e inglés, por lo que supuso más trabajo a la hora de traducirlos para realizar el resumen. Además, varias veces me encontré dificultad en cuando a la adaptación de términos.

Por otro lado, a medida que he ido avanzando en este proyecto, fui tomando constancia de dos aspectos fundamentales:

- La injusticia que supone este tema, lo cual muchas veces repercutía en mi forma de trabajar, ya que sentía una gran responsabilidad por darle la importancia que merece y transmitir su importancia de manera efectiva.
- La falta de conocimiento general sobre el tema, o en algunos casos incluso peor, la existencia de conocimiento acompañado de indiferencia, lo cual también me ha frustrado a la hora de trabajar.

## 7. Bibliografía.

- Calderón Ocaña, C. M. (2020). ¿Existe la violencia obstétrica en puerto rico? *Revista De Derecho Puertorriqueño*, 59(2), 287–313. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=a9h&AN=146578461&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
- Castro, R., Traduction Le Doaré, H. (2021) . Violence obstétricale et autoritarisme de l'habitus médical au Mexique. *Cahiers du Genre*, n° 71(2), 25-56. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0025>.
- Collins, E. C., Burns, E. S., & Dahlen, H. G. (2024). 'It was horrible to watch, horrible to be a part of': Midwives' perspectives of obstetric violence. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 37(4), 101631. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101631>
- Maietti, F. J. F. V. (2023). Aproximaciones teóricas al fenómeno de la violencia obstétrica: Una mirada al marco normativo y jurisprudencial internacional e interamericano. *Vniversitas Jurídica*, 72. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj72.atfv>
- Fors, M., Falcon, K., Brandão, T., Vaca, A., Cañadas, S., & Viada González, C. E. (2021). Reliability and Dimensionality of EPREVO ("Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica"): Development of a New Instrument, Ecuador. *International journal of women's health*, 13, 569–577. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S305741>
- García Grey Yuliet, C., Saucedo María Daniela, R., & Mier César, H. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26(3), 149–155. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=8088967>
- Garcia L. M. (2023). Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review. *Sexual and reproductive health matters*, 31(1), 2322194. <https://doi.org/10.1080/26410397.2024.2322194>
- Diniz, C., Yoshie Niy, D., Da Silva Cabral, C., Traduction Matoussowsky, C. (2021). Les « violences obstétricales » comme subversion épistémique Saisir des maltraitements anciennes dans un concept nouveau. *Cahiers du Genre*, n° 71(2), 57-80. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0057>.

- Hernández, N. (2023). De sufrir violencia obstétrica a matrona: El camino de helena eyimi para ayudar a las mujeres. *Metas De Enfermería*, 26(6), 33–35. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ccm&AN=173448979&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- El Kotni, M. et Quagliariello, C. (2021) . L'injustice obstétricale Une approche intersectionnelle des violences obstétricales. *Cahiers du Genre*, n° 71(2), 107-128. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0107>.
- Morena, D., De Paola, L., Ottaviani, M., Spadazzi, F., Zamponi, M. V., Delogu, G., & Di Fazio, N. (2024). Obstetric Violence in Italy: From Theoretical Premises to Court Judgments. *La Clinica terapeutica*, 175(1), 57–67. <https://doi.org/10.7417/CT.2024.5034>
- Moreno Sánchez, J. A. (2023). Violencia obstétrica: ¿Es el término, o sus implicaciones? *Revista CONAMED*, 28(3), 148–154. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=9176255>
- Martínez-Galiano, J. M., Rodríguez-Almagro, J., Rubio-Álvarez, A., Ortiz-Esquinas, I., Ballesta-Castillejos, A., & Hernández-Martínez, A. (2023). Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4930. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064930>
- Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M., & Locci, M. (2022). Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, health & sexuality*, 24(11), 1466–1480. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Ribeiro, D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A. M. N., Alvarez, S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista gaucha de enfermagem*, 41, e20190419. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>

- Quijano Loma, N., López Ollero, A., Tena Roig, C., Salas Mora, A., & Sánchez Ruano, C. (2021). ¿Saben los y las especialistas en obstetricia y ginecología qué es la violencia obstétrica? *Revista Investigación & Cuidados*, (44/45), 14–21. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ccm&AN=162308787&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
- Rangel-Flores, Y. Y., & Martínez-Ledezma, A. G. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. *Revista CONAMED*, 22(4), 166–169. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=a9h&AN=126681872&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
- Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 13(4), 1553–1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Smith-Oka V. (2022). You're joking: Exploring humour and humiliation as forms of shame and obstetric violence within medical encounters. *Journal of evaluation in clinical practice*, 28(5), 917–923. <https://doi.org/10.1111/jep.13741>
- Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, n° 71(2), 81-106. <https://doi.org/10.3917/cdgc.071.0081>.
- Vallana Sala, M., Viviana Valeria. (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(Especial), 128–144. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125 Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732019000400128&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000400128&lng=en&tlng=en)
- Villanueva Egan, L. A., Gutiérrez, M. A., Valdez Santiago, R., & Lezana Fernández, M. Á. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21, 7–25. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=a9h&AN=119049939&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>

Yalley, A. A., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kömürçü-Akik, B., & de Abreu, L. (2024). Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Frontiers in public health*, 12, 1388858. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>

Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria. Test de violencia obstétrica. <https://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

César Augusto Mimbela Bustamante. (2023). Construcción del cuestionario de percepción de violencia médica obstétrica (PVMO). *23* <https://10.59427/rcli/2023/v23cs.1241-1247>

Reglamento general de protección de datos (RGPD) | EUR-Lex. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=legisum:310401\\_2](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=legisum:310401_2)

Fernández Vera, Johalys Karina, Iturriza Natale, Alejandra Teresa, Toro Merlo, Judith, & Valbuena, Rosalba. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243. Recuperado en 17 de marzo de 2025, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&tlng=es).

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

EspectroAutista.info. (s.f.). *Escala del trastorno de ansiedad generalizada*.

<http://espectroautista.info/GAD7-es.html>

University of Wisconsin–Madison. (s.f.). *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*

(MSPSS). <https://arc.psych.wisc.edu/self-report/multidimensional-scale-of-perceived-social-support-mspss/>

Nivel de Satisfacción del Paciente Aprende a Medirlo. (2024, agosto 26). Recuperado el 20 de marzo de 2025, de Lukkit website: <https://www.lukkit.com/articulo/nivel-de-satisfaccion-del-paciente/>

## 8. Anexos.

### Anexo 1: desigualdades estructurales en la organización del Sistema Sanitario en España.

Aspecto Estructural	Descripción	Diferencias entre Regiones
Acceso a matronas	Ratio de matronas por mujer embarazada, con déficit en zonas rurales y desfavorecidas.	Andalucía: 1/50 Madrid: 1/30 Galicia: 1/70
Proporción de hospitales con partos humanizados	Servicios que promueven partos respetados con mínima intervención médica.	Cataluña: 80% Extremadura: 40%
Uso de cesáreas innecesarias	Tasa de cesáreas realizadas sin indicación médica clara.	Madrid: 30% Galicia: 22% Extremadura: 40%
Episiotomías rutinarias	Procedimiento aplicado de manera generalizada, especialmente en regiones con menor formación.	Extremadura: 60% Andalucía: 50% Cataluña: 35%
Formación en derechos humanos y VO	Programas de sensibilización en derechos reproductivos y VO	Galicia: 20% Madrid: 50% Cataluña: 70%

Desigualdades estructurales en la organización del Sistema Sanitario en España. Elaboración propia a partir de: (Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. 2023), (Rangel-Flores, Y. Y., & Martínez-Ledezma, A. G. 2017) y (Maietti, F. J. F. V. 2023).

## **Anexo 2. Consentimiento informado general del participante.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DEL PARTICIPANTE**

**Título del programa:** “Impacto psicológico de la VO en mujeres”

**Lugar de realización:** Centros hospitalarios públicos y privados, CS y asociaciones de apoyo a mujeres víctimas de VO.

#### **Introducción:**

Antes de dar consentimiento para participar en este estudio es importante leer y entender la siguiente explicación. En caso de tener alguna duda en cualquier momento del estudio se la aclararemos o puede dirigirse a [\_\_\_\_\_] a través del correo electrónico [\_\_\_\_\_].

Le invitamos a participar en el estudio “Impacto psicológico de la VO en mujeres” con el fin de analizar e investigar la relación existente entre la VO y la aparición de trastornos psicológicos en el posparto.

Este estudio será llevado a cabo por [nombre de los investigadores] y ha sido aprobado por un Comité de Ética.

La participación es voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento del estudio sin necesidad de justificación y sin que ello afecte a sus derechos o su atención médica.

Procedimiento/explicación del estudio:

Si decide participar, se le solicitará que complete una serie de cuestionarios que incluyen preguntas sobre:

- Experiencia durante el parto.
- Estado emocional y psicológico.
- Nivel de apoyo social percibido.
- Nivel de satisfacción con la atención sanitaria recibida.

El estudio está formado por dos visitas principales, y, en algunos casos, un seguimiento adicional en forma de una tercera visita.

- **Primera visita (0-3 meses posparto):** entrevista inicial y entrega y realización de cuestionarios.
- **Segunda visita (3-6 meses posparto):** seguimiento de síntomas psicológicos.
- **Seguimiento adicional si fuera necesario:** evaluar síntomas persistentes.

**Riesgos y beneficios:**

- **Riesgos:** no hay existencia de riesgos físicos asociados a este estudio. Sin embargo, existen algunas preguntas que pueden generar algo de malestar emocional, en este caso, se pueden omitir sin ningún tipo de inconveniente. Si lo necesita, podremos facilitarle información sobre servicios que le proporcionen apoyo psicológico.
- **Beneficios:** no existen beneficios directos para el participante, sin embargo, su participación contribuirá al conocimiento sobre la VO y el impacto que esta genera sobre la salud mental, lo que podría mejorar la atención a futuras mujeres en el proceso del parto.

**Confidencialidad de los datos:**

El promotor y el centro se comprometen al cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de sus datos personales (en adelante el "Reglamento") y a la normativa española de aplicación (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Se garantizará la confidencialidad de los datos que se van a tratar, por medio de la anonimización de los mismos mediante un código único de identificación, de forma que su nombre no aparecerá en ningún informe ni publicación y estos no podrán ser vinculados con ningún tipo de información personal de los participantes del estudio.

Toda información aportada a este estudio será de carácter confidencial y únicamente se utilizará para la realización de dicho estudio, únicamente su identidad podría ser revelada en casos excepcionales, como situaciones de urgencia médica para su salud o requerimiento legal.

De acuerdo con la normativa vigente, usted tiene derechos sobre sus datos personales. Sin embargo, le informamos que existen algunas limitaciones con objeto garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio [\_\_\_\_\_], cuyo correo es [\_\_\_\_\_]. Asimismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ante cualquier actuación del Promotor o del Centro que considere que vulnera sus derechos.

**Derechos de los participantes:**

- Participación voluntaria.
- Posible retirada en cualquier momento del estudio sin necesidad de justificación.
- Puede solicitar información sobre los resultados de carácter general del estudio.
- Puede plantear cualquier tipo de duda con los investigadores.

**Consentimiento:**

- He leído y he comprendido toda la información explicada anteriormente.
- Se me ha concedido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas de forma que se han aclarado todas mis dudas.
- Entiendo mis derechos como participante.
- Doy mi consentimiento para participar en este estudio.
- Autorizo que mis datos sean utilizados anonimizados para futuras investigaciones relacionadas con este tema.

**Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_

**Nombre de la participante:** \_\_\_\_\_

**Firma de la participante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del investigador/a:** \_\_\_\_\_

**Firma del investigador/a:** \_\_\_\_\_

Sea cual sea su decisión, el equipo investigador quiere agradecerle su tiempo y atención. Gracias a usted podemos mejorar el conocimiento y avance científico actual.

Este consentimiento informado cumple con los requisitos éticos y legales de estudios con seres humanos.

### Anexo 3: Test de violencia obstétrica.

Mientras estabas internada en la clínica u hospital, con contracciones de trabajo de parto:

- ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?
- ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?
- ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?
- ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
- ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?  
(Rasurado de genitales, enema, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, rotura artificial de bolsa, administración de medicación o goteo para “apurar” el parto, tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas, compresión del abdomen en el momento de los pujos, episiotomía, cesárea, raspaje del útero sin anestesia).
- En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?
- ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?
- ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?
- ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)
- Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de vos (que no habías “colaborado”)?
- Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿ te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

Asociación Civil Dando a Luz y Colectiva Maternidad Libertaria. Test de violencia

obstétrica. <https://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>

**Anexo 4: Construcción del cuestionario de percepción de violencia médica obstétrica (PVMO).**

sobre su atención prenatal, en el parto y después del parto...	Nunca me ha pasado	Alguna vez me ha pasado	Si me ha pasado	Definitivamente me ha pasado
¿Se la trató de forma descortés?				
¿Le hablaron con palabras “MEDICAS” que no entendía?				
¿La voz del personal fue “ruda” o gritándole?				
¿Se le atendió de forma “apresurada”?				
¿Se le atendió con desinterés?				
¿Se negaron a contestarle alguna pregunta?				
¿Se la examinó en forma tosca o grosera?				
¿Cree que el examen que se le realizó fue completo y bien realizado?				
¿Percibió que se le tocó sus partes íntimas indebidamente?				
¿Sintió miradas obscenas o lujuriosas hacia su cuerpo?				
¿Le explicaron y le dieron a elegir su tratamiento?				
¿Se le explicó los posibles efectos negativos del tratamiento?				
¿Le dieron cita para después de su parto o cesárea?				
¿Se le pidió permiso para revisar su cuerpo?				
¿Se expuso su cuerpo mucho tiempo o de forma innecesaria?				
¿Se le realizó su examen obstétrico en presencia de “otras” personas?				
¿Se comentó su caso o enfermedad con otras personas delante suyo?				

César Augusto Mimbela Bustamante. (2023). Construcción del cuestionario de percepción de violencia médica obstétrica

(PVMO).23<https://10.59427/rcli/2023/v23cs.1241-1247>

## Anexo 5. Escala EPDS.

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

<b>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.</b>	a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos ahora d) No, nada
<b>He disfrutado mirar hacia delante</b>	a) Tanto como siempre b) Menos que antes c) Muchos menos que antes d) Casi nada
<b>Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente</b>	a) No, nunca b) No, con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo
<b>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo</b>	a) No, nunca b) Casi nunca c) Si, a veces d) Sí, con mucha frecuencia
<b>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo</b>	a) No, nunca b) No, no mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante
<b>Las cosas me han estado abrumando</b>	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
<b>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir</b>	a) No, nunca b) No, con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo

<b>Me he sentido triste o desgraciada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) No, nunca</li> <li>b) No, con mucha frecuencia</li> <li>c) Sí, a veces</li> <li>d) Sí, la mayor parte del tiempo</li> </ul>
<b>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) No, nunca</li> <li>b) Sólo ocasionalmente</li> <li>c) Si, bastante a menudo</li> <li>d) Sí, la mayor parte del tiempo</li> </ul>
<b>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca</li> <li>b) Casi nunca</li> <li>c) A veces</li> <li>d) Sí, bastante a menudo</li> </ul>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression.

Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786.

<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

## Anexo 6. Escala PCL-5

Instrucciones: A continuación, hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Modera-mente	Bastan-te	Extre-mada-mente
¿Recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
¿Sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
¿Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	0	1	2	3	4
¿Sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
¿Tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
¿Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
¿Evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
¿Dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
¿Tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
¿Culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
¿Tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
¿Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
¿Sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4

¿Dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
¿Irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
¿Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
¿Estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
¿Sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
¿Tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
¿Tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress, 28*(6), 489–498.

<https://doi.org/10.1002/jts.22059>

## Anexo 7. Escala GAD-7

La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Las siguientes frases describen problemas que usted puede haber padecido. Recapacite sobre las ocasiones en que los ha sufrido durante las 2 últimas semanas, e indique cuál de las 4 opciones describe mejor la frecuencia con la que se ha enfrentado a esos problemas.

	<b>Nunca</b>	<b>Varios días</b>	<b>La mitad de los días</b>	<b>Casi cada día</b>
<b>Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.</b>				
<b>No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.</b>				
<b>Preocuparse demasiado de diferentes cosas.</b>				
<b>Dificultad para relajarse.</b>				
<b>Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.</b>				
<b>Sentirse fácilmente disgustado o irritable.</b>				
<b>Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.</b>				

Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones, recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior. Los puntos de corte son:

<b>0-4</b>	No se aprecia ansiedad
<b>5-9</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
<b>10-14</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
<b>15-21</b>	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

EspectroAutista.info. (s.f.). *Escala del trastorno de ansiedad generalizada.*

<http://espectroautista.info/GAD7-es.html>

## **Anexo 8. Escala multidimensional de percepción de apoyo social.**

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) es un cuestionario de 12 ítems para identificar el nivel percibido de apoyo social de un individuo con su familia, amigos y otras personas significativas.

Instrucciones: lee cada afirmación cuidadosamente e indica cómo te sientes respecto a cada una.

- Marca el "1" si estás muy en desacuerdo
- Marca el "2" si estás fuertemente en desacuerdo
- Marca el "3" si estás ligeramente en desacuerdo
- Marca el "4" si estás neutral
- Marca el "5" si estás ligeramente de acuerdo
- Marca el "6" si estás fuertemente de acuerdo
- Marca el "7" si estás muy de acuerdo

Los ítems tienden a dividirse en grupos de factores relacionados con la fuente del apoyo social:

- Fam (Familia)
- Fri (Amigos)
- SO (Persona significativa)

<b>Hay una persona especial que está presente cuando la necesito.</b>	1	2	3	4	5	6	7	SO
<b>Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas.</b>	1	2	3	4	5	6	7	SO
<b>Mi familia realmente trata de ayudarme.</b>	1	2	3	4	5	6	7	FAM
<b>Recibo el apoyo emocional que necesito de mi familia. (Fam)</b>	1	2	3	4	5	6	7	FAM
<b>Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí.</b>	1	2	3	4	5	6	7	SO
<b>Mis amigos realmente tratan de ayudarme.</b>	1	2	3	4	5	6	7	FRI
<b>Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.</b>	1	2	3	4	5	6	7	FRI
<b>Puedo hablar sobre mis problemas con mi familia.</b>	1	2	3	4	5	6	7	FAM
<b>Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas.</b>	1	2	3	4	5	6	7	FRI
<b>Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.</b>	1	2	3	4	5	6	7	SO
<b>Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.</b>	1	2	3	4	5	6	7	FAM
<b>Puedo hablar sobre mis problemas con mis amigos.</b>	1	2	3	4	5	6	7	FRI

University of Wisconsin–Madison. (s.f.). *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*. <https://arc.psych.wisc.edu/self-report/multidimensional-scale-of-perceived-social-support-mspss/>

## **Anexo 9. Escala de satisfacción del paciente/ Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)**

Estimado/a paciente, agradeceríamos que completara este cuestionario sobre la atención médica que ha recibido.

La retroalimentación de esta encuesta permitirá identificar áreas que pueden necesitar mejora.

Por lo tanto, su opinión es muy valiosa.

Por favor, responda a todas las preguntas a continuación. No hay respuestas correctas o incorrectas y su médico no podrá identificar sus respuestas individuales.

	No, en absoluto	No, no realmente	Sí, pero no completamente	Sí	Sí, completamente
¿Este médico le hizo sentir relajado/a y bienvenido/a?					
¿Siente que este médico le escuchó?					
¿El médico le explicó las cosas de una manera que pudiera entender?					
¿Se sintió involucrado/a tanto como deseaba en las decisiones sobre su atención y tratamiento?					
¿Tiene confianza en las decisiones tomadas sobre su condición o tratamiento?					
¿Sabe qué sucederá a continuación con su atención?					
¿Sabe qué hacer si su condición empeora?					
¿El médico le trató con respeto y dignidad?					
¿Confía en este médico?					

Nivel de Satisfacción del Paciente Aprende a Medirlo. (2024, agosto 26). Recuperado el 20 de marzo de 2025, de Lukkap website: <https://www.lukkap.com/articulo/nivel-de-satisfaccion-del-paciente/>

**Anexo 10: cronograma del estudio representado en un gráfico de Gantt.**

