

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA**  
**EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DE GRADO**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y APEGO EN MADRES**  
**PRIMERIZAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE**  
**LA CIUDAD DE LA PAZ**

**POR: VIVIANA ELIZABETH GARCIA GAMARRA.**

**TUTOR: LIC. CARLA ANDREA MORALES CHAVÉZ**

**LA PAZ – BOLIVIA**  
**Agosto, 2021**

## INDICE

AGRADECIMIENTO .....	I
RESUMEN .....	II
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	5
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	5
1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA .....	5
1.2 OBJETIVOS .....	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL .....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
1.3 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES .....	8
1.4 JUSTIFICACIÓN .....	8
CAPÍTULO II .....	11
2. MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 VIOLENCIA .....	11
2.1.1 TIPOS DE VIOLENCIA .....	11
2.2 LEY N. 348 - LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA .....	12
2.3 VIOLENCIA DE GÉNERO .....	14
2.4 VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....	14
2.4.1 TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....	14
2.4.1.1 VIOLENCIA OBSTÉTRICA FÍSICA .....	14
2.4.1.2 VIOLENCIA OSBTÉTRICA PSICOLÓGICA .....	15
2.4.2 ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....	15
2.4.3 MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....	16
2.4.4 LEGISLACIÓN SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO .....	16
2.4.5 VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS .....	17
2.5 EMBARAZO .....	18
2.5.1 ETAPAS EL EMBARAZO .....	18
2.6 PARTO .....	18

2.6.1	TIPOS DE PARTO .....	19
2.7	PUERPERIO O POST PARTO .....	21
2.7.1	CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO .....	21
2.7.2	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PUERPERIO .....	21
2.8	APEGO.....	22
2.8.1	TIPOS DE APEGO.....	23
2.8.2	APEGO POST NATAL .....	25
2.8.3	TECNICA DE APEGO INMEDIATO POSPARTO.....	26
2.9	BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ.....	26
2.9.1	BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA LA MADRE.....	26
2.9.2	BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA EL RECIÉN NACIDO....	27
2.10	PSICOLOGIA PERINATAL.....	27
2.10.1	SALUD MENTAL PERINATAL EN BOLIVIA .....	28
2.11	PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.....	29
CÁPITULO III	.....	30
3.	METODOLOGÍA.....	30
3.1	ENFOQUE, TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.1.1	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.1.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.1.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.2	DEFINICIÓN DE VARIABLES .....	31
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	33
3.3.1	POBLACIÓN .....	33
3.3.2	MUESTRA.....	33
3.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	34
3.5.1	TÉCNICAS.....	34
3.5.2	INSTRUMENTOS.....	34
CÁPITULO IV	.....	39
4.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS. ....	39
4.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.....	39

4.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES Y COMPLEMENTARIOS.....	39
4.1.2 ANÁLISIS GLOBALES DE LAS PRUEBAS APLICADAS.....	45
4.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA CORRELACIÓN DE PEARSON .....	83
4.2.1 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PEARSON .....	83
CAPÍTULO V .....	89
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	89
5.1 CONCLUSIONES .....	89
5.2 RECOMENDACIONES.....	93
ANEXOS.....	98
BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIA.....	103

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de la madre. ....	40
Tabla 2. Edad del bebé .....	41
Tabla 3. Estado Civil. ....	42
Tabla 4. Grado de instrucción. ....	43
Tabla 5. Ocupación de la madre. ....	44
Tabla 6. Violencia Obstétrica. ....	45
Tabla 7. Información y procedimiento. ....	47
Tabla 8. Información sobre la administración de medicación. ....	48
Tabla 9. Consentimiento para el procedimiento. ....	48
Tabla 10. Decidir sobre su atención. ....	49
Tabla 11. Lenguaje correcto.....	50
Tabla 12. Lenguaje sencillo.....	50
Tabla 13. Absolver dudas.....	51
Tabla 14. Presentación de médicos .....	53
Tabla 15. Procedimientos en sala. ....	53
Tabla 16. Intimidación vulnerada. ....	54
Tabla 17. Comentarios despectivos. ....	55
Tabla 18. Capacidad de parir. ....	55
Tabla 19. Expresiones de dolor.....	56
Tabla 20. Lactancia.....	56
Tabla 21. Contacto piel con piel. ....	57
Tabla 22. Lactancia inmediata. ....	57
Tabla 23. Comer y beber.....	58
Tabla 24. Compañía.....	59
Tabla 25. Postura.....	59
Tabla 26. Monitoreo fetal.....	61
Tabla 27. Oxitocina. ....	61
Tabla 28. Endovenosas. ....	62
Tabla 29. Estimulación en los pezones. ....	62
Tabla 30. Episiotomía. ....	63
Tabla 31. Presión sobre el abdomen.....	63
Tabla 32. Enemas.....	64
Tabla 33. Permanecer acostada. ....	64
Tabla 34. Retraso del contacto piel con piel. ....	65
Tabla 35. Inventario Apego Materno. ....	66
Tabla 36. Amor por el bebé.....	69
Tabla 37. Ternura por el bebé.....	69
Tabla 38. Planes a futuro. ....	70
Tabla 39. Necesidades del bebé.....	71

Tabla 40. Felicidad.....	71
Tabla 41. Seguridad.....	72
Tabla 42. Bebé bonito.....	73
Tabla 43. Contenta.....	73
Tabla 44. Felicidad.....	74
Tabla 45. Disfrutar.....	74
Tabla 46. Importante para el bebé.....	75
Tabla 47. Tiempo con el bebé.....	76
Tabla 48. Contacto con el bebé.....	77
Tabla 49. Hablar del bebé.....	77
Tabla 50. Disfrutar el bebé.....	78
Tabla 51. Pensar en el bebé.....	78
Tabla 52. Expresiones del bebé.....	79
Tabla 53. Expresar amor.....	79
Tabla 54. Sentir al bebé.....	80
Tabla 55. Orgullo por el bebé.....	81
Tabla 56. Pendientes del cuidado.....	81
Tabla 57. Pendiente del bebé.....	82
Tabla 58. Consolar al bebé.....	82
Tabla 59. Correlación Apego y Violencia Obstétrica.....	84
Tabla 60. Correlación apego y trato deshumanizado.....	86
Tabla 61. Correlación apego y desinformación.....	87
Tabla 62. Correlación apego y medicación.....	87

## INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Edad de la madre.....	40
Ilustración 2. Edad del bebé.....	41
Ilustración 3. Estado Civil.....	42
Ilustración 4. Grado de instrucción.....	43
Ilustración 5. Ocupación de la madre.....	44
Ilustración 6. Violencia Obstétrica.....	45

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Desinformación.....	46
Gráfico 2. Trato deshumanizado. ....	52
Gráfico 3. Medicación y patologización. ....	60
Gráfico 4. Apego Madre-Hijo.....	66
Gráfico 5. Cuidado. ....	68
Gráfico 6. Protección.....	76
Gráfico 7. Dispersión y correlación.....	84
Gráfico 8. Correlación. ....	85



## **AGRADECIMIENTO**

*En primer lugar, quiero dar gracias a Dios porque cada día que me regala en una oportunidad para seguir en esta aventura que es vivir.*

*Quiero agradecer a la Carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés por regalarme momentos inolvidables y por todo el conocimiento adquirido.*

*A la Lic. Carla Andrea Morales Chávez quien supo guiarme en este proceso con paciencia otorgándome sus conocimientos y su tiempo.*

*Al Lic. Marco Fernández Motiño por su colaboración y apoyo.*

*A la Lic. Verónica Valda Paz por su tiempo y su buena predisposición a*

*Al Lic. Marco Antonio Salazar por su tiempo.*

*A mi familia por el apoyo.*

*A mi mamá y mi abuela que no dejaron de apoyarme y de creer en mí.*

*A mi querida amiga Faviola, gracias por tu amistad y por tu apoyo incondicional.*

**GRACIAS A TODOS!!!**

## RESUMEN

La Violencia Obstétrica es el trato deshumanizado, una intervención desproporcionada medicalizada del proceso natural de embarazo, parto y puerperio, que vulnera los derechos de las mujeres y afecta a su salud física y mental.

El trato deshumanizado durante el trabajo de parto puede afectar al apego, al vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido.

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la Violencia Obstétrica con el proceso de Apego madre-hijo en madres primerizas atendidas en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz.

Se trata de una investigación de tipo correlacional, con diseño no experimental, con muestreo no probabilístico. La muestra está compuesta por 50 mujeres que son atendidas en este hospital. Se utilizó el Cuestionario de Violencia Obstétrica, construido por el Observatorio de violencia Obstétrica de España (2016), validado y adaptado para la investigación; Inventario de Apego Materno, elaborado por condón (1993).

De acuerdo con las conclusiones obtenidas en la investigación se recomienda promover una Red de Salud Mental Perinatal como un espacio formal de actualización, reflexión y divulgación de la información sobre salud perinatal. Trabajando a partir de la preservación de la Salud Mental para establecer vínculos óptimos entre madre-hijo.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2014 hace su primera declaración entorno a la Violencia Obstétrica:

*“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y en el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”*

La Violencia Obstétrica es una de las 16 formas de violencia contra la mujer reconocida en la Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de Violencia N.348. Está relacionada con el maltrato que sufren las mujeres durante el periodo de gestación, el parto y el post parto tanto por el sistema de salud público y privado.

Es preciso tener presente que toda mujer embarazada posee el derecho a la información, así como la libertad para que la toma de decisiones sea libres e informadas, en relación con su salud tal y como queda detallado en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

La transgresión de este derecho hace que el ya obsoleto paternalismo médico se manifieste en su mayor expresión. Es evidente que muchas veces a las pacientes se les realizan prácticas sin que haya una previa consulta y sin llegar a ofrecerles la suficiente y necesaria información sobre las implicaciones que comportan las mismas. En consecuencia, lo que se hace es mermar e incluso anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Es reconocido que, el embarazo como acontecimiento excepcional en la vida de las mujeres, puede desencadenar emociones y sensaciones corporales muy intensas, diversas respuestas psicológicas (alegría, satisfacción, orgullo, miedo, ansiedad, distanciamiento, estrés) (Kennedy

& MacDonald, 2002) y reactivar memorias traumáticas previas (exploraciones ginecobstétricas, parto, cesárea) (Lartigue, 2005).

El parto traumático se ha definido como aquel en el que “hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé” (Beck & Watson, 2008). No es tan importante cómo haya sido el parto objetivamente sino el hecho de que durante el mismo la madre haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo miedo, indefensión u horror. Como dice Beck “el trauma del parto reside en la mirada de quien lo percibe”, lo que implica que trauma es lo que a cada mujer le resulta traumático durante su experiencia de parto (Beck, 2004).

Desde hace unos 20 años, se está intentando volver al parto natural, más sano, teniendo como centro a la familia. Hay mucha evidencia médica, psicológica y social, que muestra que los primeros momentos en la relación madre-hijo son fundamentales.

El Apego corresponde a la interacción entre madre y niño, probablemente desde el embarazo en la emocionalidad de la mujer, hasta el parto donde este primer encuentro físico entre ambos es de real importancia, por lo que debe ser buscado activamente por la mujer y fomentado y protegido por el equipo médico.

La Organización Mundial de la Salud desde el año 1985 recomienda que el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo.

En el momento del primer contacto entre la madre y el recién nacido se alcanzan los niveles máximos de oxitocina, de endorfinas y de prolactina que facilitan en la madre la atención máxima afectiva hacia el bebé, la expulsión de la placenta y el comienzo de lactancia.

Esta investigación busca establecer la relación de la Violencia Obstétrica con el proceso de apego madre- hijo, puesto que el vínculo afectivo puede verse alterado cuando la madre sufre algún tipo de violencia.

De esta manera se determinará las manifestaciones frecuentes de Violencia Obstétrica y como se relacionan con el Apego. Para esto se empleará el Cuestionario de Violencia Obstétrica (CVO), construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España en 2016. Y la Escala Antenatal Attachment, MAAS por Cohen y Jones (1990).

Para que se cumplan los objetivos de la investigación, se detalla el planteamiento del problema acerca de la violencia obstétrica y como se relaciona con el apego o vínculo afectivo. En este capítulo también se mencionan los objetivos de la investigación y la justificación de esta.

El marco teórico contiene los fundamentos teóricos que direccionan esta investigación así mismo se desarrollan los principales conceptos que nos permitirán conocer sobre la Violencia Obstétrica y sus características. Y de la misma forma se trabajará con el concepto de Apego.

El tipo de investigación será Correlacional, con el objetivo de conocer la relación que exista entre dos o más conceptos. Y el diseño será no experimental ya que no se realizará la manipulación de las variables.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados descriptivos y cuantitativos de las pruebas aplicadas mediante gráficos y tablas y para finalizar se presentan los resultados obtenidos del coeficiente de Pearson.

En el último capítulo se presentan las conclusiones obtenidas después del análisis de los conceptos teóricos y los resultados alcanzados para dar lugar a las recomendaciones para abordar esta problemática.

## **CAPÍTULO I**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA**

En la década de 1960 en Latinoamérica surgió un activismo feminista que lucha por la defensa del parto respetado y los derechos de las mujeres durante su atención perinatal. Uno de sus objetivos fue dar a conocer el término de Violencia Obstétrica, entendiéndolo como un tipo de violencia de género, que denuncia la excesiva medicalización e Intervencionismo que aun caracterizan la atención obstétrica actual.

Monroy y García conceptualizan la Violencia Obstétrica como todas las prácticas médicas que se realizan de manera rutinaria, sistemática e irrespetuosa respecto a la mujer durante la atención del parto en las diferentes instituciones hospitalarias. (Belli, 2013)

Ana Angarita, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en Bolivia afirma que: la violencia obstétrica esta invisibilizada y naturalizada en nuestro país y además añade que es necesario informar a la población sobre la Violencia Obstétrica y el impacto que tiene en la salud física y mental de las mujeres. (Mercado María Luisa 30 de Agosto de 2018. Violencia Obstétrica. Salud, pp. 5)

La Violencia Obstétrica es un tipo de violencia que en Bolivia tiene pocas investigaciones, la Encuesta de Prevalencia Características de la Violencia contra la mujer un estudio realizado el año 2016 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) arroja los siguientes datos: de las 830175 mujeres encuestadas de 15 a 55 años que declararon haber tenido hijos vivos en los últimos cinco años, el 64 % sufrió algún tipo de violencia obstétrica.

Se identificó que las mujeres manifestaron diferentes tipos de violencia psicológica obstétrica, los más comunes son:

- Aislamiento social.
- Paciente queda en la incertidumbre por desconocimiento por la patología que presenta
- Críticas respecto a la situación

Por la falta de información muchas mujeres que aún no saben con exactitud si han sido víctimas de violencia obstétrica, han callado los malos tratos y han normalizado algunas actitudes por parte del personal médico que vulneraron sus derechos.

La separación de las madres de los recién nacidos al momento de nacer se ha convertido en la práctica estándar a pesar de las pruebas cada vez mayores de sus posibles efectos nocivos.

El obstaculizar el apego precoz del recién nacido con su madre sin causa médica justificada, negando la posibilidad del contacto piel a piel y amamantarlo al nacer es una de las prácticas hospitalarias frecuentes en nuestro país.

Separar a la madre de un recién nacido es constituyente de Violencia Obstétrica, el personal de salud debe cuidar el ambiente para el encuentro entre madre e hijo para que la lactancia se instale de manera óptima, situación que parte inmediatamente luego del nacimiento y que debe mantenerse hasta mucho después del nacimiento. Es decir, se requiere que la madre y el recién nacido se mantengan juntos después del alumbramiento para que ambos se regulen fisiológicamente.

El nacimiento es la primera etapa donde se empieza a desarrollar el apego, según Bowlby (1986) es una disposición biológica, con el objetivo de buscar proximidad con un otro y su aspecto central es la búsqueda de seguridad. Destaca así que son conductas disímiles y no pauta fija de comportamientos (la cual siempre se da de la misma manera), sino que se generan en



retroalimentación con el ambiente. Implicando esto que sus manifestaciones dependen de diversos factores individuales y del contexto. (Bowlby, 1986)

La Organización Mundial de la Salud refiere que el estado emocional de la madre es esencial para el desarrollo del parto, sea natural o no, para el establecimiento del vínculo del apego, de la lactancia y por tanto de la salud de la madre y del recién nacido.

Se debe fortalecer y fomentar del vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre. El apoyo a la madre en el proceso de parto puede promover la formación de un apego seguro con el recién nacido, es decir, los funcionarios de salud deben promover la interacción de los padres con su hijo/a y la participación un acompañante ya sea la pareja u otro familiar significativo en el apego, además de brindar atención inmediata al recién nacido.

Una forma de prevenir la violencia es conocer en que ámbitos las personas pueden ser víctimas de la vulneración de sus derechos.

## **FORMULACIÓN DE PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

**¿En qué medida la Violencia Obstétrica incide en el proceso de Apego madre-hijo, en madres primerizas del Hospital de la Mujer de la Ciudad de La Paz?**

### **1.2 OBJETIVOS**

#### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Establecer la relación de la Violencia Obstétrica con el proceso de Apego madre-hijo, en madres primerizas del Hospital de la mujer de la ciudad de La Paz.

#### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la presencia de Violencia Obstétrica
- Determinar las manifestaciones frecuentes de la Violencia Obstétrica.

- Explicar si la Violencia Obstétrica obstaculiza la formación de un vínculo de apego temprano.
- Determinar si la Violencia Obstétrica y el Apego en madres primerizas del Hospital de la Mujer de la Ciudad de la Paz, se correlacionan significativamente.

### **1.3 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES**

De acuerdo con la metodología de la investigación se utilizaron las siguientes variables:

- **Violencia Obstétrica**
- **Apego**

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación pretende describir de qué manera la presencia de Violencia Obstétrica se relaciona con el proceso de Apego en madres primerizas que son atendidas en el Hospital de La Mujer de la ciudad de la Paz.

Durante siglos el embarazo y el parto fueron vividos por la mayoría de las mujeres como momentos críticos que generaban una gran ansiedad, angustia y temor por las pocas probabilidades de sobrevivir a ellos. Los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar vívidamente grabados en la memoria consciente de la mujer, tanto si son positivos como si son estresantes o traumáticos.

“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación” (Organización Mundial de la Salud).

Tal es el caso de Belli (2013), quien señala a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, violación a los derechos humanos y derechos sexuales reproductivos, muchas veces ignorada por las mujeres y todos los involucrados en la asistencia obstétrica

La Violencia Obstétrica se trata de una forma de violencia y como tal dejan algún tipo de secuelas psicológicas, que en muchas ocasiones va mucho más allá de lo emocional, y pueden llegar incluso a ser físicas.

Los eventos de vida estresantes son situaciones externas o internas que generan un impacto en el organismo humano y lo llevan a realizar esfuerzos para mantener su funcionamiento habitual, pudiendo en muchos casos tener efectos en la salud y bienestar general.

Según Laura Belli (2013) demuestra que hay actos hospitalarios que pueden afectar a la mujer en situación de embarazo o puerperio dificultando el posterior correcto vínculo de apego con el recién nacido. La Violencia Obstétrica es un tipo de violencia de género que repercute significativamente en las madres y como consecuencia directa a los bebés, siendo por esto fundamental comprender este fenómeno ya que el niño en el estado adaptativo que se encuentra necesita a su madre emocionalmente fuerte.

Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido.

Este es un problema de Salud Pública, es importante definir las conductas de rutina obstétrica que son consideradas como violencia de género y aquellas que ocurren con más frecuencia en nuestro medio.

En las dos últimas décadas en Latinoamérica toda una serie de investigaciones han comprobado que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un trastorno de estrés agudo o trastornos de estrés postraumático. Por lo que, muchas mujeres que han tenido un parto traumático o cargado de mucha tensión reviven el parto como si de una

pesadilla se tratara durante semanas o meses, y no pueden quitarse estos recuerdos de la cabeza por más que lo deseen.

Actualmente el apego es estudiado dentro del campo de la medicina como parte de la atención integral del parto; debido a que la práctica de este conlleva beneficios para la madre y el recién nacido, tanto a corto como a largo plazo y por ello la necesidad de estudiarlo y aplicarlo durante este periodo

La presente investigación tiene una Relevancia Social. Refleja la realidad sobre la violencia obstétrica, la deshumanización del parto y como se manifiesta en el apego entre madre y recién nacido, se centra en mujeres en situaciones de riesgo, interesa a la sociedad para garantizar el bienestar de la familia y la sociedad.

Los resultados de esta investigación contribuirán a informar y generar un impacto significativo en las madres primerizas visibilizando las prácticas de Violencia Obstétrica que han sido normalizadas en el ámbito hospitalario.

Investigar sobre la violencia obstétrica resulta necesario para los profesionales de psicología, resaltar la importancia de identificar las características de esta problemática para preservar la salud mental y física de las mujeres y promover el apego precoz seguro con los recién nacidos.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

##### 2.1.1 TIPOS DE VIOLENCIA

- **Física:** Cuando una persona recibe daño en su cuerpo. Por ejemplo: a través de golpes, patadas, empujones, fracturas, mutilaciones, disparos, torturas.
- **Psicológica o emocional:** Son todos aquellos actos y expresiones que ofenden, humillan, asustan, amenazan o atentan contra la autoestima de la persona. Por ejemplo: cuando se le dice a alguien inútil, bruto, usted no sirve para nada, se le amenaza de muerte, se le impide salir a la calle, visitar a la familia y tener amigos y amigas.
- **Sexual:** Cuando una persona es obligada a realizar actos sexuales que no desea. Por ejemplo: tener relaciones sexuales que no quiere, así sea con la pareja, a ejercer la prostitución o la pornografía. Estos actos son delitos y están sancionados por la ley.
- **Económica:** Cuando a la persona se le quita el dinero que gana, se le impide gastarlo en beneficio suyo o de su familia, o se le niega el dinero para controlar su independencia. Todas estas formas de violencia son consideradas delito y son sancionadas por la ley.
- **Género:** Son los actos violentos contra una persona debido a su sexo o preferencia sexual. En muchos casos, son actos que se ejercen contra las mujeres y están relacionados con el control que algunos hombres creen tener sobre ellas, generalmente, aprovechándose de

condiciones de indefensión, desigualdad y poder. También puede ocurrir contra hombres que se salen del rol masculino culturalmente aceptado, por ejemplo, en casos de violencia homofóbica o por conductas consideradas ‘femeninas’, como llorar o expresar sus sentimientos.

- **Obstétrica:** Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado.

## **2.2 LEY N. 348 - LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA**

La violencia contra mujeres, adolescentes y niñas es una vulneración gravísima de los derechos humanos, afecta el bienestar y desarrollo de la sociedad en general. En Bolivia la Ley 348, como ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia reconoce 16 formas de violencia:

- **Violencia Física:** Ocasionar heridas en el cuerpo ya sean internas o externas causadas por el uso de fuerza física, armas u otros medios.
- **Violencia Femicida:** Causa la muerte de una mujer por el hecho de serlo.
- **Violencia Psicológica:** Acciones sistemáticas de desvalorización, intimidación y control que tienen como consecuencia la inestabilidad psicológica.
- **Violencia Mediática: Difusión** de mensajes e imágenes estereotipadas que promueven la sumisión y/o explotación de mujeres.
- **Violencia Simbólica y/o Encubierta:** Mensajes, valores, símbolos, iconos, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales, y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión y discriminación.

- **Violencia sexual:** Poner en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el contacto o acceso carnal, genital o no genital.
- **Violencia Contra de los Derechos Reproductivos:** Acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre, ejercer su maternidad segura y elegir métodos anticonceptivos seguros.
- **Violencia en Servicios de Salud:** Acción discriminadora, humillante y deshumanizada que restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata poniendo en riesgo la salud de las mujeres.
- **Violencia Patrimonial o Económica:** Acción y omisión que al afectar los bienes propios y/o gananciales de la mujer provocan daño o menoscabo de su patrimonio.
- **Violencia Laboral:** Acción que se produce en cualquier ámbito de trabajo vulnerando el ejercicio de sus derechos
- **Violencia en el Sistema Educativo Plurinacional:** Acto de agresión física, psicológica o sexual cometido contra las mujeres en el sistema educativo.
- **Violencia en el Ejercicio Político y de Liderazgo:** Establecido en el Art. 7 de la Ley N. 243, Contra el Acoso y la Violencia Política hacia las Mujeres.
- **Violencia Institucional:** Acción discriminatoria, humillante, prejuiciosa y deshumanizante que retarde o niegue a las mujeres el acceso y atención del servicio requerido
- **Violencia en la Familia:** Agresión física, sexual y psicológica dentro del núcleo familiar.

- **Violencia Contra los Derechos y la Libertad Sexual:** Restringir el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura, afectiva que vulnere su libertad de elección sexual.

Esta Ley sanciona toda forma de violencia, sin embargo, en esta ocasión nos concentraremos en la Violencia Obstétrica como Violencia de Genero.

### **2.3 VIOLENCIA DE GÉNERO**

La definición más empleada de violencia de género es la elaborada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual expone la violencia de género como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (Asamblea General de las Naciones Unidad, 1993, p. 20).

### **2.4 VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Para autores como Arguedas Ramírez, activista por los derechos humanos, la violencia obstétrica se define como:

“Un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto”.

#### **2.4.1 TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Este tipo de violencia incluye la 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.

##### **2.4.1.1 VIOLENCIA OBSTÉTRICA FÍSICA**

Comprende:



- Prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- No respetar los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

#### **2.4.1.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA PSICOLÓGICA.**

Comprende:

- Trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación contra la mujer durante el transcurso de una práctica obstétrica.
- La omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

#### **2.4.2 ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

El concepto de Violencia Obstétrica es muy reciente y, por ende, se ha teorizado poco sobre él. Sin embargo, este concepto se puede fundamentar desde la noción de poder obstétrico, donde esta sería un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. Este poder vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro de la estructura social del patriarcado y del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres, donde los cuerpos femeninos, requieren encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias: la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico jurídica del embarazo y el parto (Arguedas, 2014).

En este sentido, la Violencia Obstétrica implica la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Sin embargo, en las prácticas rutinarias de los profesionales y personal de salud pública no existen datos de su garantía, ni tampoco sobre la real existencia o no de violencia obstétrica. El estado actual de las

investigaciones es analizado principalmente desde la revisión bibliográfica, considerándolo tema de actualidad y desde una perspectiva bioética.

### **2.4.3 MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Villanueva- Eganell (2010) expreso que las manifestaciones de Violencia Obstétrica pueden abarcar desde: Regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultar o informar a las mujeres sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo inadecuado del dolor durante el trabajo de parto así como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.

### **2.4.4 LEGISLACIÓN SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO**

En muchos países Iberoamericanos, la Violencia Obstétrica no se encuentra tipificada como tal y, por tanto, los actos constitutivos de Violencia Obstétrica son penados de forma diferente a como indica la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

En Latinoamérica, se ha legislado en la materia, durante estos últimos años en Bolivia, Colombia, Perú, México (1998), Nicaragua (1996), Panamá (1995), Paraguay, Bahamas, República Dominicana (1997) y Venezuela (1998 y 2006); entre otros países, han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra la mujer y proteger sus derechos.

#### **2.4.5 VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS**

Al igual que la violencia de género es un problema de derechos humanos (CEPAL, 1996), con la violencia obstétrica sucede lo mismo. Hace más de treinta años que se vienen realizando conferencias internacionales sobre derechos humanos que alertan de la importancia del respeto a los derechos sexuales y reproductivos, desde las primeras: Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (1996), etc. Se define la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Aun así, se siguen violando sistemáticamente los derechos humanos en general y los derechos de las mujeres en particular.

Por todo ello, los gobiernos deben asumir responsabilidades serias a través de políticas públicas mediante la elaboración o cambio de programas que afecten a la salud de las mujeres, incorporando a éstos la perspectiva de género, los derechos humanos y leyes de autonomía del paciente, persiguiendo enérgicamente cualquier tipo de violencia contra la mujer, en este caso obstétrica, a fin de garantizarla mejor atención antes, durante y después del parto.

Belli, manifiesta que el respeto por los derechos humanos dentro del sistema de atención biomédico implica eliminar los malos tratos propiciados en algunos casos de manera sistemática hacia las mujeres que hacen uso de los servicios, tanto como aquellos en que la violencia institucional cae sobre las/los trabajadores de la salud.

## **2.5 EMBARAZO**

Es importante diferenciarla gestación del embarazo, la gestación se refiere al desarrollo del feto y el embarazo se refiere a los cambios en la mujer que lo hacen posible, de forma errónea se utilizan estos dos términos como sinónimo.

Embarazo o gestación es el periodo que transcurre desde la implantación del ovulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. Cuando el ovulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto.(Rovati, 2013)

### **2.5.1 ETAPAS EL EMBARAZO**

- **1er TRIMESTRE:** Durante el primer trimestre, el cuerpo pasa por muchos cambios. Los cambios hormonales afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos. Estos cambios pueden manifestar síntomas incluso en las primeras semanas de embarazo
- **2do TRIMESTRE:** Algunos síntomas, como las náuseas y la fatiga, desaparecerán. Se presentan nuevos cambios en el cuerpo que serán más evidentes. El abdomen se expandirá de acuerdo con el crecimiento del bebé. Y antes de que termine este trimestre, el bebé comienza a moverse
- **3er TRIMESTRE:** La etapa final, cuanto más se aproxima la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más delgado y suave, a este proceso se lo conoce como borramiento. Este es un proceso normal y natural que ayuda a que el canal de parto (vagina) se abra durante el trabajo de parto. El médico controlará el progreso con un examen vaginal a medida que se aproxima la fecha estipulada de parto.

## **2.6 PARTO**

El parto humano llamado nacimiento, es la culminación del embarazo.

Una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas, aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

### **2.6.1 TIPOS DE PARTO**

- **PARTO NATURAL:** El bebé nace por vía vaginal se realiza sin intervenciones como la analgesia ni el uso de oxitocina artificial para estimular las contracciones, o procedimientos tales como la episiotomía.

Se respetan las necesidades de las mujeres, es humanizado. La madre puede elegir la ubicación en la que quiere dar a luz.

Es el parto menos invasivo y con menor intervención de medicamentos y procedimientos clínico

- **PARTO NORMAL:** Parto vaginal, de inicio espontáneo y el bebé nace con presentación cefálica Los beneficios del parto normal son numerosos. Para el bebé puede significar garantizar un pulmón maduro, contacto con la madre en posibilidades de enfermedades respiratorias, entre otras. Para la madre menos riesgo de hemorragia, recuperación más rápida y contacto rápido con el bebé.
- **PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL:** Se realiza cuando un parto normal evoluciona con ciertas dificultades para la salida del bebé. Es necesaria la realización de episiotomías en el perineo para la introducción de los fórceps y el posicionamiento de la cabeza del bebé. Con el fórceps ajustado, el profesional empujara en cuanto la mujer se ve obligada a empujar al bebé durante una contracción
- **PARTO ABDOMINAL O CESAREA:** Vía trans-abdominal, con una incisión en el abdomen de la madre, mediante la cual cortan varias capas hasta llegar al feto dentro del

útero y retirarlo por esta incisión. Después que el bebé es retirado, ocurre la eliminación de la placenta.

- **PARTO HUMANIZADO:** Frederick Leboyer fue uno de los pioneros en hablar sobre el parto humanizado en 1975 publicó el libro “Nacimiento sin violencia” revolucionando la forma de atender partos a nivel mundial, su libro no habla sobre un parto.

El parto humanizado es, por definición, aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.

Un parto humanizado significa:

- Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir ni interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en el domicilio).
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante el trabajo de parto (en cuclillas, en el agua o como desee).
- Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar las necesidades de elección de la mujer respecto a las personas que la acompañarán en el parto (familiares, amigos) y cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido y evitar someter al niño a cualquier maniobra innecesaria.

## **2.7 PUERPERIO O POST PARTO**

El post parto es también conocido como puerperio, es la fase siguiente al parto, su duración aproximada es de 40 días, a lo que llaman cuarentena.

El periodo post-parto es la etapa de transición donde la madre y el niño pasan de la estrecha relación del embarazo hacia un periodo de mayor autonomía para ambos. En este periodo ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre hasta que retorna una condición semejante a la que tenía antes del embarazo.

Este periodo es fundamental para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y los padres.

### **2.7.1 CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO**

El puerperio o post parto se divide en tres etapas:

- 1) **Puerperio inmediato:** Abarca las primeras 24 horas del parto
- 2) **Puerperio mediato:** Se extiende desde el segundo día hasta el decimo
- 3) **Puerperio alejado:** Culmina entre los 40 y 45 días después del parto.
- 4) **Puerperio tardío:** Se extiende hasta los 6 meses, incluso el tiempo en el que se extiende la lactancia.

### **2.7.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PUERPERIO**

Desde el punto de vista psíquico el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido. (Bydlowski, 2007)

El puerperio es un proceso de adaptación fisiológica y psicológica, la mujer que acaba de dar a luz tiene que adaptarse a una nueva etapa en la que ya no está embarazada pero tampoco es la misma que era antes de embarazarse.

Existen varios aspectos psicológicos que rodean esta etapa, el puerperio psicológico es todo el proceso psicoemocional que debe atravesar la madre para redescubrirse a sí misma, transformarse y encontrarse emocionalmente con su bebé.

Durante el embarazo la madre y el bebé están unidos íntimamente y luego del nacimiento da lugar a una separación comenzando así una nueva etapa para ambos, una etapa de autonomía, esta etapa es una transición genera tensión por el temor a fallar, a no poder satisfacer la demanda de la lactancia. Como amamantar al bebé después de un parto doloroso el proceso de la lactancia puede ocasionar úlceras en los pezones de la madre y esto genera otro tipo de sensaciones y temores en la madre mas aun cuando es primeriza.

Estos sentimientos que se dan con el primer hijo, nuevas experiencias totalmente desconocidas pueden marcar la vida de la mujer y retrasar el segundo embarazo y en algunos casos no contemplan la idea de un nuevo embarazo.

## **2.8 APEGO**

Es un vínculo emocional con otra persona. Bowlby afirmo que “Los enlaces formados por niños con sus cuidadores en sus etapas más tempranas, tienen un tremendo impacto que no desaparece y continúa durante toda la vida”.

El apego hace referencia a “la atadura” afectiva más intensa y duradera que se desarrolla y consolida entre seres humanos por medio de interacciones.

Bowlby (1993) definió la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido.

Peter Fonagy (2004), nos dice que la relación más temprana que se establece y nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional es la vinculación afectiva o apego con el cuidador más próximo, que se encargará de responder a nuestras señales o reacciones emocionales.



Alfredo Oliva Delgado (2004), expone que el apego constituye una de las construcciones teóricas más fuertes dentro de los estudios socioemocionales.

### **2.8.1 TIPOS DE APEGO**

- **APEGO SEGURO**

Este tipo de apego está caracterizado por la incondicionalidad: el niño sabe que su cuidador no va a fallarle. Se siente querido, aceptado y valorado. El comportamiento de los niños con apego seguro es activo, e interactúan de manera confiada con el entorno. Hay buena sintonía emocional entre el niño y la figura vincular de apego, lo cual se expresa en las etapas de desarrollo posteriores.

Las personas que han tenido un apego seguro en la infancia suelen interactuar con sus iguales de forma saludable en la edad adulta. No les supone un esfuerzo unirse íntimamente a las personas y no les provoca miedo el abandono. La dependencia es recíproca y no les preocupa estar solos. Es decir, pueden llevar a una vida adulta independiente, sin prescindir de sus relaciones interpersonales y los vínculos afectivos.

De acuerdo con Bowlby, este tipo de apego depende en gran medida de la constancia del cuidador. Debe tratarse de una persona atenta y preocupada por comunicarse con el recién nacido, no sólo interesada en cubrir las necesidades de limpieza y alimentación del bebé.

Desde luego, el inconveniente es que esto supone una entrega casi total de parte del cuidador o cuidadora, lo cual puede resultar complicado para algunas personas.

- **APEGO ANSIOSO – AMBIVALENTE**

Las emociones que se presentan de manera más frecuente son el miedo y la angustia exacerbada ante las separaciones, dificultad para calmarse cuando el cuidador retorna.

Durante la interacción con éste hay ambivalencia: enojo y preocupación, la ausencia del cuidador genera ansiedad.

Es por ello por lo que los pequeños con este estilo de apego necesitan la aprobación de los cuidadores y vigilan de manera permanente que no les abandonen. Exploran el ambiente de manera poco relajada y procurando no alejarse demasiado de la figura de apego.

En los adultos, el apego ansioso-ambivalente provoca, por ejemplo, una sensación de temor a que su pareja no los ame o no les desee realmente. Les resulta difícil interactuar de la manera que les gustaría con las personas, ya que esperan recibir más intimidad o vinculación de la que proporcionan.

- **APEGO EVITATIVO**

Los niños con un apego de tipo evitativo han asumido que no pueden contar con sus cuidadores, lo cual les provoca sufrimiento. Se conoce como “evitativo” porque los bebés presentan distintas conductas de distanciamiento. Por ejemplo, no lloran cuando se separan de cuidador, se interesan sólo en sus juguetes y evitan contacto cercano.

Esto ocurre porque el apego con el cuidado no ha generado suficiente seguridad, con lo cual, el pequeño desarrolla una autosuficiencia compulsiva con preferencia por la distancia emocional.

Aunque la despreocupación por la separación pudiera confundirse con seguridad, en distintos estudios se ha mostrado que en realidad estos niños presentan signos fisiológicos asociados al estrés, cuya activación perdura por más tiempo que los niños con un apego seguro.

Estos pequeños aprenden a vivir sintiéndose poco queridos y valorados; muchas veces no expresan ni entienden las emociones de los demás y por lo mismo evitan las relaciones de intimidad. Con frecuencia son valorados por los otros como hostiles.

En el apego evitativo en la edad adulta, tal y como ocurre en la infancia, se producen sentimientos de rechazo de la intimidad con otros y de dificultades de relación. Por ejemplo, las parejas de estas personas echan en falta más intimidad en la interacción.

- **APEGO DESORGANIZADO**

Este tipo es una mezcla entre el apego ansioso y el evitativo en que el niño presenta comportamientos contradictorios e inadecuados. Conocido también como “apego irresuelto” y traducido en una carencia total de apego.

Se trata del extremo contrario al apego seguro. Ocurre, por ejemplo, en casos de abandono temprano, cuya consecuencia en el niño es la pérdida de confianza en su cuidador o figura vincular, e incluso puede sentir constantemente miedo hacia ésta. En estos casos los niños tienen tendencia a las conductas explosivas. Un ejemplo es la destrucción de juguetes, las reacciones impulsivas, así como grandes dificultades para entenderse con sus cuidadores y con otras personas.

Buscan evitar la intimidad, pero no han encontrado una forma de gestionar las emociones que esto les provoca, por lo que se genera un desbordamiento emocional de carácter negativo que impide la expresión de las emociones positivas.

Los adultos que han tenido este tipo de apego de pequeños suelen ser personas con alta carga de frustración e ira, no se sienten queridas y parece que rechacen las relaciones, si bien en el fondo son su mayor anhelo. En otros casos, este tipo de apego en adultos puede encontrarse en el fondo de las relaciones conflictivas constantes.

### **2.8.2 APEGO POST NATAL**

Es el primer contacto que tiene la madre con su recién nacido inmediatamente después del parto, conocido también como contacto temprano o acercamiento piel a piel; el cual consiste en

brindar al recién nacido un ambiente en el cual se encuentre en contacto con su madre y esto a su vez proporcione una mejor adaptación al medio extrauterino, y promueva la lactancia inmediata la cual es indispensable para la supervivencia del recién nacido.

El contacto precoz ayuda al proceso temprano de interacción social, el recién nacido aprende a relacionarse con los demás en su primera y principal experiencia con el mundo de los estímulos humanos. Por otro lado, el tacto es el sentido de primera aparición en el desarrollo embrionario, siendo el primer medio de comunicación que posee el individuo para relacionarse con el medio ambiente, con todo lo que está más allá de la piel. H sea de extraordinaria importancia para el «apego», el reconocimiento mutuo.

### **2.8.3 TÉCNICA DE APEGO INMEDIATO POSPARTO**

Esta técnica consiste en que, una vez salido el recién nacido del canal del parto, es puesto en contacto directo, piel a piel sobre el vientre y posteriormente en el pecho de su madre. El niño se cubre con paños para evitar que se enfríe y se deja en esta situación durante 30 a 40 minutos de vida. Este proceso es vigilado por un médico neonatólogo.

## **2.9 BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ**

Según la Organización Panamericana de Salud, en cuanto a la madre y el recién nacido, el apego inmediato o precoz conlleva beneficios para ambos; debido a que la permanencia del recién nacido a su madre durante tiempo continuo e ininterrumpido crea un vínculo afectivo y favorece el reconocimiento de las características de su madre.

### **2.9.1 BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA LA MADRE**

La Organización Panamericana de la Salud indica que durante el apego inmediato y gracias a la oxitocina endógena, hace que este proceso del parto sea emocional y afectivo, el dolor disminuye evidentemente. Favorece la contractibilidad e involución uterina y previene la

hemorragia posparto, estimula la eyección de calostro y el incremento de la temperatura de la piel de las mamas, proporcionando alimento y calor al recién nacido.

### **2.9.2 BENEFICIOS DEL APEGO PRECOZ PARA EL RECIÉN NACIDO**

La Organización Panamericana de Salud indica que el contacto inmediato piel a piel además de sus efectos psicoactivos, tiene efectos en la estabilidad del recién nacido; los cuales hacen simular a la función de una incubadora.

- La termorregulación mediante el calor proporcionado por su madre.
- Estabilidad a nivel de frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Mejora la efectividad de la primera mamada, reduciendo el tiempo para una lactancia efectiva.
- Menor duración del llanto.

### **2.10 PSICOLOGIA PERINATAL**

La psicología perinatal hace referencia a la rama de la psicología que se encarga de la salud mental de las madres durante el periodo perinatal, que incluye el embarazo y el primer año de vida del niño.

Está enfocada en la mejoría de la calidad de vida de la madre y la disminución de los riesgos en el desarrollo del infante debido a dificultades psicológicas experimentadas durante el periodo perinatal (Alhulsen & Alvarez, 2016).

El termino Psicología Perinatal se consolido con la fundación en Alemania de la Asociación Internacional de Psicología y Medicina Pre y Perinatal (ISPPM, 1971) y la creación en Estados Unidos de la Asociación de psicología y Salud Pre Perinatal (APPPAH, 1983), su orientación se focaliza en la promoción de la salud mental en lo relativo a la concepción, embarazo, parto y

puerperio, así como a la prevención de patologías en salud mental de la mujer durante estas etapas (Sánchez, 2013).

La psicología perinatal se enfoca en los aspectos psicológicos desde la concepción, el embarazo, el parto, el post parto y la primera crianza. Tiene en cuenta a la mujer, al bebé, a su pareja, a su familia y a la comunidad.

Puede intervenir desde el ámbito individual o de pareja y familia, como desde un ámbito social, en programas de prevención o comunitarios, así como desde la investigación científica. Unos de los principales objetivos de la psicología perinatal es establecer las bases para un apego seguro con el recién nacido ya que está relacionado con la salud mental futura.

Esta es un área específica, con características propias, de intervenciones variadas, complejas, flexibles e interdisciplinarias, que abarca tanto el trabajo con adultos, en este caso con las madres embarazadas, puérperas, padres y familiares, como con niños desde recién nacidos hasta la primera infancia, además de otros profesionales a cargo del cuidado de la diada madre-hijo (Oiberman, 2015).

### **2.10.1 SALUD MENTAL PERINATAL EN BOLIVIA**

Hasta el año 2020 Bolivia contaba con la tasa más alta de muertes por embarazo y parto en Sudamérica. En el país, el alto es la ciudad que tiene más alta la tasa de mortalidad materna, lamentablemente en los últimos años el sistema de salud no se expandió lo suficiente para cubrir las numerosas necesidades por el incremento en su población. Esta situación se repite en nuestro país porque no existen políticas de estado para mejorar la calidad de atención prenatal y post natal.

## **2.11 PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.**

Es el proceso que implica la preparación biopsicosocial a nivel teórico práctico que se imparte durante la gestación, parto y puerperio por personal capacitado, con el objetivo que la madre tenga hábitos saludables y se prepare adecuadamente para la labor de parto. (Alvarado, Mecinas, Peña, 2014)

Este proceso brinda a las mujeres información sobre los fenómenos fisiológicos del embarazo y el parto, brinda un entrenamiento en ejercicios prácticos para el momento del parto sobre respiración, relajación y pujidos.

De la misma forma brinda entrenamiento psicológico como relajación, autocontrol emocional, reducción de la ansiedad, el miedo y habilidades para encarar situaciones de estrés en el ámbito hospitalario, reduciendo de esta manera el estrés y el temor que algunas mujeres sienten ante el parto.

### **2.11.1 BENEFICIOS DE LA PROFILAXIS OBSTÉTRICA.**

La mujer en trabajo de parto aumentará la posibilidad de adecuar de mejor manera sus respuestas durante las contracciones uterinas, podrá utilizar técnicas de relajación y respiración. Existe una mayor posibilidad de ingresar a la sala de atención con dilataciones avanzadas y evitar así innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto, y menor riesgo de presentar complicaciones obstétricas como desgarros perineales.

Un beneficio muy importante es que este proceso promueve la aptitud hacia la lactancia materna, proporcionando a la madre información práctica de como proporcionar al bebé una lactancia exclusiva durante por lo menos 6 meses.

## **CÁPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 ENFOQUE, TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se enmarca en el Enfoque Cuantitativo ya que usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, 2006:7)

##### **3.1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de Tipo Correlacional. Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. (Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014:126)

La investigación correlacional consiste en buscar diversas variables que interactúan entre sí, de esta manera cuando se evidencia el cambio en una de ellas, se puede asumir cómo será el cambio en la otra que se encuentra directamente relacionada con la misma.

##### **3.1.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de investigación en la presente investigación es No Experimental. “Son estudios que se realizan sin manipulación de variables y en los que se observan los fenómenos en su ambiente natural para ser analizados” (Hernández Sampieri, Roberto Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014: 152).



Dicho en otras palabras, este tipo de investigaciones no manipula deliberadamente las variables que busca interpretar, sino que se contenta con observar los fenómenos de su interés en su ambiente natural, para luego describirlos y analizarlos sin necesidad de emularlos en un entorno controlado.

Esta investigación No Experimental es de tipo Transeccional o transversal ya que describirá las variables y analizará su incidencia e interrelación en un momento dado.

### **3.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES**

- **Violencia Obstétrica:**

“Un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto” (Arguedas Ramírez, 2014)

- **Apego:**

“Una vinculación afectiva intensa y duradera que se desarrolla y consolida entre dos individuos, por medio de interacciones recíprocas cuyo objetivo es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza” (Delgado, O. 2004)

## CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

- VIOLENCIA OBSTÉTRICA

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDIDOR	INSTRUMENTO
V I O L E N C I A  O B S T É T R I C A	DESINFORMACIÓN	Información insuficiente, o desinformando acerca de sus opciones, impidiendo el involucramiento de la madre en la toma de desiciones .	0 = NO 1 = SI	T E V S I T O L P E A N R C A I A  D E O N B U S N T C É I T A R R I C L A A
	TRATO DESHUMANIZADO	Trato despersonalizado e irrespetuoso que menosprecia el valor o dignidad personal mediante acoso, hostigamiento e intimidación, así como acciones u omisiones dirigidas a ocasionar daño por parte de los responsables de la atención obstétrica	Idem.	
	MEDICACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN	Excesivo uso de intervenciones medicotecnológicas (medidas o protocolos de riesgo o emergencia obstétrica) en el embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo (BRO), así como la realización de prácticas rutinarias innecesarias o si heredado científico	Idem.	

- **APEGO**

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEM	INSTRUMENTO
A P E G O	PROTECCIÓN	Acciones que eviten el daño al bebé	7, 11,12,14,16,18	M E S C A L A E O
	CUIDADO	Ocuparse del bebé de acuerdo a sus necesidades	1,2,3,4,5,6,9,10,13,15,17,21,23.	A S C E R L D G N A E O O

### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1 POBLACIÓN

El universo o población, Tamayo (2007) define a la población como la “totalidad del fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica, y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación”.

La población que se tomara en cuenta en esta Tesis, serán 400 mujeres, madres primerizas que fueron atendidas en El Hospital de la Mujer, en la ciudad de La Paz.

#### 3.3.2 MUESTRA

La muestra será de Tipo No probabilístico intencional, nos permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en las que la población es muy variable.

### **3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Se utilizó la muestra de sujetos tipo, ya que los sujetos de la investigación tienen las mismas características, es decir, son mujeres que son atendidas en el hospital de la mujer de la ciudad de La Paz, pero han sido elegidas bajo los siguientes criterios de selección:

- Mujeres entre 18 y 25 años.
- Madres primerizas con hijos nacidos a término.
- Mujeres que hayan dado a Luz entre los 6 meses pasados.
- Predisposición para participar de la investigación

En este sentido se seleccionaron por estos criterios establecidos, un total de 50 mujeres que responden a la categorización de la muestra.

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.5.1 TÉCNICAS**

En la presente investigación se utilizarán las técnicas de:

- Observación sistemática
- Entrevista estructurada

#### **3.5.2 INSTRUMENTOS**

- **“Test para denunciar la violencia obstétrica ” (TDVO)**

Se empleó el Cuestionario de Violencia Obstétrica-CVO, construido por el Observatorio de Violencia Obstétrica de España (2016) cuyo objetivo es evaluar la percepción y experiencia de violencia durante el parto, en sus aspectos desinformación, trato deshumanizado y medicalización y patologización, de las mujeres durante los últimos 6 meses. Se utilizará una versión adaptada del Cuestionario de Violencia Obstétrica, mediante una prueba piloto con 20 mujeres semejante a la del estudio. El instrumento final, quedó conformado por 28 interrogantes

dicotómicas, con valores de 0 y 1 (0 = No y 1 = Si). El cuestionario está estructurado en tres dimensiones: desinformación: 7 interrogantes, trato deshumanizado: 12 interrogantes y medicalización y patologización: 9 interrogantes

El puntaje de cada dimensión se obtiene sumando el puntaje de las interrogantes de dicha dimensión y el puntaje global se obtiene al sumar los puntajes de las tres dimensiones, lo cual refiere mayores reacciones frente al proceso de estrés

Este instrumento reúne criterios de validez y confiabilidad aceptable. Para la evaluación de la validez de constructo convergente de la versión adaptada del Cuestionario de Violencia Obstétrica fueron realizadas pruebas de correlación de Pearson entre las medidas de desinformación, trato deshumanizado y medicalización y patologización.

Para la clasificación de la fuerza de correlación entre las variables, consideramos valores próximos de 0,30 como satisfactorios, entre 0,30 a 0,50 de moderada magnitud, por arriba de 0,50 de fuerte magnitud y valores por debajo de 0,30 de poco valor para la práctica, mismo que estadísticamente sean significativos (Ajzen & Fishbein, 1998).

### **“Instrumento: Cuestionario sobre Violencia Obstétrica”**

#### **Resumen de procesamiento de casos**

<b>CASOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Validos	24	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	0
<b>TOTAL</b>	24	100,0

- a. Eliminación en listas según variables del procedimiento.

## Análisis de Fiabilidad

Cronbach's Alpha	N.
,846	28

**Alfa de Cronbach = 0,846**

La prueba piloto fue aplicado a 24 mujeres entre 18 y 25 años, que fueron madres primerizas dentro de los seis meses pasados en el Hospital de la Caja Petrolera de Salud. El valor obtenido del Alfa de Cronbach nos demuestra que el Índice de consistencia interna del instrumento “*Cuestionario sobre Violencia Obstétrica*” tiene Fiabilidad al ser de **0,846** de consistencia **Alta**.

- “**Antenatal Attachment Scale, MAAS)** “

Fue diseñada por Condon (1993), como un cuestionario de auto reporte conformada por 19 ítems. Las respuestas son ubicadas en 5 puntos de una escala tipo Likert, la puntuación mínima es 19 y la máxima 95. Las puntuaciones en la escala de Calidad puntúan entre 11 y 50, mientras que en la de Preocupación, entre 8 y 40. La escala total cuenta con una consistencia interna alfa de Cronbach de .818. Se clasificó Calidad y Preocupación como positivo o alto, según fuera el caso, cuando la puntuación se encontraba por arriba de la media del grupo, y como negativo o bajo, respectivamente cuando puntuaba por debajo de la media. Debido a que este instrumento solo se encontraba en idioma inglés, se llevó a cabo el procedimiento de traducción inversa planteado por Cohen y Jones (1990), cuyo proceso es descrito por Masson (2005). Cohen y Jones plantean este enfoque de traducción como “comparativo”, ya que el resultado pretende hacer referencia a los constructos del instrumento a través de las culturas. Cuando la traducción del inglés original se hace palabra por palabra (lingüísticamente equivalente) puede llegar a perderse el significado de la idea tal cual como se quiere transmitir. Es por eso, que se propone

como objetivo principal el lograr una equivalencia conceptual, donde los conceptos expresados en español sean equivalentes al significado original escrito en la versión en inglés (Varrichio, 2004). El resultado es una traducción simétrica que supone ser familiar y coloquial al mismo tiempo (Cohen & Jones, 1990). Se requiere una reevaluación de las propiedades psicométricas para el instrumento resultante de la traducción. A fin de lograr una equivalencia conceptual en la traducción del idioma inglés al idioma español, Masson (2005) recomienda un proceso de traducción y traducción inversa por parte de un equipo formado por lo menos de 2 personas bilingües. Basados en dicha recomendación el equipo se compuso de las siguientes personas: Persona 1: maestra del idioma inglés cuya lengua natal es el español. Persona 2: persona cuya lengua natal es el idioma inglés, pero domina el español de manera fluida. Persona 3: Investigador, con conocimientos avanzados del idioma inglés cuya lengua natal es el español. Una vez que la persona tres comparó la equivalencia de la traducción inversa con la original, y constató que eran homogéneas lingüísticamente, se procedió a utilizar la versión traducida al español.

**“Instrumento: Inventario de Apego Materno”**

**Resumen de procesamiento de casos.**

<b>CASOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Validos	24	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	0
<b>TOTAL</b>	24	100,0

- a. Eliminación en listas según variables del procedimiento.

### **Análisis de Fiabilidad.**

<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>N.</b>
,868	23

**Alfa de Cronbach = 0,868**

La prueba piloto fue aplicado a 24 mujeres entre 18 y 25 años que fueron madres primerizas dentro de los seis meses pasados en el Hospital de la Caja Petrolera de la ciudad de La Paz. . El valor obtenido del Alfa de Cronbach nos demuestra que el Índice de consistencia interna del instrumento “Inventario de Apego Materno” tiene Fiabilidad al ser de 0,868 de consistencia Alta.



## **CÁPITULO IV**

### **4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.**

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos a través de los instrumentos definidos en la metodología de la investigación, con el propósito determinado la relación entre Violencia Obstétrica y Apego en madres primerizas del hospital de la Mujer de ciudad de La Paz.

#### **PRIMERA PARTE**

##### **4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS**

###### **4.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES Y COMPLEMENTARIOS.**

Para el presente estudio se recabo información sobre Edad Cronológica de la madre y del hijo, Grado de Instrucción, Estado Civil y Ocupación actual. Estos datos nos facilitan el entendimiento de los resultados del análisis correlacional de la Violencia Obstétrica y el Apego en Madres Primerizas.

Es importante tener esta información, porque estos pueden ser factores que influyen para que las mujeres sean o no víctimas de violencia obstétrica, incluso el tipo de vínculo afectivo o apego que desarrollaran con el recién nacido.

Los datos obtenidos son de gran importancia ya que nos aportan características de mujeres víctimas o potenciales víctimas de este tipo de violencia.

A continuación, se detalla en tablas y gráficos los resultados obtenidos:

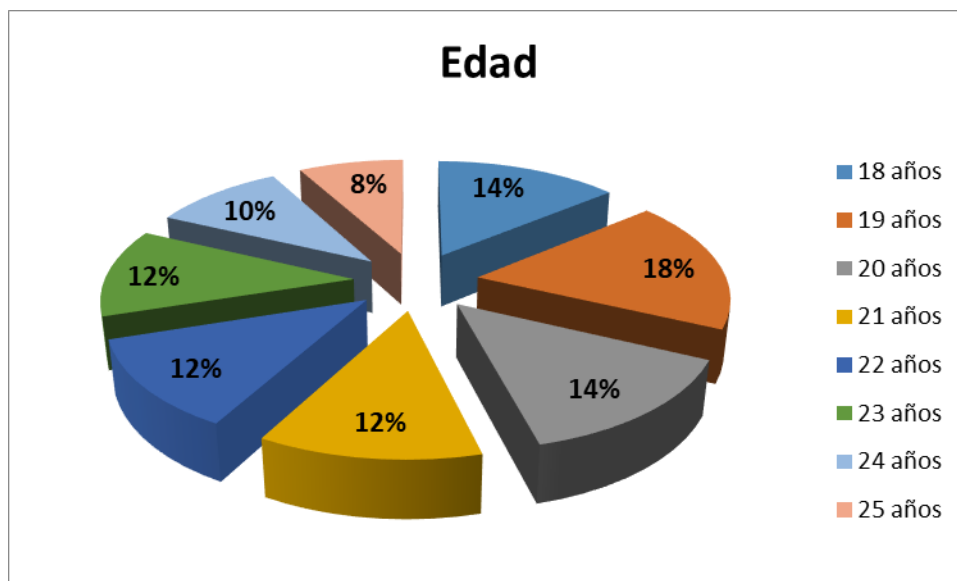
## EDAD DE LA MADRE

**TABLA N. 1**

EDAD DE LA MADRE		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	7	14%
19	9	18%
20	7	14%
21	6	12%
22	6	12%
23	6	12%
24	5	10%
25	4	8%

*Tabla 1. Edad de la madre.*

**GRÁFICO N.1**



*Ilustración 1. Edad de la madre.*

La muestra de esta investigación se encuentra comprendida entre los 18 a 25 años. Los datos encontrados en relación con la edad denotan que el 18% de la muestra son mujeres de 19 años,

el 14% de las mujeres están dentro de los 18 años, 12% contenida por mujeres de 21 años, 12% con mujeres de 22 año, 12% mujeres de 23 años. El 10% de la muestra representada por mujeres de 24 años y por último con 8% mujeres de 25 años.

La muestra está compuesta por mujeres jóvenes y refleja que la mayoría son madres primerizas entre los 18 y 19 años.

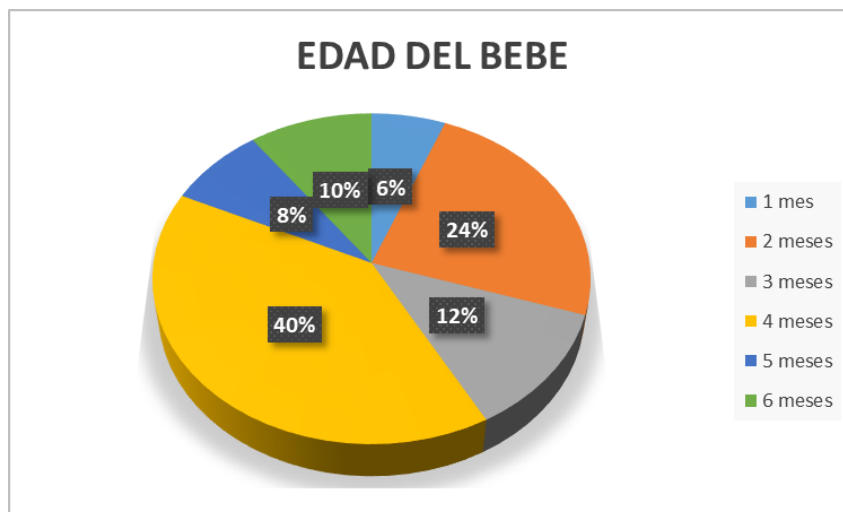
### EDAD DEL BEBE

**TABLA N. 2**

EDAD DEL BEBÉ		
MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 MES	3	6%
2 MESES	12	24%
3 MESES	6	12%
4 MESES	20	40%
5 MESES	4	8%
6 MESES	5	10%

*Tabla 2. Edad del bebé*

**GRÁFICO N. 2**



*Ilustración 2. Edad del bebé.*

Las mujeres madres que componen la muestra de investigación son madres atendidas en hospital de la mujer para los controles ginecológicos. Estas madres tienen bebés que oscilan entre el primer mes y sexto mes de vida. El 40% de los bebés tiene 4 meses de edad, el 24% dos meses, el 12% de 3 meses de edad, el 10% de 6 meses, el 8% de 5 meses% y por último el 6% tiene bebés de un mes de edad.

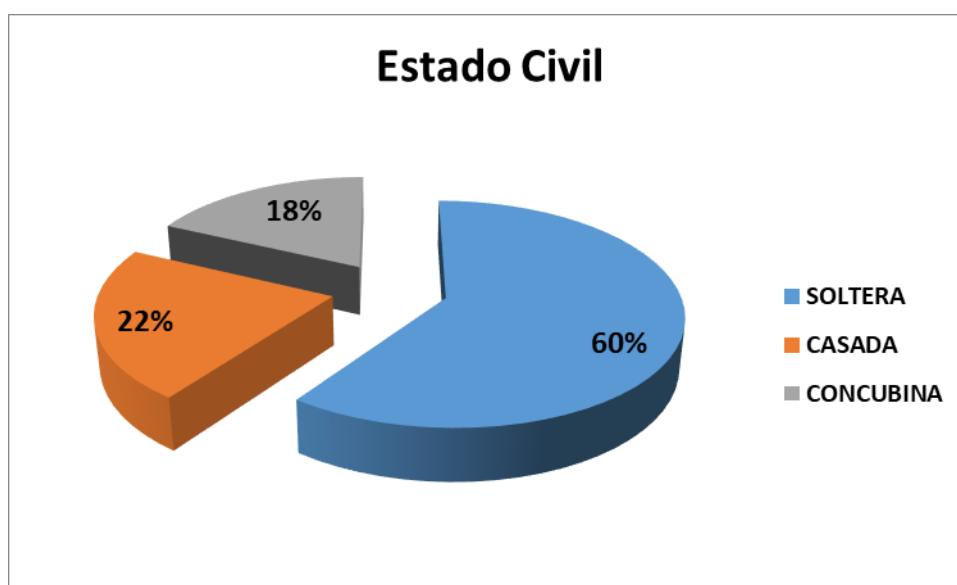
### ESTADO CIVIL

**TABLA N. 3**

ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	30	60%
CASADA	11	22%
CONCUBINA	9	18%

*Tabla 3. Estado Civil.*

**GRÁFICO N. 3**



*Ilustración 3. Estado Civil.*

Dentro de la investigación vemos que el 60% de las madres son solteras, el 22% se casaron y el 9% tienen una relación de concubinato.

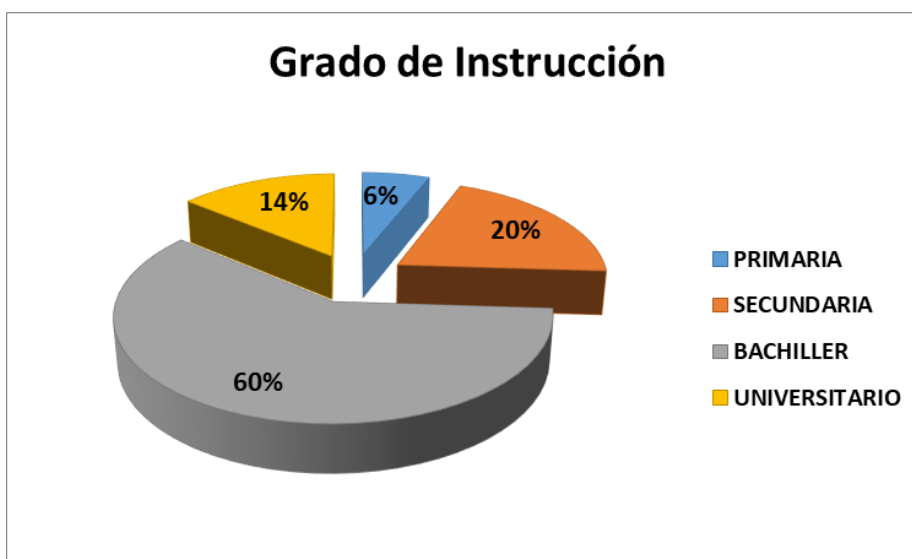
### GRADO DE INSTRUCCIÓN

**TABLA N. 4**

GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA	3	6%
SECUNDARIA	10	20%
BACHILLER	30	60%
UNIVERSITARIO	7	14%

*Tabla 4. Grado de instrucción.*

**GRÁFICO N. 4**



*Ilustración 4. Grado de instrucción.*

El 60% de las mujeres que participaron de la investigación lograron terminar con éxito sus estudios hasta el bachillerato, un 20% llegó hasta la secundaria, mientras que un 6% solo cursaron la Educación Primaria. El 14% de las mujeres accedieron a carreras universitarias y no pudieron culminar estas.

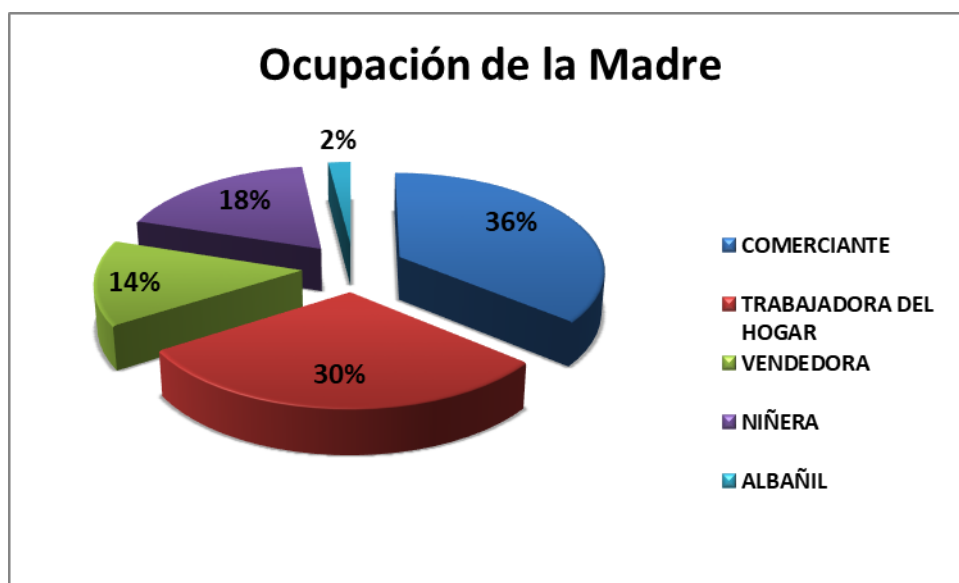
## OCUPACIÓN DE LA MADRE

**TABLA N. 5**

OCUPACIÓN DE LA MADRE		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMERCIANTE	18	36%
TRABAJAD. DEL HOGAR	15	30%
VENDEDORA	7	14%
NIÑERA	9	18%
ALBAÑIL	1	2%

*Tabla 5. Ocupación de la madre.*

**GRÁFICO N.5**



*Ilustración 5. Ocupación de la madre.*

La muestra refleja que el 36% de las mujeres que cooperaron con la investigación son comerciantes, el 30% de las mujeres son trabajadoras del hogar, el 18% son niñeras, el 14% son empleadas en tiendas y trabajan de vendedoras y por último un 2% trabaja como ayudantes de albañilería.

#### 4.1.2 ANÁLISIS GLOBALES DE LAS PRUEBAS APLICADAS

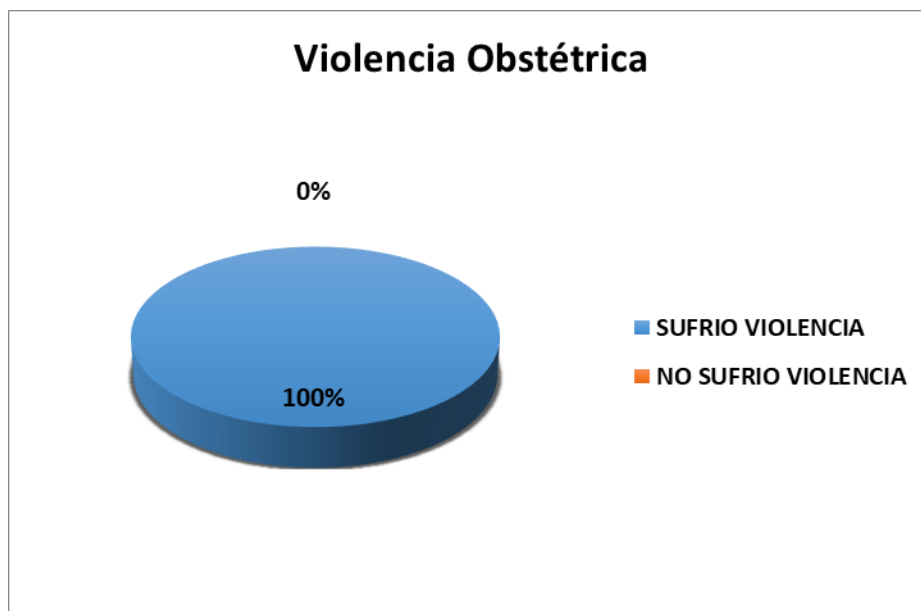
##### A. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE “VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

TABLA N. 6

VIOLENCIA OBSTÉTRICA	
SI	100%
NO	0

*Tabla 6. Violencia Obstétrica.*

GRÁFICO N. 6



*Ilustración 6. Violencia Obstétrica.*

La investigación refleja que el 100% de las mujeres fueron víctimas de Violencia Obstétrica. El instrumento para medir esta variable establece que una respuesta positiva indica la presencia de Violencia Obstétrica durante el parto.

## a. RESULTADOS POR DIMENSIÓN

- DESINFORMACIÓN.

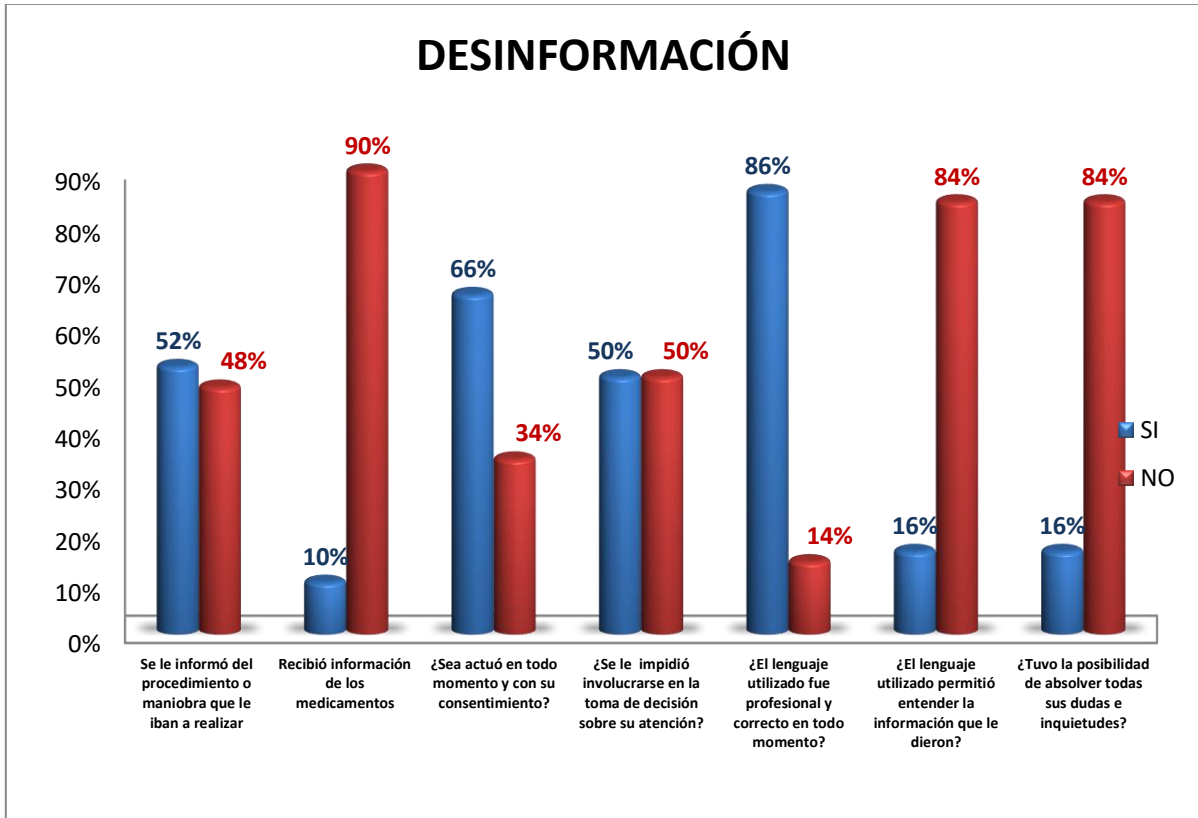


Gráfico 1. Desinformación.

Durante el trabajo de parto es muy importante que las mujeres tengan conocimiento de todos los procedimientos que se realizaran, muchas veces la incertidumbre y el desconocimiento del porqué de algunas praxis pueden generar tensión y susceptibilidad interfiriendo de manera negativa en la respuesta fisiológica y emocional de las mujeres durante el proceso de alumbramiento.



**PREGUNTA 1.**

**¿SE LE INFORMÓ EL PROCEDIMIENTO O MANIOBRA QUE LE IBAN A REALIZAR (INDICACION DE SU CASO, OTRAS OPCIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS)?**

**TABLA. 7**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>26</b>	<b>52%</b>
<b>NO</b>	<b>24</b>	<b>48%</b>

*Tabla 7. Información y procedimiento.*

Según los resultados obtenidos, se puede observar que 52% de la muestra, mujeres que fueron atendidas como madres primerizas en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de la Paz no recibieron información sobre el procedimiento que se les realizaría durante y después del parto. El 48% de la muestra indicaron que fueron informadas sobre los procedimientos que se les realizaría.

La falta de información en los pacientes crea inseguridad, el miedo hace que sus respuestas fisiológicas no cooperen en este proceso.

**PREGUNTA 2.**

**¿RECIBÍÓ INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS (OXITOCINA, ANTIBIOTICOS, TOCOLITICOS, ANTIHIPERTENSIVO, ENTRE OTROS) QUE SE IBAN A ADMINISTRAR INDICACION EN SU CASO, OTRAS OPCIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS ?**

**TABLA 8.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>5</b>	<b>10%</b>
<b>NO</b>	<b>45</b>	<b>90%</b>

*Tabla 8. Información sobre la administración de medicación.*

Respecto a la información sobre la medicación administrada en el parto el 10% de la muestra indica que fue informada mientras que el 90% no sabe sobre la medicación que recibió durante y después del parto.

El acceso a la información genera seguridad en los pacientes, cuando el personal médico informa al paciente lo que se realizara y por qué se genera confianza, reduciendo así la sensación de inseguridad en el paciente, pero si niegas esta información la incertidumbre puede provocar sensaciones que interfieren en las respuestas fisiológicas del paciente.

**PREGUNTA 3.**

**¿SE ACTUÓ (TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS) EN TODO MOMENTO Y CON SU CONSENTIMIENTO?**

**TABLA 9.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>33</b>	<b>66%</b>
<b>NO</b>	<b>17</b>	<b>34%</b>

*Tabla 9. Consentimiento para el procedimiento.*

El 66% de la muestra indica que fueron consultados para la realización de cualquier tipo de práctica, mientras el 34% no fueron consultados. Es importante que el personal médico tome en

cuenta que los pacientes necesitan saber a qué tipos de procedimientos serán expuestos los pacientes.

Las madres primerizas no tienen experiencia en el proceso de parto, no saben que practicas medicas pueden o no realizar en ellas y es indispensable que accedan a información de manera sencilla sin tecnicismos para que pueda ser comprendido por el paciente.

#### **PREGUNTA 4.**

**¿SE LE IMPIDIÓ INVOLUCRARSE EN LA TOMA DE DECISIÓN SOBRE SU ATENCIÓN?**

**TABLA 10.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>
<b>NO</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>

*Tabla 10. Decidir sobre su atención.*

En esta pregunta observamos que el 50% de muestra se sintió involucrado en la toma decisiones en el momento del parto y el otro 50% no.

Durante el proceso de parto es importante que la mujer sea quien tome la decison sobre su atención y a las intervenciones médicas que se realizaran.

Mientras sea posible es necesario informar al paciente sobre su diagnóstico, como se encuentra el bebé y si se realizara algún tipo de intervención para que el paciente pueda dar su consentimiento.

**PREGUNTA 5.**

**¿EL LENGUAJE UTILIZADO FUE PROFESIONAL Y CORRECTO EN TODO MOMENTO?**

**TABLA 11.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>43</b>	<b>86%</b>
<b>NO</b>	<b>7</b>	<b>14%</b>

*Tabla 11. Lenguaje correcto.*

El 86% de la muestra indica que los profesionales que la intervinieron utilizaron un lenguaje correcto y profesional mientras que un 14% no percibió esto.

Es importante entablar un diálogo respetuoso desde el mismo lugar del paciente.

**PREGUNTA 6.**

**¿EL LENGUAJE UTILIZADO PERMITIÓ ENTENDER LA INFORMACIÓN QUE LE DIERÓN?**

**TABLA 12.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>43</b>	<b>86%</b>
<b>NO</b>	<b>7</b>	<b>14%</b>

*Tabla 12. Lenguaje sencillo.*

En cuanto a la información que recibieron el 86% de la muestra considera que entendió lo que los profesionales les expusieron, mientras que el 14% considera que no.

Esta situación puede tener relación con la edad y el grado de instrucción de las mujeres de la muestra, el lenguaje empleado con el paciente debería ser de fácil comprensión y explicar de manera sencilla lo que pasa durante el proceso de parto.

#### **PREGUNTA 7.**

**¿TUVO LA POSIBILIDAD DE ABSOLVER TODAS SUS DUDAS E INQUIETUDES?**

**TABLA 13.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>43</b>	<b>86%</b>
<b>NO</b>	<b>7</b>	<b>14%</b>

*Tabla 13. Absolver dudas.*

El 86% de la muestra pudo preguntar sobre su estado y tener una explicación de los procedimientos, mientras un 14% no tuvo la misma oportunidad. Lamentablemente el Sistema de Salud en nuestro país se ve marcado por la falta de equipos e insumos médicos y recursos humanos para mejorar la atención a pacientes.

- **TRATO DESHUMANIZADO**

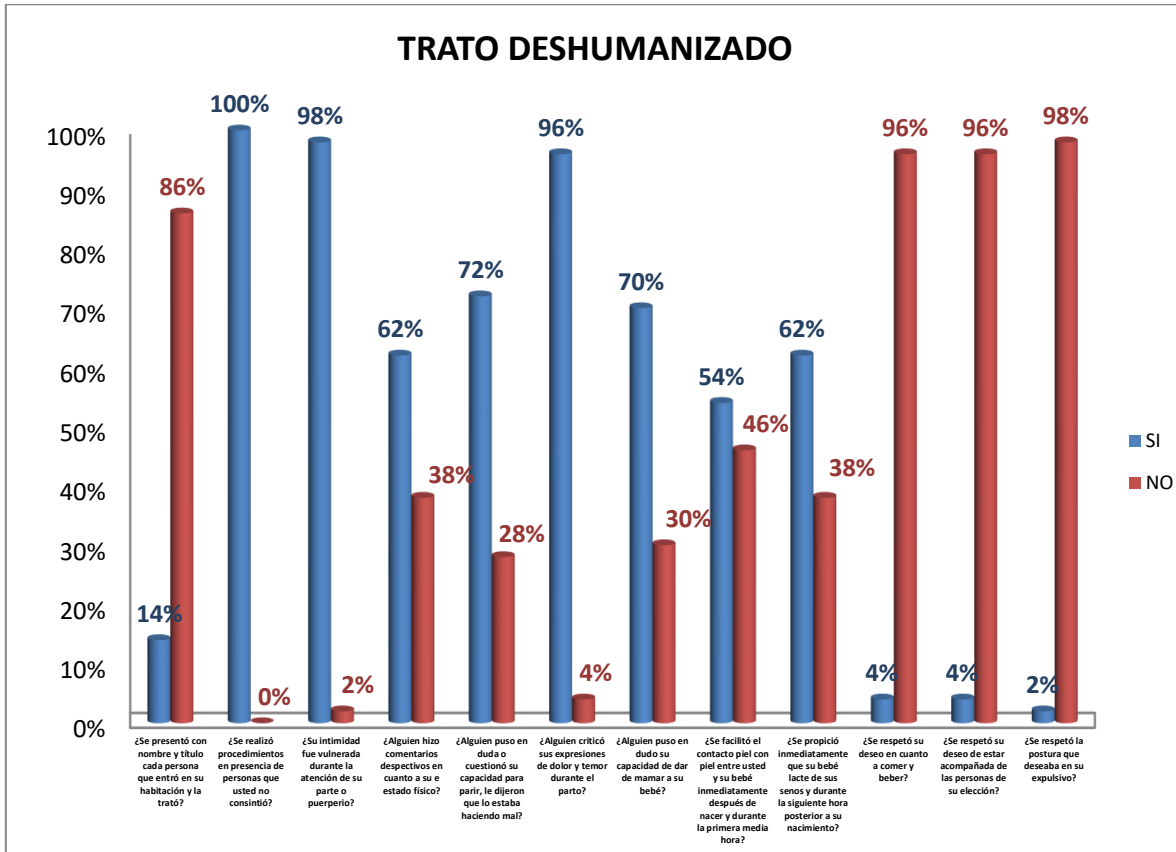


Gráfico 2. Trato deshumanizado.

Es común que en los hospitales donde se atienden partos exista una cantidad considerable de médicos internos y residentes quienes se encargan de hacer los monitoreos a las mujeres que están en trabajo de parto, esta situación muchas veces lejos de ayudar resulta molesto e incómodo para las mujeres durante este proceso, aunque no deja de ser necesario debería ser una práctica empática y pactada con el paciente para que no se transgreda de forma abrupta los límites íntimos de una mujer en este caso.

El flujo de pacientes en los hospitales puede generar que la atención medica durante el parto no sea empática, quizá por la sobre carga laboral o la falta de capacitación en lo que ahora se conoce la humanización del parto.

**PREGUNTA 8.**

**¿SE PRESENTÓ CON NOMBRE Y TÍTULO CADA PERSONA QUE ENTRO EN SU HABITACIÓN Y LA TRATO?**

**TABLA 14.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>7</b>	<b>14%</b>
<b>NO</b>	<b>43</b>	<b>86%</b>

*Tabla 14. Presentación de médicos*

Durante la asistencia del parto muchas personas ingresan a las revisiones de las mujeres que están en este proceso, la muestra nos indica que solo 14% supo de la identidad y especialidad de las personas que ingresaban en la sala. Mientras que el 86% indica que las personas que ingresaban su sala no se identificaban.

**PREGUNTA 9.**

**¿SE REALIZÓ PROCEDIMIENTOS EN PRESENCIA DE PERSONAS QUE USTED NO CONSINTIÓ?**

**TABLA 15.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>NO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

*Tabla 15. Procedimientos en sala.*

El 100% de la muestra indica que se le realizaron procedimientos en presencia de personas sin su consentimiento. En los hospitales las mujeres son atendidas por médicos especialistas,

médicos residentes y estudiantes, esto implica en el caso de las mujeres que están en trabajo de parto sean revisadas con público resultando vergonzoso y molesto no solo por lo doloroso que es el proceso sino por la falta de empatía cuanto la atención de las necesidades de las mujeres

**PREGUNTA 10.**

**¿SU INTIMIDAD FUE VULNERADA DURANTE LA ATENCIÓN DE SU PARTO O PUERPERIO?**

**TABLA 16.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>49</b>	<b>98%</b>
<b>NO</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>

*Tabla 16. Intimidad vulnerada.*

El 98% de la muestra indica que su intimidad fue vulnerada, mientras que el 2% indicó que no. Cuando muchas personas se encargan de los tactos durante el parto y las revisiones ginecológicas en presencia de médicos de turno, residentes médicos y estudiantes resulta incómodo para el paciente ya que los dolores de parto son intensos y más las revisiones con público generan malestar y las mujeres terminan aceptando este trato vergonzoso.

**PREGUNTA 11.**

**¿ALGUIEN HIZO COMENTARIOS DESPECTIVOS EN CUANTO A SU ESTADO FÍSICO?**



**TABLA 17.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>31</b>	<b>62%</b>
<b>NO</b>	<b>19</b>	<b>38%</b>

*Tabla 17. Comentarios despectivos.*

El 62% de la muestra experimento comentarios despectivos de su aspecto físico mientras que un 38% no vivió esta experiencia. Esta es la crítica sobre el peso que ganaron las mujeres durante el embarazo.

**PREGUNTA 12.**

**¿ALGUIEN PUSO EN DUDA O CUSTIONÓ TU CAPACIDAD PARA PARIR, LE DIJERON QUE LO ESTABA HACIENDO MAL?**

**TABLA 18.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>36</b>	<b>72%</b>
<b>NO</b>	<b>14</b>	<b>28%</b>

*Tabla 18. Capacidad de parir.*

En cuanto al momento del parto, el 72% de la muestra fue cuestionada en cuanto a su capacidad, el 28% no percibió este hecho. Creo que todas las mujeres cuando están embarazadas por primera vez no saben a lo que se enfrentan, sumado a todo el proceso vergonzoso de la preparación para el parto empiezan los dolores intensos interfieren en el proceso de parto y la culminación de este.

**PREGUNTA 13.**

**¿ALGUIEN CRITICÓ SUS EXPRESIONES DE DOLOR (GRITOS O GEMIDOS) Y TEMOR DURANTE EL PARTO?**

**TABLA 19.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>48</b>	<b>96%</b>
<b>NO</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>

*Tabla 19. Expresiones de dolor.*

El 96% de la muestra fueron criticadas en el momento de parto, esto por las expresiones de dolor que genera el mismo, el 4% indica que no vivió esta experiencia. Las madres primerizas no saben el tipo y la intensidad de dolor que se sentirán durante el proceso de parto, las personas tienen distinta tolerancia al dolor, algunas pueden soportarlo y otras no.

**PREGUNTA 14.**

**¿ALGUIEN PUSO EN DUDA SU CAPACIDAD DE DAR DE MAMAR A SU BEBÉ?**

**TABLA 20.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>35</b>	<b>70%</b>
<b>NO</b>	<b>15</b>	<b>30%</b>

*Tabla 20. Lactancia.*

El 70% de las madres de la muestra indican que se puso en duda su capacidad de dar de lactar a su bebe, esto porque al ser madres primerizas no sabían cómo sostener a su bebe y fueron juzgadas y criticadas por esta situación, mientras el 30% no tuvo esta experiencia. En algunos casos

**PREGUNTA 15.**

**¿SE FACILITÓ EL CONTACTO PIEL CON PIEL ENTRE USTED Y SU BEBÉ?**

**TABLA 21.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>27</b>	<b>54%</b>
<b>NO</b>	<b>23</b>	<b>46%</b>

*Tabla 21. Contacto piel con piel.*

El 54% de las madres de la muestra indican que no se les facilitó el contacto piel con piel, que pasaron horas para que se les entreguen a los recién nacidos, 46 % tuvieron la experiencia sin ningún problema. El contacto piel con piel promueve el apego temprano entre la madre y recién nacido.

**PREGUNTA 16.**

**¿SE PROPICIÓ INMEDIATAMENTE QUE SU BEBÉ LACTE DE SUS SENOS Y DURANTE LA SIGUIENTE HORA POSTERIOR A SU NACIMIENTO?**

**TABLA 22.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>31</b>	<b>62%</b>
<b>NO</b>	<b>19</b>	<b>38%</b>

*Tabla 22. Lactancia inmediata.*

El 62% de la muestra pudo dar de lactar a su bebe inmediatamente o dentro de la primera hora del nacimiento, el 38% indica que no pudo hacerlo ni inmediatamente ni dentro la primera hora. Promover la lactancia es muy importante para el recién nacido y para la mamá.

Mas allá de los nutrientes que aporta la leche materna los vínculos afectivos emocionales que se generan a partir de este hecho lograran un apego seguro entre ambos.

#### **PREGUNTA 17.**

**¿SE RESPETO SU DESEO EN CUÁNTO A COMER Y BEBER?**

**TABLA 23.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>NO</b>	<b>48</b>	<b>96%</b>

*Tabla 23. Comer y beber.*

El 96% de la muestra indica que no se les facilito alimentación y bebidas después de recuperarse del trabajo de parto, el 4% de la muestra indica que sí. Estos actos humanizan el trato entre el paciente y el personal de salud, ser empático y priorizar las necesidades del paciente siempre y cuando no pongan en riesgo su salud generan un ambiente beneficioso para el recién nacido y la madre.

Las madres primerizas experimentan por primera vez sensaciones, emociones y dolores intensos, una vez culminado este proceso y el cuerpo necesita hidratarse y recuperar energía a través de la ingesta de líquidos.

#### **PREGUNTA 18.**

**¿SE RESPETÓ SU DESEO DE ESTAR ACOMPAÑADA DE LAS PERSONAS DE SU ELECCIÓN?**

**TABLA 24.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>2</b>	<b>4%</b>
<b>NO</b>	<b>48</b>	<b>96%</b>

*Tabla 24. Compañía.*

En la muestra el 96% indica que no pudo estar acompañada de familiares en el momento del parto, mientras que el 4% indican que sí.

En el proceso de parto es muy importante que los familiares acompañen al paciente, que estén brindando su apoyo y transmitan seguridad, independientemente a la cantidad de hijos que tenga una mujer el miedo está presente, esto tiene una respuesta fisiológica a nivel muscular y puede retrasar el alumbramiento, y un momento tan importante puede ser un momento recordado con temor.

Este tipo de acciones durante el proceso del parto empañan el significado que tiene para una mujer el traer una nueva vida.

**PREGUNTA 19.**

**¿SE RESPETÓ LA POSTURA QUE DESEABA DURANTE EL PARTO?**

**TABLA 25.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>
<b>NO</b>	<b>49</b>	<b>98 %</b>

*Tabla 25. Postura.*

Durante el trabajo de parto las madres pueden llegar a superar el umbral máximo del dolor, un 98% responde que no se le permitió adoptar posturas en las que sentía comodidad durante

este proceso. Mientras que el 2% de la muestra que se traduce a una sola persona puso adoptar posturas cómodas.

- **MEDICACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN**

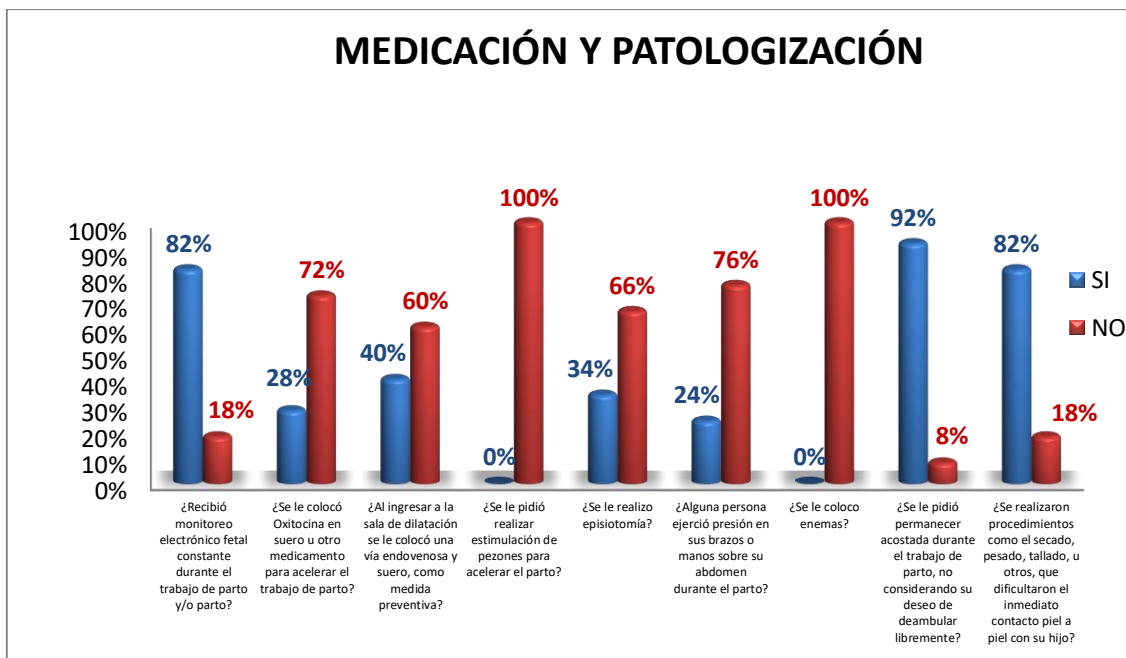


Gráfico 3. Medicación y patologización.

La Violencia Obstétrica es derivada del proceso de la medicación del parto, de acciones que incurren en la patologización del cuerpo de las embarazadas y de tratos deshumanizados que van en contra de su integridad. Salgado, Diaz, 2019. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones Sociedad. Argentina, Vol. 11, n. 29, pp. 23-34. ISSN 1852-8759.

**PREGUNTA 20**

**¿RECIBÍ MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL CONSTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y/O PARTO?**

**TABLA 26.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>41</b>	<b>82%</b>
<b>NO</b>	<b>9</b>	<b>18%</b>

*Tabla 26. Monitoreo fetal.*

En la muestra el 82 % responde que, si recibió control fetal durante el trabajo de parto, mientras que el 18% indica que no. Por la afluencia de pacientes en los hospitales, se prioriza la atención a las mujeres que están en riesgo su salud o la del niño, mientras que a pacientes que no presentan complicaciones no se hace revisiones constantes, si esto fuera comunicado por el personal médico creo que en este caso las mujeres que están en trabajo de parto no sentirían esa falta de monitoreo como abandono.

**PREGUNTA 21.**

**¿SE LE COLOCÓ OXITOCINA EN SUERO U OTRO MEDICAMENTO PARA ACELERAR EL TRABAJO DE PARTO?**

**TABLA 27.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>14</b>	<b>28%</b>
<b>NO</b>	<b>36</b>	<b>72%</b>

*Tabla 27. Oxitocina.*

En cuanto a la medicación, el 14% de la muestra indica que se les administro oxitocina para acelerar el parto mientras que un 72% indica que no.

Los efectos secundarios de este fármaco al inducir es que no funcione y que derive en una cesárea. La oxitocina intravenosa puede provocar contracciones más intensas y dolorosas que las espontáneas.

**PREGUNTA 22.**

**AL INGRESAR A LA SALA DE DILATACIÓN, SE LE COLOCÓ UNA VÍA ENDOVENOSA Y SUERO, ¿COMO MEDIDA PREVENTIVA?**

**TABLA 28.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>20</b>	<b>40%</b>
<b>NO</b>	<b>30</b>	<b>60%</b>

*Tabla 28. Endovenosas.*

El 40% de la muestra indica que se le administro suero al momento de ingresar a la sala de dilatación, mientras que a 60%.

**PREGUNTA 23.**

**¿SE LE PIDIO REALIZAR ESTIMULACIÓN DE PEZONES PARA ACELERAR EL PARTO?**

**TABLA 29.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>NO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Tabla 29. Estimulación en los pezones.*



La totalidad de la muestra indica que no se les pidió estimular sus pezones para acelerar el trabajo de parto. Esta práctica aún se realizaba hace un par de décadas, hace un par de décadas esto dejó de ser parte del protocolo de atención a mujeres en trabajo de parto.

**PREGUNTA 24.**

**¿SE LE REALIZÓ LA EPISIOTOMÍA?**

**TABLA 30.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>17</b>	<b>34%</b>
<b>NO</b>	<b>33</b>	<b>66%</b>

*Tabla 30. Episiotomía.*

La episiotomía es una incisión que se hace entre la abertura vaginal y el ano durante el parto. Este procedimiento ya no se debe practicar, sin embargo, el 34% de la muestra indica que se le realizó este procedimiento, y un 66% indica que no.

**PREGUNTA 25.**

**¿ALGUNA PERSONA EJERCIÓ PRESIÓN CON SUS BRAZOS O MANOS SOBRE SU ABDOMEN DURANTE EL PARTO?**

**TABLA 31.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>12</b>	<b>24%</b>
<b>NO</b>	<b>38</b>	<b>76%</b>

*Tabla 31. Presión sobre el abdomen.*

Durante el trabajo de parto el 24% de las mujeres respondieron que, si se les ejerció presión en el vientre, mientras que un 76% indica que no.

Esta práctica genera miedo en las mujeres mientras estas tratando de lidiar con el intenso dolor de las contracciones y tratara de expulsar al bebé.

#### **PREGUNTA 26.**

**¿SE LE COLOCÓ ENEMAS?**

**TABLA 32.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>NO</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Tabla 32. Enemas.*

A la totalidad de la muestra no le administraron enemas.

#### **PREGUNTA 27.**

**¿SE LE PIDIÓ PERMANECER ACOSTADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO SIN CONTRAINDICACIONES APARENTES NO CONSIDERANDO SU DESEO DE DEAMBULAR LIBREMENTE?**

**TABLA 33.**

<b>OPCIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>46</b>	<b>92%</b>
<b>NO</b>	<b>4</b>	<b>8%</b>

*Tabla 33. Permanecer acostada.*

Durante el parto al 92% de la muestra no se le permitió deambular, un 8% lo pudo hacer.

La deambulaci3n, la satisfacci3n de la madre respecto al parto aumenta. Su percepci3n, por ejemplo, de la duraci3n del proceso ser3 menor y, por otro lado, le ayudar3 a implicarse m3s en su propio parto d3ndole seguridad y confianza.

Tambi3n es beneficioso porque reduce el tiempo de dilataci3n y el expulsivo del beb3 favoreciendo el correcto descenso y posicionamiento del beb3. El hecho de caminar durante las contracciones de parto ayuda, no solo por la gravedad, facilitan la entrada y salida del beb3 en la pelvis.

Deambular es un gran m3todo analg3sico ya que los movimientos de la madre al caminar aliviaran las zonas en las que haya m3s presi3n y el ayudara a controlar el dolor.

Es importante favorecer la deambulaci3n por los beneficios mencionados, de esta manera eliminaremos la sensaci3n de agobio que se tiene en una sala durante el trabajo de parto.

#### **PREGUNTA 28.**

**¿SE REALIZARON PROCEDIMIENTOS COMO EL SECADO, PESADO, VESTIDO, ENTRE OTROS, QUE DIFICULTARON EL INMEDIATO CONTACTO PIEL A PIEL CON SU HIJO?**

**TABLA 34.**

<b>OPCI3N</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>41</b>	<b>82%</b>
<b>NO</b>	<b>9</b>	<b>18%</b>

*Tabla 34. Retraso del contacto piel con piel.*

Cuando los bebes nacieron un 82% no pudo tener contacto piel con piel, un 18% si pudo tener este contacto inmediatamente.

## B. RESULTADO DEL INVENTARIO DE “APEGO MATERNO”

### APEGO MADRE - HIJO

TABLA N. 35

APEGO MADRE - HIJO		
TIPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSTRICCIÓN CARIÑOSA	2	4%
VINCULO OPTIMO	8	16%
VINCULO PROMEDIO	35	70%
CONTROL SIN AFECTO	5	10%
VINCULO AUSENTE	0	0%

Tabla 35. Inventario Apego Materno.

GRÁFICO N. 4

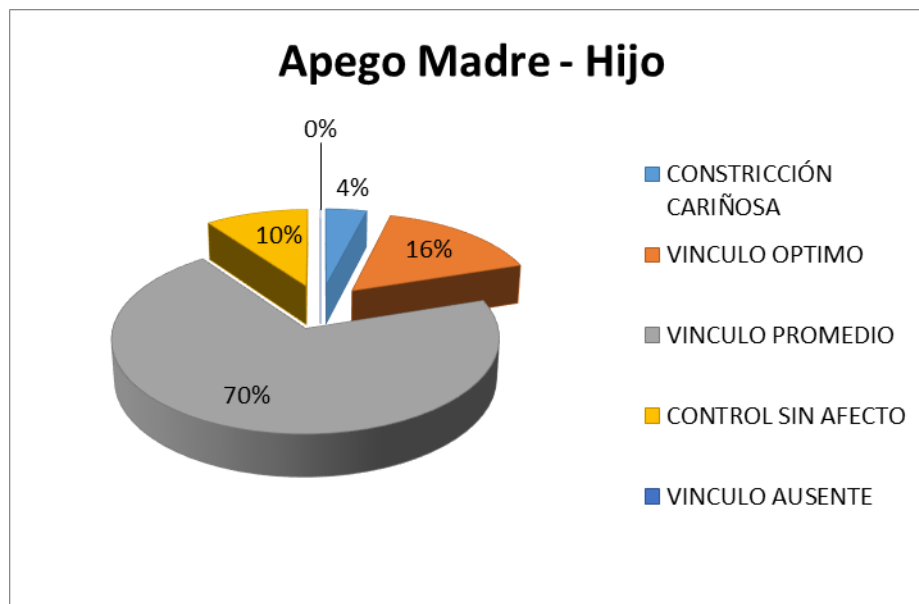


Gráfico 4. Apego Madre-Hijo.

Con el fin de valorar el vínculo afectivo utilizamos El “Inventario de Apego Materno” plantea cinco tipos de vínculos:

- **Constricción cariñosa:** Este vínculo está caracterizado por la falta de estimulación a la independencia y autonomía, son controladores, infantiles, invasivos, demandando un contacto exagerado, cariñosos, cercanos y empáticos. (Dávila y Cols, 1998)
- **Vínculo Óptimo:** Este se caracteriza por relaciones parentales afectuosas, padres contenedores y empáticos, estimulan la autonomía e independencia. (Dávila y Cols, 1998)
- **Vínculo promedio:** Caracterizada por no poder incluirse en algún tipo de vínculo. (Dávila y Cols, 1998)
- **Vínculo ausente:** Caracterizado por relaciones frías, indiferentes, negligentes benefician la autonomía e independencia. (Dávila y Cols, 1998)
- **Vínculo sin afecto:** Caracterizado por figuras paternas frías emocionalmente, negligentes, cercanas y que se les trata con indiferencia y de forma muy controladora, evitando la conducta autónoma y que se les trata con indiferencia y de forma muy controladora, evitando la conducta autónoma, siendo intrusivos e infantiles. (Dávila y Cols, 1998)

Los resultados reflejan que el 70% de la muestra se encuentra dentro del Vínculo Promedio eso significa que no se las puede incluir a ningún tipo de vínculo ya que comparten características de todos los anteriores mencionados.

## RESULTADO POR DIMENSIONES

- CUIDADO

GRÁFICO N. 5

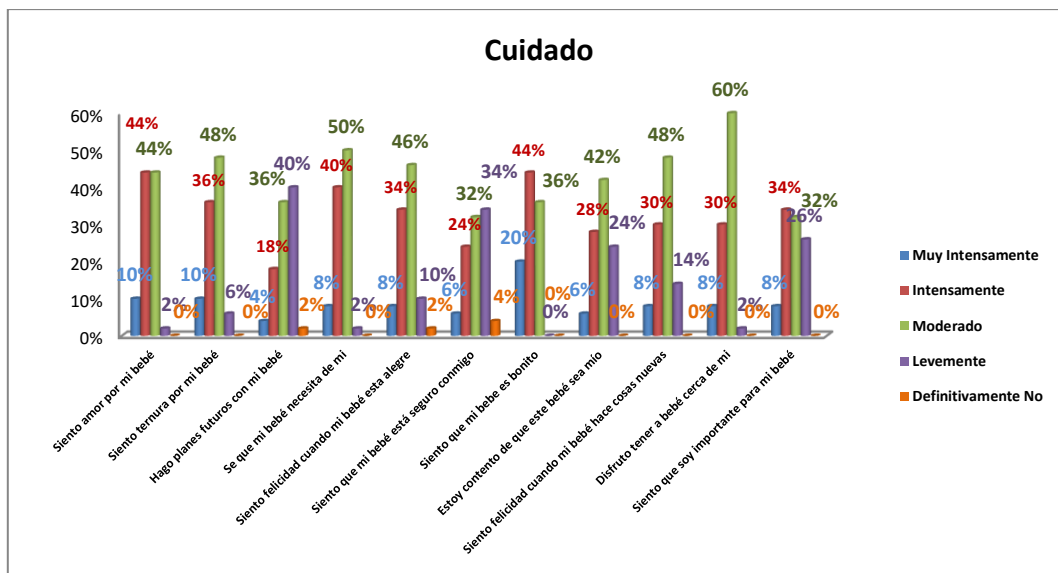


Gráfico 5. Cuidado.

En esta dimensión se identifican los factores que están presentes dentro del cuidado que ejerce una madre sobre su hijo, implica ayudar al hijo, incrementando su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

El cuidado es ocuparse de una persona que requiere de algún tipo de atención o asistencia, estando pendiente de sus necesidades y proporcionándole lo necesario para que esté bien.

## AFIRMACIÓN 1.

### SIENTO AMOR POR MI BEBÉ

**TABLA 36.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	5	10%
INTENSAMENTE	22	44%
MODERADAMENTE	22	44%
LEVEMENTE	1	2%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 36. Amor por el bebé.*

Los datos obtenidos reflejan que la afectividad intensa y moderada comparten un 44%, muy intensamente el 10%, levemente con 2%.

El amor no es lo que deseamos sentir, es lo que sentimos sin querer. Toda mamá es capaz de ofrecer amor a sus hijos, esto se presenta de forma natural, uno de los miedos mas grandes de una mujer cuando será madre es que no sabe si podrá sentir ese amor de mamá.

## AFIRMACIÓN 2.

### SIENTO TERNURA POR MI BEBÉ

**TABLA 37.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	5	10%
INTENSAMENTE	18	36%
MODERADAMENTE	24	48%
LEVEMENTE	3	6%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 37. Ternura por el bebé.*

El sentimiento de ternura hacia el recién nacido se presenta de manera moderada en un 48% de la muestra, intensamente con el 36%, muy intensamente 10% y levemente con el 6%.

La ternura es una expresión de amor, inicia en la familia en contacto con los padres, hermanos y familia.

### **AFIRMACIÓN 3.**

#### **HAGO PLANES FUTUROS CON MI BEBÉ**

**TABLA 38.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	2	4%
INTENSAMENTE	9	18%
MODERADAMENTE	18	36%
LEVEMENTE	20	40%
DEFINITIVAMENTE NO	1	2%

*Tabla 38. Planes a futuro.*

En cuanto a realizar planes con el recién nacido obtenemos los siguientes resultados: levemente con el 40%, moderadamente con el 36%, intensamente con el 18%, muy intensamente con el 4% y definitivamente no con el 2%.

Los planes a futuro nos indican que la persona ha asumido la presencia del bebé en su vida a largo plazo.



#### **AFIRMACIÓN 4.**

#### **SE QUE MI BEBÉ NECESITA DE MI.**

**TABLA 39.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	4	8%
INTENSAMENTE	20	40%
MODERADAMENTE	25	50%
LEVEMENTE	1	2%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 39. Necesidades del bebé.*

Sobre la necesidad que tiene el recién nacido de la madre el 50% de la muestra indica que es moderada, el 40% intensamente, el 8% muy intensamente y el 2% levemente.

Las necesidades mínimas que deben estar cubiertas son: la alimentación, el sueño, la higiene y el cuidado seguridad del bebé. Pero lo que aporta seguridad en la mayoría de los casos es la presencia de la mamá satisfaciendo las necesidades del hijo.

#### **AFIRMACIÓN 5.**

#### **SIENTO FELICIDAD CUANDO MI BEBÉ ESTÁ ALEGRE.**

**TABLA 40.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	4	8%
INTENSAMENTE	17	34%
MODERADAMENTE	23	46%
LEVEMENTE	5	10%
DEFINITIVAMENTE NO	1	2%

*Tabla 40. Felicidad.*

El 46% de las mamás sienten felicidad moderada al percibir alegres a sus bebés recién nacidos, el 34% lo siente intensamente, 10% lo siente levemente, el 8% muy intensamente, y el 2% definitivamente no lo siente.

#### **AFIRMACIÓN 6.**

#### **SIENTO QUE MI BEBÉ ESTÁ SEGURO CONMIGO.**

**TABLA 41.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	3	6%
INTENSAMENTE	12	24%
MODERADAMENTE	16	32%
LEVEMENTE	17	34%
DEFINITIVAMENTE NO	2	4%

*Tabla 41. Seguridad.*

Los resultados nos dicen que el 34% de las mamás sienten levemente que sus bebés están seguros con ellas, 35% consideran moderadamente esta opción, 24% sienten intensamente que ellas dan seguridad a sus recién nacidos, el 6% siente intensamente esta seguridad, mientras que un 4% definitivamente no siente que son capaces de dar seguridad a los bebés.

**AFIRMACIÓN 7.****SIENTO QUE MI BEBÉ ES BONITO.****TABLA 42.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	10	20%
INTENSAMENTE	22	44%
MODERADAMENTE	18	36%
LEVEMENTE	0	0%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 42. Bebé bonito.*

En cuando a la percepción de la belleza de los recién nacidos el 44% dice sentir intensamente que su bebé es bonito, 36% lo siente moderadamente mientras que el 20% muy intensamente.

**AFIRMACION 8.****ESTOY CONTENTA DE QUE ESTÉ BEBÉ SEA MÍO.****TABLA 43.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	3	6%
INTENSAMENTE	14	28%
MODERADAMENTE	21	42%
LEVEMENTE	12	24%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 43. Contenta.*

La llegada de un bebé trae consigo muchas emociones, el 42% dicen sentirse contenta moderadamente, el 28% intensamente, 24% levemente y un 6% muy intensamente.

**AFIRMACIÓN 9.****SIENTO FELICIDAD CUANDO MI BEBÉ HACE COSAS NUEVAS.****TABLA 44.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	4	8%
INTENSAMENTE	15	30%
MODERADAMENTE	24	48%
LEVEMENTE	7	14%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 44. Felicidad.*

El 48% de las mamás de la muestra dicen sentir felicidades moderadamente cuando su bebé hace cosas nuevas, el 30% intensamente, el 14% levemente y el 8% muy intensamente.

**AFIRMACION 10.****DISFRUTO TENER A MI BEBÉ CERCA MIO****TABLA 45.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	4	8%
INTENSAMENTE	15	30%
MODERADAMENTE	30	60%
LEVEMENTE	1	2%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 45. Disfrutar.*

El 60% de las mamás dicen disfrutar moderadamente el tener cerca a su bebé, el 30% disfrutan intensamente, el 8% muy intensamente, mientras que el 2% levemente. }

El disfrutar de los bebés se dificulta con la presión de la sociedad que se transmite en la familia, a muchas mujeres el entorno aconseja no estar con el niño en brazos y que el colecho no es saludable porque malcrían a los bebés, esta situación interfiere en como la madre disfruta de su bebé.

**AFIRMACIÓN 11.**

**SIENTO QUE SOY MUY IMPORTANTE PARA MI BEBÉ.**

**TABLA 46.**

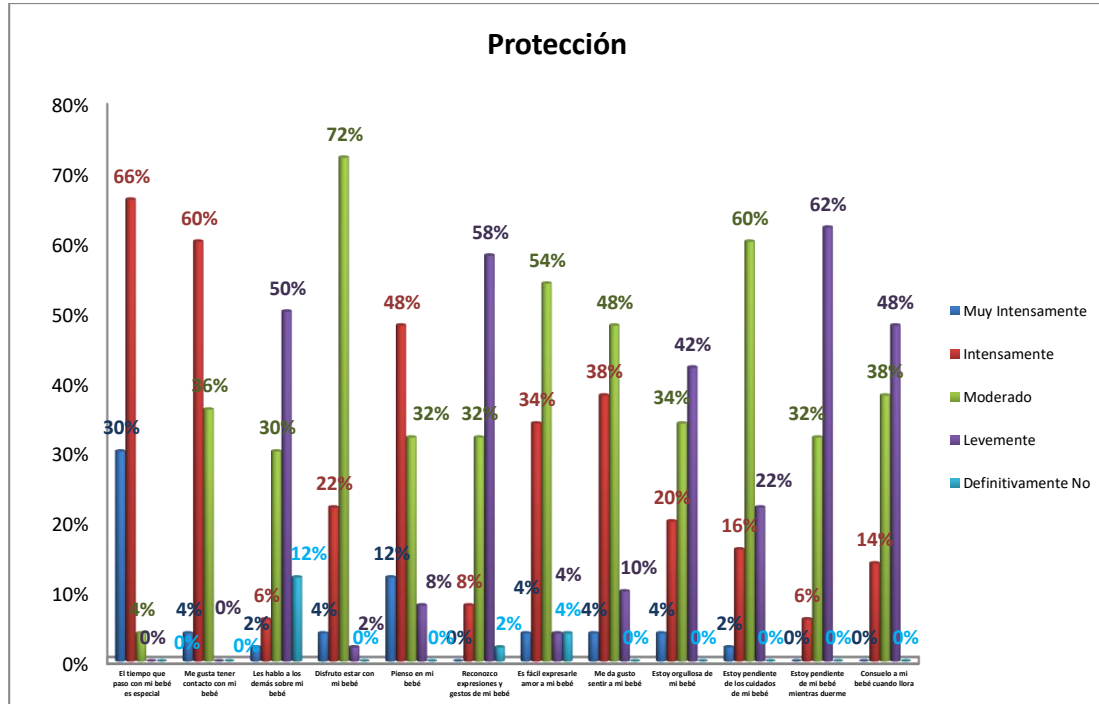
OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	4	8%
INTENSAMENTE	17	34%
MODERADAMENTE	16	32%
LEVEMENTE	13	26%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 46. Importante para el bebé.*

El 34% siente intensamente que es muy importante para su bebé, el 32% moderadamente, el 26% levemente y el 8% muy intensamente.

- **PROTECCIÓN**

**GRÁFICO N. 6**



*Gráfico 6. Protección.*

La protección es una acción de resguardar a alguna persona con el fin que no sufra daño. Se constituye en un deber jurídico en el caso de los padres.

**AFIRMACIÓN 12.**

**EL TIEMPO QUE PASO CON MI BEBÉ ES ESPECIAL**

**TABLA 47.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	15	30%
INTENSAMENTE	33	66%
MODERADAMENTE	2	4%
LEVEMENTE	0	0%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 47. Tiempo con el bebé.*

El 66% de la muestra considera que el tiempo que pasa con su bebé es intensamente especial, el 30% indica que es muy intensamente y el 4% moderadamente.

### **AFIRMACIÓN 13.**

#### **MI GUSTA TENER CONTACTO CON MI BEBÉ.**

**TABLA 48.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	2	4%
INTENSAMENTE	30	60%
MODERADAMENTE	18	36%
LEVEMENTE	0	0%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 48. Contacto con el bebé.*

El contacto que las madres tienen las mamás con sus bebés es muy importante a la hora de crear vínculos entre ambos, el 60%

### **AFIRMACIÓN 14.**

#### **HABLO A LOS DEMÁS DE MI BEBÉ**

**TABLA 49.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	1	2%
INTENSAMENTE	3	6%
MODERADAMENTE	15	30%
LEVEMENTE	25	50%
DEFINITIVAMENTE NO	6	12%

*Tabla 49. Hablar del bebé.*

Las mamás suelen hablar mucho sobre sus bebés y las cosas que hacen comúnmente, en la muestra el 50% de las mamás habla de sus bebés levemente, el 30% moderadamente, 12% dice que definitivamente no habla de su bebé con otras personas, el 6% lo hace intensamente mientras que un 2% lo hace muy intensamente.

#### **AFIRMACIÓN 15.**

#### **DISFRUTO ESTAR CON MI BEBÉ**

**TABLA 50.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	2	4%
INTENSAMENTE	11	22%
MODERADAMENTE	36	72%
LEVEMENTE	1	2%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 50. Disfrutar el bebé.*

Esta pregunta hace referencia a disfrutar el tiempo con el bebé, en la muestra el 72% de las madres disfrutan este tiempo de manera moderada, el 22% intensamente, el 4% muy intensamente y el 2% disfruta levemente esos momentos.

#### **AFIRMACIÓN 16.**

#### **PIENSO EN MI BEBÉ**

**TABLA 51.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	6	12%
INTENSAMENTE	24	48%
MODERADAMENTE	16	32%
LEVEMENTE	4	8%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 51. Pensar en el bebé.*



Pensar en los hijos es un hecho habitual de las madres más aun cuando estos son pequeños, en la muestra el 48% indica que piensa intensamente en él levemente.

**AFIRMACIÓN 17.**

**RECOZCO EXPRESIONES Y GESTOS DE MI BEBÉ**

**TABLA 52.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	0	0%
INTENSAMENTE	4	8%
MODERADAMENTE	16	32%
2qLEVEMENTE	29	58%
DEFINITIVAMENTE NO	1	2%

*Tabla 52. Expresiones del bebé.*

Mientras más tiempo pasamos con los bebés es más sencillo aprender a reconocer sus expresiones.

Las expresiones de las personas que estamos habitualmente pueden ser identificadas con facilidad. Las mujeres de la muestra dicen que reconocen moderadamente el 58%, el 8% lo hace intensamente, mientras que el 2% definitivamente no lo hace.

**AFIRMACIÓN 18.**

**ES FACIL EXPRESARLE AMOR A MI BEBÉ.**

**TABLA 53.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	2	4%
INTENSAMENTE	17	34%
MODERADAMENTE	27	54%
LEVEMENTE	2	4%
DEFINITIVAMENTE NO	2	4%

*Tabla 53. Expresar amor.*

La expresión de amor hacia nuestros bebés debería ser de forma espontánea, el 54% de la muestra indica que puede expresar amor hacia su bebe de manera moderada, intensamente el 34%, el 4% muy intensamente al igual que leve y definitivamente no.

## **AFIRMACIÓN 19.**

### **ME DA GUSTO SENTIR A MI BEBÉ**

**TABLA 54.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	2	4%
INTENSAMENTE	19	38%
MODERADAMENTE	24	48%
LEVEMENTE	5	10%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 54. Sentir al bebé.*

En la muestra el 48% indica que dé le da gusto sentir a su bebé de forma moderada, el 38% intensamente, el 10% levemente y por último el 4% muy intensamente.

Mantener cerca la bebé durante mucho tiempo es un privilegio, indican las mujeres de la muestra, ya que por sus obligaciones laborales esta situación no se da con frecuencia y además no pueden disfrutar del bebé por mucho tiempo, en algunos casos no pueden llevarlos a sus fuentes de trabajo porque no es permitido.

**AFIRMACIÓN 20.****ESTOY ORGULLOSA DE MI BEBÉ.****TABLA 55.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	2	4%
INTENSAMENTE	10	20%
MODERADAMENTE	17	34%
LEVEMENTE	21	42%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 55. Orgullo por el bebé.*

En la muestra las mamás respondieron acerca de sentirse orgullosas de sus bebés, el 42% dice que lo hace levemente, el 34% moderadamente, el 20% dice sentir orgullo intensamente y el 4% muy intensamente.

**AFIRMACIÓN 21.****ESTOY PENDIENTE DE LOS CUIDADOS DE MI BEBÉ.****TABLA 56.**

OPCIÓN	N.	%
MUY INTENSAMENTE	1	2%
INTENSAMENTE	8	16%
MODERADAMENTE	30	60%
LEVEMENTE	11	22%
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%

*Tabla 56. Pendientes del cuidado.*

Los cuidados del bebé son muy importantes en los primeros meses de vida, en la muestra observamos que el 60% de las madres están pendientes de sus bebés moderadamente, 22% levemente, 16% intensamente y el 2% muy intensamente.

## AFIRMACIÓN 22.

### ESTOY PENDIENTE DE MI BEBÉ MIENTRAS DUERME.

**TABLA 57.**

OPCIÓN	N.	%	
MUY INTENSAMENTE	0	0%	
INTENSAMENTE	3	6%	
MODERADAMENTE	16	32%	
LEVEMENTE	31	62%	
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%	

*Tabla 57. Pendiente del bebé.*

Las mamás suelen estar pendientes de sus bebés mientras duermen, controlando su respiración, en la muestra el 62% indica que lo hace levemente, un 32% lo hace moderadamente y el 6% lo hace intensamente.

## AFIRMACIÓN 23.

### CONSUELO A MI BEBÉ CUANDO LLORA.

**TABLA 58.**

OPCIÓN	N.	%	
MUY INTENSAMENTE	0	0%	
INTENSAMENTE	7	14%	
MODERADAMENTE	19	38%	
LEVEMENTE	24	48%	
DEFINITIVAMENTE NO	0	0%	

*Tabla 58. Consolar al bebé.*

En los primeros meses de vida de un bebé el llanto puede significar muchas cosas, puede ser hambre, sueño o quizá algún dolor, en la muestra el 48% de las mamás consuelan levemente el llanto de sus bebés, el 38% lo hace moderadamente mientras que el 14% lo hace intensamente.

## SEGUNDA PARTE

### 4.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA CORRELACIÓN DE PEARSON

#### 4.2.1 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Para la correlación entre las variables de estudio de la presente investigación se utilizó el coeficiente de correlación simple de Pearson (Modelo Rectilíneo). El coeficiente de correlación es una medida de asociación entre dos variables y se simboliza con la letra  $r$ .

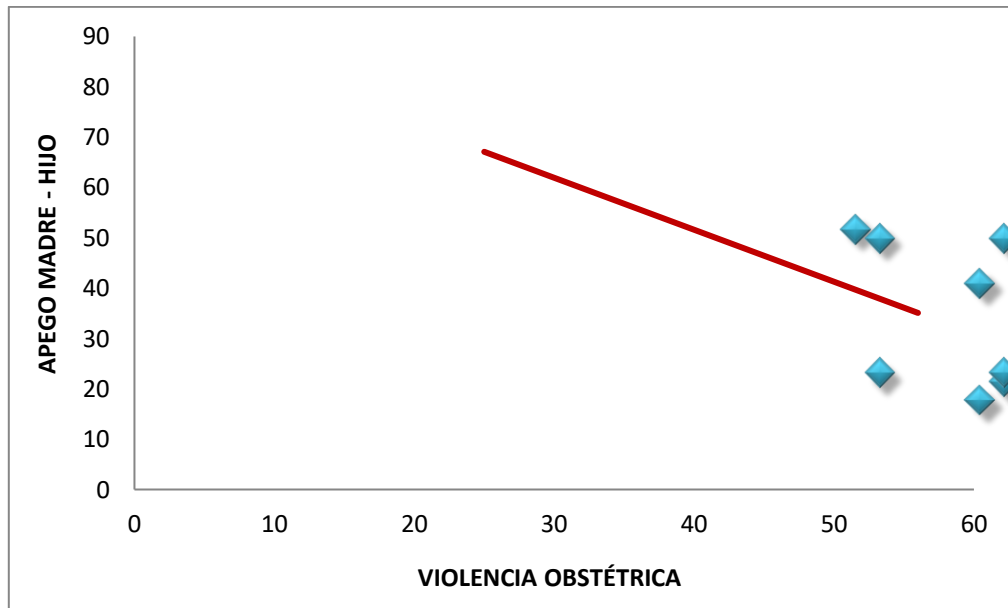
Los valores de la correlación van desde  $+1$  a  $-1$ , pasando por el valor numérico del cero que corresponde a una ausencia de correlación. Los valores positivos indican que existe una correlación positiva directamente proporcional, los valores negativos señalan que existe una correlación negativa inversamente proporcional, respectivamente.

Dónde:

- 1.00 Correlación negativa perfecta
- 0.75 Correlación negativa considerable
- 0.50 Correlación negativa media
- 0.25 Correlación negativa débil
- 0.0 No existe correlación alguna entre variables
- + 0.25 Correlación positiva débil
- + 0.50 Correlación positiva media
- + 0.75 Correlación positiva considerable
- + 1.00 Correlación positiva perfecta

A continuación, se describirá la correlación que se pudo hallar entre la variable Apego Madre - Hijo y la variable Violencia Obstétrica, que se presenta a continuación:

**Gráfico No. 7: Diagrama de Dispersión correlación Apego Madre - Hijo y Violencia Obstétrica**



*Gráfico 7. Dispersión y correlación.*

**TABLA 59.**

**Correlación: Apego Madre - Hijo y Violencia Obstétrica**

		<b>APEGO MADRE - HIJO</b>	<b>VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b>
<b>APEGO MADRE – HIJO</b>	Pearson Correlation	1	<b>-0.770**</b>
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	50	50
<b>VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b>	Pearson Correlation	<b>-0.770*</b>	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	50	50

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Tabla 59. Correlación Apego y Violencia Obstétrica.*

El índice de correlación de Pearson encontrado entre los resultados de Apego Madre - Hijo y Violencia Obstétrica es:

**-0.770**

Los resultados presentan una correlación de - 0.770 negativa considerable, significativa al nivel 0,01 (bilateral) 99% nivel de significación, tomando en cuenta el signo de la correlación, existe una relación inversa entre ambas variables, por lo que se puede afirmar que las mujeres de la presente investigación que presentan mayores niveles de Apego Madre- Hijo tienden a tener menores niveles de Violencia Obstétrica.

#### **Correlación de Apego Madre - hijo con las Dimensiones de Violencia Obstétrica**



*Gráfico 8. Correlación.*

**Fuente:** Elaboración Propia

**TABLA 60. Correlación: Apego Madre – Hijo y Trato Deshumanizado**

		<b>APEGO MADRE – HIJO</b>	<b>TRATO DESHUMANIZADO</b>
<b>APEGO MADRE – HIJO</b>	Pearson Correlation	1	<b>-.672**</b>
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	50	50
<b>TRATO DESHUMANIZADO</b>	Pearson Correlation	<b>-.672**</b>	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	50	50

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Tabla 60. Correlación apego y trato deshumanizado.*

El índice de correlación de Pearson encontrado entre los resultados de Apego Madre – Hijo y Trato Deshumanizado es:

**-0.67**

En el presente cuadro podemos observar que existe una correlación de -0.672 negativa media, al nivel 0,01 (bilateral) 99% nivel de significación, tomando en cuenta el signo de la correlación, se puede afirmar se puede afirmar que a mayores niveles de Apego Madre – Hijo menores niveles de Trato Deshumanizado



**TABLA 61. Correlación: Apego Madre – Hijo y Desinformación**

		<b>APEGO MADRE - HIJO</b>	<b>DESINFORMACIÓN</b>
<b>APEGO MADRE – HIJO</b>	Pearson Correlation	1	<b>-.621</b>
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	50	50
<b>DESINFORMACIÓN</b>	Pearson Correlation	<b>-.621</b>	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	50	50

*Tabla 61. Correlación apego y desinformación*

El índice de correlación de Pearson encontrado entre el Apego Madre – Hijo y Desinformación es:

**-0.62**

En el presente cuadro podemos observar que existe una correlación de -0.621 negativa media, al nivel 0,01 (bilateral) 99% nivel de significación, tomando en cuenta el signo de la correlación, se puede afirmar se puede afirmar que a mayores niveles de Apego Madre – Hijo menores niveles de Desinformación.

**TABLA 62. Correlación: Apego Madre – Hijo y Medicación**

		<b>APEGO MADRE - HIJO</b>	<b>MEDICACIÓN</b>
<b>APEGO MADRE – HIJO</b>	Pearson Correlation	1	<b>-.601</b>
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	50	50
<b>MEDICACIÓN</b>	Pearson Correlation	<b>-.601</b>	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	50	50

*Tabla 62. Correlación apego y medicación.*

El índice de correlación de Pearson encontrado entre Apego Madre – Hijo y Medicación es:

**-0.601**

En el presente cuadro podemos observar que existe una correlación de -0.601 negativa media, al nivel 0,01 (bilateral) 99% nivel de significación, tomando en cuenta el signo de la correlación, se puede afirmar que a mayores niveles de Apego Madre - Hijo menores niveles de Medicación.

## **CAPÍTULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

En este capítulo presento las conclusiones a las que se llegó a partir de los resultados obtenidos y el análisis de estos.

Se trabajo con 30 mujeres que fueron madres primerizas, estas fueron atendidas en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz.

Cabe resaltar que con esta investigación se llegaron a cumplir los objetivos. El objetivo general de esta tesis ha sido establecer la relación de la Violencia Obstétrica y el Apego Madre-hijo. Y para llegar a este se plantearon los siguientes objetivos específicos: Identificar la presencia de Violencia Obstétrica.

El instrumento utilizado para identificar la presencia de Violencia obstétrica nos arroja los siguientes resultados: Las mujeres de la muestra en su totalidad han sido víctimas de violencia obstétrica.

Para determinar las manifestaciones frecuentes de la Violencia Obstétrica analizamos las tres dimensiones que permite evaluar el instrumento utilizado.

La primera dimensión es la de la Desinformación, se basa en la información que debería tener acceso una mujer durante y después del alumbramiento. Durante el trabajo de parto no todas las mujeres fueron informadas sobre los procedimientos que se realizarían, y no recibieron información sobre los medicamentos que se le administrarían.

La segunda dimensión es la del Trato Deshumanizado, enfocado a la atención durante el proceso, el 50% de las mujeres que fueron atendidas en este Hospital indican que no pudieron decidir sobre su atención y el 100% de la muestra indica que se realizaron procedimientos en presencia de personas sin su consentimiento, durante el trabajo de parto muchas personas

tuvieron acceso a la sala, el 98% sintió que su intimidad fue vulnerada al ser revisada por distintos profesionales médicos, el 86% de los mismos no se presentaron cuando ingresaban para hacer la revisión respectiva. Esto nos indica que el servicio de Salud no considera la privacidad e intimidad de las pacientes durante el trabajo de parto y después de este.

El dolor durante el trabajo de parto es diferente para cada mujer y el dolor varía de una mujer a otra. Puede ser parecido a un dolor menstrual, un cólico que provoca con espasmos intensos, el 92% de la muestra fue víctima de críticas por sus expresiones de dolor durante el trabajo de parto y en el puerperio, al mismo tiempo se ponía en duda la capacidad de parir del 72% de las mujeres.

En la investigación las mujeres de la muestra son madres primerizas lo que significa que no tienen experiencia previa sobre el dolor y el manejo de este durante el parto, y son cuestionadas sobre su conducta durante este proceso. Estas situaciones confirman que las mujeres de la muestra que fueron víctimas de Violencia Obstétrica

Una vez culminado el alumbramiento llega la hora de conocer al bebé, es importante mencionar que el 54% de las madres tuvieron la posibilidad de tener contacto piel con piel con el recién nacido y el 62% de la muestra pudo dar de lactar después de dar a luz y dentro de la primera media hora de vida del recién nacido.

La Medicación y Patologización son factores de la tercera dimensión, que determinan la presencia de este tipo de violencia, el uso de medicamentos administrados sin aviso previo al paciente. El 18% de la muestra indican que no tuvieron monitoreo fetal durante el trabajo de parto, mientras que un 72% indica que, si lo recibió, esta diferencia evidentemente varía de un caso a otro, pero es importante la comunicación entre el personal médico y los pacientes para explicar si es necesario realizar algunos procedimientos o no, esto para que los pacientes no sientan que ha sido insuficiente su atención médica durante este o cualquier procedimiento.

En la evaluación las mujeres de la muestra cuentan las experiencias que vivieron cuando fueron atendidas por el equipo médico durante el trabajo de parto, comentarios que hacen referencia a su edad y su vida sexual, su peso y su apariencia, su higiene, su capacidad de parir y su tolerancia al dolor, esto durante el parto, ya después cuando hay contacto con el recién nacido los comentarios van dirigidos a calificar su labor de madre a partir de la lactancia.

Ya con estos relatos podemos identificar que estas mujeres han sido víctimas de violencia obstétrica, lamentablemente la mayoría de la entrevistadas tenían un nivel educativo bajo, situación que influye de gran manera en la exigencia de derechos siendo potenciales víctimas de cualquier tipo de violencia. Influye también que mayor parte de la muestra son mujeres jóvenes y no cuentan con el apoyo de sus parejas.

Es importante mencionar que este tipo de violencia se ha normalizado de tal manera que las mujeres no saben que están siendo víctimas y los salubristas ejercen la violencia obstétrica sin tener plena conciencia de lo que sus acciones u omisiones pueden representar en la vida de las mujeres que atienden, muchos factores intervienen y no garantizan un parto y nacimiento respetuoso y consentido.

El vínculo afectivo es la relación de apego, son los lazos emocionales que la madre desarrolla con su bebé. Se construye desde el nacimiento hasta la infancia. El bebé necesita un tiempo de relación para establecer este vínculo y su calidad dependerá de la experiencia con su cuidador en este caso nos enfocamos en la relación con la madre que fue víctima de violencia obstétrica.

Durante los meses de gestación se prepara la llegada del bebé, la madre va adecuando un espacio físico y mental en el que puedan habitar ambos gracias a su capacidad de Maternaje, compuesto por la atención, disponibilidad, amor y sostén que son dados al bebé desde el nacimiento y dejara huellas que moldearan los vínculos amorosos a futuro.

Donald Winnicott, pediatra y psicoanalista nos habla sobre la “preocupación maternal primaria” esta etapa de preparación mental se desarrolla durante la última etapa de gestación y durante el puerperio, caracterizado por un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final de este y dura unas cuantas semanas y si este periodo no ha atravesado situaciones que han generado impacto considerable en su salud mental, se recobran del mismo. Podría esta etapa convertirse en un recuerdo reprimido.

La violencia va mucho más allá del daño físico, provoca depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental, todos estos aspectos combinados tienen una repercusión en como la mujer se ve como madre y como se siente en cuanto a su capacidad de cumplir satisfactoriamente este rol.

El Inventario de Apego Materno nos arroja como resultado que 70% de las madres de la muestra tiene un vínculo promedio con sus hijos, esto significa que durante los primeros meses de vida de sus hijos han desarrollado un tipo de apego ansioso ambivalente, esto significa que la interacción de la madre con el bebé es inconsistente e imprevisible, la madre se muestra sensible y cálida en algunas ocasiones y fría e insensible en otras.

El vínculo afectivo puede alterarse cuando el cuidador no puede leer los estados mentales del niño o sus necesidades, esto puede ocurrir en madres con depresión en el periodo perinatal, duelo no resuelto conflictos de pareja y ser víctima de algún tipo de violencia.

Con estas premisas se planteó, corroboró y aceptó, mediante el análisis estadístico del coeficiente de Pearson y llegando a la conclusión de que las variables violencia obstétrica y apego presentan una correlación de  $-0.770$  negativa considerable, por lo que se puede afirmar que las mujeres de la presente investigación que presentan mayores niveles de apego madre-hijo tienden a tener menores niveles de violencia obstétrica, tomando en cuenta el signo de la correlación, existe una relación inversa entre ambas variables.

A partir de esto se presentan las conclusiones más relevantes que surgieron del análisis de los objetivos planteados.

Las mujeres que participaron en esta investigación han sido víctimas de violencia obstétrica, lamentablemente por la falta de información no exigen sus derechos y un mejor trato en el momento de ser atendidas por el personal médico durante la gestación, trabajo de parto y puerperio.

Este tipo de violencia afecta de manera directa en la forma que ellas perciben su rol de madres. El trato deshumanizado en el parto influye mucho en el contacto con los recién nacidos, las críticas sobre su capacidad de parir generan inseguridad y la falta de empatía con las madres primerizas en el momento de la lactancia pone en duda la capacidad de ser madre, esto evidentemente por el estado de vulnerabilidad que se encuentran las mujeres por los efectos fisiológicos y emocionales que conlleva el traer a la vida a un ser la ponen en una posición de indefensión y puede tener consecuencias y repercusiones en su salud mental.

La vinculación afectiva más conocida como apego puede depender de la exposición de la madre a este tipo de violencia, como reflejan los resultados, a mayor nivel de exposición a la Violencia Obstétrica son menores los niveles de apego madre-hijo.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

En Bolivia aun los partos se practican sin tener en cuenta la idea de un parto humanizado, aun las parturientas y sus necesidades están por debajo de las comodidades de los galenos, por eso es muy importante generar y sensibilizar a la población sobre la importancia de la práctica de la humanización de la salud y del parto humanizado.

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen una conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores llevan a diseñar políticas, programas, realizar

cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización ( Dirección en acreditación en salud, 2016).

Es necesario preparar a los profesionales en salud para sensibilizar con respecto a la atención de los usuarios dentro del contexto de la ética y los valores, del mismo modo es importante atender a los pacientes, suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.

Es importante que las instituciones que prestan servicios de salud tanto privadas como estatales, universidades y organizaciones en las que forman a los profesionales en salud se encarguen de implementar programas de capacitación para que la atención sea humanizada y las personas que darán este servicio sean formadas en pro de esta nueva forma de ejercer y prestar la salud en un sentido global.

A partir de esta investigación me parece fundamental promover el parto humanizado o parto respetado como una modalidad de atención de parto que se caracteriza por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento de su nacimiento, reconociendo y considerando los derechos de la mujer, sus creencias y sentimientos.

El respeto a la dignidad de la mujer y su autonomía durante el proceso de dar a luz.

La atención de parto humanizado ha demostrado mejores resultados respecto de la satisfacción y uso de técnicas. Son diversos los beneficios que se obtienen al realizar una atención de parto humanizado como: la reducción de tiempo en el trabajo de parto, disminución en las tasas de cesáreas, mejor desarrollo y desenvolvimiento de parte de la madre en este proceso, disminución de la percepción de dolor de trabajo de parto, inicio de manera espontánea del trabajo de parto sin la necesidad de intervención farmacológica, mayor participación del padre en el cuidado del recién nacido, lactancia mas exitosa durante todo el primer año. ( Sevillano Roque, 2016, p.19).



Es importante también que la psicología perinatal este dentro del marco de la atención prenatal en las políticas de salud pública del país.

La psicología perinatal ayuda en su intervención de manera preventiva que tiene como objetivo cuidar la salud mental de la mujer durante el proceso de maternidad, abordar las dificultades y necesidades que pueden surgir desde la preconcepción hasta la crianza del bebe. Su labor es muy importante porque visibiliza y toma en cuenta todos los cambios emocionales y psicológicos que se producen desde la decisión de traer a un nuevo ser a este mundo.

De esta manera los psicólogos perinatales pueden trabajar de forma conjunta con el personal de salud para dar paso a una humanización de atención en salud y trabajar por un parto humanizado para cuidar la salud mental de la población.

Para esto se debe promover el trabajo que se realizó en Argentina, la creación de una Red de Salud Mental Perinatal (RedSMP) es la red de personas, profesionales, instituciones, organizaciones y agrupaciones que comparten y promueven la meta de garantizar el acceso a la atención, facilitar información y el conocimiento de la salud mental perinatal con enfoque de género y derechos tanto para el armado de la red como para las intervenciones que se llevan a cabo en comunidad.

La construcción de este espacio formal se realiza mediante la actualización, reflexión y divulgación de la información sobre salud mental perinatal y de la salud integral en general.

La implementación de servicios psicológicos durante la gestación también es un factor fundamental para mejorar la atención a las madres durante este proceso hasta el puerperio.

La profilaxis obstétrica realiza actividades preventivas para educar a la población para obtener mejores resultados en la salud perinatal y también contribuye al personal gineco-obstetra para que reciban capacitaciones sobre los factores biopsicosociales de la gestación y el

parto, para poder trabajar de manera conjunta con los especialistas de salud mental, para el beneficio de la madre, del recién nacido y de la familia

# ANEXOS

## ANEXOS

### "INVENTARIO DE APEGO MATERNO"

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta con la que se siente identificada. Solo debe marcar una opción.

"INVENTARIO DE APEGO MATERNO"					
AFIRMACIÓN	MUY INTENSAMENTE	INTENSAMENTE	MODERADAMENTE	LEVEMENTE	DEFINITIVAMENTE NO
Siento amor por mi bebé					
Siento ternura por mi bebé					
Hago planes futuros con mi bebé					
Se que mi bebé necesita de mi					
Siento felicidad cuando mi bebé esta alegre					
Siento que mi bebé esta seguro conmigo					
Siento que mi bebe es bonito					
Estoy contento de que este bebé sea mío					
Siento felicidad cuando mi bebé hace cosas nuevas					
Disfruto tener a bebé cerca de mi					
Siento que soy importante para mi bebé					
AFIRMACION	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
El tiempo que paso con mi bebé es especial					
Me gusta tener contacto con mi bebé					
Les hablo a los demás sobre mi bebé					
Disfruto estar con mi bebé					
Pienso en mi bebé					
Reconozco expresiones y gestos de mi bebé					
Es fácil expresarle amor a mi bebé					
Me da gusto sentir a mi bebé					
Estoy orgullosa de mi bebé					
Estoy pendiente de los cuidados de mi bebé					
Estoy pendiente de mi bebé mientras duerme					
Consuelo a mi bebé cuando llora					

## CUESTIONARIO SOBRE “VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

De acuerdo con tu experiencia en el parto marca con una “X” SI ó NO en todo el cuestionario.

N.	DESINFORMACIÓN	SI	NO
1	Se le informó del procedimiento o maniobra que le iban a realizar ( indicación de su caso, otras opciones y efectos secundarios)		
2	Recibió información de los medicamentos ( oxitocina, antibióticos, toco líticos, antihipertensivo, entre otros) que se le iban a administrar (indicación en su caso, otras opciones y efectos secundarios)		
3	¿Sea actuó (tratamiento y/o procedimientos) en todo momento y con su consentimiento?		
4	¿Se le impidió involucrarse en la toma de decisión sobre su atención?		
5	¿El lenguaje utilizado fue profesional y correcto en todo momento?		
6	¿El lenguaje utilizado permitió entender la información que le dieron?		
7	¿Tuvo la posibilidad de absolver todas sus dudas e inquietudes?		
N.	TRATO DESHUMANIZADO	SI	NO
8	¿Se presentó con nombre y título cada persona que entró en su habitación y la trató?		
9	¿Se realizó procedimientos en presencia de personas que usted no consintió?		
10	¿Su intimidad fue vulnerada durante la atención de su parte o puerperio?		
11	¿Alguien hizo comentarios despectivos en cuanto a su estado físico?		
12	¿Alguien puso en duda o cuestionó su capacidad para parir, le dijeron que lo estaba haciendo mal?		
13	¿Alguien criticó sus expresiones de dolor (gritos o gemidos) y temor durante el parto?		
14	¿Alguien puso en dudo su capacidad de dar de mamar a su bebé?		
15	¿Se facilitó el contacto piel con piel entre usted y su bebé inmediatamente después de nacer y durante la primera media hora?		
16	¿Se propició inmediatamente que su bebé lacte de sus senos y durante la siguiente hora posterior a su nacimiento?		
17	¿Se respetó su deseo en cuanto a comer y beber?		
18	¿Se respetó su deseo de estar acompañada de las personas de su elección?		
19	¿Se respetó la postura que deseaba en su expulsivo (parto)?		
N.	MEDICACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN	SI	NO
20	¿Recibió monitoreo electrónico fetal constante durante el trabajo de parto y/o parto?		
21	¿Se le colocó Oxitocina en suero u otro medicamento para acelerar el trabajo de parto?		
22	¿Al ingresar a la sala de dilatación se le colocó una vía endovenosa y suero, como medida preventiva?		
23	¿Se le pidió realizar estimulación de pezones para acelerar el parto?		
24	¿Se le realizo episiotomía?		
25	¿Alguna persona ejerció presión en sus brazos o manos sobre su abdomen durante el parto?		
26	¿Se le coloco enemas?		
27	¿Se le pidió permanecer acostada durante el trabajo de parto (sin contraindicación aparente, no considerando su deseo de deambular libremente)?		
28	¿Se realizaron procedimientos como el secado, pesado, tallado, vestido entre otros, que dificultaron el inmediato contacto piel a piel con su hijo?		

## **EXPERIENCIAS DE MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Mujer

Domingo 26 abril de 2015 | 13:00

Violencia Obstétrica: Las crueles experiencias que viven cada día miles de mujeres

por Scarlet Stuardo

Joxemai (CC)

128.953 visitas

Frustración, tristeza, decepción y rabia, lamentablemente son algunos de los sentimientos que se apoderan de muchas mujeres cada día al ser víctima de maltratos y abusos en el momento de dar a luz. Pese a lo importante que resulta ese momento para las madres, en algunos hospitales se cometen faltas éticas y morales contra las pacientes que convierten el parto en una verdadera pesadilla.

“No había agua tibia ni toallas limpias, así que me bañaron con agua helada y me secaron con una sábana. Después de algunos minutos, me di cuenta que la herida de mi cesárea sangraba demasiado: la habían cosido mal“, así relató Victoria a BioBioChile su experiencia al tener su primer hijo en el Hospital San Borja en 2013, luego de 25 horas en trabajo de parto en el que las enfermeras no limpiaban el vómito de la mujer, pese a sus súplicas.

“Luego me encerraron una hora en el baño sola para que defecara -si no lo hacía, no me dejaban volver a casa- y mientras lloraba nadie me acompañó”, agregó la joven que en ese entonces tenía 23 años. Además del sufrimiento físico -por una herida abierta de al menos 3 centímetros-, los médicos diagnosticaron sordera a su pequeña hija, lo cual fue sólo una equivocación.

Este es sólo un caso de miles de injusticias y maltratos que el servicio público comete contra las mujeres que no tienen más opción que atenderse en el hospital más cercano. Es por eso, que un colectivo llamado “Basta de Violencia Obstétrica” pretende alzar la voz y dar a conocer cada caso particular de abuso contra las madres que son descuidadas durante su parto.

## **Basta de Violencia Obstétrica**

Durante noviembre de 2014 la psicóloga Daniela Sanhueza, de 31 años, y Paola Pérez, fotógrafa independiente de 24 años, decidieron crear un proyecto que visibilizara la violencia obstétrica. Fue así como fundaron al año siguiente el colectivo para luchar por los derechos de las mujeres.

Lo anterior, surgió tras escuchar reiteradamente testimonios e historias de familiares, amigas y conocidas en torno a incomodidades, recuerdos dolorosos e incluso secuelas físicas de sus experiencias en el ámbito ginecológico, como visitas incómodas al médico ginecólogo o matrona, partos traumáticos y malos tratos totalmente gratuitos, contaron las mujeres. “Fuimos observando que esto se repetía en uno y otro caso, haciendo que nos preguntáramos ¿por qué estas manifestaciones de violencia se encontraban tan naturalizadas social y culturalmente?”.

En el marco del concepto de violencia obstétrica -entendido como “cualquier tipo de maltrato ejercido desde las instituciones y el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad”, - el colectivo enumeró los distintos abusos que se consideran como maltrato.

- Trato deshumanizado hacia las mujeres en la atención de salud pública o privada.
- Abuso de medicación o negación de ésta cuando la paciente lo solicita o requiere.
- Cualquier tipo de regaño, burla, ironía, amenaza, insulto o juicio subjetivo que no tenga que ver con ayudar al paciente sino más bien con humillarla, coartarla y/o minimizarla.
- Limitar y manipular la información solicitada por la paciente; desde no aclarar los tipos de anticonceptivos existentes hasta su estado de salud, todo como expresión de un trato jerárquico que no permite a la mujer decidir libremente sobre su cuerpo.
- Insensibilidad al dolor o a las enfermedades femeninas por parte de los sistemas médicos.
- Omitir la atención oportuna y eficaz en las emergencias obstétricas.
- Obstaculizar el apego precoz sin que existan razones médicas urgentes y justificadas.
- Acelerar un parto de bajo riesgo sin una razón justificada o practicar una cesárea sin el consentimiento expreso de la mujer, existiendo los medios y condiciones para hacerlo de manera normal.

- Realizar interrupciones de embarazo e incluso esterilizaciones, ambas de manera forzada.
- Utilizar a la mujer como recurso didáctico sin antes aplicar el protocolo de consentimiento informado, entre otros.
- Realización de Intervenciones sin el consentimiento de la mujer o sus cercanos y que pudieran atender contra su salud y/o derechos humanos.

### Más de un maltrato

Con sólo 20 años, Valentina Donoso fue al Hospital San José en Santiago, ubicado en Independencia, a dar a luz a su primer hijo en 2007. Pese a los cientos de intentos de pujar, la joven no podía parir por lo que el médico requirió de fórceps (tenazas obstétricas) para sacar al bebé.

Luego que el doctor se retiró, Valentina quedó a solas con la matrona de turno quien le dijo una serie de frases que la hirieron emocionalmente en ese momento. “No pudiste parir a tu hijo por ti misma, así que si quieres ser mamá de nuevo piénsalo” o “tu hijo no te hará caso porque no lo pudiste tener”, lo anterior sumado a un enfermero que durante la cambiaba de camilla le dijo “espero no verte acá el próximo año”.

Peor aún, cuando la joven madre solicitó ayuda para pararse, la enfermera le respondió “¿estás loca? yo no te voy a tomar en brazos”. Como si fuera poco, no dejaron a su pareja observar al bebé durante el parto, amenazándolo que si lo intentaba “lo echarían de la sala”.

Durante el proceso de pre-parto, los profesionales no explicaban nada a Valentina, ni siquiera le dirigían la palabra y además una decena de estudiantes tocaba su cuerpo sin su autorización. En ese momento fue cuando vio a otra mamá extranjera (al parecer, peruana) a quien la “trataban como perro”, según describió la joven.

Ahora, a sus 27 años espera su segundo hijo. “Me arrebataron el derecho de disfrutar mi primer parto. Estoy embarazada de una niña ahora, tenemos 22 semanitas y ni locas iremos ahí de nuevo”, finalizó.

Achel a. k. (CC)



## **BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIA.**

- Alhusen, J., & Alvarez, C. (2016). Perinatal Depression: A clinical update. *The Nurse Practitioner*, 41 (5).
- Alvarado.S,M, Mesinas.A.G, Peña.M.y, *Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos.* Barcelona. 2014
- Arguedas, Ramírez. G. (2014) Cuadernos Inter. cambio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol. 11, No. 1 Enero-Junio, 2014, 145-169
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993) p. 20.
- Belli. L. F. (2013)” la violencia Obstétrica forma de violencia de los derechos Humanos” Argentina. Ed. Limeño.
- Bowlby. J. (1998) “El Apego y la Perdida”. Barcelona. Ed. Paidos
- Delgado,O.(2004). Estado Actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65- 81.
- Hernández Sampieri, Roberto. *Metodología de la Investigacion.*6ta ed. Ed McGraw-Hill. Mexico,2014
- Ley 348. *Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.*
- Mercado. M. (2018) “Violencia Obstétrica”. *Periódico Opinión.*
- Oiberman, A.S. (2015). 25 años acompañado el nacer y sus después: La Psicología Perinatal1-9. *Revista Interdisciplinaria*, 18 (1), 39-48.
- Organización Mundial de la Salud. *Prevención y Erradicación de la falta de Respeto y el Maltrato durante la atención del parto.* 2014
- Rvati, Lola. (2013). *Bebés y más. Rastreador.*

<https://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>

- Sanchez, M., Jurado, R, Kovacs, A., Mariscal, B., Orgaz, M., Ramos, M., Rodriguez, M., Sánchez, D. (2013). Psicología Perinatal: conceptos y actualidad. En guía del Psicólogo. N° 336. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Salgado, F. Diaz, M. (2019). Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N. 29. Argentina
- Sevillano Roque, M. (2016). Conocimientos, actitudes y practicas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Febrero 2016.
- Tamayo y Tamayo. M. (2004) “Proceso de Investigación científica” ed. Limusa. México.
- Winnicot. D. (1991) “Los Bebes y sus Madres”. Bs. As. Ed. Paidos

#### **REFERENCIAS DE PÁGINAS DE INTERNET.**

- <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion>
- <https://blogs.iadb.org>
- [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4741/Sevillano\\_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4741/Sevillano_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- <http://www.psilomedinsitu.es/es/la-importancia-de-la-psicologia-perinatal-presente-y-futuro/>