



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

“Manifestaciones y conocimientos sobre la violencia obstétrica e impactos en la salud mental perinatal de mujeres que residen en la región del Alto Valle de Río Negro: Un análisis desde una perspectiva psicológica a partir de la Ley de Parto Respetado”

Estudiante: Cecchini, Candela Nair

Legajo: 31234

Director/es: Lic. Torres Esteban

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO
DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores. •

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar o tras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha [SI]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha:

Firma y aclaración del autor:

Cipolletti 28/10/2025



Índice

Resumen	5
Introducción	6
Objetivo general	6
Planteamiento del problema.....	6
Delimitación del objeto de estudio.....	7
Hipótesis y/o supuestos básicos de Investigación.....	7
Estado del Arte	9
Marco Teórico.....	12
Salud Mental Perinatal	13
Salud Mental	13
Perinatalidad	14
Salud Mental Perinatal.....	15
Violencia Obstétrica	15
Tipos de violencia obstétrica.....	17
Derechos Humanos	19
Derechos Humanos y Parto Respetado.....	20
Parto Respetado	23
Consecuencias de la Violencia Obstétrica en la relación materno-filial	27
Método	33
Diseño de investigación	33
Población y muestra.....	34
Instrumentos	36
Procedimiento	36

Resultados	37
Análisis cuantitativo de los resultados obtenidos.....	38
Eje 1: Manifestaciones de violencia obstétrica.....	38
Eje 2: Conocimiento sobre la Ley de Parto Respetado	41
Eje 3: Impacto emocional y psicológico	43
Análisis cualitativo de las respuestas obtenidas.....	45
Eje 1: Manifestaciones de violencia obstétrica.....	45
Eje 2: Conocimiento sobre la Ley de Parto Respetado	46
Eje 3: Impacto de la Violencia Obstétrica en la salud mental perinatal de las mujeres.....	47
Discusión.....	50
Aportes de la investigación	51
Conclusión.....	52
Aportes y contribuciones de la investigación.....	52
Limitaciones de la investigación.....	53
Investigaciones futuras	53
Propuestas de intervención profesional.....	54
Bibliografía	56
Anexos	62

Resumen

“Manifestaciones y conocimientos sobre la violencia obstétrica e impactos en la salud mental perinatal de mujeres que residen en la región del Alto Valle de Río Negro: Un análisis desde una perspectiva psicológica a partir de la Ley de Parto Respetado”

La presente investigación pretende indagar de manera exploratoria el impacto de la violencia obstétrica en la salud mental de mujeres residentes en la región del Alto Valle, provincia de Río Negro, en el marco de la Ley de Parto Respetado (Ley N°25.929). Esta investigación, se llevó a cabo bajo un diseño mixto transformativo secuencial (DITRAS). Participaron del estudio 98 mujeres, convocadas de manera voluntaria a través de redes sociales, quienes habían transitado uno o más embarazos en los últimos diez años. El instrumento de recolección de datos fue un formulario de Google con preguntas cerradas, abiertas y semi estructurales.

Los resultados permiten visibilizar el rol de las instituciones y del personal de salud en la reproducción de prácticas y tratos violentos que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Identificar estas responsabilidades resulta necesario no sólo para vigilar y sancionar acciones, sino también para generar transformaciones y cambios profundos en la formación y práctica médica, en los procedimientos y procesos de atención y en las relaciones e interacciones entre profesionales y pacientes. En este sentido, la Ley de Parto Respetado constituye una herramienta fundamental para la prevención y abordaje de la violencia obstétrica.

Palabras claves: Violencia Obstétrica, Parto Respetado, Salud Mental Perinatal, Derechos Humanos.

Introducción

Objetivo general

El objetivo general de este estudio es indagar de forma exploratoria el impacto de la violencia obstétrica en la salud mental perinatal de mujeres pertenecientes a la región del Alto Valle, provincia de Río Negro, en el marco de la Ley N° 25.929 de Parto Respetado.

Planteamiento del problema

La violencia obstétrica ha sido reconocida en diversos estudios como una problemática social y sanitaria que afecta a mujeres en distintos contextos, constituyendo además una forma de violación de los derechos humanos. En Argentina, la Ley N° 25.929 de Parto Respetado establece un marco legal a fines de garantizar derechos fundamentales en la atención obstétrica. A pesar de esto, distintas investigaciones sugieren que la sola existencia de un marco normativo como el mencionado no asegura su implementación efectiva. De la misma manera, estas experiencias tienen un fuerte impacto sobre la salud mental de las mujeres en la preconcepción, embarazo, parto y puerperio, que suele quedar invisibilizado.

En la región del Alto Valle, Río Negro, aún no se cuenta con información sistematizada que permite conocer y analizar las manifestaciones de la violencia obstétrica en mujeres que atravesaron embarazos¹ durante los últimos diez años. Tampoco se cuenta con datos sobre el nivel de conocimiento que poseen las mujeres respecto de la Ley de Parto Respetado ni sobre el modo en que estas experiencias pueden impactar en la salud mental perinatal.

Esta falta de evidencia en términos de producción científica dificulta la evaluación de eficacia de las políticas vigentes, a la vez que limite la posibilidad de diseñar intervenciones

¹¹ En la presente investigación, comprendemos la perinatalidad como el periodo que abarca desde la preconcepción hasta el posparto, incluyendo en la primera la búsqueda de embarazo, procesos de fertilidad-infertilidad. Por ende, cuando hablamos de embarazo hacemos extensivo la expresión a la preconcepción y los procesos que ello implica.

que promuevan un cambio en la formación y prácticas de atención obstétrica en la zona. En este contexto, el presente estudio se centrará en explorar las distintas manifestaciones de la violencia obstétrica en mujeres del Alto Valle, que cursaron su embarazo en la última década, indagar el grado de conocimiento sobre la Ley de Parto Respetado y reconocer el impacto de dichas prácticas en la salud mental perinatal.

Delimitación del objeto de estudio

Los objetivos específicos de esta investigación, son los siguientes:

1. Identificar las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica en mujeres de la región del Alto Valle, Rio Negro, en el marco de la ley de Parto Respetado, que hayan cursado su embarazo en los últimos diez años en sistemas de salud públicos y privados.
2. Indagar el grado de conocimiento de la ley de Parto Respetado durante el transcurso de su embarazo en las mujeres de la región del Alto Valle, Rio Negro.
3. Determinar el impacto de la violencia obstétrica en la salud mental perinatal de las mujeres de la región del Alto Valle, Rio Negro, en relación a la Ley de Parto Respetado.

Hipótesis y/o supuestos básicos de Investigación.

Como supuesto general, esta investigación parte de la idea de que, a pesar de la existencia de la Ley de Parto Respetado, la violencia obstétrica persiste en la región del Alto Valle, afectando negativamente en la salud mental perinatal de las mujeres.

En línea con los objetivos específicos planteados, se desprenden también los siguientes supuestos específicos:

1. Aunque la violencia física persiste, las manifestaciones que se expresan con mayor frecuencia y de manera más explícitas son las formas de violencia psicológica y basadas en la desinformación. Las mujeres presentan distintos niveles de

conocimiento acerca de la Ley de Parto Respetado, lo cual influye en su capacidad y posibilidad de reconocer y denunciar prácticas de violencia obstétrica.

2. Las manifestaciones de la violencia obstétrica se vinculan con la aparición de síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y esto puede repercutir en la salud mental perinatal.

Estado del Arte

En este apartado se presentan una serie de investigaciones que constituyen las bases para la elaboración del marco teórico y la definición de los aspectos metodológicos del presente trabajo. Es importante destacar que, hasta la fecha, no se han encontrado investigaciones científicas sobre la temática en la zona de estudio, lo que refuerza la pertinencia y la necesidad de esta investigación.

En España, Paricio del Castillo, Díaz de-Neira Hernando y Cano Linares (2024), en su investigación titulada *Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal*, se propusieron analizar las deficiencias existentes en la integración de la salud mental perinatal dentro de la atención sanitaria. El estudio se desarrolló mediante un análisis documental y crítico, basado en la revisión de normativas internacionales, directrices de organismos como la OMS y la CEDAW, así como en datos estadísticos y estudios previos. Los resultados evidenciaron graves deficiencias para garantizar una atención integral, con desigualdades territoriales en el acceso a recursos y prácticas hospitalarias (como la separación precoz madre-bebé en cesáreas o ingresos a UCI) que vulneran derechos fundamentales. Las autoras concluyen que estas deficiencias constituyen vulneraciones de derechos humanos y destacan la necesidad de reformas estructurales en el sistema sanitario.

En Argentina, González y Mattioli (2024) realizaron la investigación *Salud mental perinatal y cuidados. Intersecciones y reconfiguraciones en contexto de pandemia por Covid-19 en Argentina*, cuyo objetivo fue indagar las experiencias de embarazadas y puérperas durante la pandemia, especialmente los cambios en la atención sanitaria y su impacto en la salud mental. A partir de un diseño cuanti-cualitativo y un muestreo por cuotas, se aplicaron encuestas a 300 mujeres en tres hospitales de dos provincias. Los resultados mostraron un aumento del tiempo dedicado a cuidados, una disminución del trabajo remunerado y alta incidencia de ansiedad en embarazadas y depresión puerperal. Las autoras concluyeron que el análisis de la salud mental materna desde una perspectiva

de género permite comprender de manera más integral los padecimientos de las mujeres madres.

Asimismo, González, Mattioli, Meques, Leiva, Piaggio, Bettendorff y Roude (2023) desarrollaron el estudio *Salud mental perinatal en pandemia por COVID-19: un estudio con puérperas en dos provincias argentinas*, cuyo objetivo fue indagar el impacto de la pandemia en la depresión posparto y en las preocupaciones expresadas por las mujeres. A partir de estudios previos y comparativos, se observó que antes de la pandemia la incidencia de depresión posparto alcanzaba el 37 % en mujeres bonaerenses y el 31 % en puérperas tucumanas, mientras que en contexto de aislamiento se incrementaron los síntomas ansiosos y depresivos, sobre todo en embarazadas.

En España, López Ramírez (2024) desarrolló el estudio *La violencia obstétrica: una mirada desde la perspectiva del personal sanitario*, cuyo propósito fue analizar el grado de conciencia sobre la violencia obstétrica entre profesionales y estudiantes de ciencias de la salud. La investigación consistió en una revisión sistemática de la literatura y mostró que, aunque la mayoría de matronas estaban familiarizadas con el término, persistían diferencias en su comprensión. Los hallazgos también evidencian disparidades entre países y entre distintos colectivos profesionales y estudiantiles respecto al conocimiento de la violencia obstétrica. El estudio concluyó que la formación es clave para disminuir estas prácticas.

En Ecuador, Mora Espinoza, Posada Morales, Bermúdez Caviedes, Montoya Trujillo y Vélez Naranjo (2024) publicaron *Efectos psicosociales de la violencia obstétrica en mujeres entre 25 a 35 años de edad en la ciudad de Quito*, con el objetivo de caracterizar la violencia obstétrica percibida por mujeres atendidas en instituciones de salud. Mediante una revisión sistemática basada en directrices PRISMA, se identificaron cuatro categorías: conceptualización, tipificación, prácticas rutinarias del personal de salud y experiencias de las usuarias. Los resultados mostraron que la violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos y un problema de salud pública naturalizado en las relaciones de poder médico-paciente.

Por su parte, Vidal Nogueira (2023), en *Historias de realidad: estudio cualitativo al respecto violencia obstétrica*, buscó comprender el alcance y las consecuencias de esta forma de violencia en la vida de las mujeres. A partir de entrevistas a víctimas y matronas del sistema público español, se identificaron prácticas como la falta de consentimiento informado, la infantilización de la mujer y diferencias entre la atención pública y privada.

En Ecuador, Jiménez Peralta y Vaca Molina (2021) realizaron *Rol de enfermería en el cuidado y atención del parto respetado*, un estudio de revisión sistemática de artículos publicados entre 2015 y 2020. Los resultados destacaron la importancia del acompañamiento de enfermería, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19. De manera complementaria, Analuisa Jiménez (2022), en su artículo *Parto respetado*, sistematizó evidencia sobre la humanización del parto a partir de una revisión documental, concluyendo que el parto respetado constituye una estrategia eficaz para reducir complicaciones y garantizar el buen trato en salud materno-infantil.

En Argentina, Castrillo (2020) desarrolló la investigación *Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica: aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la ONU*, en la que analizó la violencia obstétrica desde una perspectiva sociológica y a partir de un informe de Naciones Unidas de 2019. La autora destacó el reconocimiento de esta forma de violencia como violación a los derechos humanos y resaltó los avances normativos y políticos en materia de humanización de la atención obstétrica.

Finalmente, en Ecuador, Pasquel Piedra (2024), en su investigación *Violencia obstétrica desde una perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos: experiencia Hospital San Luis de Otavalo*, exploró la percepción de la violencia obstétrica en mujeres indígenas, mediante un enfoque mixto y un método etnográfico. Si bien se evidenciaron avances como la habilitación de salas interculturales y el acompañamiento de parteras, aún persisten prácticas de violencia obstétrica y desafíos en el respeto pleno de las costumbres culturales.

El análisis de las investigaciones revisadas permite observar que la salud mental perinatal, la violencia obstétrica y el parto respetado constituyen temáticas que han

adquirido creciente relevancia en distintos países de Iberoamérica y Europa en los últimos años pero que aún continúan faltando investigaciones en la región propuesta por el presente trabajo y desde un abordaje de la salud mental. Los estudios evidencian problemáticas comunes, como la insuficiente integración de la salud mental perinatal en los sistemas sanitarios, la persistencia de prácticas de violencia obstétrica que vulneran derechos humanos y la necesidad de fortalecer la formación de los equipos de salud en enfoques respetuosos e interculturales.

Marco Teórico

La atención del embarazo, en tanto gestación, parto y posparto, constituye una etapa crítica en la vida de las mujeres, en la que no solo se ponen en juego aspectos biológicos, sino también emocionales, psicológicos, sociales y culturales. En este sentido, la salud mental perinatal adquiere un papel central, ya que el bienestar emocional de las mujeres gestantes impacta directamente en su experiencia de parto y en el vínculo con el recién nacido.

Sin embargo, múltiples investigaciones y testimonios señalan que, en diversos contextos, los sistemas de salud aún reproducen prácticas que vulneran los derechos de las mujeres, especialmente durante el trabajo de parto y nacimiento. Estas prácticas, con frecuencia naturalizadas, constituyen lo que se denomina “violencia obstétrica”, una forma específica de violencia de género ejercida en el ámbito sanitario.

En Argentina, la sanción de la Ley N° 25.929 de Parto Respetado en el año 2004, representó un avance fundamental en el reconocimiento del derecho de las mujeres a ser tratadas con respeto, recibir información clara y oportuna, y a decidir sobre su cuerpo y su salud. No obstante, la persistencia de prácticas violentas evidencia la necesidad de continuar investigando sobre la implementación de dicha normativa y su impacto real en la vida de las mujeres.

A partir de este marco, la presente investigación se sustenta en diversos ejes conceptuales que se desarrollarán a continuación: salud mental y salud mental perinatal, violencia obstétrica, salud pública, Derechos Humanos y análisis del marco normativo del parto respetado en Argentina. Para ello se retoman los aportes de autoras y autores nacionales e internacionales especialistas en la temática, con el propósito de articular un marco teórico sólido que oriente el análisis.

Salud Mental Perinatal

En este apartado se abordará el concepto de salud mental perinatal, partiendo de una revisión de las nociones generales de salud mental y de perinatalidad.

Salud Mental

La noción de salud mental puede entenderse de manera amplia: refiere tanto a un estado o condición del individuo, como a un campo conceptual y práctico dentro de la salud pública, que incluye el estudio y tratamiento de diversas patologías psiquiátricas, problemáticas psicosociales y, al mismo tiempo, un conjunto de iniciativas sanitarias, sociales y políticas orientadas a su promoción. En este sentido, la salud mental no se limita únicamente a la ausencia de trastornos, sino que abarca el bienestar emocional, psicológico y social de las personas, en interacción con su contexto y condiciones de vida.

La relevancia de este concepto ha ido en aumento desde mediados del siglo XX. Hiriart (2018) sostiene que, desde el fin de la Segunda Guerra Mundial y hasta la actualidad, la salud mental ha adquirido un protagonismo extraordinario, tanto en el ámbito académico como en la arena política y en la vida cotidiana de las sociedades occidentales. Prueba de ello son hitos institucionales como la fundación en 1946 de la Mental Health Association en Londres, la realización del Primer Congreso Internacional de Salud Mental en 1948, la inclusión de una sección específica de Salud Mental en la Organización Mundial de la Salud desde sus orígenes en 1948, y la creación del National Institute of Mental Health en Estados Unidos en 1949. Estos antecedentes reflejan el interés sostenido de los Estados y

organismos internacionales en garantizar y promover la salud mental como un derecho humano fundamental.

Ahora bien, este marco conceptual y político adquiere una especial relevancia cuando se lo vincula con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Según Rial (2023), la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina reconoce explícitamente la necesidad de garantizar la salud mental de las mujeres en el contexto obstétrico, y propone el trabajo interdisciplinario como una estrategia fundamental para abordar la violencia obstétrica de manera integral. Esto implica no solo prevenir y atender las consecuencias psicológicas derivadas de estas experiencias, sino también asegurar un entorno de cuidado que promueva el bienestar emocional y psicológico de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.

En esta línea, la Ley de Salud Mental se articula con la Ley de Parto Respetado, ya que ambas comparten el propósito de garantizar una atención obstétrica respetuosa, libre de violencia y centrada en las necesidades emocionales y psicológicas de las personas gestantes. De esta manera, ambas normativas se complementan en la promoción de un enfoque integral de salud, en el cual la salud mental ocupa un lugar central para asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos en el proceso reproductivo.

Perinatalidad

Ahora bien, para abordar la relevancia de la salud mental en este campo, es necesario situarse en un momento vital específico: la perinatalidad.

Este periodo abarca desde la preconcepción (desde los procesos de fertilidad, tratamientos infertilidad) hasta el posparto (hasta los dos primeros años del niño) y constituye una etapa de intensas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que preparan a la persona gestante para la maternidad y a la vez incrementan su vulnerabilidad frente a distintos trastornos biopsicoemocionales (Acosta, 2025). La evidencia científica sugiere que alrededor de una de cada cuatro mujeres puede experimentar algún tipo de sufrimiento mental durante el embarazo o el puerperio, aunque solo una minoría accede a

un diagnóstico y un tratamiento adecuado, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer la detección temprana y el acompañamiento en esta etapa.

Salud Mental Perinatal

En este marco surge la categoría de salud mental perinatal, entendida como el conjunto de procesos psíquicos, emocionales, conductuales y neurocognitivos que rodean los ciclos de fertilidad- infertilidad, la búsqueda de embarazo, las gestaciones, los partos, los nacimientos, las lactancias y las crianzas. (Acosta, 2025)

Díaz Juszkiewicz, Loiacono y Salaberry (2021) destacan que esta dimensión se encuentra en íntima relación con factores políticos, sociales, económicos, ambientales e histórico- culturales, lo que permite comprenderla desde un paradigma complejo, intersectorial, interdisciplinario, con perspectiva de géneros y enfoque de derechos humanos.

Esta mirada resulta fundamental, ya que reconoce que el estado psicológico y emocional de quien transita un embarazo tiene repercusiones significativas no solo en la propia persona gestante, sino también en el/la bebé y en el entramado familiar. En este sentido, el embarazo se configura como una etapa de especial vulnerabilidad psíquica: más allá de que el acontecimiento sea buscado, deseado o planificado, conlleva un torbellino de emociones (alegría, miedo, tristeza, confusión, inseguridad) que interpelan a la persona en la construcción de una “nueva identidad”. (Díaz Juszkiewicz, 2021).

La exigencia sociocultural de mostrar “felicidad absoluta” frente a la maternidad no hace más que intensificar estos procesos, generando sentimientos de culpa, agobio e incomodidad en quienes no experimentan esa emoción esperada.

Violencia Obstétrica

En el presente trabajo, se hace mención al término de Violencia obstétrica, concepto que a continuación será abordado desde diferentes autores.

Según Laínez Valiente et al (2023) la Violencia Obstétrica es una expresión de violencia de género y violencia institucional contra la mujer, basado en la deshumanización del trato, medicalización y patologización durante el embarazo, parto y puerperio llevado a cabo por el personal de salud. Teniendo en cuenta la presente definición resulta indispensable entender cómo se percibe la violencia obstétrica y cómo afecta a la salud mental de las mujeres.

De esta manera, tras reconocer la violencia obstétrica como una forma particular de violencia de género e institucional vinculada a la deshumanización del cuidado y a las inequidades del sistema sanitario, resulta necesario profundizar en sus manifestaciones concretas. En este sentido, Laínez Valiente et al. (2023) amplían la definición señalando que la violencia obstétrica refiere a prácticas, conductas y abusos (por acción u omisión) ejercidos por profesionales de la salud durante la atención al embarazo, parto o posparto, las cuales pueden producir consecuencias físicas, psicológicas, patrimoniales, económicas, sexuales e incluso letales.

Así, una vez delimitada las definiciones y alcances conceptuales de la violencia obstétrica, es posible avanzar hacia el análisis de sus implicancias concretas en el campo sanitario y social. En esta línea, diversos estudios han evidenciado que se trata de una práctica sistemática que vulnera derechos fundamentales y que trasciende lo meramente teórico para configurarse como un grave problema de salud pública y de derechos humanos.

Ramírez, et al. (2021) postula que investigaciones en torno a la calidad de la atención obstétrica identifican un trato irrespetuoso y ofensivo durante el nacimiento en instituciones sanitarias, donde se transgreden los Derechos Humanos, y según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Violencia Obstétrica se presenta aproximadamente en una de cada 3.5 atenciones obstétricas, volviéndola un problema de salud pública y de Derechos humanos, cuya erradicación es prioritaria. La práctica médica se encuentra regulada en todo el mundo, por tratados globales, leyes nacionales y locales. En tal caso, la Violencia Obstétrica no es la excepción.

Los mismos autores postulan que en México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) reconoce y conceptualiza la Violencia Obstétrica como una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios sanitarios por una deshumanizada atención durante el proceso reproductivo, generando afectación física, psicológica o moral, o incluso la pérdida de la vida de la madre, del feto o del recién nacido derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales.

Bermudez Caviedes et al. (2022) expresan que la violencia obstétrica, representa principalmente una violación a los derechos humanos desde los derechos de la mujer, sexuales y reproductivos; son actos deshumanizados ejercidos por parte del personal de salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y posparto que incluye de esta manera actos no consensuados, no apropiados o innecesarios.

El hecho de definirla contribuye a reconocer sus causas, manifestaciones y consecuencias, del mismo modo que las medidas pertinentes con tal de erradicarla. Lo anterior permite identificar que la Violencia Obstétrica puede vulnerar los distintos Derechos Humanos que poseen las mujeres, entre ellos el derecho a la vida.

Tipos de violencia obstétrica

Nogueira Vidal (2023) sostiene que son muchos los tipos de violencia que se utilizan para mantener el orden social patriarcal. Esta puede ser física, psicológica, económica y/o sexual. En los últimos años se ha puesto de manifiesto la existencia de una violencia específica que produce un desempoderamiento absoluto de las mujeres y que además ha sido invisibilizada durante muchísimos años: la violencia obstétrica. Esta violencia produce una doble discriminación: primero por ser mujeres y después por el hecho de ser pacientes que asumen que la autoridad (personal sanitario) está trabajando por su salud, tanto física como mental.

La misma autora describe también que la violencia obstétrica es la que el personal sanitario ejerce sobre los cuerpos de las mujeres y sus procesos reproductivos, que a su

vez va a desencadenar en un trato completamente deshumanizado, un abuso de la medicalización y un sistema de patologización de los procesos naturales reproductivos. Tal es así, que la violencia obstétrica es una de las más invisibilizadas y negadas por una amplia parte de la sociedad, a pesar de las pruebas evidentes que aportan organismos como la Organización Mundial de la Salud.

Por su lado, Laínes Valiente, et al. (2023) postulan la idea de que la Violencia Obstétrica hace referencia a prácticas, conductas y abusos violentos o percibidos como violentos por acción u omisión, realizadas por médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, entre otros profesionales del sistema de salud, hacia las mujeres, durante la atención del embarazo, parto o puerperio. Esta sucede en las diferentes áreas de atención, tanto en la atención pública como privada y tiene como consecuencias diversas afectaciones físicas, psicológicas, patrimoniales, económicas, sexuales o incluso puede conducir a la muerte:

Para una mejor comprensión de sus consecuencias, la Violencia Obstétrica se dividirá en dos grandes apartados: la física y la psicológica:

Violencia Física

Según lo definido por los autores Laínez Valiente, et al. (2023) la violencia obstétrica física se refiere a acciones innecesarias durante la atención del parto que no tienen justificación médica o se realizan sin el consentimiento de la persona gestante. Esto incluye ignorar el dolor o las necesidades de la embarazada, negar atención médica, hacer múltiples tactos vaginales, restringir sus movimientos o imponerle permanecer en cama. Entre las prácticas innecesarias figuran la episiotomía y la cesárea sin indicación médica. También existen prácticas desaconsejadas por la OMS, como el uso indebido de oxitocina, enemas o la maniobra de Kristeller, todas con riesgos potenciales. La oxitocina puede causar contracciones intensas si se administra en dosis altas, y los enemas no tienen beneficios comprobados. La maniobra de Kristeller, que implica ejercer presión sobre el útero, se aplica sin evidencia sólida de su efectividad y puede ser riesgosa.

Asimismo, se realizan procedimientos sin consentimiento informado, como la inducción del parto, ruptura de membranas, uso de fórceps o la extracción manual de la placenta.

Violencia Psicológica

Por su parte, la violencia obstétrica psicológica se manifiesta a través de comportamientos sutiles y difíciles de evidenciar, que afectan emocionalmente a la mujer durante el embarazo, parto o posparto. Puede acompañar a la violencia física o presentarse de manera independiente.

Este tipo de violencia obstétrica puede manifestarse a través de:

- Agresiones verbales: humillaciones, insultos, burlas o trato deshumanizado.
- Desinterés emocional: falta de atención a los miedos, emociones o necesidades de la persona gestante.
- Limitación de la autonomía: restricción de la capacidad de expresarse y de participar en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Negación de derechos: impedimento de acceder a información clara y adecuada, o de contar con acompañamiento durante el parto.
- Falta de consentimiento informado: omisión de explicar el estado de salud de la madre o del recién nacido, así como la imposición de procedimientos sin considerar la opinión de la mujer.

Estas acciones refuerzan una relación desigual entre el personal de salud y la paciente, basada en un modelo de poder médico que invalida la autonomía femenina.

Derechos Humanos

En 1948, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, tres años después de finalizada la Segunda Guerra Mundial. Este documento histórico, reconoce que todos los seres humanos somos portadores de estos derechos y que son inherentes a nuestra condición de personas y si bien no conlleva obligaciones jurídicas, orienta el accionar de los

Estados en función de su cumplimiento. La novedad que de alguna manera establecen los derechos humanos es colocar a toda la población en el mismo nivel de igualdad, por ser titulares de estas garantías.

La violencia obstétrica constituye una forma específica de violencia de género y una violación directa de los derechos humanos, en particular de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. A pesar de los avances normativos en la materia, las inequidades de género persisten en los sistemas de salud y afectan especialmente a las mujeres en situación de vulnerabilidad, es por eso que en esta investigación no puede dejarse de mencionar la importancia de los Derechos Humanos por lo cual se abordarán diferentes autores.

Derechos Humanos y Parto Respetado

Por su lado, Belli (2013), desde una perspectiva de derechos humanos, sostiene que esta forma de violencia previamente descrita, implica la transgresión de derechos fundamentales que deben ser garantizados en el ámbito de la atención obstétrica, algunos de los derechos que nombra la autora son los siguientes:

1. En primer lugar, el Derecho a la integridad personal (Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)), es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños.
2. En segundo lugar, el Derecho a la privacidad e intimidad. Este derecho presenta dos manifestaciones complementarias, el límite a la intromisión y la libertad en relación con la vida privada. El Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) señala que las personas poseen derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación.

3. En tercer lugar, se encuentra el Derecho a la información y al consentimiento informado. Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. (Art. 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos) La violación de este derecho toma la forma del paternalismo médico en su mayor expresión. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas. En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.
4. En un cuarto lugar, se encuentra el Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes. El artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), como también el artículo 7 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP) y el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes los Estados deberán prohibir dichos tratos por parte de funcionarios público o personas en el ejercicio de funciones oficiales. Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales. La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes.
5. Por último, postula el Derecho a estar libre de discriminación. El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) establece que “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”.

Derecho	Artículo (s)	Jurisdicción que lo postula	Resumen del contenido del derecho
Derecho a la integridad personal	Art. 5	Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)	Toda persona tiene derecho al respeto de su integridad física, psíquica y moral; nadie debe ser agredido o lesionado.
Derecho a la privacidad e intimidad	Art. 5	Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)	Se protege la vida privada, la honra y la reputación. Nadie debe ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales.
Derecho a la información y al consentimiento informado	Art. 6	Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos	Toda persona tiene derecho a recibir información y tomar decisiones libres sobre su salud; no deben realizarse prácticas médicas sin su consentimiento
Derecho a no recibir tratos crueles inhumanos, o degradantes	Art. 5 (DUDH), Art. 7 (PIDyP), Art. 16 (Convención contra la Tortura)	Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Convención contra la Tortura	Se prohíbe cualquier tipo de abuso físico o psicológico, especialmente por parte de funcionarios públicos. Incluye tratos humillantes o violentos como los observados en el parto.
Derecho a estar libre de discriminación	Art. 11	Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005)	Nadie debe ser discriminado ni estigmatizado por ninguna razón; protege la dignidad y derechos humanos de todos.

Cuadro comparativo de los derechos y sus artículos.

Otro autor que hace referencia al tema es a Ramírez, et al. (2021), quien expresa que este derecho implica que toda persona disfrute de su ciclo existencial sin interrupciones de agentes externos, ya que el Estado debe respetar la existencia humana, en el deber

negativo de evitar su privación, y en el deber positivo de proteger y garantizar la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción.

Belli (2023) advierte que la violencia obstétrica permanece invisibilizada, tanto en los textos jurídicos como en las prácticas sanitarias cotidianas. Esto se debe, en parte, a la normalización del maltrato y al desconocimiento generalizado de los derechos por parte de las propias mujeres usuarias del sistema. La autora sostiene que el derecho a la salud no puede concebirse de forma aislada, sino en articulación con otros derechos (vida, dignidad, autonomía). Desde este enfoque integral, el Estado tiene la obligación de garantizar condiciones de atención respetuosa, libre de violencia, y culturalmente adecuada, lo cual aún está lejos de lograrse en muchos contextos.

Parto Respetado

Para entender y contextualizar la Ley de Parto Respetado, resulta necesario introducir previamente algunos conceptos clave que permiten enmarcar su alcance y relevancia. Estos aportes iniciales constituyen una fase fundamental para el análisis de la normativa, ya que ofrecen una aproximación a las nociones que la sustentan y orientan su aplicación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

El parto

Michel Sadler (2004) propone que para comprender el significado del “parto” debe primero insertarse dentro de un contexto, como el actual, en el que la ciencia moderna occidental es aún predominante, y donde se entiende que para parir las mujeres deben insertarse en un sistema diferente al sistema familiar donde alguien le dirá que hacer y a lo cual ella tiene que obedecer, desde su condición de paciente, configuración de lugares que es compartida por todas las partes. Es a partir de este mismo contexto, desde el cual deben leerse también otros procesos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Por esto, el mismo autor expone que en ese paradigma de comprensión y modelo de atención, las gestaciones son “controladas” por los expertos médicos que de forma pseudo

administrativa reciben a las mujeres y personas gestantes y en quince minutos aplican y prescriben todas las prácticas de rutina, casi sin percepción de la singularidad de quien tienen enfrente, lo que suele dejar entonces por fuera no sólo los aspectos psíquicos y emocionales propios de este periodo sino también los valores culturales de cada quien y su situación particular.

Tal así, postulan las autoras Díaz Juskiewics et.al. (2021) que los partos son considerados urgencias médicas que deben resolverse, los bebés productos que deben ser retirados del cuerpo de quien los gesta, las familias y personas que pertenecen a la red de apoyo de las mujeres y personas gestantes, meros acompañantes, y ellas mismas pacientes que deben de manera pasiva, aceptar lo que se les indica, ya que son los profesionales que las atienden quienes tienen el saber. Todo lo que deja en evidencia, una vez más, las relaciones de poder que se establecen entre los agentes del sistema de salud y las mujeres o personas gestantes.

En relación a las transformaciones psíquicas que se producen en el embarazo, Díaz Juskiewics (2021) postula que no es posible universalizarlas por el hecho de que se encuentran influidas por la historia particular de cada mujer o personas que gesta, su recorrido vital (primerísima infancia, vivencias infantiles, experiencias previas, traumas y posibles pérdidas y momento actual), como así también la historia de cada pareja o triaja (si la hay), la historia de cada familia nuclear, extensa y/o ensamblada, su situación educativa y laboral, su salud física, etc.

La autora expresa que aun en la actualidad, el diccionario de la lengua española RAE (2022) define al acto de parir como aquel perteneciente a una hembra vivípara que expulsa naturalmente el hijo o los hijos que tiene en su vientre mientras que el modelo biomédico lo establecerá como un conjunto de eventos que llevan a la expulsión de un (o más) feto/s maduro/s y la/s placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud conceptualiza al “parto normal”, como aquel que cursa con

comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (1996, p.6)

De esta manera, la autora manifiesta que estas expresiones técnicas, objetivizan y mecanizan a mujeres y personas gestantes, a sus procesos y al contexto del que forman parte, a la vez que imponen un dominio absoluto por parte del aparato médico.

Parto Respetado

La Ley 25.929, conocida como Ley de Parto Respetado o conocida también como Parto Respetado, fue sancionada en Argentina en 2004 y reglamentada en 2015 mediante el Decreto 2035/2015. Esta norma establece derechos específicos para mujeres embarazadas, las personas recién nacidas y sus familias, con el objetivo de garantizar una atención respetuosa, informada y libre de intervenciones innecesarias durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

A continuación, se mencionan y detallan los principales puntos de la ley:

- 1) Aplicación obligatoria en todo el sistema de salud, tanto público como privado.
- 2) Derecho a la información clara y suficiente sobre prácticas médicas durante el embarazo, parto y posparto.
- 3) Parto respetado: Se prioriza el parto natural, evitando prácticas invasivas y medicamentos innecesarios, salvo en caso de necesidad médica justificada.
- 4) Trato digno y respetuoso: se debe respetar la intimidad, la individualidad y la cultura de la mujer.
- 5) Acompañamiento: la mujer puede estar acompañada por una persona de su confianza en todo el proceso.
- 6) Contacto temprano: el recién nacido debe permanecer junto a la madre desde el nacimiento, salvo que necesite cuidados especiales.
- 7) Promoción de la lactancia materna desde el primer momento

- 8) Información sobre cuidados postnatales y salud sexual y reproductiva.
- 9) Derechos del recién nacido: a una atención respetuosa, identificación adecuada, y evitar intervenciones sin consentimiento.
- 10) Derecho de los padres en caso de recién nacidos en riesgo: acceso a la información y participación en las decisiones médicas.

En tanto sanciones, la Ley postula que, a partir del incumplimiento de la misma, se considera falta grave y puede generar sanciones administrativas, civiles o penales. El objetivo general es humanizar el proceso del nacimiento, centrándose en los derechos y bienestar de la madre, el recién nacido y la familia, promoviendo una atención integral, segura y respetuosa.

Cobo y Jiménez (2022) refieren en su artículo al parto respetado, el cual pueden entenderse como aquel derecho que busca enfrentar las deficiencias de los sistemas de salud en lo referente a la atención de la salud materna y mejorar la experiencia reproductiva de las mujeres, al tener en cuenta elementos como: la calidad, la equidad, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, la dignidad y la autonomía de las mujeres, el reconocimiento de sus particularidades y la minimización de procedimientos innecesarios, entre otros . Asimismo, los autores postulan que el proceso de humanización requiere responder a las necesidades de la mujer y a su apreciación individual de aquellos sentimientos y sensaciones que surgen frente a la expectativa del parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2003) enfatiza en la importancia de mejorar las experiencias de las mujeres durante la gestación y el parto, mediante una atención digna y respetuosa y el derecho a no sufrir violencia o discriminación, lo cual, entre otras consecuencias, afecta la confianza de las mujeres en las instituciones y las desmotiva frente a la atención en salud.

Las autoras Díaz Juszkievics et.al. (2021) hacen referencia que el parto respetado es un derecho, y han mencionado sobre cómo el malestar y el sufrimiento mental en la etapa perinatal están absolutamente invisibilizados, lo cual se arraiga fuertemente al imaginario colectivo, al mito mujer- madre y al ideal materno. Ahora bien, desde una mirada

intersectorial, se comprende que dicha invisibilización se profundiza cuando atraviesan otros segmentos sociales que multiplican los lugares de opresión, lo cual obliga a hablar de múltiples invisibilizaciones, y de múltiples violencias.

Desde 2004 se celebra cada año en el mes de mayo, la Semana Mundial del Parto Respetado, el cual fue impulsado por la Asociación Francesa por el Parto Respetado y cuenta con el apoyo de UNICEF, y de la Organización Mundial de la Salud, entre otros organismos.

Consecuencias de la Violencia Obstétrica en la relación materno-filial

Díaz Juskiewics (2021) manifiesta que, en los últimos años, es posible advertir cierta evolución y progreso en el ámbito de la Salud Mental Perinatal, respecto de la prevención, el abordaje y el tratamiento de aquellos aspectos psicopatológicos vinculados a las gestaciones, los partos, los pospartos, los puerperios y las crianzas, existiendo evidencia científica que demuestra la elevada prevalencia de trastornos mentales en dicha etapa; cifra que dependiendo del estudio, alcanza entre el 15-25% de las mujeres/personas gestantes durante el embarazo y el postparto. Siendo el suicidio una de las principales causas de mortalidad en el periodo perinatal en la mayoría de los países desarrollados (Doll, Navas y Quintero, 2015).

Además de las posibles patologías que pueden surgir, la violencia obstétrica puede tener un impacto significativo en el desarrollo emocional y social del niño, como también de la madre y de la relación que se da entre estos. Tal como se viene trabajando, las condiciones de vida son determinantes en la construcción y sostenimiento de la salud mental. La OMS (2022) indica que la exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.

La violencia obstétrica, entendida como aquellas prácticas que suponen un daño o perjuicio psicológico o físico para las mujeres durante el embarazo, parto o posparto (Jarillo

López, Fernández Velazco y Garrido Hernansaiz, 2021) ha sido reconocida como un factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno- infantil. Diversos estudios han evidenciado que las experiencias traumáticas vividas durante el parto pueden afectar negativamente la relación temprana entre madre e hijo/a, incidiendo en el desarrollo emocional y afectivo del infante.

En la revisión sistemática revisada por Jarillo López et al. (2021) los resultados obtenidos indicaron que las prácticas asociadas a la violencia obstétrica tales como episiotomías innecesarias, uso de lenguaje vejatorio y procedimientos invasivos sin consentimiento informado, afectan negativamente no solo a la salud física y psicológica de las mujeres, sino también el desarrollo emocional del infante. Estas experiencias pueden interferir en la construcción de un vínculo seguro entre madre e hijo/a, esencial para el desarrollo afectivo y cognitivo del niño/a.

Además, se observó que las madres que han experimentado violencia obstétrica presentan mayores niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos, lo que puede dificultar su capacidad para establecer un apego saludable con su bebé.

Las autoras Díaz Juskiewicz et.al., (2021) refieren a que los riesgos pueden manifestarse en todas las etapas de la vida, pero los que ocurren durante los periodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son particularmente perjudiciales, por lo tanto, se sabe también que el momento del parto y del nacimiento pueden ser también condicionantes en el establecimiento de vínculos inseguros y disruptivos que derivan inclusive, en maltrato hacia las infancias.

En la misma línea, Sabin Paz (2020) postula que:

Es imperioso cambiar el sentido del cuidado, maternizar a la sociedad y des maternizar a las mujeres (Lagarde, 2023), y construir sistemas de apoyo, de cuidado y ayuda entre pares, con figuras como compañeros de cuidado que permitan crear campos relacionales intersubjetivos para afrontar las dificultades, las dudas, los temores y obstáculos vinculados al ejercicio pleno del derecho a materner. (pp. 14)

Díaz Juszkiewics (2021) expresa que con la Violencia Obstétrica y la falta de atención integral y de calidad sobre la Salud Mental Perinatal, existen diversos escenarios a los que se adicionan a su vez ciertos factores de riesgo que pueden desencadenar o agravar un padecimiento mental, como por ejemplo: 1) una experiencia negativa en el parto puede reactivar traumas previos no resueltos; 2) el haber sufrido violencia gineco-obstétrica puede ser causa de Trastornos de Estrés Postraumático, insomnio, Trastornos de la Conducta Alimentaria e intento de suicidio; 3) ser víctima de violencia domestica aumenta notablemente la posibilidad de transitar depresión antenatal o posnatal; y 4) no contar con tratamientos adecuados en duelos perinatales puede producir diversos trastornos de ansiedad al igual que trauma.

Laínez Valiente et al., (2023) refieren a que La Violencia Obstétrica puede provocar consecuencias tanto físicas como psicológicas. Ellos lo definen como: «el producto de una experiencia que ha causado un quiebre o interrupción en la vida de una persona y su contexto inmediato, que incluye sus relaciones con la pareja, familiares o comunitarias. Pueden ser cambios, lesiones o huellas visibles o invisibles a nivel físico, emocional, psicológico o de salud». Los daños causados por la Violencia Obstétrica en las mujeres después del parto podrían percibirse a corto o largo plazo, con distintos grados de severidad, que en algunos casos pueden llegar a ser irreversibles.

A continuación, se presentan ciertas consecuencias físicas estudiadas por Laínez Valiente (2023) que pueden desarrollarse, destacando que las intervenciones innecesarias durante el parto pueden afectar directamente la salud física de la madre y del recién nacido. Algunas de ellas son: problemas en el establecimiento o mantenimiento de la lactancia materna, la episiotomía como practica innecesaria y/o no consentida, la incontinencia y las cesáreas innecesarias.

Problemas en la lactancia materna

La lactancia materna se aborda en este contexto debido a que ciertos procedimientos como la administración de antibióticos, cesáreas o partos prematuros

inducidos, pueden dificultar su establecimiento. Asimismo, el estrés postraumático derivado de un parto violento, puede interferir en este proceso natural, generando obstáculos en una etapa clave para el vínculo madre- hijo/a.

La episiotomía innecesaria y/o no consentida

En continuidad de estas consecuencias, otra práctica frecuente que ha demostrado ser perjudicial es la episiotomía en aquellos casos no indicados por la OMS. Si bien el organismo recomienda su utilización en Distocia fetal (cuando el bebe presenta dificultades objetivas para avanzar por el canal del parto), sufrimiento fetal agudo que requiera aceleración del parto, riesgo de desgarro grave que pueda comprometer esfínteres u órganos, desaconseja su uso sistemático ya que puede provocar lesiones mas graves, infecciones, hematomas y dolor persistente. No obstante, se sigue utilizando encuadrado en un marco de violencia obstétrica donde median las relaciones de poder entre medico y paciente, la falta de actualización profesional, las rutinas institucionales y la falta de información en las mujeres.

La incontinencia

Otra secuencia física importante es la incontinencia, ya sea urinaria o fecal, relacionada con el uso de maniobras invasivas como pujos dirigidos o instrumentalización. Aunque en la mayoría de los casos es leve, puede volverse severa y afectar la calidad de vida si no se trata adecuadamente.

Cesáreas innecesarias

Los autores advierten que duplican el riesgo de complicaciones graves en comparación con el parto vaginal. Estas incluyen mayor riesgo de parto prematuro, complicaciones neonatales, y mayor tasa de ingreso en unidades de cuidados intensivos.

En tanto a las consecuencias psicológicas, en el plano de lo emocional, los síntomas de ansiedad son muy frecuentes en el embarazo y puerperio. La vulnerabilidad emocional

en estas etapas, combinadas con experiencias negativas en el sistema de salud, puede agudizar estos cuadros sintomáticos.

Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de miedo, preocupación y ansiedad excesivos, que interfieren con las actividades diarias de la persona.

Según DSM V, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en varones. Algunas de las características comunes son:

- Miedo y ansiedad excesivos: Las personas con trastorno de ansiedad experimentan miedo y ansiedad excesivos en respuestas a situaciones u objetos que pueden ser inocuos o no amenazantes.
- Alteraciones conductuales: Los trastornos de ansiedad se asocian con alteraciones conductuales que pueden interferir con las actividades diarias de la persona.
- Respuestas desadaptativas: Las respuestas a determinadas situaciones pueden ser excesivas, persistentes y desadaptativas.

Consumo problemático de sustancias

El consumo de sustancias puede tener efectos graves en la salud de las mujeres y personas gestantes, así como en sus bebés, especialmente durante el embarazo y el puerperio. Los efectos pueden incluir: aborto espontáneo, nacimiento prematuro, deficiencia de crecimiento intrauterino, peso bajo al nacer, muerte fetal, problemas irreversibles para el bebé, como dificultades de aprendizaje y trastornos físicos.

La Organización Panamericana de la Salud y la OMS han advertido sobre la gravedad del consumo de sustancias durante el embarazo y el puerperio, considerándolo un importante problema socio sanitario.

Depresión antenatal

La Depresión Antenatal es la morbilidad psiquiátrica más común durante el embarazo, afectando a un 15 - 20% de las mujeres y personas gestantes en Sudamérica, y hasta un 29% en algunas regiones.

En relación a los Factores de Riesgo se encuentran:

- Altos grados de ansiedad.
- Escaso apoyo de la pareja o compañeros.
- Antecedentes psicológicos o psiquiátricos.
- Dificultades económicas.
- Bajo índice de autoestima.
- Embarazo no deseado o no planeado.
- Problemas de gestaciones anteriores.
- Violencia doméstica.
- Abuso sexual infantil.

El diagnóstico se basa en criterios establecidos por el DSM V, entrevistas semiestructuradas, aplicación de escalas validadas o inventarios psicométricos. En el caso de no tratarla, se pueden desencadenar por ejemplo: La afectación de la funcionalidad y capacidad para obtener atención prenatal, el impacto en el desarrollo mental y motor emocional de los niños, entre otras.

Método

Diseño de investigación

Para poder corroborar las hipótesis anteriormente planteadas se llevó a cabo una investigación con enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos con el objetivo de alcanzar una comprensión más amplia y profunda de la violencia obstétrica y su impacto en el Alto Valle de Río Negro. Este diseño, siguiendo a Hernández Sampieri et al, (2014) y Creswell (2014), permite integrar datos numéricos con narrativas y testimonios subjetivos, enriqueciendo el análisis desde una perspectiva integral.

El enfoque mixto se caracteriza por su flexibilidad, lo que lo vuelve compatible con el paradigma interpretativo que guía esta investigación (Hernández Sampieri et al., 2014). En este sentido, implica un conjunto de procesos de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. Se optó por realizar este tipo de enfoque dado que ofrece varias ventajas. Fundamentalmente, siguiendo a Sampieri (2014), permite lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, es decir, más integral, completa y holística.

En esta línea, Lieber y Weisner (2010) señalan que los métodos mixtos “capitalizan” la naturaleza complementaria de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa; la primera representa los fenómenos mediante el uso de números y transformaciones de números, como variables numéricas y constantes, gráficas, funciones, fórmulas y modelos analíticos; mientras que la segunda lo hace a través de textos, narrativas, símbolos y elementos visuales.

A la vez, el presente estudio se enmarca dentro de un diseño mixto transformativo secuencial (DITRAS), con prioridad cualitativa, siguiendo la clasificación propuesta por Hernández Sampieri y Mendoza (2008) y Creswell et al. (2008). El mismo se caracteriza por desarrollar la recolección y análisis de datos en dos fases sucesivas: una primera fase cualitativa, orientada a explorar las experiencias, percepciones y significados atribuidos por

las mujeres a las prácticas obstétricas vividas, y una segunda fase cuantitativa, destinada a dimensionar y respaldar los hallazgos de ambas fases.

A diferencia de otros diseños secuenciales, en este caso la investigación estuvo guiada desde su planteamiento por un marco teórico transformativo, basado en las perspectivas de Derechos Humanos y de género. Este posicionamiento orientó las decisiones metodológicas, priorizando la visibilización de una problemática estructural como es la violencia obstétrica y su impacto en la salud mental perinatal, la incorporación de las voces de las mujeres de la región del Alto Valle de Río Negro y el análisis crítico de las condiciones que la posibilitan, con el objetivo de aportar evidencia que pueda contribuir a la transformación de las prácticas institucionales y a la promoción de un parto respetado conforme a la Ley Nacional N° 25.929.

Finalmente, este diseño se enmarca en el tipo exploratorio definido por Hernández Sampieri et al. (2014) como aquel adecuado para aquellas investigaciones cuyo propósito “es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (p.91). De esta manera, siguiendo a los autores, el presente estudio busca reconocer tendencias iniciales, delimitar contextos y variables relevantes, así como ofrecer un marco preliminar que sirva de base para futuras investigaciones más profundas y precisas.

Población y muestra

La población del estudio estuvo constituida por mujeres que cursaron un embarazo y/o parto en instituciones de salud de la región del Alto Valle de Río Negro durante los últimos diez años, momento desde el cual esta en vigencia la Ley de Parto Respetado, Ley 25.929. A partir de esta población, se conformó una muestra no probabilística, fundada, por un lado, en la accesibilidad a la información y la voluntariedad en la participación; y por otro, en la técnica de bola de nieve, según la cual cada participante recomendaba la encuesta a otras personas con características similares. La muestra estuvo integrada por 98 mujeres

que residen en la región del Alto Valle, Río Negro y que han atravesado su embarazo en los últimos diez años.

La convocatoria para la participación se realizó a través de redes sociales personales (Instagram y WhatsApp), en las que se difundió un flyer (adjunto en el apartado *Anexos* del presente estudio), apelando a la voluntariedad de la participación y los criterios para hacerlo. Esta modalidad permitió alcanzar una muestra de diversas localidades que componen al Alto Valle de la provincia de Río Negro: Chichinales, Villa Regina, Godoy, Ingeniero Huergo, Mainqué, Cervantes, General Roca, Allen y Cipolletti.

Criterios de inclusión

1. Haber atravesado un embarazo o parto en los últimos diez años.
2. Haber cursado el embarazo, parto y/o puerperio con atención en instituciones de salud en la región del Alto Valle, Río Negro (Chichinales, Villa Regina, Gral. E. Godoy, Ingeniero Huergo, Mainqué, Cervantes, General Roca, Allen, Cipolletti).
3. Haber aceptado participar de forma voluntaria.
4. Capacidad para comprender el consentimiento informado.
5. Tener los datos mínimos completados: edad, fecha del parto, localidad de la atención recibida y consentimiento.

Criterios de exclusión

1. Embarazo/parto ocurrido hace más de diez años.
2. No haber recibido atención del embarazo, parto y/o puerperio en instituciones de salud en la región del Alto Valle en el momento del embarazo/parto.
3. Imposibilidad de otorgar consentimiento informado válido
4. Datos mínimos incompletos: edad, fecha del parto, localidad de la atención recibida y consentimiento.
5. Duplicación de respuestas.

Instrumentos

El instrumento seleccionado para la recolección de la información fue una encuesta a través de un formulario de Google, conformado por 47 preguntas que combinaron formatos cerrados (*multiple choice* y escalas subjetivas) y preguntas abiertas. El mismo se encuentra adjunto en el apartado *Anexos*.

La elección de esta técnica se funda en una serie de ventajas que ofrece. En primer lugar, permite acceder a un número amplio de participantes en un periodo relativamente corto de tiempo, con bajo costo y abarcando a distintas localidades gracias a su difusión en redes sociales, lo que habilita la superación de barreras espaciales y logísticas, garantizando la participación de personas sin necesidad de desplazarse. En segundo término, el formato virtual ofrece condiciones favorables para la participación voluntaria, ya que las encuestadas pueden ser respondidas en un entorno privado, sin la presencia directa del investigador/a, aumentando las probabilidades de respuestas sinceras en temas sensibles como la violencia obstétrica (Creswell, 2014). Finalmente, permite recolectar datos tanto cuantitativos como cualitativos, ambos fundamentales a la hora de investigar una problemática poco abordada en la región específica del Alto Valle de Río Negro.

Procedimiento

En este apartado se describen las acciones llevadas a cabo para el desarrollo de la presente investigación, desde la planificación inicial hasta el análisis de los datos obtenidos, en vistas a garantizar la coherencia metodológica y la validez de los resultados. Asimismo, se detalla la viabilidad del estudio, sustentada en la disponibilidad de recursos, el acceso a la población participante, convocada de manera voluntaria, y la factibilidad de aplicación de los instrumentos seleccionados, facilitada por la difusión en redes sociales. Estos elementos permitieron llevar adelante el proceso investigativo de manera ordenada y consistente con los objetivos propuestos.

En primer término, se realizó una revisión bibliográfica de la problemática de la violencia obstétrica y su impacto en la salud mental perinatal. A partir de dichas lecturas, se

confeccionó una encuesta de carácter mixto, que permitió la recolección de datos cuali-cuantitativos, abordaje que se considera necesario por la índole del problema a estudiar (las formas en que la violencia obstétrica impacta en la salud mental perinatal) y la escasa cantidad de estudios en relación a la región del Alto Valle de Río Negro. Además, se incluyó en el comienzo de la encuesta un consentimiento informado destinado a proteger la integridad de las personas que participen en la misma (ver Anexo II), en el que se detallaron los objetivos del estudio, el uso confidencial de la información y el carácter anónimo de la participación, en línea con los principios éticos de la investigación. Por último, tanto en la difusión de la encuesta como en su contenido se subrayó el carácter voluntario de la participación.

A continuación, se difundió el instrumento en redes sociales personales (Instagram y WhatsApp), solicitando en el flyer de difusión que compartieran la encuesta a otras personas que pudieran cumplir con los criterios de inclusión de la muestra.

La posibilidad de responder la encuesta fue de aproximadamente un mes. Transcurrido el mismo, se cerró la participación al considerar suficiente la muestra obtenida, teniendo en cuenta además los límites temporales para la realización y presentación del presente estudio.

En cuanto al análisis de la información obtenida, se llevó a cabo, por un lado, una estadística descriptiva con realización de gráficos para observar tendencias y contrastar los resultados con las afirmaciones que se desprenden del marco teórico. Por otra parte, se realizó un análisis cualitativo de las respuestas a las preguntas abiertas de la encuesta, a partir de las categorías analíticas del marco teórico.

Resultados

El presente apartado tiene como objetivo analizar e interpretar los resultados obtenidos a partir del formulario administrado a mujeres que cursaron su proceso perinatal en instituciones de salud del Alto Valle de Río Negro, en los últimos diez años. El análisis

adopta una perspectiva de género y crítica, considerando tanto la dimensión cuantitativa como la cualitativa de los datos.

Este abordaje permitió identificar las formas de manifestación de la violencia obstétrica (Eje 1), el grado de conocimiento de los derechos garantizados por la Ley 25.929 de Parto Respetado (Eje 2) y el impacto subjetivo y emocional de estas experiencias en la salud mental perinatal (Eje 3). La organización de los resultados en ejes respondió a fines de sistematización y claridad, mientras que el análisis cualitativo retomó la interrelación entre las variables (ver Anexo III).

Análisis cuantitativo de los resultados obtenidos

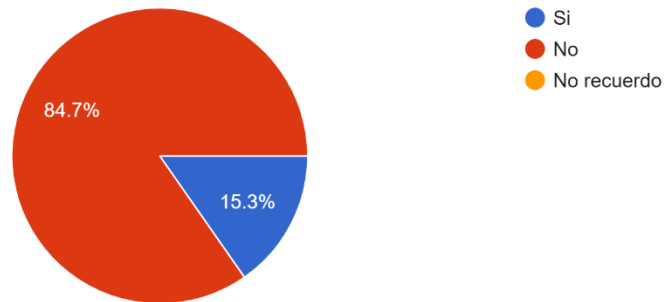
Eje 1: Manifestaciones de violencia obstétrica

Los resultados cuantitativos evidencian la existencia de prácticas que se corresponden con lo definido como violencia obstétrica, entendida como la medicalización y patologización de los procesos reproductivos naturales y la imposición de intervenciones que afectan la autonomía y dignidad de las personas gestantes (World Health Organization, 2015).

En relación con las intervenciones sin consentimiento informado, un 15,3% (n=15/98) de las encuestadas reportó haber recibido una episiotomía sin una explicación adecuada, mientras que un 14,3% (14 =98) indicó haber sido medicada para acelerar el trabajo de parto sin otorgar consentimiento. Aunque la mayoría refirió no haber atravesado estas prácticas, los porcentajes observados son significativos, dado que representan vulneraciones al derecho al consentimiento informado, consagrado en la Ley 25.929 y en estándares internacionales de derechos humanos (ONU, 2019).

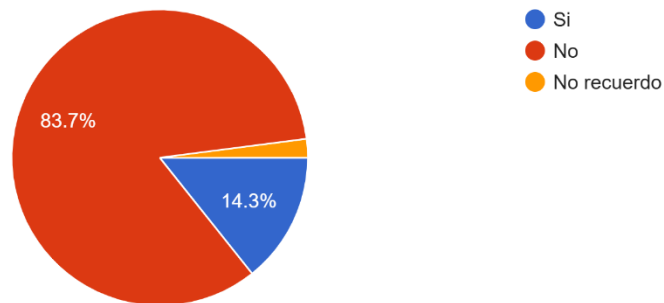
Durante tu último parto ¿Te realizaron un corte (episiotomía) sin explicarte ni pedirte permiso?

98 respuestas



¿Te administraron medicación para acelerar el parto sin haberte explicado previamente su finalidad? (suero, medicamentos o goteros)

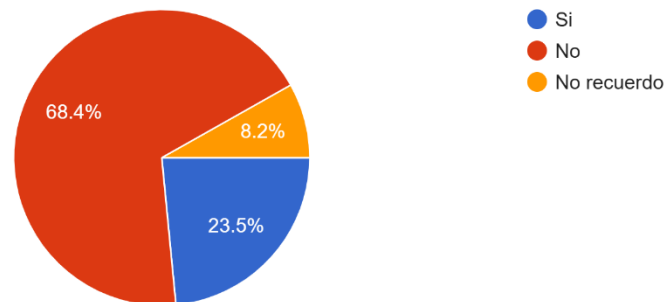
98 respuestas



Asimismo, un 23,5% (23=98) manifestó haber sido sometida a la maniobra de Kristeller, práctica ampliamente cuestionada por su carácter violento y los riesgos que conlleva para la salud materna y neonatal. En paralelo, un 20,4% (20= 98) señaló que se le impidió adoptar la postura deseada durante el trabajo de parto, lo que constituye una restricción física que vulnera la autonomía corporal.

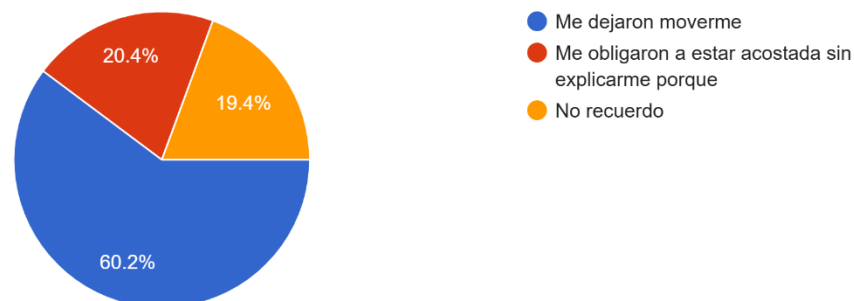
¿Alguien del equipo de salud te apretó la panza con fuerza durante el parto (lo que se llama maniobra de Kristeller)?

98 respuestas



Durante el trabajo de parto, ¿te restringieron el movimiento o te indicaron una postura específica sin explicarte por qué?

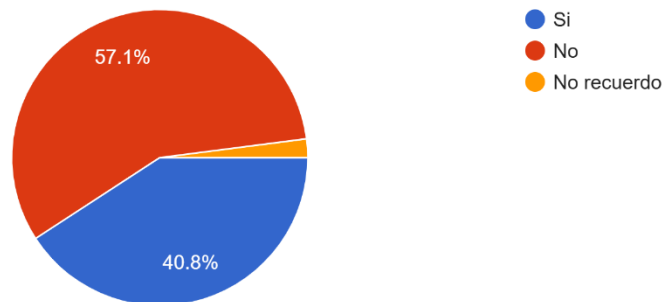
98 respuestas



En cuanto al trato recibido, el 36,7% (36 = 98) refirió haber sido objeto de gritos, burlas o humillaciones, mientras que un 40,8% (40= 98) lo describió como autoritario o deshumanizado. A su vez, un 67,3% (66 = 98) indicó haber sido excluida de las decisiones sobre su parto. Estos hallazgos se corresponden con lo planteado por Freedman et al. (2014), quienes señalan que el maltrato verbal y la exclusión de la toma de decisiones configuran formas sistemáticas de violencia institucional y de género.

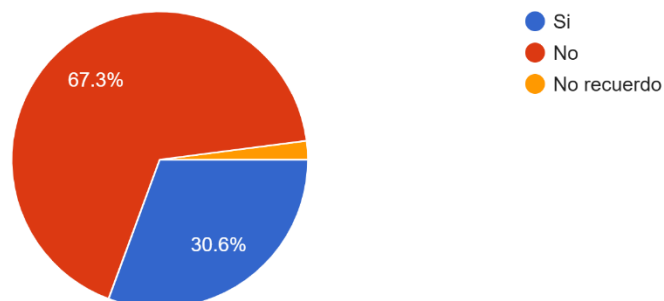
Alguien del equipo de salud le habló mal, te gritó, se burló, o te hizo sentir mal durante el parto o el embarazo?

98 respuestas



¿Sentiste que te obligaron a hacer cosas o aceptar decisiones sin explicarte nada ni tenerte en cuenta?

98 respuestas

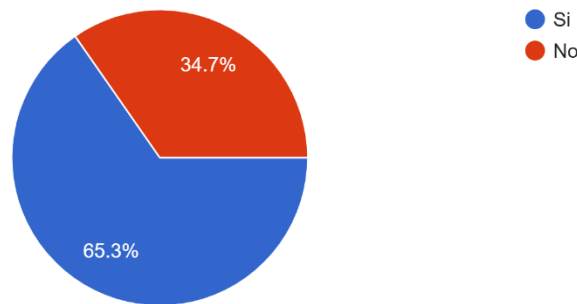


Eje 2: Conocimiento sobre la Ley de Parto Respetado

En este eje, un 65,3% (63=98) de las encuestadas manifestó conocer la Ley 25.929, y la mayoría declaró identificar derechos específicos, como el acompañamiento, el trato digno o la posibilidad de decidir sobre su cuerpo. Sin embargo, los resultados revelan que el sistema de salud no garantizó el acceso efectivo a dicha información durante el embarazo.

Antes o durante tu embarazo, ¿habías escuchado hablar de la Ley de Parto Respetado o Ley de Parto Humanizado?

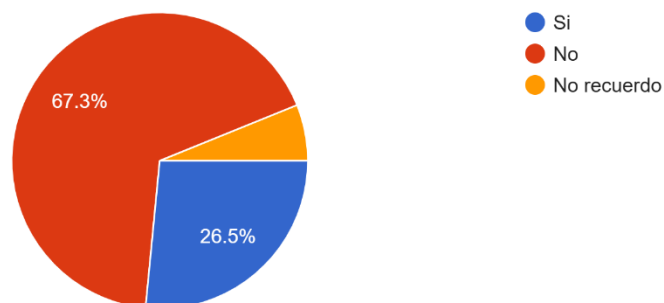
98 respuestas



El 67,3% (67 = 98) de las participantes afirmó no haber recibido información sobre sus derechos por parte del personal de salud, y un 82,7% (82=98) señaló no haber participado de charlas ni instancias institucionales de orientación. Esta omisión constituye un obstáculo para el empoderamiento, en tanto limita la posibilidad de ejercer los derechos de manera consciente e informada (Belli, 2013).

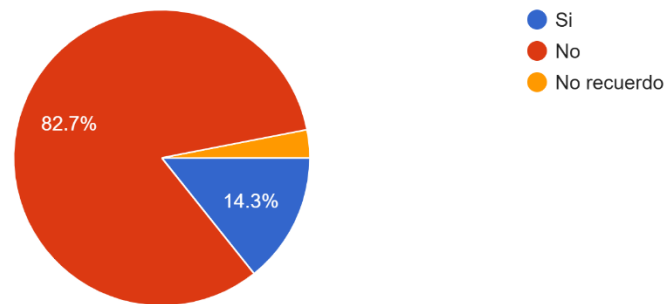
Durante tu embarazo, ¿alguien del hospital o centro de salud te habló sobre tus derechos como persona gestante?

98 respuestas



¿Te dieron folletos o te invitaron a alguna charla sobre la Ley de Parto Respetado?

98 respuestas



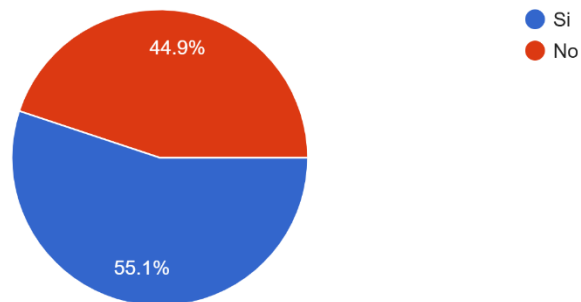
Se observa, de este modo, una disociación entre el conocimiento formal de los derechos y su aplicación práctica en los espacios de atención, lo que refleja una deuda institucional en materia de educación en salud sexual y reproductiva.

Eje 3: Impacto emocional y psicológico

Los datos también evidencian el impacto subjetivo y emocional de las experiencias obstétricas. El 55,1 % (55=98) de las encuestadas reportó haber atravesado emociones negativas vinculadas al parto, como culpa, miedo, angustia, mientras que un 43,9% (44=98) refirió haberse sentido vulnerada emocional o psicológicamente por el trato recibido. Estos indicadores sugieren la presencia de signos de trauma obstétrico (Murguía González, 2013), categoría que alude a sufrimiento psíquico derivado de la experiencia obstétrica, recientemente visibilizada en el campo de la salud mental perinatal.

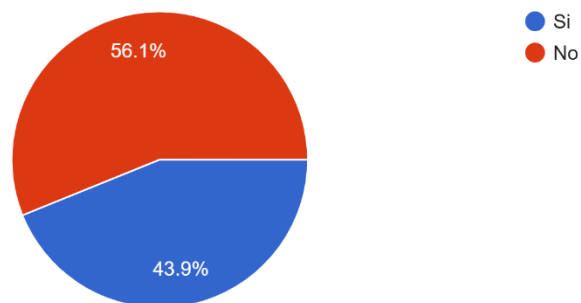
¿Sentiste emociones negativas (como angustia, enojo, miedo o tristeza) al recordar cómo te atendieron durante el embarazo o el parto?

98 respuestas



¿Tuviste la sensación de haber sido maltratada o no respetada emocionalmente por el equipo de salud?

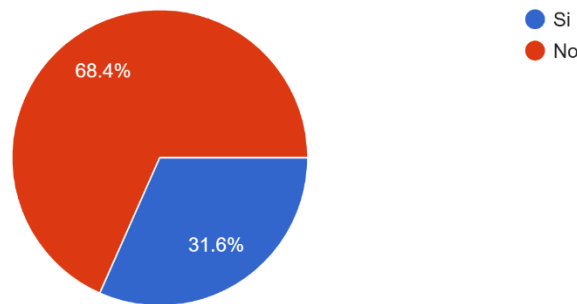
98 respuestas



Asimismo, un 31,6% manifestó haber necesitado o solicitado ayuda psicológica tras el parto, y un 24,5% reportó dificultades para establecer un vínculo afectivo con el recién nacido. Estos hallazgos señalan posibles consecuencias en la conformación del apego temprano y en la emergencia de cuadros de depresión posparto o trastornos de ansiedad (Jarillo López et.al 2021).

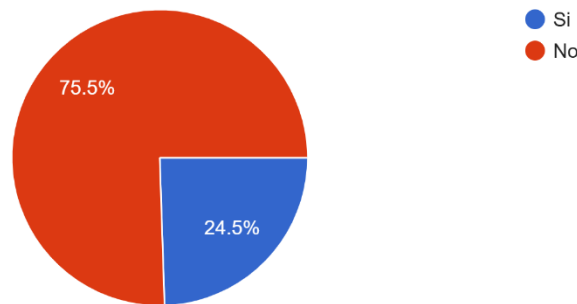
¿Buscaste o pensaste en buscar ayuda psicológica por cómo te sentiste emocionalmente después de tener a tu bebé?

98 respuestas



¿Sentiste dificultades para establecer un vínculo emocional con tu bebé en los primeros días o semanas?

98 respuestas



Análisis cualitativo de las respuestas obtenidas

El análisis cualitativo se estructuró en torno a las categorías definidas en la operacionalización de variables, a partir del marco teórico.

Eje 1: Manifestaciones de violencia obstétrica

Categoría 1: Violencia obstétrica física

Las narrativas analizadas evidencian la persistencia de prácticas invasivas realizadas sin consentimiento informado, como tactos vaginales reiterados, rotura artificial de membranas, episiotomías sin ser informadas, administración de oxitocina, presión abdominal (maniobra de Kristeller) y cesáreas no consultadas.

Ejemplos son: *“me ataron los brazos”* (E 10), *“me hicieron una cesárea sin consultarme”* (E 15), *“me apretaban muy fuerte la panza”* (E 20), *“me rompieron bolsa sin avisarme”* (E 30). Estas intervenciones constituyen una vulneración directa del principio de autonomía corporal y reproducen lo señalado por Segato (2003), en cuanto al dominio médico-patriarcal sobre los cuerpos feminizados como forma de control y disciplinamiento.

Categoría 2: Violencia Obstétrica Psicológica

Los relatos también dan cuenta de agresiones verbales y comentarios humillantes por parte del personal de salud. Expresiones como: *“Me dijeron que sí me gustó, ahora me la tenía que bancar”* (E 25) o *“No me dejaban gritar”* (E 33) reflejan dinámicas de violencia simbólica que generan miedo, vergüenza e indefensión. Estas prácticas, según Belli (2013) y el enfoque de derechos humanos que plantea, este tipo de violencia vulnera el derecho a recibir un trato digno y respetuoso, reconocido por la normativa vigente, y reproduce estereotipos de género que responsabilizan a la mujer por su sufrimiento.

Eje 2: Conocimiento sobre la Ley de Parto Respetado

Categoría 1: Conocimiento general sobre la existencia de la Ley

La mayoría de las mujeres conocía la existencia de la Ley 25.929, aunque este conocimiento fue en gran medida autogestionado, obtenido a través de redes sociales, cursos, doulas o experiencias compartidas. Testimonios como *“Lo busqué por internet”* (E 47), *“Todo lo que sabía del parto respetado es gracias a redes sociales”* (E 52), *“Mi amiga doula me informó de muchas cosas”* (E 55), *“Lo leí en una materia de la tecnicatura”* (E 60) o *“Trabajo en protección de derechos, por eso sabía”* (E 62) reflejan la ausencia del sistema de salud en la difusión de la norma, lo que produce desigualdades de acceso en función del capital sociocultural de las mujeres.

Categoría 2: Conocimiento específico de derechos incluidos en la Ley

Aunque algunas participantes refirieron conocer los derechos garantizados por la Ley, varias señalaron no haber podido ejercerlos en el contexto de parto, debido a la

vulnerabilidad del momento. Ejemplos: “En el momento te sentís tan vulnerable que no tenés fuerzas para hacerlos valer” (E65) o “*Te hacen firmar en una camilla anestesiada*” (E 77), “*Entre el dolor y los nervios te dicen todo rápido como si supieras parir*” (E 80). Estos relatos evidencian que el conocimiento legal no se traduce automáticamente en el ejercicio efectivo de los derechos si no existen condiciones institucionales que lo garanticen.

Categoría 3: Acceso a la información durante el embarazo

Diversas participantes remarcaron la ausencia de información brindada por el sistema de salud en controles prenatales, parto, y puerperio. Testimonios como “*Nunca me lo dijeron hasta que entré en sala de parto*” (E 12), “*Solo iba a los controles y nunca me hablaron del tema*” (E 25), “*Durante el embarazo no se me brindó esa información, ni en el hospital ni en el CAPS*” (E 49), “*Me sorprendió porque muchas cosas no las sabía y nadie te las dice*” (E 56) señalan una omisión sistemática que vulnera el derecho al acceso a la información, reconocido en la Ley 25.929 y en instrumentos internacionales como la CEDAW. Esta falta de información constituye una forma de violencia por omisión, al impedir que las personas gestantes ejerzan su autonomía de manera informada, vulnerando el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre la salud individual contemplado por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Belli, 2013).

Eje 3: Impacto de la Violencia Obstétrica en la salud mental perinatal de las mujeres

A partir del análisis de las respuestas abiertas, se identificaron cuatro categorías que permiten comprender cómo las experiencias de violencia obstétrica afectan la salud mental perinatal: 1) Reconocimiento emocional del impacto, 2) Consecuencias psicológicas postparto, 3) Impacto en la vinculación con el bebé y 4) Conocimiento de derechos vinculados a la salud mental perinatal.

Categoría 1: Reconocimiento emocional del impacto

En línea con lo señalado por Diaz Juskiewicz et al. (2021), numerosas mujeres describieron sensaciones de angustia, llanto persistente, insomnio, culpa, crisis de identidad, sentimientos de desconexión incluso tiempo después del parto. Ejemplos: “*Me sentía muerta en vida y me la paso llorando en las noches*” (E 58), “*No me reconocía frente al espejo*” (E 62), “*Tuve una depresión postparto que solo pude reconocer años después*” (E 63), “*Estuve en piloto automático por un año y medio*” (E 77). Estos relatos sugieren la presencia de depresión postparto, ansiedad perinatal y estrés postraumático no diagnosticados ni abordados por el sistema de salud.

Categoría 2: Consecuencias psicológicas postparto

Las prácticas violentas dejaron huellas emocionales de larga duración. Testimonios como “*No quiero volver a ser madre*” (E 34), o “*El parto fue tan horrible que no lo quiero recordar*” (E 66) reflejan un quiebre en la vivencia del parto, coincidiendo con lo que la literatura describe como “herida psíquica perinatal”.

Categoría 3: Impacto en la vinculación con el bebé

Algunas participantes señalaron dificultades para conectar con sus hijos: “*Me cuesta vincularme con mi hija*” (E 71) o “*No pude conectar con mi bebé*” (E 92). Esto coincide con lo planteado por Jarillo López et al. (2021), quienes sostienen que la violencia obstétrica afecta a la construcción del lazo afectivo temprano con potenciales consecuencias en el desarrollo infantil.

Categoría 4: Conocimiento de derechos vinculados a la salud mental perinatal

Si bien la Ley de Parto Respetado contempla el derecho a la atención integral, numerosos testimonios evidencian ausencia de contención emocional: “*Nadie me ofreció apoyo psicológico*” (E 74), “*Lloraba del cansancio y nadie me ayudó*” (E 85), o “*Tuve un ataque de pánico y nadie me asistía*” (E 93). Solo en casos aislados se mencionó la presencia de profesionales de salud mental, percibida de forma positiva. Este dato subraya la relevancia de la atención psicológica perinatal en la prevención de secuelas emocionales.

Discusión

Los resultados de la presente investigación evidencian que, a pesar de la existencia de marcos normativos como la Ley N° 25.929 de Parto Respetado, la violencia obstétrica se mantiene como una práctica sistemática en los servicios de salud en el Alto Valle, Río Negro, según lo constatado en los resultados analizados. Estos hallazgos confirman la hipótesis planteada al comienzo ya que muestran que, aun con la Ley de Parto Respetado en vigencia, esta forma de violencia continúa afectando de manera negativa la salud mental perinatal de las mujeres de la región.

Las experiencias de las participantes indican que, más allá de la presencia o ausencia de violencia física, se identifican diversas expresiones de violencia psicológica, simbólica e institucional, todas ellas con consecuencias significativas para la salud mental perinatal.

Estos resultados se alinean con investigaciones previas que destacan el carácter estructural de la violencia obstétrica en los sistemas de salud. Tal como señalan Laínez Valiente et al. (2023), se trata de una forma de violencia de género institucionalizada, sustentada en la medicalización excesiva, la deshumanización del trato y la infantilización de las mujeres gestantes. En consonancia con estudios desarrollados en España, Argentina y Ecuador (Paricio del Castillo et al., 2024; Mora Espinoza et al., 2024; González y Mattioli, 2024), los datos de esta investigación reafirman el impacto de estas prácticas en la salud mental perinatal, expresado en ansiedad, estrés postraumático, depresión postparto y desconfianza en el sistema de salud.

Un aspecto relevante de los hallazgos corresponde al escaso conocimiento o comprensión de la Ley de Parto Respetado por parte de las mujeres encuestadas. Este resultado coincide con lo señalado por Belli (2023) y Castrillo (2020), quienes sostienen que la invisibilización jurídica y simbólica de la violencia obstétrica se ve reforzada por el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, tanto en las usuarias como en los equipos de salud. La falta de información y la ausencia de consentimiento informado

continúan siendo prácticas habituales, aun cuando la normativa lleva más de una década en vigencia.

Asimismo, se observa que la violencia obstétrica no se limita al momento del parto, sino que genera repercusiones en el puerperio, la lactancia, el vínculo con el recién nacido y la salud mental materna a largo plazo. Esta perspectiva integral de la salud mental perinatal se corresponde con lo planteado por Díaz Juszkiewics et al. (2021), quienes destacan que los padecimientos en esta etapa afectan no solo a mujeres, sino también al desarrollo emocional y social del niño, al vínculo madre-hijo y al entorno familiar.

En conclusión, los hallazgos permiten afirmar que la violencia obstétrica constituye un problema estructural de salud pública y de derechos humanos, que trasciende el marco normativo y exige transformaciones profundas en las prácticas de atención. El cierre que plantea esta investigación es que la existencia de leyes, aunque necesaria, resulta insuficiente si no se acompaña de procesos de sensibilización, formación y cambios institucionales que garanticen un parto respetado y una salud mental perinatal protegida.

Aportes de la investigación

La investigación aporta un análisis cualitativo y situado sobre la violencia obstétrica en el Alto Valle, un territorio poco abordado en la literatura científica reciente. Su principal contribución reside en visibilizar el impacto psíquico de estas prácticas a partir de las experiencias de las mujeres, integrando la perspectiva de derechos humanos, el enfoque de género y el paradigma de la salud mental perinatal.

Asimismo, ofrece evidencia empírica sobre las tensiones entre el marco legal vigente y su implementación, y constituye un insumo para el diseño de políticas públicas sensibles tanto al territorio como a las experiencias subjetivas de las usuarias del sistema de salud.

Conclusión

La presente investigación permitió realizar un primer acercamiento exploratorio a las manifestaciones de la violencia obstétrica en mujeres residentes del Alto Valle de Rio Negro, evidenciando cómo estas experiencias afectan de forma directa e indirecta la salud mental perinatal. A través del análisis de testimonios y datos recogidos, se contrastó que, a pesar de la existencia de un marco legal protector como lo es la Ley N° 25.929 de Parto Respetado, muchas mujeres continúan atravesando situaciones de deshumanización, vulneración de derechos, infantilización y maltrato durante la preconcepción, el embarazo, el parto y el puerperio. Estas prácticas no sólo comprometen el bienestar físico de las mismas, sino que generan secuelas emocionales, vinculares y subjetivas de profundo impacto, muchas veces silenciadas o naturalizadas.

En consonancia con la hipótesis planteada, se confirma que, aunque la Ley de Parto Respetado se encuentre implementada, la violencia obstétrica persiste y repercute negativamente en la salud mental perinatal de las mujeres de la región, generando altos niveles de ansiedad durante la gestación, el parto y el posparto, así como trastornos de estrés postraumáticos, depresión posparto y pérdida de confianza en el sistema de salud. Si bien la violencia obstétrica física no se manifiesta de manera cotidiana, otros tipos de violencia, como la psicológica y simbólica, continúan presentes y dejando secuelas en la población estudiada, muchas veces más profundas y duraderas. En ésta línea, consideramos fructífero para futuras investigaciones indagar en cómo factores sociodemográficos influyen en el impacto de la violencia obstétrica sobre la salud mental perinatal.

Aportes y contribuciones de la investigación

Este trabajo ofrece aportes al conocimiento científico al situar fenómenos de la violencia obstétrica en una región específica y poco explorada como el Alto Valle de Rio Negro, integrando una perspectiva de género y de derechos humanos. La articulación entre

el enfoque cualitativo y cuantitativo permitió rescatar las voces de las mujeres afectadas, visibilizando no sólo los tipos de violencia experimentados, sino también sus efectos en la salud mental perinatal. Asimismo, se introduce una mirada novedosa desde la psicología perinatal y las terapias contextuales de tercera ola, subrayando la necesidad de comprender estos eventos como potenciales desencadenantes de padecimientos emocionales sostenidos en el tiempo. El trabajo contribuye, así, a una comprensión más integral del fenómeno, que trasciende lo médico y se adentra en lo subjetivo, relacional y cultural.

Limitaciones de la investigación

Entre las principales limitaciones, se encuentran las desventajas de la utilización del formulario de Google, ya que puede haber excluido a mujeres con escaso acceso a tecnologías o niveles bajos de alfabetización digital. La subjetividad inherente a la recolección de datos autopercebidos también constituye una limitación, aunque resulta coherente con el enfoque fenomenológico adoptado.

Asimismo, debido a las limitaciones temporales y de recursos, no se abordaron las percepciones del personal de salud ni se incorporaron registros observacionales de contextos institucionales, lo cual sería valioso en futuras investigaciones. Otra de las limitaciones de este estudio es que no se utilizaron instrumentos validados y estandarizados, lo que puede afectar la confiabilidad y validez de los resultados.

Finalmente, no se recolectaron datos sociodemográficos y socioeconómicos de las personas encuestadas, debido a la necesidad de acortar las variables de análisis en función de la extensión del presente trabajo y los recursos disponibles.

Investigaciones futuras

A partir de los hallazgos, se identifican diversas líneas posibles para futuras investigaciones:

En primer lugar, realizar estudios longitudinales que permitan seguir la evolución del impacto psíquico de la violencia obstétrica en el tiempo, especialmente en lo que refiere a vínculos tempranos, lactancia y salud mental materna.

En segundo lugar, indagar en las representaciones y prácticas del personal de salud respecto a la Ley de Parto Respetado y su aplicación efectiva, incorporando su perspectiva como objeto de estudio.

En tercer lugar, profundizar en las experiencias de mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad social, como mujeres indígenas, migrantes, adolescentes o con discapacidad, desde una perspectiva interseccional.

En cuarto y último lugar, investigar la eficacia de distintas intervenciones psicológicas en mujeres que han atravesado partos violentos o traumáticos, en particular desde enfoques basados en evidencia cómo las terapias contextuales.

Propuestas de intervención profesional

En función a las conclusiones a las que se arribó, se considera urgente y necesario el diseño e implementación de propuestas de intervención integrales que acompañen a las mujeres en el cuidado de su salud mental perinatal y en la elaboración psíquica de experiencias de violencia obstétrica. Desde una perspectiva profesional, se piensan y proponen las siguientes acciones:

En primer lugar, el acompañamiento psicológico individual o grupal desde una orientación de tercera ola, especialmente mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que puede brindar herramientas para trabajar con el dolor emocional, la validación de la experiencia, los valores de esa persona, la resignificación del parto traumático y el fortalecimiento de valores personales en la etapa de la maternidad.

En segundo lugar, la creación de espacios terapéuticos perinatales específicos dentro de hospitales y centros de salud, en los cuales prime el trabajo interdisciplinario y humano, donde se articulen profesionales de la salud mental con equipos obstétricos.

En tercer lugar, talleres psicoeducativos dirigidos a mujeres gestantes y puérperas sobre los derechos durante el embarazo y el parto, estrategias de autocuidado emocional, redes de apoyo y recursos institucionales disponibles.

En cuarto lugar, la capacitación a efectores de salud en perspectiva de género, parto respetado y salud mental perinatal, incluyendo herramientas de escucha activa, consentimiento informado y trato digno.

En quinto lugar, se pensó en la promoción de protocolos institucionales con enfoque en derechos humanos, que regulen y garanticen prácticas obstétricas respetuosas, haciendo partícipes a usuarias, profesionales y autoridades.

Asimismo, este fenómeno configura un importante problema de salud pública que requiere la acción de los Estados Nacionales, adoptando una postura activa y comprometida. En este sentido se propone:

- La generación de protocolos de evaluación, detección temprana e intervención en casos de violencia obstétrica.
- La implementación efectiva de prestaciones vinculadas al periodo perinatal dentro de las obras sociales, asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional y empresas o entidades que brinden servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en las Leyes Nacionales 23.660, 23661 (regulan el Sistema Nacional del Seguro de Salud) y 24.754 (establece que las empresas de medicina prepaga deben las mismas prestaciones obligatorias que las obras sociales).
- Financiamiento gubernamental a asociaciones civiles (ONGs) que acompañan estos procesos desde una perspectiva clínica y comunitaria.
- Campañas de prevención, sensibilización, concientización y visibilización sostenidas en el tiempo sobre la temática.
- Creación de políticas públicas que propongan una atención integral, especializada, multidisciplinar y de calidad, con perspectiva de género y centradas en las necesidades subjetivas de quienes atraviesan la gestación, el parto y el puerperio.

Por lo tanto, reconocer el sufrimiento psíquico y físico que deja la violencia obstétrica es el primer paso hacia un cambio estructural. Trabajar desde la escucha, el respeto y el acompañamiento real, tanto clínico como político, es un compromiso ético ineludible de la psicología y del Estado.

Bibliografía

Acosta, I (2025) *¿Qué es la perinatalidad?* (material educativo).

https://www.psicoterapiaintegrativapnie.org/articulos/art6.html?utm_source=chatgpt.com

Belli, L. (2013) *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. Revista Redbioética (UNESCO);1, 25-34.

<https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?se>

Castrillo, B. (2020). *Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica: Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas*. *Encuentros Latinoamericanos*, 4(1), 196–220. Universidad de la República

Cobo, A., & Analuisa Jiménez, E. I. (2022). *Parto humanizado y la función de enfermería en los establecimientos de salud pública*. *Enfermería Investiga*, 7(1), 73–78.

<https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i1.994.2022>

Creswell, J.W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage publications.

Cuellar-Flores, I., Álvarez-Cienfuegos Cercas, L., Arias Rubio, S., Cordero, E., Díaz de Neira, M., Fernández, A., Lanza Raggiotti, E., Serrano-Villar, M., Madrigal, A., Hernanz Vaquero, A., Velayos Jiménez, L., Álvarez, M., Eimil Ortiz, B., Pérez, L., Jiménez, M., Jordán, C., & Dieguez Porres, M. (2024). *Programas de psicología clínica y salud mental perinatal en hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y recomendaciones de buenas prácticas*. *Papeles del Psicólogo*, 45(2), 108–115.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3039>

- Díaz Juszkiewicz, N.S., Loiacono, R.S., y Salaberry, M. (2021). *Salud mental perinatal: Abordajes desde la perspectiva de géneros y el enfoque de derechos humanos*. Editorial Akadía.
- García García, EM (2015). La violencia obstétrica como violencia de género. Una visión feminista de la situación en España. repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/151385
- Gioria, C., Oiberman, A., Hauser, M. P., Cid Luchini, M. J., & Labin, A. (2023). *Estudio preliminar sobre abordajes asistenciales de salud mental perinatal en maternidades públicas argentinas*. *Naciendo*, 3(1), 43–49. <https://asmieditorial.com/product/articulo-5estudio-preliminar-sobre-abordajes-asistenciales-de-salud-mental-perinatal-enmaternidades-publicas-argentinas/>
- González, M. F., & Mattioli, M. (2024). *Salud mental perinatal y cuidados. Intersecciones y reconfiguraciones en contexto de pandemia por Covid-19, en Argentina*. *Interface*. <https://doi.org/10.1590/interface.230068>
- González, M. F., Mattioli, M., Meques, F., Leiva, C., Piaggio, L., Bettendorff, S., & Marano Roude, M. de los M. (2023). *Salud mental perinatal en pandemia por COVID-19: un estudio con puérperas en dos provincias argentinas*. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e98. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/826>
- Hernández Sampieri, R., Fernández- Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Iguiniz, R., & Valdivia del Río, F. (2023). *Aproximaciones para comprender y prevenir la violencia obstétrica*. *Spirat. Revista Académica De Docencia Y Gestión Universitaria*, 1(2), 43–53. <https://doi.org/10.20453/spirat.v1i2.4479>
- Jarillo López, A., Fernández Velasco, R., y Garrido Hernansaiz, H. (2021). *La violencia obstétrica como factor de riesgo para la formación del vínculo y el apego materno-infantil: una revisión sistemática*. *Psicosomática y Psiquiatría*. <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/392161/485405>

- Jerez, C. L. (2022). *Darle voz a la violencia más silenciada. Experiencias de sufrimiento de activistas críticas de la violencia obstétrica en Buenos Aires*. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34), 20.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9016489>
- Jiménez Peralta, A. L. Lcda. Mg., & Vaca Molina, K. A. (2021). *Rol de enfermería en el cuidado y atención del parto humanizado*. Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Enfermería.
<https://repositorio.uta.edu.ec:8443/handle/123456789/32963>
- Laínez Valiente, N. G., Martínez Guerra, G. A., Portillo Najarro, D. A., Alvarenga Menéndez, A. F., & Véliz Flores, A. M. (2023). *Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica*. Universidad Dr. José Matías Delgado.
<https://portal.amelica.org/ameli/journal/419/4193691003/html/>
- Ley 25.929 de Parto Humanizado. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 21 de septiembre de 2004.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 14 de abril de 2009. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>
- López Ramírez, M. (2024). *La violencia obstétrica: una mirada desde la perspectiva del personal sanitario*.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/143279/1/LA_VIOLENCIA_OBSTETRICA_UNA_MIRADA_DESDE_LA_PERSPECTIVA_Lopez_Ramirez_Marta.pdf
- Miranda Hiriart, G. (2018) *¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? Utopía y Praxis Latinoamericana*
<https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/27957772009.pdf>
- Murguía-González A, Hernández-Herrera RJ, Nava-Bermea M. Factores de riesgo de trauma obstétrico. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:297-303.
<https://ginecologiyobstetricia.org.mx/articulo/factores-de-riesgo-de-trauma->

obstetrico#:~:text=Risk%20Factors%20of%20Birth%20Obstetric,Monterrey%2C%20NL

- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre violencia y salud*. (EG Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, & AB Zwi, Eds.), Publicación Científica y Técnica. Washington. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf
- Paricio del Castillo, R., Díaz de Neira Hernando, M., & Cano Linares, M. de los Á. (2024). *Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal*. , 44(146), 19-41. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v44n146/2340-2733-raen-44-146-0019.pdf>
- Pasquel Piedra, K. B. (2024). *Violencia obstétrica desde una perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos: Experiencia Hospital San Luis de Otavalo* (Trabajo de titulación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/e19b3616-fdda-4659-8ec1-ef0ffb0f9250>
- Ramírez, S. M. D, Hernández M,C. Ceballos G, G.Y. (2021) *La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres*. Revista CONAMED.;26(3),149-155.<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101680>
- Rial, F. M (2023). *Salud Mental, violencia obstétrica y prácticas humanizadas: un análisis sobre usuarios de servicios obstétricos*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A. (2022). *Violencia obstétrica: una práctica invisible en la atención médica en España*. Gaceta sanitaria, 35, 211-212.
- Sabin Paz, M. (2020) *Género y diversidad sexual*. Centro de Estudios Legales y Sociales

(CELS). <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/genero-y-diversidad-sexual/>

Saforcada, E (2015). *El factor humano en la salud pública*. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica.

<https://www.researchgate.net/publication/277679454> *El factor humano en la salud pública*

Sadler, M; Vezzani, F; Watkins, L; Navarrete, J; Lopez, A. (2021). *El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva*. Revista Chilena de Antropología 43: 233- 246. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64442>

Segato, R. L (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.

Suntasig Viracocha, K. L (2024). *Efectos psicosociales de la violencia obstétrica en mujeres entre 25 a 35 años de edad, en la ciudad de Quito*. Tesis de grado, Politécnica Salesiana. Repositorio Institucional. UPS.
<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/28569>

Anexos

Anexo I

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	PREGUNTA
<p>Explorar las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica en mujeres de la región del Alto Valle, Río Negro, en el marco de la ley de Parto Respetado, que hayan cursado su embarazo en los últimos diez años en sistemas de salud públicos y privados.</p>	<p>VIOLENCIA OBSTÉTRICA</p>	<p>1. Violencia obstétrica física:</p> <ol style="list-style-type: none"> Restricción del movimiento o imposición de posturas Intervenciones innecesarias (cesáreas, episiotomía, maniobra de Kristeller) Tactos vaginales reiterados sin justificación. Aplicación de medicación sin explicación o consentimiento Negación o demora de atención médica. <p>2. Violencia obstétrica psicológica:</p> <ol style="list-style-type: none"> Humillaciones, burlas o gritos. Ignorar emociones, miedos o necesidades No brindar información o explicaciones Impedir participación en decisiones Negar acompañamiento Trato deshumanizado o autoritario. 	<p>1. Violencia física:</p> <ol style="list-style-type: none"> Durante su último parto, ¿te realizaron algún corte en la zona del periné (episiotomía) sin explicarte por qué y/o sin pedirte permiso? Durante tu último parto, ¿te hicieron una cesárea sin que te dieran una explicación clara sobre por qué era necesaria? ¿Sentiste que te revisaron (tacto vaginal) muchas veces o sin necesidad? ¿Alguien del equipo de salud te apretó la panza con fuerza durante el parto (lo que se llama maniobra de Kristeller)? ¿Te administraron medicación para acelerar el parto sin haberte explicado previamente su finalidad? (suero, medicamentos o goteros) ¿Sentiste que tardaron mucho en atenderte o que no te dieron atención cuando la necesitabas? Durante el trabajo de parto, ¿te restringieron el movimiento o te indicaron una postura específica sin explicarte por qué? ¿Te realizaron procedimientos como ruptura de bolsa, uso de fórceps o extracción de placenta sin haberte informado previamente o sin solicitar tu consentimiento? <p>2. Violencia psicológica</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Alguien del equipo de salud le habló mal, te gritó, se burló, o te hizo sentir mal durante el parto o el embarazo? ¿Sentiste que te escucharon o les importaban tus miedos, emociones o lo que necesitabas en ese momento? ¿Te dejaron tener a alguien de confianza (pareja, familiar, amigo/a) acompañándote durante el parto? ¿Te explicaron cómo estaba tu salud o la del bebe cuando lo necesitabas saber? ¿Sentiste que te trataron como si fueras una persona o como si fueras un objeto (trato frío, distante, sin mirarte ni hablarte)? ¿Te dejaron opinar o decidir sobre lo que te hacían en tu cuerpo durante el parto? ¿Sentiste que te obligaron a hacer cosas o aceptar decisiones sin explicarte nada ni tenerte en cuenta? Preg. final abierta: ¿Quieres contar algo más sobre cómo fue tu experiencia durante el embarazo, parto o después de tener a tu bebe?

<p>Indagar el grado de conocimiento de la ley de parto humanizado durante el transcurso de su embarazo en las mujeres de la Región del Alto Valle, Río Negro, en el marco de la Ley de Parto Respetado.</p>	<p>CONOCIMIENTO DE LA LEY</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento general sobre la existencia de la ley <ol style="list-style-type: none"> a. Ha oído hablar de la Ley de Parto Respetado. b. Sabe de la existencia de derechos específicos para las personas gestantes 2. Conocimiento específico de derechos incluidos en la ley <ol style="list-style-type: none"> a. Derecho a estar informada y dar consentimiento b. Derecho a estar acompañada c. Derecho a recibir un trato digno y sin violencia d. Derecho a decidir sobre su cuerpo y su parto e. Derecho a no ser discriminada 3. Acceso a la información durante el embarazo <ol style="list-style-type: none"> a. Alguien del sistema de salud le brindó información sobre sus derechos b. Recibió charlas o información sobre la ley de algún lugar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento general <ol style="list-style-type: none"> a. Antes o durante tu embarazo, ¿habías escuchado hablar de la Ley de Parto Respetado o Ley de Parto Humanizado? b. ¿Al momento del parto, sabías que existían leyes que protegen tus derechos durante el embarazo, el parto y el posparto? 2. Conocimiento específico de derechos <ol style="list-style-type: none"> a. Durante tu embarazo o parto, ¿sabías que tenías derecho a recibir información clara y a dar o no tu consentimiento para cada intervención médica? b. ¿Sabías que podías elegir estar acompañada por alguien de tu confianza durante el trabajo de parto y nacimiento? c. ¿Sabías que tenes derecho a que se respeten tus decisiones durante el parto y a que te pidan consentimiento antes de cualquier intervención médica? d. ¿Sabías que nadie puede tomar decisiones por vos sin consultarte ni pedirte permiso? e. ¿Sabías que tenes derecho a que se respete tu intimidad y tus valores culturales durante el parto? f. ¿Sabías que tenes derecho a no ser discriminada por tu origen, tú forma de hablar, tu cuerpo o tu forma de vivir? 3. Acceso a la información durante el embarazo <ol style="list-style-type: none"> a. Durante tu embarazo, ¿alguien del hospital o centro de salud te habló sobre tus derechos como persona gestante? b. ¿Te dieron folletos o te invitaron a alguna charla sobre la Ley de Parto Respetado? c. Si necesitabas información sobre tus derechos, ¿sentiste que el personal de salud estaba dispuesto a explicarte o responder tus preguntas? d. ¿Cuáles de los siguientes derechos usted conocía antes o durante su embarazo y/o parto? <i>Marque todos los que correspondan:</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Derecho a la integridad personal (respeto por su cuerpo, salud física, psíquica y emocional) <input type="checkbox"/> Derecho a la privacidad e intimidad (respeto por su vida privada, intimidad y decisiones) <input type="checkbox"/> Derecho a recibir información clara y brindar consentimiento informado antes de cualquier procedimiento médico <input type="checkbox"/> Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes (evitar humillaciones, violencia o maltratos) <input type="checkbox"/> Derecho a no ser discriminada por ningún motivo (edad, nacionalidad, clase social, etc.) <input type="checkbox"/> No conocía ninguno de estos derechos
---	-------------------------------	--	---

			e. Preg. final abierta: ¿Quieres contarnos cómo fue tu experiencia con la información que recibiste (o no) sobre tus derechos durante el embarazo o parto?
Reconocer el impacto de la violencia obstétrica en la salud mental perinatal de las mujeres de la región del Alto Valle, Río Negro, en el marco de la Ley de Parto Respetado.	IMPACTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA SALUD MENTAL PERINATAL DE LAS MUJERES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento emocional del impacto <ol style="list-style-type: none"> a. Emociones negativas vinculadas a la atención recibida (culpa, angustia, miedo, enojo, etc.) b. Sensación de haber sido vulnerada emocional y psicológicamente. c. Sentimiento de soledad o desamparo durante el proceso. 2. Consecuencias psicológicas postparto <ol style="list-style-type: none"> a. Presencia de tristeza, ansiedad, insomnio, irritabilidad, recuerdos intrusivos. b. Diagnóstico o síntomas compatibles con depresión postparto o trastornos de ansiedad c. Necesidad de ayuda psicológica o haberla solicitado. 3. Impacto en la vinculación con el bebé <ol style="list-style-type: none"> a. Dificultad para conectarse emocionalmente con el recién nacido. b. Sentimiento de desapego o miedo a no estar "a la altura" c. Dificultad en el inicio de la lactancia relacionada con el maltrato o el parto vivido. 4. Conocimiento de derechos vinculados a salud mental perinatal <ol style="list-style-type: none"> a. Saber que tiene derecho a atención emocional y psicológica durante el embarazo y el parto. b. Haber recibido o no información sobre este aspecto en el sistema de salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento emocional del impacto <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Sentiste emociones negativas (como angustia, enojo, miedo o tristeza) al recordar cómo te atendieron durante el embarazo o el parto? b. ¿Tuviste la sensación de haber sido maltratada o no respetada emocionalmente por el equipo de salud? c. ¿Te sentiste sola, incomprendida o poco contenida emocionalmente en ese momento? 2. Consecuencias psicológicas postparto <ol style="list-style-type: none"> a. Después del parto, ¿sentiste tristeza profunda, ansiedad, irritabilidad o problemas para dormir durante varios días o semanas? b. ¿Tuviste pensamientos negativos recurrentes sobre lo que pasó durante el parto? c. ¿Buscaste o pensaste en buscar ayuda psicológica por cómo te sentiste emocionalmente después de tener a tu bebé? 3. Impacto en la vinculación con el bebé <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Sentiste dificultades para establecer un vínculo emocional con tu bebé en los primeros días o semanas? b. ¿Tuviste miedo de no poder cuidar bien a tu bebé o de no estar "preparada" como madre? c. ¿Consideras que lo que viviste durante el parto influyó en tu deseo o posibilidad de iniciar la lactancia? 4. Conocimiento de derechos y apoyo emocional <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Sabías que tenes derecho a recibir acompañamiento emocional y psicológico durante el embarazo, parto y posparto? b. ¿Alguien del sistema de salud te habló sobre el impacto emocional del parto o te ofreció apoyo psicológico? c. ¿Consideras que el sistema de salud se preocupó por cómo te sentías emocionalmente durante tu embarazo o después del parto? d. Preg final abierta: ¿Quieres contarnos cómo viviste emocionalmente tu embarazo y parto? ¿Sentiste que afectó emocionalmente tu experiencia de embarazo o parto?

Anexo II

Me ha sido explicado que Cecchini Candela, estudiante de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desea realizar una exploración **de la violencia obstétrica en mujeres que residen en la región del Alto Valle y su impacto en la salud mental perinatal en el marco de la Ley de Parto Respetado.** *

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me presentaran a continuación. La participación en esta investigación es completamente y estrictamente voluntaria, por lo que puede retirarse en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento. Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable). Tomando ello en declaración, otorgo mi consentimiento a participar de este estudio.

Imagen del consentimiento informado adjuntado al principio del formulario de Google.

Anexo III

OBJETIVO ESPECÍFICO	CATEGORÍA ANALÍTICA	VARIABLES EXPLORADAS	ANÁLISIS CUANTITATIVO	ANÁLISIS CUALITATIVO
Explorar las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica en mujeres de la región del Alto Valle, Río Negro, en el marco de la ley de Parto Respetado, que hayan cursado su embarazo en los últimos diez años en sistemas de salud públicos y privados.	Restricción y control del cuerpo.	1. Tacto vaginal muchas veces o sin necesidad.	72.4 % respuestas no 23.5% respuesta si 4.1% no recuerdo	Indica la pérdida de autonomía corporal y control sobre el propio cuerpo, violando el principio de respeto al proceso natural del parto
		2. Uso de la maniobra de Kristeller.	68.4% respuesta no 23.5 % respuesta si 8.2% no recuerdo	
		3. Indicación de alguna postura específica sin explicación.	60.2% respuesta me dejaron moverme 20.4% respuesta me obligaron a estar acostada sin explicarme porque 19.4 % respuesta no recuerdo	
	Procedimientos sin consentimiento.	1. Realización de un corte en la zona del periné (episiotomía) sin explicación.	84.7 % respuesta no 15.3% respuesta si	Señala vulneración del consentimiento informado, un derecho básico establecido en la Ley 25.929, generando sensación de indefensión.
		2. Realización de una cesárea sin una explicación clara sobre por qué era necesaria.	92.9 % respuesta no 5.1% respuesta si 2% respuesta no recuerdo	
		3. Administración de medicación para acelerar el parto sin consentimiento.	83.7 % respuesta no 14.3% respuesta si 2% respuesta no recuerdo	
	Maltrato verbal y/o psicológico.	1. Humillaciones, burlas o gritos por parte del personal de salud.	62.2% respuesta no 36.7% respuesta si 1% no recuerdo	Refleja trato deshumanizante y violencia simbólica que afecta la experiencia emocional y la salud mental perinatal.
		2. Ignorar emociones, miedos o necesidades	53.1% respuesta si 40.8% respuesta no 6.1% respuesta no recuerdo	

		3. Impedir participación en decisiones.	67.3% respuesta si 32.7% respuesta no
		4. Trato deshumanizado o autoritario.	51 % respuesta no 40.8% respuesta si

			8.2% no recuerdo	
	Falta de acompañamiento.	1. Demora en el tiempo de atención o ausencia de ella en momentos percibidos como necesarios.		La ausencia de acompañamiento limita el apoyo emocional y la contención, aspectos claves para una experiencia de parto respetado
		2. Negar el acompañamiento de los allegados.	67.3% respuesta si 32.7 % respuesta no	
	Información insuficiente.	1. Brindar información o explicaciones.	72.4% respuesta si .21.4 % respuesta no 6.1% respuesta no recuerdo	La falta de información genera incertidumbre y miedo, impactando en la percepción de seguridad y autonomía.
Indagar el grado de conocimiento de la ley de parto humanizado durante el transcurso de su embarazo en las mujeres de la	Conocimiento general de la Ley	1. Conocimiento sobre la Ley de Parto Respetado.	65.3% respuesta si 34.7% respuesta no	Indica la difusión insuficiente de la normativa, limitando la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos.

Region del Alto Valle, Rio Negro, en el marco de la Ley de Parto Respetado.	2. Conocimiento sobre la existencia de derechos específicos para las personas gestantes	67.3% respuesta si 32.7% respuesta no	
	3. Conocimiento del Derecho a estar informada y dar consentimiento	67.3% respuesta si 32.7% respuesta no	
	1. Conocimiento del Derecho a estar acompañada	75.5% respuesta si 24.5% respuesta no	Refleja brechas en la educación y empoderamiento, lo que puede facilitar


Derecho a decidir y consentimiento	2. Conocimiento del Derecho a recibir un trato digno y sin violencia	65.3% respuesta si 34.7% respuesta no	prácticas no consensuadas.
	3. Conocimiento del Derecho a decidir sobre su cuerpo y su parto	70.4% respuesta si 29.6% respuesta no	

		4. Conocimiento del Derecho a no ser discriminada	81.6% respuesta si 18.4% respuesta no	
	Acceso a la información durante el embarazo	1. Información sobre sus derechos brindada por alguien del sistema de salud	67.3% respuesta no 26.5% respuesta si 6.1% no recuerdo	Denota la calidad y accesibilidad de la educación en salud reproductiva ofrecida, fundamental para el ejercicio efectivo de derechos.
		2. Charlas o información sobre la ley otorgada por alguien del sistema de salud	82.7% respuesta no 14.3% respuesta si 3.1% respuesta no recuerdo	
Reconocer el impacto de la violencia obstétrica en la salud mental perinatal de las mujeres de la región del Alto Valle, Rio Negro, en el marco de la Ley de Parto	Reconocimiento emocional del impacto de la Violencia Obstétrica	1. Emociones negativas vinculadas a la atención recibida (culpa, angustia, miedo, enojo, etc)	55.1% respuesta si 44.9% respuesta no	Estos sentimientos pueden ser indicios de trauma obstétrico, afectando la salud mental durante y después del parto.
		2. Sensación de haber sido vulnerada emocional y psicológicamente	56.1% respuesta no 43.9% respuesta si	
Respetado.		3. Sentimiento de soledad o desamparo durante el proceso	55.1% respuesta si 44.9% respuesta no	

Consecuencias psicológicas postparto	1. Presencia de tristeza, ansiedad, insomnio, irritabilidad, recuerdos intrusivos.	55.1% respuesta si 44.9% respuesta no	Sugiere posible trastorno de estrés posttraumático o depresión postparto vinculados a experiencias traumáticas en el parto.
	2. Diagnóstico o síntomas compatibles con depresión postparto o trastornos de ansiedad		
	3. Necesidad de ayuda psicológica o haberla solicitado.	68.4% respuesta no 31.6 % respuesta si	
Impacto en la vinculación con el bebe	1. Dificultad para conectarse emocionalmente con el recién nacido.	75.5% respuesta no 24.5% respuesta si	Refiere al impacto directo de la violencia obstétrica en el apego y la salud mental perinatal, con consecuencias para madre e hijo.
	2. Sentimiento de desapego o miedo a no estar "a la altura"	63.3 % respuesta si 36.7% respuesta no	
	3. Dificultad en el inicio de la lactancia relacionada con el maltrato o el parto vivido.	78.6% respuesta no 21.4% respuesta si	

Cuadro interpretación de resultados, enfoque mixto.

Anexo IV



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS

Tema

“Exploración de la violencia obstétrica en mujeres que residen en la región del Alto Valle, impacto en la salud mental perinatal en el marco de la Ley de Parto Respetado”

Mi nombre es **Candela Cecchini**, soy estudiante avanzada de la Lic. en Psicología, Universidad de Flores (UFLO)

¿QUIÉNES PUEDEN PARTICIPAR?

- * Mujeres que hayan cursado un embarazo en los últimos 10 años en la región del Alto Valle, Río Negro

*** ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?**

Quiero conocer tus experiencias durante el proceso de embarazo, parto y posparto; si conocías tus derechos y el impacto que todo esto tiene en tu salud mental

Las respuestas son **anónimas y confidenciales**

Imagen del flyer publicado en redes sociales