

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TRABAJO FIN DE GRADO**

**GRADO EN PSICOLOGÍA**

**CURSO 2023-2024**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PSICOLOGÍA:  
PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE LOS PARTOS EN  
ESPAÑA**

**OBSTETRIC VIOLENCE IN PSYCHOLOGY:  
PERCEPTION AND EXPERIENCE OF CHILDBIRTH IN SPAIN**

Estudio empírico

Isabel Isart González

Oviedo, mayo de 2024

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD**  
**DEL TRABAJO FIN DE GRADO**

(De acuerdo con lo establecido en el artículo 8.3 del Acuerdo de 5 de marzo de 2020,  
del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el  
Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Oviedo)

Dña. Isabel Isart González, estudiante del Grado en Psicología de la Facultad  
de Psicología,

**DECLARO QUE:**

El Trabajo Fin de Grado titulado: “Violencia Obstétrica desde la Psicología: percepción  
y experiencia de los partos en España” que presento para su exposición y defensa, es  
original y he citado debidamente todas las fuentes de información utilizadas, tanto en el  
cuerpo del texto como en la bibliografía.

En Oviedo, a 19 de mayo de 2024

Firmado: Isabel Isart González

## Resumen

**Antecedentes:** La violencia obstétrica es una problemática invisibilizada, que se ha relacionado con determinadas variables sociodemográficas y con una falta de control personal en el parto. El objetivo de este estudio es analizarla desde la psicología, así como conocer la percepción y la experiencia del parto en España. **Método:** En este estudio han participado 214 mujeres, con edades comprendidas entre los 19 y los 45 años ( $M = 35.4$ ;  $DT = 4.56$ ), que han tenido partos en los últimos años. **Resultados:** La violencia obstétrica no se relaciona con la edad o el nivel socioeconómico. El nivel de control personal en el parto no se relaciona con el número de partos. El 62.1 % de la muestra ha sufrido violencia obstétrica. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la violencia obstétrica y el nivel de control personal en el parto. **Conclusiones:** La violencia obstétrica se encuentra muy presente en nuestro país, y se relaciona con el grado de control personal en el parto, afectando a la experiencia con el mismo.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, percepción, control personal, salud reproductiva, parto.

## Abstract

**Background:** Obstetric violence is an invisibilized issue that has been related to certain sociodemographic variables and to a lack of personal control in childbirth. The aim of this study is to analyze it from a psychological perspective, and to understand the perception and experience of childbirth in Spain. **Method:** 214 women have participated in this study, aged between 19 and 45 ( $M = 35.4$ ;  $DT = 4.56$ ), who have given birth in the recent years. **Results:** Obstetric violence doesn't relate to age or socioeconomic status. The level of personal control during childbirth is not related to the number of births. 62.1 % of the sample has suffered obstetric violence. Statistically significant differences were found between obstetric violence and the sense of personal control during childbirth. **Conclusions:** Obstetric violence is very present in our country, and it is related to the sense of personal control during childbirth, thus affecting the experience of it.

**Keywords:** obstetric violence, perception, personal control, reproductive health, childbirth.

## Introducción

En la década de 1960, tuvo comienzo un movimiento activista por los derechos reproductivos, que defendía el derecho de las mujeres a un “parto respetado” (Bellón, 2015). Este grupo reivindicaba una “menor intervención médica”, y un “máximo cuidado, apoyo y consideración” hacia las parturientas (Murialdo, 2019). Se define entonces una nueva forma de violencia hacia la mujer que abarca las prácticas recibidas en el contexto reproductivo-ginecológico, por parte del personal médico, especialmente de los obstetras (Pereira et al., 2015). Como expresan Sadler et al. (2016), más adelante hubo un cambio en la perspectiva, ya que se comienza a enmarcar como un problema de violencia, sustituyendo la petición de “respetar los derechos humanos” por una protesta contra la violación de los mismos. Ante esta variación, se ha observado un cambio significativo en la percepción social de la problemática (Grilo et al., 2015). En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud finalmente se manifiesta en contra de este tipo de prácticas, y estima que existe violencia en una de cada 3,5 atenciones obstétricas. Insiste en que “el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituir una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres” (OMS, 2014, p. 1). En un estudio llevado a cabo por Mena-Tudela et al. (2020a), un 38,3 % de las mujeres españolas percibieron haber sufrido violencia obstétrica.

Por su parte, Laínez et al. (2023, p. 71) definen la Violencia Obstétrica (VO) como el conjunto de “prácticas, conductas y abusos violentos o percibidos como violentos por acción u omisión, realizadas por los profesionales del sistema de salud hacia las mujeres, durante la atención al embarazo y el parto”.

Conviene distinguir la VO de otro tipo de negligencias médicas que ocurren en el mismo contexto hospitalario (Sadler et al., 2016). Esto se debe a que el parto no es un suceso médico que requiera múltiples intervenciones; sin embargo, durante las últimas décadas se ha atendido como tal (Pereira et al., 2015). En este sentido, Murialdo (2019) define la VO como una violencia de tipo institucional, ya que ocurre siempre bajo la autoridad del personal de salud. Por otro lado, se trata de una problemática estructural, ya que no se pretende culpar al personal sanitario como grupo, ni presentar el ejercicio médico como violento, sino que se incide en transmitir que existe todo un modelo que vulnera sistemáticamente estos derechos (Ramos et al., 2023). Cordones y Blázquez

(2023) la definen como una forma invisibilizada de violencia, incluido para sus propias víctimas, ya que a menudo es aceptada e incluso expresada en forma de “anécdotas”. En el año 2016, la VO es declarada como una de las formas más naturalizadas e invisibilizadas de violencia hacia la mujer (Sadler et al., 2016). Esta característica se manifiesta en que, en la mayoría de las ocasiones, los propios profesionales no son conscientes de ejercerla, y a menudo reconocen las prácticas como representativas de su profesión (Ferrão et al., 2022). Como manifiesta Mena-Tudela et al. (2023), en España la existencia de VO aún es rechazada por gran parte del personal de salud, así como por parte de la población.

En algunas ocasiones, la violencia obstétrica se produce por una falta de comunicación efectiva, debido a la supuesta desigualdad de las pacientes por no tener conocimientos médicos (Laínez et al., 2023). Otra de las causas que puede empeorar el trato del personal sanitario hacia las pacientes, es el llamado síndrome de *burnout*; es decir, el desgaste profesional que se caracteriza por una pérdida del control y un detrimento de los valores, resultando en una falta de sensibilidad médica y deterioro de la relación con el paciente (Pintado-Cucarella et al., 2015). Se manifiesta especialmente en los ámbitos médicos de Ginecología y Obstetricia, ya que se ha observado una prevalencia del 58 % en estas especialidades (Palmer-Morales et al., 2007). Algunos profesionales del ámbito de la salud reportan que la VO se produce debido al estrés, la sobrecarga laboral, y la falta de tiempo, recursos y personal de salud (Castrillo, 2016).

La delimitación de las prácticas que constituyen la VO es compleja, ya que el concepto de “violencia” es un continuo que depende de los cambios en las sensibilidades sociales y culturales (Castrillo, 2016). Este es uno de los motivos de que la definición e identificación de la VO se vean dificultadas y sea complejo estudiar su prevalencia (Fernández-Díaz y González-Sanz, 2022); y es la causa de que existan datos muy dispares a la hora de hacer comparativas entre países (Mena-Tudela et al., 2023; Sadler et al., 2016). Esto se debe a las diferencias muestrales de cada estudio, y al uso de distintas metodologías e instrumentos, ya que existen muy pocas escalas validadas en contextos interculturales (Arias et al., 2022).

La OMS (2014) identifica cinco categorías de violencia obstétrica: (1) intervenciones y/o medicalización innecesarias, (2) maltrato verbal o físico, (3) carencia

de instalaciones y servicios adecuados, (4) prácticas llevadas a cabo sin consentimiento informado, y (5) discriminación (ya sea económica, cultural, religiosa o étnica). Esta categorización se ha empleado en distintos países a la hora de elaborar definiciones legales sobre esta problemática (González et al., 2023).

La VO incorpora una serie de prácticas invasivas o inapropiadas que podemos categorizar en físicas y psicológicas (Cárdenas y Salinero, 2021). Entre las prácticas que constituyen VO psicológica, se describen las agresiones verbales, tales como humillaciones, burlas, uso de diminutivos, infantilización, ignorar, regañar o culpabilizar, así como críticas por llorar y/o gritar (Massó, 2023). Estas conductas son sutiles, por lo que son difíciles de identificar y demostrar (Laínez et al., 2023.). En el estudio de Mena-Tudela et al. (2020a), el 34,5 % de las encuestadas manifestaron haber recibido comentarios irónicos o descalificadores por parte del personal médico, y el 31,4 % dijeron haber sido tratadas mediante diminutivos o sobrenombres. En esta categoría se incluye ignorar las inquietudes, no informar sobre la evolución (tanto a la paciente como a sus familiares), e impedir el acompañamiento (Chávez y Sánchez, 2018). Adicionalmente, el estudio mencionado reportó que al 48 % de la muestra le fue imposible resolver sus miedos o inquietudes, y el 44 % no pudo manifestar sus preocupaciones (Mena-Tudela et al., 2020a).

Por otra parte, la violencia psicológica se manifiesta en conductas que comprometen la privacidad y la dignidad, a menudo usando el parto como medio educativo para estudiantes del campo de la salud, sin el consentimiento previo de la paciente (Madrid et al., 2019; McGarry et al., 2017). En el estudio de Rodríguez y Aguilera (2017) se expone esta como una de las formas más comunes de VO. Como recogen Chávez y Sánchez (2018), se trata incluso de la realización de procedimientos no requeridos, tan sólo con un fin didáctico. Mediante esta práctica se ignora el sentimiento de pudor, haciendo sentir a las mujeres como meras receptoras corporales de tales procedimientos.

En cuanto a la VO física, se incluyen prácticas como intervenciones y medicalización injustificadas, aceleración o interrupción del ritmo natural del parto (mediante la oxitocina, que acelera las contracciones), conductas de restricción y sujeción, posturas forzadas sin posibilidad de moverse, tactos excesivos, o negar la

posibilidad de comer y/o beber, entre otras (Jiménez, 2021). También se incluyen los procedimientos no imprescindibles o desaconsejados. Además de que estas prácticas no están respaldadas por evidencia científica, a menudo se realizan sin la información y el consentimiento adecuados (Laínez et al., 2023). En el estudio de Mena-Tudela et al. (2020a), el 44,4 % de las mujeres percibieron haber recibido procedimientos innecesarios o extremadamente dolorosos; de estas, al 52,3 % no les explicaron el motivo de tales procedimientos, o no se solicitó su consentimiento. Sadler et al. (2016) sostienen que el consentimiento informado puede ser de utilidad a la hora de limitar y reducir el número de intervenciones médicas innecesarias.

Se ha evidenciado la existencia de un trato discriminatorio en el área obstétrica, asociado a determinados factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres. Como muestran Fernández-Díaz y González-Sanz (2022), un nivel educativo y socioeconómico inferior se relaciona con mayores probabilidades de sufrir violencia verbal y física, así como una omisión y empeoramiento de los cuidados. Sin embargo, entre las mujeres pertenecientes a una clase media-alta, se presentan índices desproporcionados de intervencionismo, en procedimientos como la cesárea no justificada (Mena-Tudela et al., 2020b). Otro de los factores sociodemográficos que incrementan la probabilidad de sufrir VO es la variable “edad”, ya que las mujeres más jóvenes y adolescentes han reportado con más frecuencia este tipo de prácticas (Blázquez, 2009; Póo et al., 2021). En el estudio de Cárdenas y Salinero (2020), se observó una diferencia significativa en el grupo de mujeres entre 18 y 29 años. Además, las mujeres primíparas han presentado niveles de control en el parto significativamente más bajos que las mujeres con dos o más hijos, según el estudio de Hodnett y Simmons-Tropea (1987).

Las consecuencias de la VO no se limitan a la madre, sino que se extienden a su núcleo cercano, y pueden afectar también al desarrollo del recién nacido (Arias et al., 2022; Jiménez, 2021). En algunos casos, las pacientes pueden presentar cuadros médicos, tanto físicos como psicológicos (Massó, 2023). Como secuelas físicas, pueden sufrir hemorragias, desgarros y dolores provocados por las intervenciones, problemas de incontinencia, o dificultades a la hora de amamantar (Laínez et al., 2023). Las consecuencias de la VO pueden implicar repercusiones en el sistema de salud, como la evitación y aplazamiento de las consultas médicas, condicionar el deseo de otro

embarazo o postergar el mismo, así como suscitar una desconfianza general en la atención obstétrica (Cárdenas y Salinero, 2020; García, 2018).

Las consecuencias psicológicas de la VO no han sido lo suficientemente estudiadas. Algunas de estas pueden ser afectaciones a la autoestima y al autoconcepto, o aumentos notables de los niveles de ansiedad (Jiménez, 2021). Puede provocar consecuencias emocionales negativas, como sentimientos de soledad y aislamiento, estrés o vergüenza (González et al., 2023), y perjudicar la relación de pareja (Ferrão et al., 2022). Adicionalmente, una experiencia negativa en el parto se ha relacionado con un vínculo madre-hijo de baja calidad (Chabbert et al., 2021). Por otro lado, Simkin (1991) demostró que un buen recuerdo del parto aumenta la autoestima y la sensación de logro, lo que hace que la madre se adapte más rápido a la maternidad.

La autonomía relacional y el reconocimiento de la mujer son importantes para que el parto no se convierta en un momento incontrolable, ya que una percepción de aislamiento puede afectar negativamente a la relación de la mujer con su propio cuerpo (Jiménez, 2021), así como su relación con su entorno (Laínez et al., 2023). Según Hodnett y Simmons-Tropea (1987), uno de los conceptos que más se ha relacionado con una buena experiencia de parto, es la sensación de control personal sobre el mismo. En la década de los noventa, se reportó que las mujeres que sentían una falta de control durante el parto mostraban niveles más altos de estrés psicológico posparto (McGarry et al., 2017). En relación con esto, una de las variables ambientales que más incrementan la sensación de control es el apoyo del personal de salud (Hodnett y Osborn, 1989). Actualmente, la medicalización del parto ha significado una pérdida de autonomía en la toma de decisiones para las parturientas (Benlloch-Doménech et al., 2019).

Como se ha observado en múltiples estudios, las mujeres parturientas presentan un deseo de involucrarse en la toma de decisiones de su parto, de modo que la oportunidad de participar tiene un efecto positivo en la satisfacción con el mismo (Deherder et al., 2022). Como ha manifestado la OMS (2018), la implicación en el propio parto es valorada como un logro personal por las mujeres, incluso cuando se trata de partos donde es necesaria la intervención médica.

Fundamentado lo anterior, en este estudio se pretende conocer la relación entre la violencia obstétrica y el control personal percibido en el parto, ya que no se ha

encontrado literatura previa con este objeto de estudio. Esta temática es justificada por la notable falta de documentación e investigación sobre la violencia obstétrica, que se evidencia en el escaso número de escalas validadas transculturalmente (López-Mirones et al., 2017). Existe una cantidad muy limitada de artículos de tipo cuantitativo, que apenas supera el 20 % del total de investigaciones sobre el tema (Ramos et al., 2023). Desde el año 2018, la producción de literatura científica sobre la violencia obstétrica ha crecido significativamente (López-Pérez y Rodríguez-Martínez, 2023). A pesar de que aumente la sensibilización y la información sobre esta problemática, y de que surjan legislaciones que la especifiquen, la percepción sobre ella no está tan difundida como parece. El motivo por el que este tipo de violencia es pertinente en el trabajo de los psicólogos, es que a menudo se antepone una perspectiva biologicista en el área médica, dejando de lado los aspectos individuales y psicosociales de cada paciente (Pereira et al., 2015). Desde la Psicología, se pueden investigar y recalcar los beneficios de tener en cuenta los deseos y el bienestar de las pacientes, e incluirlos como complementarios del éxito en el proceso del parto (Camacaro et al., 2015). Como destacaron Cabral y Pérez (2019), es necesario que la Psicología indague en el tema, dadas las implicaciones sociales y emocionales que supone.

### **Objetivos e hipótesis**

El objetivo principal de esta investigación es analizar la VO desde una perspectiva psicológica, y conocer la percepción sobre esta en una muestra de mujeres.

Los objetivos específicos de este trabajo son: (1) averiguar el grado de conocimiento sobre la VO por parte de una muestra de mujeres de la población general y conocer su percepción de esta problemática; (2) investigar las posibles diferencias en el trato obstétrico según el nivel socioeconómico y la edad de las mujeres; (3) estudiar el grado de control personal en función del número de partos; (4) conocer qué porcentaje de la muestra ha padecido alguna forma de VO; y (5) analizar la relación entre control personal sobre el propio parto, y haber sufrido alguna forma de VO.

En base a la literatura y a los objetivos, se proponen las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis 1:* Se estima que un porcentaje significativo de la muestra contestará positivamente alguno de los ítems de la Escala de Violencia Obstétrica, por lo que se considerará que habrá sufrido Violencia Obstétrica.

- *Hipótesis 2:* Se observará un trato discriminatorio hacia las mujeres menores de 30 años, habiendo sufrido un mayor porcentaje de estas, alguna práctica constitutiva de VO. Además, se observarán las mismas diferencias en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.
- *Hipótesis 3:* Las mujeres primerizas presentarán valores más bajos de control personal en el parto.
- *Hipótesis 4:* Existirá una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la percepción de control personal, y el haber sufrido violencia obstétrica.

## **Método**

### **Participantes**

En el estudio participaron un total de 214 personas, de unas iniciales 224. El rango de edad de las participantes oscila entre los 19 y los 45 años ( $M = 35.4$ ;  $DT = 4.56$ ). Con el objetivo de contrastar la hipótesis relacionada con la edad, se dividió la muestra en dos grupos, siguiendo el criterio del estudio de Cárdenas y Salinero (2020), en mujeres menores de 30 años (19-29) y mujeres mayores de 30 años (30-45). El resultado es un grupo compuesto por 193 mujeres mayores de 30 años (90.2 %) y un grupo de 21 mujeres menores de 30 años (9.8 %). Dado que los instrumentos empleados han sido validados específicamente en un contexto español, se consideró como criterio de exclusión que el parto se produjera fuera de España, por lo que una de las participantes fue eliminada. Debido a los sesgos de memoria, otro criterio de exclusión fue que el último parto hubiera tenido lugar hace más de 10 años, por lo que se eliminaron nueve respuestas. El método de selección muestral ha sido no probabilístico, mediante el procedimiento de bola de nieve.

El 93.5 % de la muestra tuvo su último parto hace menos de 4 años ( $n = 200$ ), y un 58.9 % lo tuvo hace menos de dos años ( $n = 126$ ), mientras que un 27.6 % ha tenido un parto este mismo año ( $n = 59$ ). Dado que se trata de un estudio retrospectivo, una de las limitaciones presentes son los sesgos de memoria. Este es el motivo de que se haya buscado una mayor participación de mujeres cuyos partos fuesen en los últimos años. Para ello, hemos contactado con varios grupos, asociaciones y centros de maternidad, cuyas clientas han atendido recientemente clases de maternidad o preparación al parto.

Como resultado, las participantes tuvieron su último parto, hace 1.7 años de media ( $DT = 1.83$ ).

Un 73.2 % de las mujeres tienen un hijo ( $n = 156$ ), y el 26.8 % tienen más de dos hijos ( $n = 57$ ). El 84.6 % de estos partos tuvieron lugar en un hospital público ( $n = 181$ ), mientras que el 15.4 % se dieron en un servicio privado o una combinación de ambos ( $n = 33$ ).

El 97.7 % de las mujeres son de nacionalidad española, mientras que tan solo el 2,3 % son extranjeras, procedentes de Bolivia, EE.UU., Venezuela y Bélgica. El 71 % de las participantes ha completado estudios universitarios ( $n = 152$ ) y el 23.4 % ha realizado Formación Profesional ( $n = 50$ ). Respecto al estado civil, el 64 % estaban casadas, mientras que el 34.1 % eran solteras ( $n = 73$ ). El 87.4 % estimaron que pertenecen a un nivel socioeconómico medio, mientras que un 7.5 % se adscribieron a un nivel alto ( $n = 16$ ), y un 5.1 % reportaron un nivel socioeconómico bajo ( $n = 11$ ).

### **Variables e instrumentos**

Con el fin de investigar los objetivos mencionados, se ha elaborado un cuestionario formado por preguntas creadas ad hoc, compuesto de cinco partes: (1) variables sociodemográficas, (2) conocimiento previo sobre la violencia obstétrica, (3) percepción sobre la VO en España, (4) experiencia personal con la violencia obstétrica, y (5) grado de control personal en el parto.

*Variables sociodemográficas:* preguntas referidas a edad, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, y lugar de procedencia; así como preguntas en torno al número de hijos, edad de el/los parto/s, país en el que se llevó a cabo el parto, y tipo de servicio recibido (privado, público o ambos) (ver Anexo 2).

*Conocimiento previo sobre la violencia obstétrica:* cuestionario con cuatro preguntas dicotómicas, sobre si (1) conoce el término “violencia obstétrica”; (2) considera que los hospitales ofrecen un buen trato a las mujeres embarazadas; (3) piensa que las mujeres son las encargadas de tomar las decisiones sobre los procedimientos de su parto, y (4) conoce alguna mujer que haya sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud. El ítem 3 fue modificado, ya que se sustituyó “conoce el término de violencia obstétrica” por “conocía el término violencia obstétrica”, para concretar si las participantes conocían el término antes de realizar el cuestionario (ver Anexo 3).

*Percepción sobre la violencia obstétrica en España.* Cuestionario que consta de 20 ítems, que se valora mediante una escala tipo Likert, con valores que oscilan entre *Totalmente en desacuerdo* y *Totalmente de acuerdo* (Anexo 4). Este cuestionario, así como el anterior (“*Conocimiento previo sobre la violencia obstétrica*”) se obtuvieron de una Tesis de Licenciatura de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Lemus y Cabrera, 2017), y fueron fácilmente adaptados al contexto español. Estos fueron elegidos debido a la falta de escalas validadas que satisficieran los intereses de la investigación, y carecen de análisis factoriales. En este estudio, el valor alfa de Cronbach ha sido 0.74.

*Experiencia personal con la violencia obstétrica.* El único instrumento validado en España sobre la violencia obstétrica, se denomina *Escala de Violencia Obstétrica* (ver Anexo 5). Esta escala se basa en un test desarrollado por la asociación “El parto es nuestro”, y fue validada por Cárdenas y Salinero en el año 2021. La versión final cuenta con 13 ítems, que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = *No describe para nada lo que me ocurrió*; 2 = *No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió*; 3 = *No estoy segura*; 4 = *No estoy segura, pero creo/siento que sí me ocurrió*; y 5 = *Definitivamente esto me ocurrió*). La escala obtuvo una validación de 0.83 (alfa de Cronbach) (Cárdenas y Salinero, 2021), y la validación al contexto español indica un valor alfa de 0.86 (González et al., 2023). En el presente estudio, el valor alfa de Cronbach es 0.872.

*Control personal en el parto.* Dado que la sensación de control tiene una gran importancia en la experiencia de parto, se consideró pertinente incluir la *Labour Agency Scale* (LAS). Esta escala mide el control percibido sobre el propio cuerpo y los movimientos, y no el control sobre las acciones de los médicos y agentes externos. Creada por Hodnett y Simmons-Tropea en 1987, esta escala contaba originalmente con 29 ítems. En esta investigación se ha aplicado la versión corta, compuesta por 10 ítems (ver Anexo 6), de los cuales cuatro son ítems de puntuación inversa. Se valora mediante una escala tipo Likert, cuyos valores oscilan entre 1 (*Rara vez*) y 7 (*Casi siempre*). La puntuación máxima de esta escala es 70, y la mínima 10. Una mayor puntuación indica mayor grado de control percibido en el parto. La versión española de esta escala, validada por Santamaría-Castañer et al. (2013), obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.819. En la presente investigación, el valor alfa de Cronbach es 0.918.

## **Diseño**

Según el sistema de clasificación de diseños de investigación descrito por Ato et al. (2013), este es un estudio empírico, descriptivo y selectivo. Se ha aplicado una encuesta por muestreo, con la elaboración previa de un cuestionario, y se ha llevado a cabo una recogida de datos, con su posterior análisis. Además, se trata de un diseño no probabilístico, ya que la muestra pertenece a la misma población; y es de corte transversal, ya que se evalúan las variables en un periodo concreto de tiempo.

## **Procedimiento**

Se elaboró un cuestionario a través de la plataforma *Google Forms*, que fue divulgado a través de plataformas *online* y de mensajería. La recopilación de datos se realizó en el intervalo temporal del 1 al 30 de abril de 2024. El cuestionario fue difundido mediante el siguiente enlace: <https://forms.gle/SebUjaQLG1TvjiyQV7>.

La primera sección de este formulario informaba sobre el objetivo del estudio y la duración aproximada para realizarlo (entre 5 y 7 minutos). Asimismo, se detallaba que toda participación era voluntaria, haciendo constar la anonimidad y confidencialidad de los datos, los cuales se utilizarían exclusivamente para los fines de la investigación presente (ver Anexo 1). Por último, se comunicaba la necesidad de las participantes de dar su consentimiento informado, en cumplimiento con el código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018).

Este estudio ha recibido un informe favorable del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de Oviedo, que verificó la validez científica del proyecto y el cumplimiento de los requisitos de la ética de investigación.

## **Análisis de datos**

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS en su versión 27. En primer lugar, se hizo una recodificación de las respuestas para formar factores. De los 10 ítems que componen la *Labour Agency Scale*, seis están formulados positivamente, y cuatro negativamente. Debido a ello, se recodificaron las variables formuladas negativamente, de forma que se pudiera trabajar con las puntuaciones obtenidas. A continuación, se realizaron los análisis de fiabilidad, las pruebas de normalidad y homocedasticidad, y la comprobación de las hipótesis planteadas.

Con el objetivo de determinar si la estadística es paramétrica o no paramétrica, se quiso averiguar si las puntuaciones en ambas escalas seguían el supuesto de normalidad, por lo que se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk. Dado que se obtuvieron valores  $p$  menores a .05, se concluye que las variables de estudio no presentan una distribución normal, por lo que se empleó estadística no paramétrica.

Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, así como de las respuestas obtenidas en el primer y el segundo cuestionario. Tras recodificar las variables de la Escala de Violencia Obstétrica en nuevas variables numéricas, se calcularon los coeficientes de fiabilidad, tanto de esta escala como de la *Labour Agency Scale*. Se comprobaron las hipótesis mediante el uso de las pruebas no paramétricas correspondientes. Con el fin de comprobar la relación entre la violencia obstétrica y la edad, se empleó la prueba U de Mann-Whitney. También se examinó la relación entre la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico, mediante la prueba Kruskal-Wallis. Para contrastar la tercera hipótesis, la cual planteaba una relación entre las puntuaciones de control en el parto (*LAS*) y el número de partos, se hizo uso de la prueba de Mann-Whitney. Por último, se aplicó una correlación de Spearman para poder analizar la relación entre las puntuaciones obtenidas en las dos escalas aplicadas, la Escala de Violencia Obstétrica y la *Labour Agency Scale*.

## Resultados

Con el objetivo de contrastar la hipótesis 1, se creó una nueva variable transformada con la fórmula adecuada, de forma que se pudiera identificar a los sujetos que respondieron positivamente en la Escala de Violencia Obstétrica. Este proceso permitió conocer que el 62.1 % de la muestra respondió “*Definitivamente esto me ocurrió*” en alguno de los 13 ítems de la escala, por lo que se considera que tal porcentaje habría sufrido violencia obstétrica ( $n = 154$ ). Además, este porcentaje aumenta al 72 % si se incluye a aquellas que respondieron “*No estoy segura, pero creo/siento que sí me ocurrió*”.

Con respecto a la hipótesis 2, se buscaba determinar si las mujeres más jóvenes o con un nivel socioeconómico bajo, habían reportado mayor cantidad de conductas relacionadas con la violencia obstétrica. Se llevó a cabo una comparación de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Violencia Obstétrica, en función de las variables

“edad” y “nivel socioeconómico”, con el fin de saber si existen diferencias estadísticamente significativas. En primer lugar, para analizar la variable “edad” se realizó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Como muestra la Tabla 1, en esta prueba se reveló que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de violencia obstétrica, en función de la edad ( $U = 1665$ ;  $p = .179$ ). Además, se observó un tamaño de efecto pequeño (Cohen, 1988).

**Tabla 1**

*Diferencias en violencia obstétrica en función de la edad*

	Mayores de 30 años		Menores de 30 años		$U$	$p$	Tamaño del efecto
	Mediana	Rango promedio	Mediana	Rango promedio			
VO	23	52	18	40	1665	.179	.178

*Nota.* VO: violencia obstétrica;  $U$ : valor de la prueba U de Mann-Whitney;  $p$ : valor de significación.

En segundo lugar, para analizar la relación entre la violencia obstétrica y la variable “nivel socioeconómico”, se llevó a cabo la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. El análisis de los resultados indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico ( $K-W = .195$ ;  $p = .907$ ) (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

*Diferencias en las puntuaciones en la Escala de Violencia Obstétrica en función del nivel socioeconómico*

	Mediana			Rango promedio			$K-W$ (EC)	$p$
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo		
VO	26	22	25	32	52	45	.195	.907

*Nota.* VO: Escala de Violencia Obstétrica;  $K-W$  (EC): Kruskal-Wallis;  $p$ : valor de significación.

En la tercera hipótesis, se planteaba una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas en la *Labour Agency Scale* (LAS), en función de si las mujeres eran o no primíparas. Para comprobar esta hipótesis, se aplicó de nuevo la prueba U de Mann-Whitney entre la variable dependiente “LAS” y la variable independiente “Número de hijos”. Como se puede ver en la Tabla 3, no se revelaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con un hijo, y las mujeres con dos o más hijos ( $U = 4433$ ;  $p = .974$ ). En este caso, según las interpretaciones de Cohen (1988), se reportó un tamaño de efecto muy pequeño.

**Tabla 3**

*Diferencias en las puntuaciones en la Labour Agency Scale en función del número de partos*

	1		2 o más		<i>U</i>	<i>p</i>	Tamaño del efecto
	Mediana	Rango promedio	Mediana	Rango promedio			
LAS	47.5	60	44	55	4433	.974	.003

*Nota.* LAS: *Labour Agency Scale*; *U*: prueba U de Mann Whitney, *p*: valor de significación.

Respecto a la hipótesis 4, en base a la correlación de Spearman entre las puntuaciones totales de la Escala de Violencia Obstétrica y la *Labour Agency Scale*, se observó una correlación significativa ( $p < .001$ ) entre ambas variables, con un valor de  $-.755$ , lo que indica que existe una correlación negativa grande (Cohen, 1988). Es decir, una puntuación mayor en la Escala de Violencia Obstétrica se asocia a valores más bajos en la *Labour Agency Scale*. Además, el nivel de control personal en el parto de la muestra presentó una media de 44.3 ( $DT = 14.6$ ), siendo el mínimo de la escala una puntuación de 10.0, y el máximo de 70.0.

En la Tabla 4, se muestran los estadísticos descriptivos de la Escala de Violencia Obstétrica aplicada, en la que todas las medias se encuentran por debajo del punto medio de la escala. La distribución muestra una asimetría positiva, lo cual indica que los valores tienden a acumularse en el extremo inferior de la escala, mientras que otros valores se extienden hacia el extremo superior. Esto indicaría una menor cantidad de reporte sobre conductas de violencia. Los valores de curtosis indican que la distribución no se asemeja a una curva normal. Mientras que los valores negativos de curtosis indican una distribución más plana y una mayor dispersión, los valores positivos indican una mayor presencia de valores extremos y menor dispersión alrededor de la media.

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de la Escala de Violencia Obstétrica*

Ítems	Media	DE	Asimetría	Curtosis
01	2.27	1.589	.831	-1.002
02	2.48	1.644	.517	-1.449
03	1.96	1.551	1.236	-.232
04	2.20	1.556	.876	-.887
05	2.49	1.722	.576	-1.451
06	1.97	1.513	1.164	-.365
07	2.07	1.599	1.038	-.699
08	1.52	1.299	2.222	3.111
09	1.94	1.626	1.261	-.305
10	1.36	.942	2.875	7.464
11	2.31	1.653	.711	-1.251
12	1.16	.647	4.441	20.237
13	2.36	1.672	.688	-1.287

Como se muestra en la Tabla 5, un 28 % de las mujeres manifiesta haber recibido comentarios irónicos o descalificadores acerca de su comportamiento durante el parto, mientras que un 18.7 % fue criticada por expresar sus emociones (llorar, gritar, etc.). El 20.6 % se sintió infantilizada o anulada por el equipo médico, y al 16.8 % les fue difícil o imposible manifestar los miedos o inquietudes, debido a que no le respondían o lo hacían de mala manera. Cabe destacar que el 27.6 % de la muestra afirma que le realizaron procedimientos médicos sin su consentimiento, o sin explicar previamente por qué eran necesarios. Además, un 22.4 % dice haberse sentido expuesta innecesariamente a la mirada de extraños.

El 17.8 % reporta que la obligaron a permanecer en cama, y el 13.6 % tuvieron que permanecer boca arriba, a pesar de manifestar su incomodidad. Por otro lado, al 11.2 % se le impidió estar acompañada por alguien de confianza, mientras que al 20.1 % se le impidió el primer contacto con el recién nacido. Por último, tan sólo un 3.7 % de la muestra informó haber sentido que no estaba a la altura o que no había colaborado lo suficiente. Sin embargo, el 20.1 % piensa que la atención en el parto las hizo sentir vulnerables, culpables o inseguras.

En resumen, la conducta que ocurrió con más frecuencia y con mayor seguridad entre las participantes es la realización de procedimientos sin el consentimiento o el conocimiento de las mujeres, seguida de la exposición innecesaria a la mirada de desconocidos. Por otro lado, se destaca la frecuencia con la que las participantes dicen haberse sentido infantilizadas y anuladas por parte del equipo médico, así como el haberse sentido vulnerables, culpables, e inseguras durante la atención al parto.

**Tabla 5***Porcentajes de respuesta para cada ítem de la Escala de Violencia Obstétrica*

Ítems	“No describe para nada lo que me ocurrió” (%)	“No estoy segura, pero creo/siento que NO me ocurrió” (%)	“No estoy segura” (%)	“No estoy segura, pero creo/siento que SÍ me ocurrió” (%)	“Definitivamente esto me ocurrió” (%)
01	50.5	19.2	2.3	9.3	18.7
02	46.3	14.5	4.7	14.0	20.6
03	67.3	7.5	4.2	4.2	16.8
04	54.2	14.0	6.1	9.3	16.4
05	48.1	14.0	6.1	4.2	27.6
06	65.4	8.4	3.3	9.3	13.6
07	63.6	7.9	3.7	7.0	17.8
08	85.0	1.4	1.4	0.9	11.2
09	72.0	4.2	1.4	2.3	20.1
10	83.6	7.0	3.3	2.3	3.7
11	54.7	9.8	5.1	10.3	20.1
12	92.5	2.3	2.8	0.9	1.4
13	52.3	12.1	5.1	7.9	22.4

Gracias al análisis de frecuencias llevado a cabo con el cuestionario de “Percepción sobre la Violencia Obstétrica” (véase Tabla 6), pudimos conocer que el 10.3 % ( $n = 22$ ) de las participantes en el estudio no conocía el término “violencia obstétrica”. Respecto a la cuestión “Considera que en los hospitales se brinda un buen trato a las mujeres embarazadas”, el 34.6 % de la muestra respondió negativamente ( $n = 74$ ), mientras que un 79.0 % ( $n = 169$ ) contestaron positivamente a la cuestión “Conoce alguna mujer que haya sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud durante el embarazo, parto o posparto”. Adicionalmente, el 81.3 % ( $n = 174$ )

afirma que *“Una gran cantidad de mujeres ha sufrido violencia por parte de los médicos y personal de los hospitales sin siquiera darse cuenta”*.

**Tabla 6**

*Conocimientos previos sobre violencia obstétrica*

	Sí (%)	No (%)
1. Conocía el término “violencia obstétrica”.	89.7	10.3
2. Considera que en los hospitales de le brinda un buen trato a las mujeres embarazadas.	65.4	34.6
3. Piensa que las mujeres son las encargadas de tomar las decisiones sobre los procedimientos de sus partos.	48.6	51.4
4. Conoce alguna mujer que haya sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud durante el embarazo, parto o postparto.	79.0	21.0

En relación al cuestionario sobre la percepción de la VO (ver Anexo 7), el 27.1 % de las mujeres estuvieron en desacuerdo con *“El trato por parte del personal médico hacia la mujer embarazada es muy bueno en nuestro país”*, y el 74.8 % estuvieron en desacuerdo con que *“No existen humillaciones hacia las madres en los hospitales de nuestro país”*. Por otro lado, la muestra se encuentra dividida respecto a quién debería tomar las decisiones sobre el parto, ya que el 51.4 % de las participantes piensan que dicha tarea no corresponde a las mujeres.

El 62.6 % de la muestra estuvo parcial o totalmente de acuerdo con la afirmación *“Muchas mujeres en nuestro país han sufrido heridas graves debido a malas prácticas durante las cesáreas”*; mientras que un 66.8 % está de acuerdo con que *“Los genitales de las mujeres embarazadas son expuestos durante muchos procedimientos sin su autorización”*. Por último, un 72.4 % afirmaron que *“Muchas mujeres sufren daño psicológico debido a maltratos en los hospitales y no quieren volver a pasar por la experiencia”*.

## Discusión

El objetivo principal del presente estudio ha sido analizar la violencia obstétrica desde una perspectiva psicológica, y conocer la percepción sobre esta en una muestra de mujeres. Con el fin de averiguar el grado de conocimiento sobre la violencia obstétrica, se empleó el cuestionario desarrollado por Lemus y Cabrera (2017). El 89.7 % de las participantes eran conocedoras de la problemática, por lo que se puede afirmar que es un concepto ampliamente extendido.

Otro de los objetivos ha sido investigar las posibles diferencias en el trato obstétrico, en función de la edad y el nivel socioeconómico de las pacientes. En primer lugar, se ha estudiado la relación entre haber sufrido violencia obstétrica, y la edad de las mujeres que la reportaban. Mientras que en múltiples estudios se concuerda que dichas conductas ocurren con mayor frecuencia hacia las mujeres de menor edad, en este estudio no se han encontrado diferencias significativas en el grupo de mujeres menores de 30 años, en comparación con el resto de participantes. Estos hallazgos contradicen los resultados de múltiples autores, que han relacionado la menor edad con una mayor cantidad de abusos y faltas de respeto (Bohren et al., 2019; Brower y Hill, 2010; Kruk et al., 2014; Lansky et al., 2019). Asimismo, Cárdenas y Salinero (2020, 2022) llevaron a cabo dos estudios exhaustivos, en los que las mujeres de menor edad presentaron medias significativamente más altas de violencia obstétrica.

En segundo lugar, se ha querido conocer la relación entre la violencia obstétrica y el nivel socioeconómico de sus víctimas. En el presente estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la variable “nivel socioeconómico”. Esto contradice los hallazgos de Cárdenas y Salinero (2020, 2022), quienes similarmente encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que se han observado niveles más elevados de maltrato físico y verbal entre las mujeres de bajo estatus socioeconómico (OMS, 2014).

Con el tercer objetivo de este estudio, se pretendía analizar el grado de control personal en función del número de partos, comparando el grupo de madres primerizas con aquellas que no lo son. Las participantes presentaron niveles de control inferiores a los encontrados por Barber (2002). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el control personal, en función del número de partos.

Estos resultados contrastan con los de Hodnett y Simmons-Tropea (1987), quienes encontraron que las mujeres que habían tenido experiencias previas de parto, tenían niveles de control personal significativamente más altos que las mujeres que daban a luz por primera vez. Estos hallazgos han sido consistentes en otros estudios (Chabbert et al., 2021; Zhang et al., 1996). López-Mirones et al. (2017) atribuyen esta diferencia a las distintas expectativas y mejores habilidades de afrontamiento.

Por otro lado, se quiso conocer qué porcentaje de mujeres habían sufrido alguna conducta considerada violencia obstétrica. Un 62.1 % de las participantes reportaron haber sufrido, con total seguridad, alguna de las prácticas mencionadas. Las conductas que más se llevaron a cabo fueron la realización de procedimientos sin el consentimiento previo de la paciente, y la exposición innecesaria a miradas de personas desconocidas. Estos resultados se alinean con los observados en múltiples estudios (Madrid et al., 2019; McGarry et al., 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017). Asimismo, las mujeres dijeron haberse sentido infantilizadas o anuladas por el personal de salud, sintiéndose incapaces de tomar decisiones, lo cual coincide con los resultados recogidos por Mena-Tudela et al. (2020a).

El último objetivo de este estudio fue conocer la relación entre la violencia obstétrica reportada por las participantes, y el control personal que tuvieron sobre el parto. Los resultados mostraron una relación negativa y estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto indica que haber sido víctima de abusos y faltas de respeto durante el parto, se correlaciona con una falta de control sobre el mismo. A pesar de que no se haya encontrado literatura previa que respalde estos resultados con los mismos instrumentos aplicados en este estudio, existen estudios previos que se han interesado por el impacto de la falta de control en la experiencia de parto. En este sentido, Hardin y Buckner (2004) confirmaron la importancia del control sobre los aspectos físicos, mentales y emocionales del parto, especialmente cuando se trata del apoyo emocional y motivador por parte del personal de salud. A su vez, Cook y Loomis (2012) enfatizaron la importancia de un ambiente flexible, y de que la mujer mantenga el control durante los posibles cambios, con el fin de que persista una experiencia positiva del parto. Además, Shahoei et al. (2014) comprobaron que cuando el nivel de control percibido se incrementa, mejora la experiencia del parto y se crea una sensación de autoeficacia, la cual mejora la independencia y autoestima de la mujer.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones. Uno de los principales obstáculos fue el escaso número de instrumentos validados, vinculados con la problemática y con otras variables relacionadas. Este impedimento fue el motivo de que se recurriese a los cuestionarios elaborados por Lemus y Cabrera (2017), que carecen de los análisis factoriales correspondientes. Otra limitación es la relativa al carácter retrospectivo del objeto de estudio. Esto se debe a que, para investigar los hechos que se consideran violencia obstétrica, lo óptimo sería que el muestreo tuviese lugar en las semanas inmediatamente posteriores al parto. Este sesgo de memoria anteriormente mencionado se ha intentado minimizar, ya que se ha explorado deliberadamente el sector de la población que se encuentra en el periodo de posparto.

Por otro lado, es necesario considerar que el cuestionario fue difundido a través de las redes sociales, por lo que es posible que un sector de la población con poco o nulo acceso a internet no se encuentre propiamente reflejado. Además, el estudio cuenta con un porcentaje bajo de mujeres jóvenes menores de 30 años, así como de mujeres que se adscriben a un nivel socioeconómico bajo, lo cual hace probable que estos sectores se hayan visto subrepresentados. En relación a esto, dado que las participantes tuvieron que asignarse a un nivel socioeconómico, es probable que existiese una tendencia a presentarse como pertenecientes al nivel “medio”, debido a la percepción común de identificarse con este estrato.

A pesar de que se haya comprobado la trascendencia de estas variables sociodemográficas en otros países, los estudios completados hasta la actualidad en España aún no las han incluido como objeto de relevancia. Es por esto que se consideraron ambas variables como elementos de interés. En relación a las variables sociodemográficas, en investigaciones futuras resultaría interesante ampliar el estudio de esta problemática a mujeres extranjeras residentes en España, a mujeres de minorías sociales y étnicas, y a mujeres menores de edad. Dado que la violencia obstétrica no se limita al embarazo y al parto, también resultaría conveniente desarrollar instrumentos que incluyan conductas dirigidas hacia mujeres en periodos de lactancia y menopausia, así como a mujeres que se hayan sometido a un aborto.

El apoyo social del equipo médico se asocia a una experiencia de parto significativamente más positiva (Biurrún-Garrido et al., 2023; Chabbert et al., 2021;

Pintado-Cucarella et al., 2015). Como se ha mencionado anteriormente, la presencia de violencia obstétrica se atribuye, parcialmente, al desgaste emocional que sufren los médicos. Debido a esto, una mejor psicoeducación sobre el síndrome de *burnout* para el equipo sanitario podría prevenir la aparición de estas prácticas. Adicionalmente, tendría un efecto positivo en la vida profesional de estos trabajadores, gracias a una reducción del estrés laboral que mejoraría su eficacia.

Paralelamente, otra medida para tratar la problemática sería una formación psicoeducativa sobre la violencia obstétrica. De esta forma, los profesionales tendrían un mejor conocimiento sobre la existencia de estas prácticas y sus implicaciones, y reunirían las habilidades necesarias para hacer frente a las dificultades emocionales del proceso de parto.

Como se ha observado en este estudio, la violencia obstétrica se encuentra muy presente en los partos de nuestro país. Se manifiesta principalmente a través de la realización de procedimientos médicos sin el consentimiento o el conocimiento de las mujeres, así como mediante un proceso de anulación e infantilización que las hace sentir incapaces de tomar decisiones. Estas conductas han sido definidas como una forma de violencia hacia la mujer durante el parto, la cual puede tener graves consecuencias que afecten negativamente a la autoestima y al autoconcepto, provocando afectaciones en la salud mental y en las relaciones interpersonales de sus víctimas. Debido a esto, es necesario que en el futuro se incremente la producción científica por parte de la psicología. Esto incluye el desarrollo de instrumentos diseñados para recabar información sobre las consecuencias psicológicas de la violencia obstétrica, tanto en la vida de la madre como en su vínculo con el bebé.

### **Conclusiones**

Este estudio ha mostrado que la violencia obstétrica es una problemática persistente en nuestra sociedad, y se suma a múltiples investigaciones previas que evidencian la existencia de dichas prácticas en los partos de nuestro país.

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, no se han establecido relaciones estadísticamente significativas entre la violencia obstétrica y las variables sociodemográficas de interés, en contraposición a las conclusiones extraídas en otros estudios con el mismo objeto de interés. Sin embargo, es la primera vez que se han

estudiado dichos resultados en España, utilizando un novedoso instrumento, que ha sido recientemente validado al contexto español por González et al. (2023).

Asimismo, se ha resaltado la importancia de que las mujeres conserven el mayor nivel posible de control personal durante el parto, ya que este se asocia con una buena experiencia en el mismo. Se ha evidenciado la relación negativa entre el control personal y la violencia obstétrica, ya que haber sufrido conductas constitutivas de violencia obstétrica se relaciona con niveles más bajos de control personal durante el parto. Finalmente, se recalca la importancia de llevar a cabo futuras investigaciones que profundicen en esta problemática, particularmente en el ámbito de la psicología.

## Referencias

- Arias, F. F., Arteaga, E., y San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gyneco-obstetric violence in Ecuador: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01998-2>
- Ato, M., González, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barber, K. E. (2002). *Comparison of maternal perception of birth: labor induced by misoprostol vs spontaneous labor* [Masters Theses, Grand Valley State University]. <https://scholarworks.gvsu.edu/theses/563/>
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
- Benlloch-Doménech, C., Barbé-Villarubia, M. J., y Cascales, J. (2019). Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la violencia obstétrica en España. *Musas*, 4(1), 98-119. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.6>
- Biurrún-Garrido, A., Brigidi, S., y Mena-Tudela, D. (2023). Percepción de estudiantes de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica. *Enfermería Clínica*, 33(3), 234-243. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.02.005>
- Blázquez, M. I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* [Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/8429>
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T., Dioulde, M., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Azonima, T., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A., Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750-1763. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31992-0)

- Browser, D., y Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. *USAID*. Harvard School of Public Health and University Research. <https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/08/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf>
- Cabral, S., y Pérez, D. K. (2019). Violencia obstétrica: producción científica de psicólogos sobre el tema. *ECOS: Estudios de Subjetividad Contemporánea*, 9(2), 270-283. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2872/1660>
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009>
- Cárdenas, M., y Salinero, S. (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(03), 187-196. <https://doi.org/10.51288/sogv03202006>
- Cárdenas, M., y Salinero, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, 38(2), 209-223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Cárdenas, M., y Salinero, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(24). <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.24>
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 24, 43-68. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- Chabbert, M., Rozenberg, P., y Wendland, J. (2021). Predictors of negative childbirth experiences among French women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 50(4), 450-463. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.02.004>
- Chávez, M. L., y Sánchez, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista del Colegio de San Luis*, 8(16), 103-119. <https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.<sup>a</sup> ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cook, K., y Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>
- Cordones, M. C., y Blázquez, B. V. (2023). El personal sanitario frente a la violencia obstétrica. Una primera aproximación para el debate. *iQual: Revista de Género e Igualdad*, 6, 45-69. <https://doi.org/10.6018/igual.539271>
- Deherder, E., Delbaere, I., Furtado, A., Nieuwenhuijze, M., Van Laere, S., y Beeckman, K. (2022). Women's view on shared decision making and autonomy in childbirth: cohort study of Belgian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04890-x>
- Fernández-Díaz, J. C., y González-Sanz, J. D. (2022). Violencia obstétrica: estudio bibliométrico en revista hispanoamericanas. *Musas*, 7(1), 84-105. <https://doi.org/10.1344/musas2022.vol7.num1.5>
- Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., y Zangão, M. O. (2022). Analysis of the concept of obstetric violence: scoping review protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7), 1090. <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
- García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y%C3%A7](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y%C3%A7)
- González, H., González-Artero, P. N., Muñoz, D., Lancha-de la Cruz, M. R., y Verdú-Soriano, J. (2023). Cultural adaptation, validation and evaluation of the psychometric properties of an obstetric violence scale in the Spanish context. *Nursing Reports*, 13(4), 1368-1387. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040115>

- Grilo, S., De Oliveira, H., Faria, H., Galdino, P., Cavalcanti, P., Yoshie, D., y Azevedo, C. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for it's prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-384. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Hardin, A. M., y Buckner, E. B. (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 13(4), 10-16. <https://doi.org/10.1624/105812404x6180>
- Hodnett, E.D, y Simmons-Tropea, D. A. (1987). The labour agency scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing & Health*, 10(5), 301-310. <https://doi.org/10.1002/nur.4770100503>
- Hodnett, E. D., y Osborn, R. W. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health*, 12(5), 289-297. <https://doi.org/10.1002/nur.4770120504>
- Iglesias, S., Conde, M., González, S., y Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>
- Jiménez, M. (2021). *Impacto Psicológico de la Violencia Obstétrica. Una revisión bibliográfica*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Cádiz]. <https://rodin.uca.es/handle/10498/25116>
- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., y Freedman, L. P. (2014). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy and Planning*, 33(1), e26-e33. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>
- Laínez, N. G., De los Ángeles, G., Portillo, D. A., Alvarenga, A. F., y Véliz, A. M. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*, 6(1), 70-77. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>

- Lansky, S., Ventura, K., Rezende, E., Oliveira, B. J., Grilo, C. S., Figueiredo, N., De Oliveira, R., y De Lima, A. A. (2019). Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811-2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- Leahy-Warren, P., Mulcahy, H., Corcoran, P., Bradley, R., O'Connor, M., y O'Connell, R. (2021). Factors influencing women's perceptions of choice and control during pregnancy and birth: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 667. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04106-8>
- Lemus, L. F., y Cabrera, K. M. M. (2017). *Percepción de mujeres acerca de la violencia obstétrica*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/8184/>
- López-Pérez, M. L., y Rodríguez-Martínez, A. (2023). Análisis sistemático de la producción científica sobre la violencia obstétrica. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, 18, 822-848. <https://doi.org/10.18002/cg.i18.7574>
- López-Mirones, M., Alonso-Salcines, A., Terán-Muñoz, O., García-González, C. G., Laurrieta-Saiz, I., y González-Maestro, M. G. (2017). Satisfacción materna en el área de partos según la escala MacKey. *Nuberos Científica*, 3(21), 36-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7492643>
- Madrid, C., De León, M. Á., Delgado, M. J., Cancino, L. G., Rangel-Jiménez, P., Soto, B. E., y Rodríguez, M. (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica*, 14(42), 27-36. <https://doi.org/10.33064/421m20192245>
- Massó, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, e4464. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>
- McGarry, J., Hinsliff-Smith, K., Watts, K., McCloskey, P., y Evans, C. (2017). Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(3), 620-627. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-002950>

- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chillerón, M. J. (2020a). Obstetric violence in Spain (Part I): women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chillerón, M. J. (2020b). Obstetric violence in Spain (Part II): interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- Mena-Tudela, D., Román, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., y Roperó-Padilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: a constructivist grounded theory study. *Women and Birth*, 36(2), e219-e226.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
- Murialdo, V. (2019). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid].  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=262546yorden=0yinfo=link>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Ginebra.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241550215>
- Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., y Searcy-Bernal, R. (2007). Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75(7), 379-383. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/factores-relacionados-con-el-sindrome-de-burnout-en-ginecologos>

- Pereira, C., Domínguez, A., y Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002&lng=es&lng=es)
- Pintado-Cucarella, S., Penagos-Corzo, J. C., y Casas-Arellano, M. A. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(3), 173-178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26058170>
- Póo, A. M., Verdú, M. J., Herrera-Contreras, Y., y Baeza, B. (2021). Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(4), 374-379. <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000016>
- Ramírez, M. D., Hernández, C., y Ceballos, G. Y. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista CONAMED*, 26(3), 149-155. <https://doi.org/10.35366/101680>
- Ramos, B. E., Acuña, A. G., García, M. F., y Gómez, C. S. (2023). Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. *Zenodo (CERN European Organization For Nuclear Research)*, 100, 60-93. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7637450>
- Rodríguez, P. A., y Aguilera, L. (2017). La Violencia Obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *Musas*, 2(2), 56-74. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., y Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Santamaría-Castañer, J. I., Cuenca-Calabuig, C., Vizcaino-Sosa, E., Lorenzo-Mellado, M., y Oliver-Roig, A. (2013). Fiabilidad y validez de la versión española de la escala «Labour Agency Scale» sobre la percepción materna de control personal durante el parto. En *XII Congreso Federación de Asociaciones de Matronas de España de Ámbito Nacional*. <https://goo.su/zdgeg>

- Shahoei, R., Khosravy, F., Zaheri, F., Hasheminasab, L., Ranaei, F., Hesame, K., y Shahoei, F. (2014). Iranian Kurdish women's experiences of childbirth: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7), 112-117. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402992/pdf/IJNMR-19-112.pdf>
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1991.tb00103.x>
- Zhang, J., Bernasko, J. W., Leybovich, E., Fahs, M., y Hatch, M. C. (1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 88(4), 739-744. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00232-3](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00232-3)

## Anexos

### **Anexo 1. Cuestionario de Violencia Obstétrica y la percepción de los partos en España.**

El siguiente formulario pretende recoger datos para la elaboración de un Trabajo de Fin de Grado, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, sobre la **violencia obstétrica en el parto**. Las siguientes cuestiones tratan de recoger información de una muestra de mujeres, sobre la **percepción y la experiencia del parto en España**. Por favor, responde a las siguientes preguntas con sinceridad y precisión, sobre tu opinión y tu experiencia personal. El cuestionario se completa en un tiempo estimado de **entre 5 y 7 minutos**.

#### USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

Toda participación es voluntaria e irá exclusivamente dedicada a esta investigación cuantitativa. Las respuestas serán anónimas y confidenciales, en **cumplimiento con el código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y la Ley de Protección de Datos** (Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales).

Recuerda darle a "Enviar" al final. ¡Gracias por participar!

### **Anexo 2. Variables sociodemográficas.**

- Edad.
- Estado civil. Opciones: Soltera, Casada, Separada, Divorciada y Viuda.
- Nivel de estudios finalizados. Opciones: Sin estudios, Educación Primaria, Educación Secundaria o EGB, Bachillerato, Formación Profesional, Estudios Universitarios.
- Nivel socioeconómico. Opciones: Alto, Medio, Bajo.
- Lugar de procedencia.
- Número de hijos.
- Edad del último parto.
- País en el que se llevó a cabo el parto.
- Tipo de servicio. Opciones: Hospital público, Hospital privado, Ambos.

### **Anexo 3. Cuestionario cerrado con respuesta dicotómica (Sí/No).**

1. Conocía el término “violencia obstétrica”.
2. Considera que en los hospitales de le brinda un buen trato a las mujeres embarazadas.
3. Piensa que las mujeres son las encargadas de tomar las decisiones sobre los procedimientos de sus partos.
4. Conoce alguna mujer que haya sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud durante el embarazo, parto o postparto.

### **Anexo 4. Cuestionario con escala tipo Likert.**

A continuación verás una serie de afirmaciones a las que debes responder, entre las siguientes opciones: Totalmente en desacuerdo, Parcialmente en desacuerdo, No sabe / no responde, Parcialmente de acuerdo, Totalmente de acuerdo.

1. La violencia hacia la mujer es muy común en España.
2. El trato por parte del personal médico hacia la mujer embarazada es muy bueno en nuestro país.
3. La mujer debería recibir una excelente atención en los centros de salud durante y después del embarazo.
4. La mujer no es la encargada de tomar ninguna decisión sobre cómo debe ser su parto.
5. Los maltratos hacia las madres en los hospitales deben ser denunciados.
6. Los profesionales de la salud no son los encargados de darles toda la información necesaria a las madres antes del parto.
7. La violencia obstétrica es el maltrato hacia la mujer por parte el personal médico durante el embarazo, parto y posparto.
8. No existen humillaciones hacia las madres en los hospitales de nuestro país.
9. Una gran cantidad de mujeres ha sufrido violencia por parte de los médicos y personal de los hospitales sin siquiera darse cuenta.

10. Los doctores tienen derecho a elegir cómo debe ser el parto de las madres.
11. Las mujeres deben hacer valer sus derechos y exigir respeto y atención adecuada por parte del personal médico.
12. El personal médico puede realizar cualquier procedimiento médico sin autorización de la madre.
13. Al momento del parto la madre debería estar acompañada por un familiar o persona de confianza.
14. Ninguna mujer tiene el derecho a tener a su hijo en brazos después del parto.
15. Muchas mujeres en nuestro país han sufrido heridas graves debido a malas prácticas médicas durante las cesáreas.
16. Las mujeres no deben preguntar sobre sus dudas hacia los procedimientos durante el parto.
17. Los genitales de las mujeres embarazadas son expuestos durante muchos procedimientos sin su autorización.
18. Muchas mujeres sufren daño psicológico debido a maltratos en los hospitales y no quieren volver a pasar por la experiencia.
19. El médico es el único que puede decidir la posición en la que la madre debe colocarse a la hora del parto, ya sea acostada, sentada, etc.
20. Muchos bebés mueren debido a que los médicos y personal de los hospitales no cumplen adecuadamente con su trabajo.

## **Anexo 5. Escala de Violencia Obstétrica.**

Con respecto a las siguientes cuestiones, responde lo que más se ajuste a tu experiencia personal. 5 opciones de respuesta (1= No describe para nada lo que me ocurrió; 2= No estoy segura, pero creo/siento que esto NO me ocurrió; 3= No estoy segura; 4= No estoy segura, pero creo/siento que esto SÍ me ocurrió; 5= Definitivamente esto me ocurrió).

1. El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento.
2. Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto.
3. Fuiste criticada de algún modo por expresar de algún modo tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o el parto.
4. Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera.
5. Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios.
6. En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición.
7. Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades.
8. Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza.
9. Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.).
10. Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías «colaborado»).
11. La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido.
12. Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.).

13. Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños).

**Anexo 6. Versión española de la escala Labour Agency Scale.**

Marca cada una de las opciones, según describa mejor tu experiencia personal en el parto, desde (1) Rara vez hasta (7) Casi siempre.

1. Estaba tensa.
2. Me sentí importante.
3. Me sentí segura de mí misma.
4. Sentí que tenía el control.
5. Sentí miedo.
6. Estaba relajada.
7. Me sentí bien con mi forma de reaccionar.
8. Me sentí inútil.
9. Sentí que estaba con gente a quien importaba.
10. Me sentí fracasada.

**Anexo 7. Porcentajes de respuesta en el cuestionario sobre Percepción de la  
Violencia Obstétrica**

	“Totalmente en desacuerdo” (%)	“Parcialmente en desacuerdo” (%)	“No sabe / no responde” (%)	“Parcialmente de acuerdo” (%)	“Totalmente de acuerdo” (%)
Ítem 01	4.2	8.4	17.8	43.5	26.2
Ítem 02	4.7	22.4	7.9	56.5	8.4
Ítem 03	1.4	0.5	0	2.3	95.8
Ítem 04	51.4	22.4	7.0	15.0	3.7
Ítem 05	0.9	0.5	0.9	4.2	93.5
Ítem 06	68.2	10.3	6.5	9.3	5.6
Ítem 07	0.9	0	4.7	9.3	85.0
Ítem 08	47.7	27.1	16.8	5.6	2.8
Ítem 09	1.9	3.3	13.6	26.2	55.1
Ítem 10	42.5	39.3	0.5	17.3	0.5
Ítem 11	1.4	1.9	0.5	8.9	87.4
Ítem 12	71.5	22.0	0.9	5.6	0
Ítem 13	0.5	0	0	2.3	97.2
Ítem 14	98.1	1.4	0	0	0.5
Ítem 15	0.5	3.7	33.2	14.5	48.1
Ítem 16	97.2	0.5	0.5	0	1.9
Ítem 17	5.6	8.4	19.2	28.0	38.8
Ítem 18	0.9	2.8	23.8	22.4	50.0
Ítem 19	63.1	28.0	4.2	4.2	0.5
Ítem 20	12.6	7.0	48.6	17.3	14.5