

V. EVIDENCIA ANEXO II

1. Informe final de Impactos psicosociales en Víctimas de Violaciones Graves a Derechos Humanos, Violencia Obstétrica, sin fecha, suscrito por personal de la Dirección de Impacto Psicosocial de esta Comisión, el cual contiene la siguiente información:

[...]

RESULTADOS

La perspectiva psicosocial de valoración de daños derivados a la violación de derechos humanos, se diferencia del enfoque psicológico, al evaluar la interrelación de diferentes elementos integrantes de la persona (pensamientos, sentimientos, conductas y percepciones individuales) con las esferas familiar, grupal, comunitario y social que rodean a ésta, dado que se asume que el daño producido a cualquiera de las esferas de lo humano (individual, colectivo, social) tendrá una repercusión en cualquiera de las otras. Por ello, a continuación se presentaran los resultados obtenidos en las valoraciones de daños psicosociales realizadas a las [...] víctimas directas que son parte de la investigación que realiza la Tercera Visitadora de la CDHDF. Con el objeto de poder dar cuenta de las características comunes que se pudieron documentar en los siguientes apartados:

I) Perfil de las víctimas

II) Tipos de violencia obstétrica detectados

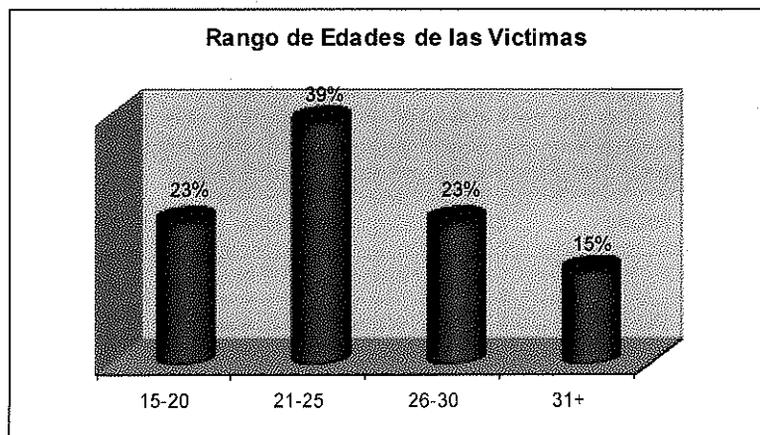
III) Impactos psicosociales (esferas sociales, integridad física, estado psicoemocional, estado psicofísico de las y los niños, ámbito económico, vida sexual y reproductiva, relación de pareja, creencias básicas, víctimas indirectas, acceso a servicios de salud, proyecto de vida)

IV) Estado psicosocial y psicoemocional actual de las víctimas directas e indirectas.

I) **Perfil de las víctimas directas.**

a) **Perfil demográfico.**

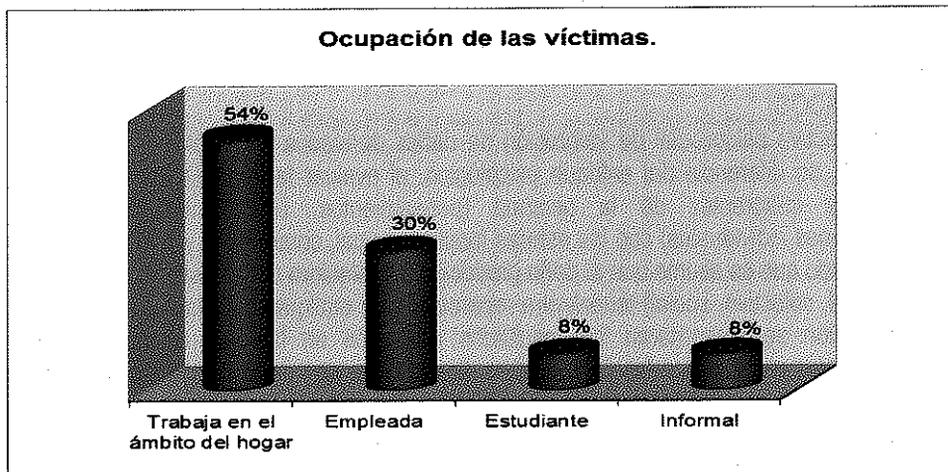
Las víctimas directas son mujeres que al momento de los hechos tenían una edad comprendida entre los 15 a 32 años de edad, siendo la edad promedio los 24 años de edad. Es importante resaltar que 23% eran menores de 20 años.



Gráfica 1. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

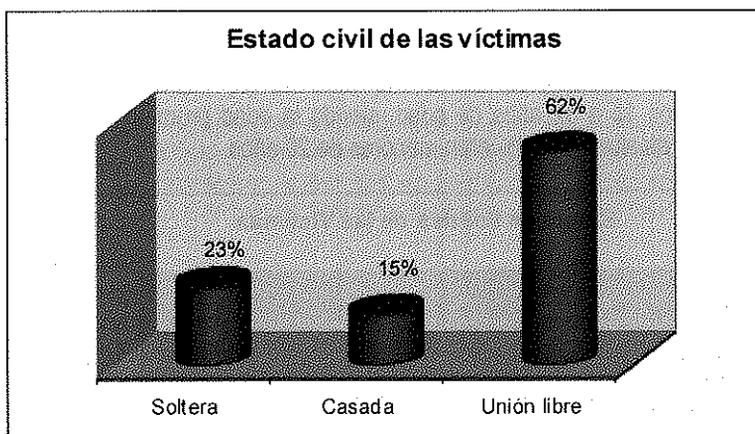
Recomendación 3/2015

Respecto a la ocupación el 54% de las víctimas trabajan en el ámbito del hogar, en tanto que el 30% de ellas tiene una actividad laboral fuera del hogar y remunerada. Los rubros "estudiante" y "trabajo informal" se encuentran representados por un 8% en cada uno de ellos.



Gráfica 2. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

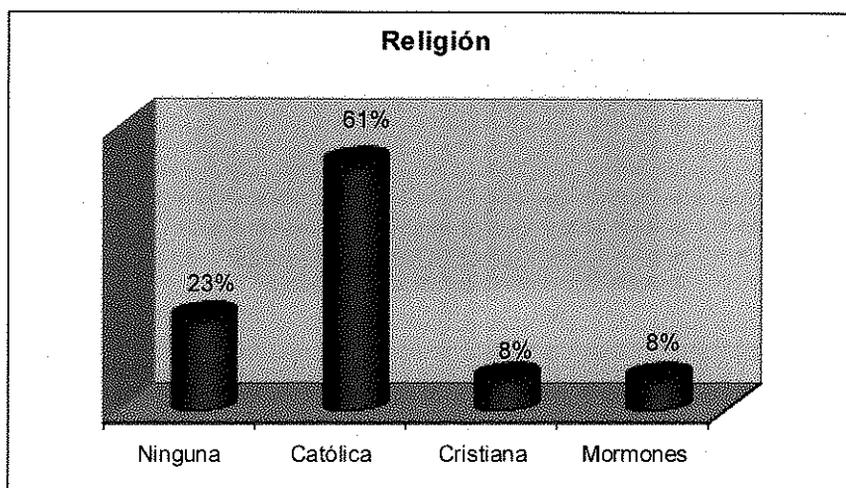
Respecto al estado civil de las víctimas, se refleja que actualmente el 62% viven en unión libre, el 23% son solteras y el 15% se encuentran casadas. Sin embargo, en el análisis de los casos individuales se encontró que la mayoría de las víctimas al momento de los hechos era madre soltera.



Gráfica 3. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

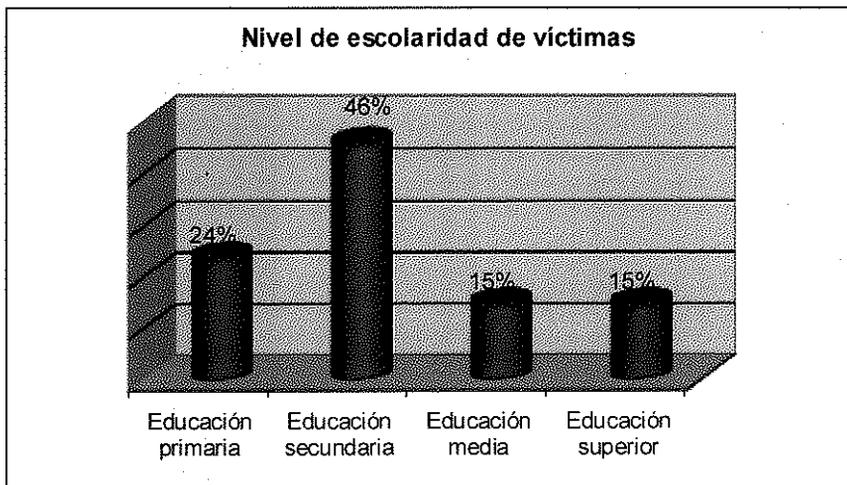
Recomendación 3/2015

Respecto a las creencias religiosas, el 61% refirió profesar la religión católica, el 8% la religión mormona, 8% la religión cristiana y el 23% no profesa ninguna religión.



Gráfica 4. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

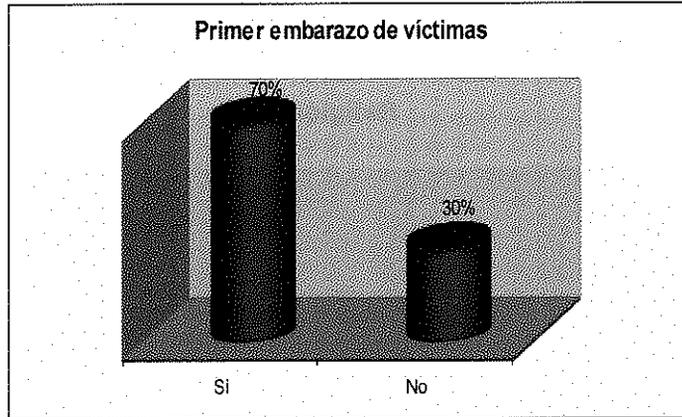
En cuanto al nivel de escolaridad de las víctimas, el 70% de los casos tiene estudios de primaria o secundaria (46% estudió hasta la secundaria, el 24% educación primaria). La educación media superior está representada por un 15% mientras que el 15% de las víctimas tiene estudios de educación superior concluidos.



Gráfica 5. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

II) Perfil de las gestaciones.

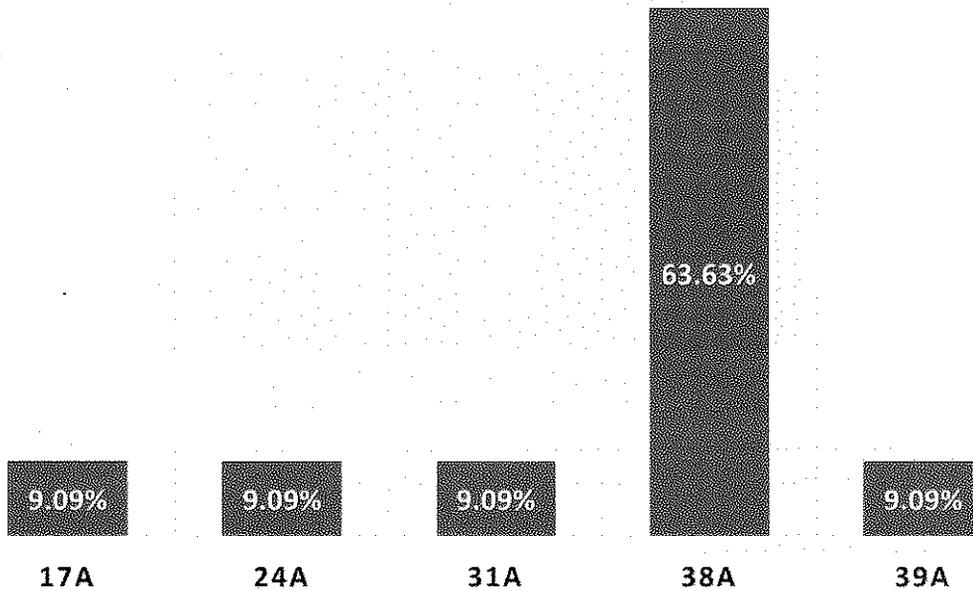
Al momento de ocurridos los hechos, 70% de ellas se encontraban cursando su primer embarazo, en tanto que el 30% de ellas había tenido previamente un embarazo: El 50% de ellas nos refirieron que su embarazo fue planeado, mientras que el 100% describieron como deseado el hecho de tener un/a hijo/a. Posterior a la atención obstétrica el 40% sufrió la pérdida del o la bebé y en el 20% de los casos se produjo la muerte de la madre.



Gráfica 6. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

Al momento de los hechos, las mujeres evaluadas cursaban, en su gran mayoría (63.63%) el último trimestre de la gestación, incluso ya cursaban la semana 38. Este hecho tiene una relevancia fundamental para comprender el perfil de daños derivados de los eventos analizados.

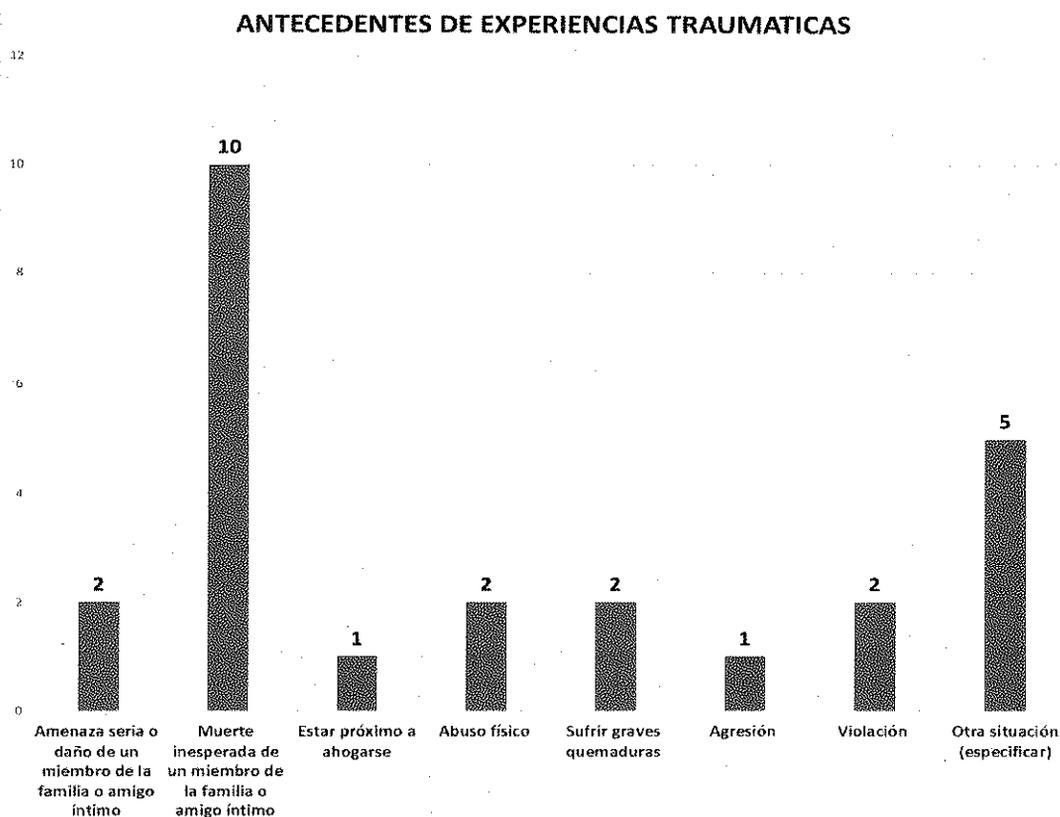
SEMANA DE GESTACION (APROXIMADAMENTE)



Gráfica 7. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

b) Perfil de antecedente de experiencias traumáticas.

En cuanto a si existían antecedentes de experiencias traumáticas en las mujeres incluidas en esta valoración de impactos, se encontró que en el total de la muestra se presentó un promedio de 2.25 experiencias traumáticas vividas con anterioridad, de acuerdo al Cuestionario para Experiencias Traumáticas. El principal antecedente en común de 10 de las víctimas directas fue la muerte inesperada de un familiar o amiga/o íntima/o.



Gráfica 8. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

III) Violencia obstétrica.

El concepto central en la presente valoración de impactos es el de violencia obstétrica, ésta, como se señaló en el marco conceptual, consiste en una

Forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud -públicos y privados-, y es un producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.



Recomendación 3/2015

La violencia obstétrica a su vez puede tener dos componentes:

Físico: prácticas invasivas y suministro de medicación que no se encuentran justificados, de acuerdo a las recomendaciones de Guías de Práctica Clínica, o cuando no se respetan las posibilidades de parto biológico.

Psicológico: trato deshumanizado, grosero, con discriminación, humillación, falta de aclaración de dudas y negativa a la atención durante todo el tratamiento obstétrico.

En la presente documentación se utilizó la Escala de Violencia Obstétrica, como instrumento que nos permitió objetivar la percepción de las mujeres incluidas en esta valoración. A continuación se presentan los resultados más relevantes:

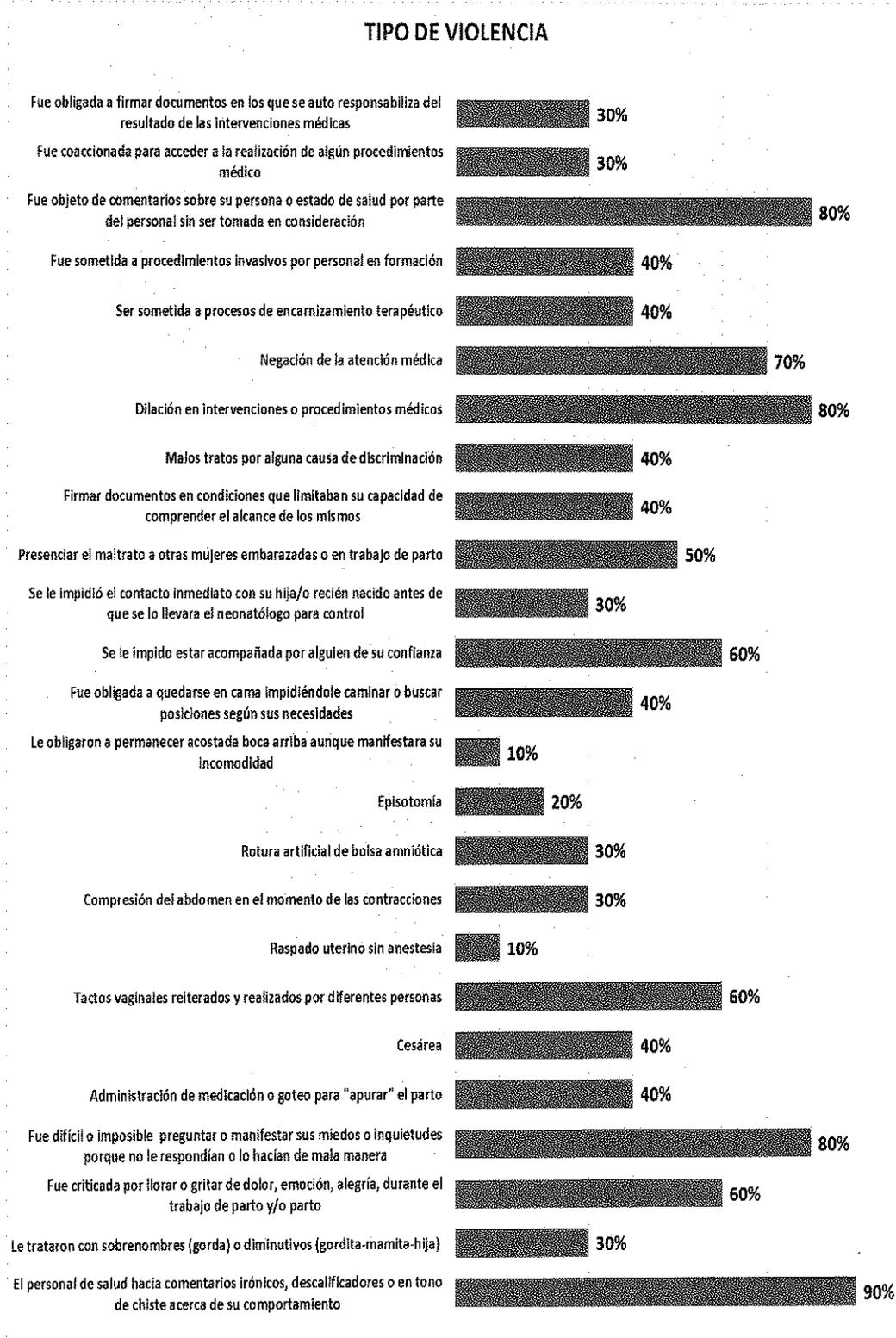
El total de las mujeres entrevistadas reportaron haber sufrido al menos una de las formas de violencia enlistadas en el instrumento de violencia obstétrica.

- El total de las mujeres entrevistadas afirmaron que la experiencia de atención de parto las hizo sentir vulnerables, culpables y/o inseguras.
- La forma más frecuente de maltrato fue la de ser objeto de comentarios irónicos, descalificadores y en tono de chiste por parte del personal de salud, con un 90% de frecuencia.
- Las dos formas de maltrato más frecuentes, en segundo lugar (80%), fueron el ser objeto de comentarios sobre su persona o salud sin ser tomadas en cuenta por el personal de salud y la dilación en intervenciones o procedimientos médicos.
- El 80% refirió que les fue difícil o imposible preguntar o manifestar los miedos o inquietudes porque no les respondían o lo hacían de mala manera.
- 70% de las mujeres entrevistadas fueron víctimas de tactos vaginas reiterados y realizados por diferentes personas, frecuentemente estudiantes de medicina.
- El 65% refirió que se les impidió el contacto inmediato con su recién nacida/o antes de que se la/lo llevaran el neonatólogo.
- 65% también experimentó por los comentarios realizados, no haber colaborado de forma adecuada.



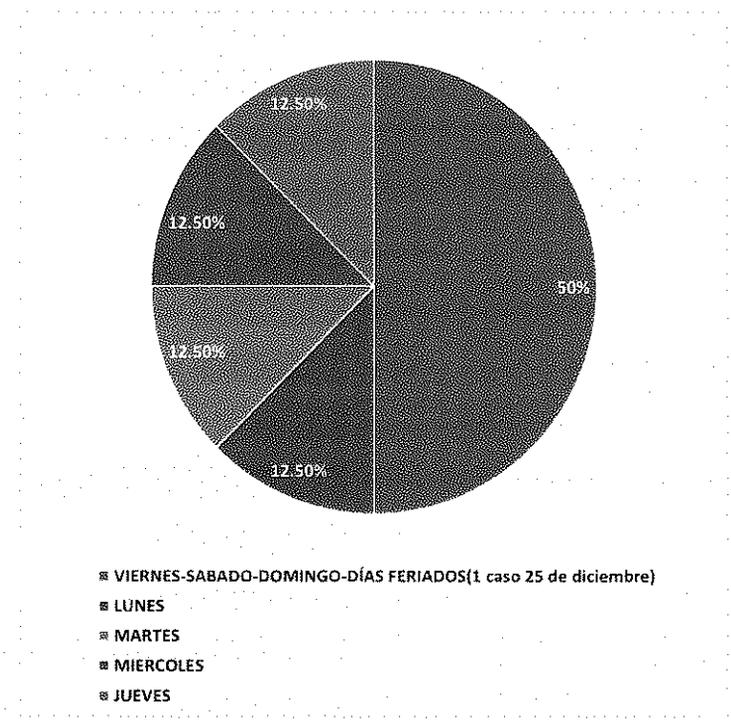
Recomendación 3/2015

A continuación, se presenta una gráfica que muestra los resultados y la sistematización de testimonios respecto a los distintos tipos de violencia y el personal que la ejerció:

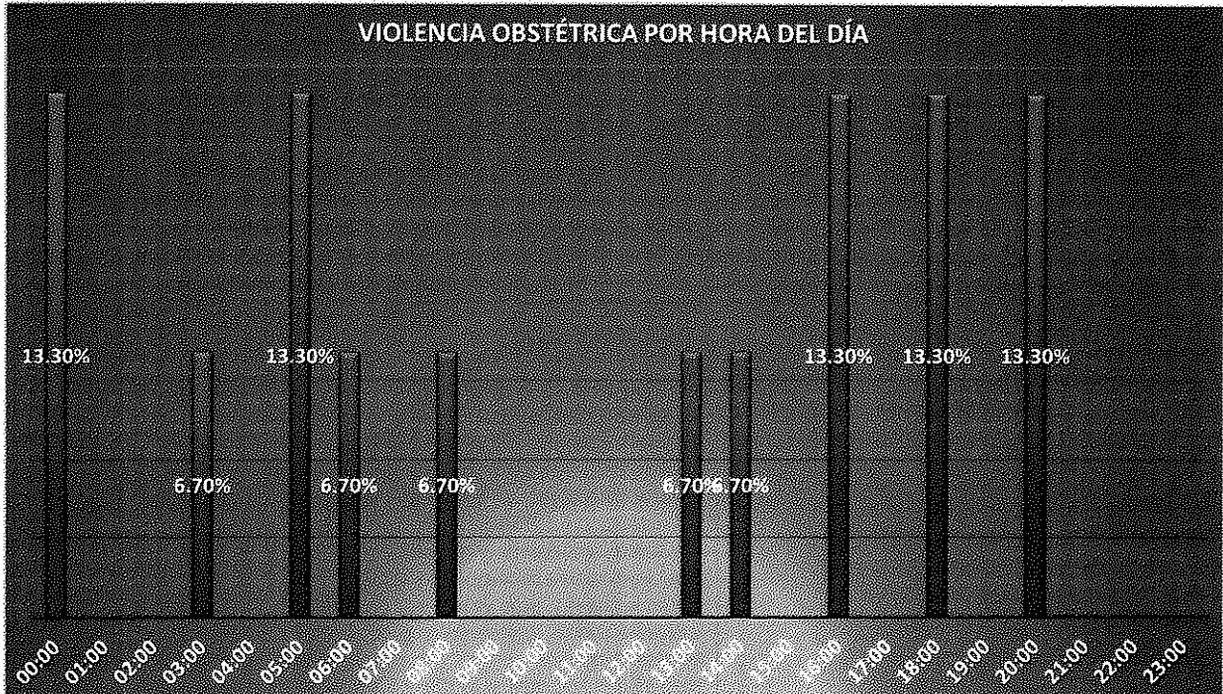




Gráfica 9. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.



Gráfica 10. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.



Gráfica 11. Elaborada por la DAP en base a la entrevista realizada a las víctimas.

Tipo de Violencia	TESTIMONIOS
Personal que la ejerce	Médicas o Médicos
Física	<p>"En reiteradas ocasiones le realizaron la prueba del tacto, era lastimada en diversos momentos"</p> <p>"A mí a cada rato iban y me hacían el tacto, otro muchacho que me hizo el tacto según él no alcanzaba o no tocaba no sé qué y nomás me estaba haciendo así y sentí yo feo"</p> <p>"responsabilizo a la doctora que me hizo la cesárea y a los demás doctores porque no me atendían, no me dieron la atención adecuada y a los que nada más iban y me decían tienes infección, en lugar de que me hicieran otro estudio, por decir los ultrasonidos que me hicieron al final, si me los hubieran hecho a tiempo probablemente no me hubieran quitado la matriz"</p> <p>"casi, casi ahí nos decían que a fuerza nos lo teníamos que poner ya sea el dispositivo o el que va en el brazo, pero en ese momento no lo tenían entonces me pusieron a mí el dispositivo intrauterino [en referencia a colocación de dispositivo intrauterino]"</p> <p>"Lo que pasa es que yo la atendí pero es que su hija hizo un movimiento brusco y eso provocó la hemorragia y le tuvimos que hacer otra cirugía pero como no había nadie, se la hicimos sin consentimiento de nadie, pero ahorita se la van a tener que llevar"</p> <p>"Me hicieron el tacto y sentí mucho dolor... sentí que me revisaron los dos"</p> <p>"Me rompen la fuente ellos me la truenan y en comparación con mi anterior embarazo los dolores eran más fuertes y más seguidos"</p> <p>"Mamacita, la tuvimos que operar para que ya no tenga hijos, porque el útero se ha tronado"</p>



Recomendación 3/2015

	<p><i>"No tuvo atención médica o sea en ningún momento hasta como a las 11, 12 de la noche ya después ya no la vi a la doctora hasta un día antes de que me entregaran a la bebé porque estuvo dos días adentro de ella muerta, porque no le querían ni hacer ni la cesárea o sea nada, nada porque en realidad no le hicieron nada pero si todas se burlaban de ella"</i></p> <p><i>"Mi hija estaba enorme estaba hinchadísima su cara, sus piernas, todo, todo estaba hinchada y sin medicamento se supone que tenía la presión altísima y sin medicamento"</i></p> <p><i>"Tenía mucho dolor y necesidad de ir al baño por lo que gritaba para que alguien me auxiliara, no tuve ninguna respuesta, me oriné y defecué sin ser atendida en ese momento, sentí náuseas y acercaron un bote de basura para que vomitara además solicité a la enfermera el cambio de ropa luego de media hora después me atendieron"</i></p>
Psicológica	<p><i>"Cómo se atreve a reclamar o a poner eso si no sabe la carga de trabajo que tienen, no es la única a la que están atendiendo"</i></p> <p><i>"Hablaban entre ellos sin que me dijeran que era lo que ocurría"</i></p> <p><i>"Le intentaron administrar un medicamento, situación a la que se negó y la obligan a firmar un documento por no permitir administrarle el medicamento"</i></p> <p><i>"Se acercó una doctora y haga de cuenta que se agarró así del este, y yo le puse la mano así y le digo: -oiga es que me duele mucho la panza y luego ya me anda del baño- y dice: -a m no me vuelvas a agarrar, porque no respondo- y dice -ustedes aquí no están para estarnos agarrando a nosotras- y le dije -no señorita, perdoneme, ya no aguanto-"</i></p> <p><i>"Yo pienso ¿no? a la mejor como sabían que mi bebé ya estaba muerto como que no me prestaban la atención a que si mi bebé hubiera estado vivo"</i></p> <p><i>"El doctor hablaba pues los otros estaban risa y risa y así burlándose, si se burlaban de mí."</i></p> <p><i>"La doctora dice: -es que no te la voy a dar a la bebe sino deja de hacer llamadas-, que yo dejara de hablarle a ustedes a los de derechos humanos, porque ellos van a querer que se le haga una autopsia a la bebé y hay que llevarla al ministerio público y entonces no te la puedes llevar. Si tú aceptas no hacerte una autopsia a la niña entonces te la doy ahorita y sin problemas, y si tu pides que le hagan una autopsia a la niña vamos a tener problemas todos."</i></p> <p><i>"Estaba insiste e insiste que porque era necesario porque luego por eso pasaba lo que me pasó, que eso pasaba por tener niños no deseados..."</i></p> <p><i>"La doctora me dijo: si le voy a dar a su hija pero no con un alta porque no le voy a dar ni un papel y ni siquiera una receta"</i></p> <p><i>"La doctora, respondía de manera grosera o no contestaba, no nos contestaba muy grosera y pues la verdad yo decía, pues para que le hablo si ni siquiera contesta, porque si, luego no contestaba se quedaba callada o nos dejaba hablando y se iba a la siguiente camilla"</i></p> <p><i>"Para quitarle la matriz, me dice, yo necesito que me firme la hoja y todavía yo la iba a leer y me dice señora entiéndame que la necesitamos pero a la voz de ya, porque su hija esta grave, tienen un poco de sangrado pero no pasa nada"</i></p> <p><i>"Él no me dio tiempo de explicarte mi problema, así me iba a tratar, porque la situación que yo tengo [VIH] no es agradable para los doctores."</i></p>



Recomendación 3/2015

	<p>"A ti ya no te tengo que hacer ultrasonido, a ti ya se te rompió la fuente, vienes mal, tienes esto... y como puede ser posible que no te hayas movido a otro hospital, no te habías dado cuenta, eres primeriza."</p> <p>"Pues como no quiso cooperar a la hora que le rasgamos, en lugar de que se saliera el niño se metió hasta adentro a tal grado de que se asfixió"</p> <p>"No pues yo creo que el niño se espantó porque vio mucho hueco y se metió hasta adentro, y no lo podíamos sacar, y pues ese tiempo que se tardó pues se asfixió y la otra mala noticia es que su niño va a quedar con problemas mentales, no va a poder sostener la cabeza, va a estar como tontito. Para que me entienda, váyase preparando porque el niño no va a ser un niño normal, el niño va a estar como tontito. No va a tener movimientos motores, va a estar, su cabeza siempre va a estar para donde lo jale. Ni modo, señora, su hija no cooperó"</p> <p>"No se le permitió ver a su hijo inmediatamente."</p> <p>"Que si me hacían la cesárea, podía tener un problema mi bebé, una deformación o podía salir mal, cualquier cosa y ya."</p> <p>"El bebé iba a estar bien, y que nada más iba a tener el problema de que había tragado líquido, y que iban a moverse para ver si no tenía un problema de la cabeza."</p> <p>"Nosotros sabemos lo que duele pero ni modo, se tiene que aguantar"</p> <p>"¿Va a operar?, ¿Por qué no se quiere operar? Es que la tercera cesárea ya no la va a aguantar"</p> <p>"Es que no se queje señora, es que mamacita no grite no la van a atender"</p> <p>"Entonces salen y le dicen a mi familia que yo no me podía controlar y que ya había pedido yo mi salida, me hicieron firmar un pase de salida"</p> <p>"No pues eso es lo que le está haciendo daño, firmeme aquí que se tomó un té y que eso le va a afectar"</p> <p>"Me llamaban la empaquetada".</p> <p>"pues deberías estar agradecida, es más pregúntale a tu Dios, si crees en Dios, pregúntale a tu dios para qué te quiere porque muchas en tu lugar no salen, y si salen, salen taraditas o en coma"</p> <p>¡Querías tener hijos no, ahora aguántate, aquí te vamos a tener el otro año!</p> <p>"Te critican a lo mejor porque una está chica, con las jóvenes, o sea con las que eran chavas sí, porque había una señora y no la trataban así"</p> <p>"La doctora dijo que estaba yo loca, me dijo que me estaba yo metiendo en muchos problemas porque no dejaba yo hacer su trabajo"</p> <p>"Mejor sálgase, porque está muy alterada dice y nada más está haciendo acusaciones tontas"</p> <p>"Vamos a ver cuántos meses, y ya rápido, y ya me subió para hacerme un ultrasonido y me dice a ver si está a tiempo para ver si lo puedas abortar. Yo no sé por qué se embarazó, no sé porque el Doctor te animó a embarazarte"</p> <p>"Que él me iba a operar porque estaba arriesgando a personas, y que aparte me estaba arriesgando a mí, que no sabía porque traía hijos al mundo"</p> <p>"Tan bien te conoce tu mamá, que dijo que como estás loca, que te amarremos"</p> <p>"Pues no es la primera, ya cálmese, que le va a seguir el dolor, de nada te va a servir el estar llorando, que de todas maneras te va a doler"</p> <p>"Ya cállese señora, ya le hable a la anestesióloga y va a venir a ponerle la anestesia pero se tiene que callar ya"</p>
--	--

4



Recomendación 3/2015

<p>Institucional</p>	<p>"Yo hablé con el médico, él fue el que me dijo que le había hecho una operación a mi hija, la cirugía que le hizo dijo que fue perfecta, fue finita, entonces me dice, la tuvimos que trasladar a otro hospital, al de Tláhuac (9 de diciembre) a terapia intensiva porque aquí no tenemos el equipo necesario"</p> <p>"No hay doctores...no hay gineco... Relájese y váyase a su casa porque usted tiene 37 semanas y media [...] vaya a esos hospitales y ya"</p> <p>"Durante una hora más o menos cuando me hizo firmar que no había equipo ni para el bebé ni para mí y mi pase de salida"</p> <p>"Llegamos y no la querían atender porque había otros pacientes"</p> <p>"Estuvo durante 24 horas en espera a ser atendida por los doctores"</p> <p>"O sea uno les dice y no les hacen caso, ellos nada más estaban tomando su café, sentados en la mesa platicando, entonces no sé, no sabes ni que hacer y pus se supone que ellos están para atenderte y por más que les dices no te hacen caso"</p> <p>"Que cuando yo me sintiera mal, tuviera un sangrado o algún problema, yo viniera a urgencias, porque no me iban a hacer ultrasonido, ni nada."</p> <p>"Váyase a su casa, relájese, porque usted está bien, y que cualquier cosa que fuera a otros hospitales, el general o de la mujer."</p> <p>"Que no había doctores, no había ginecólogo, porque era día festivo"</p>
----------------------	--

[...]

III) IMPACTOS PSICOSOCIALES

[...] Para mostrar de manera global los impactos detectados en las valoraciones individuales, se sistematizan de acuerdo a las siguientes categorías:

<p>Impactos psicosociales</p>	
<p>Impactos en esferas sociales (laboral, educativa, relacional)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en su participación con la familia y en las actividades sociales. • Pérdidas en los ingresos económicos de la familia, incluso en algunos casos, los familiares perdieron el empleo por el tiempo que debían dedicar al cuidado de su familiar. • Se adquirieron deudas a través de préstamos para sufragar gastos. • Requirió cuidados posteriores a su hospitalización. • Imposibilidad de retomar actividades laborales. • Abandono y/o interrupción de estudios. • No ha podido retomar los estudios. • Ya no acude a fiestas o reuniones familiares.
<p>Impactos en la esfera familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En algunos caso se realizó cambio de residencia, ya fuese para estar de forma independiente o bien para contar con el apoyo de la familia. • Se perdió interés en la convivencia familiar y en las actividades que anteriormente le causaban satisfacción. • En los casos en los que falleció la madre, se presentaron cambios y sobrecargas de roles, así como una relación fracturada o disminuida entre las personas



Recomendación 3/2015

	<p>que se quedaron a cargo de las/os hijos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cambio de actitud de la familia, se toma más conflictiva.
Impactos en la relación de pareja	<ul style="list-style-type: none">• Se generan crisis en la relación.• Falta de privacidad e imposibilidad para tomar decisiones.• Se culpabiliza a la pareja por lo sucedido.• Descarga de emociones desagradables con la pareja.• Disminución o ausencia de relaciones sexuales.• Falta de apoyo para enfrentar las consecuencias.• En algunos casos ausencia de la pareja, al negarse a ejercer su paternidad.• Monotonía en dinámica de pareja.• Relación hostil y/o agresiva.• Conflictos por sobreprotección de hijos posteriores y descuido de los demás integrantes.
Impacto en integridad física	<ul style="list-style-type: none">• Infección posoperatoria.• Elevación de la presión arterial.• Extracción o daño de órganos.• Complicaciones por aplicación de anestesia.• Cirugías posteriores.• Periodos prolongados de hospitalización.• Aumento o disminución de peso.• Dolores de columna, cabeza, riñones.• Desequilibrio hormonal.• Necesidad de tratamiento prolongado.• Cicatrices que afectan su autoestima y autoconcepto.
Impacto al estado psicoemocional	<ul style="list-style-type: none">• Tristeza.• Angustia.• Llanto constante.• Desesperación.• Crisis de ansiedad.• Irritabilidad.• Miedo.• Vergüenza.• Impotencia y/o frustración.• Enojo.• Sentimiento de inutilidad.• Estrés.• Sentimiento de abandono.• Dueño.• Síntomas depresivos.• Alteraciones en sus procesos de sueño.• Pesadillas relacionadas a los hechos.• Intento y/o pensamiento suicida.• Conductas autodestructivas.• Inceridumbre.• Inseguridad.• Soledad.• Embarazo Psicológico.• Pensamientos o recuerdos del evento traumático• Reacciones físicas al recordar el evento traumático• Dificultad para afrontar nuevas situaciones• Dolor y preocupación por dolores físicos• Desesperanza• Sentimientos de culpa y remordimiento debido a los hechos.



Recomendación 3/2015

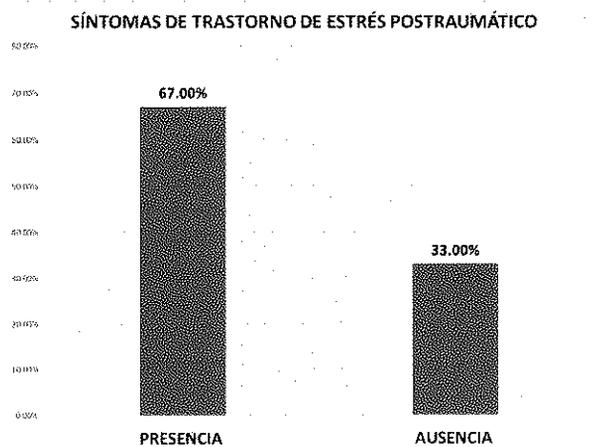
Impacto en el estado psicofísico de él a la bebé	<ul style="list-style-type: none">• Falta de contacto con la madre durante las primeras semanas.• Interrupción de la lactancia.• Fallecimiento.• Discapacidad.
Impacto en vida sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none">• Miedo a volver a embarazarse.• En los casos de histerectomía imposibilidad de ejercer nuevamente su maternidad.• Falta de deseo sexual.• Incomodidad al tener contacto sexual con su pareja.
Daño en el sistema de creencias básicas respecto a sí misma, los otros y el mundo	<ul style="list-style-type: none">• Cuestionamiento de su propia dignidad y autoestima.• Considerar al mundo como inseguro, impredecible y amenazante.• Vivir embarazos posteriores con sentimientos de inseguridad.• Desconfianza en la atención que se brinda en instituciones de salud pública.
Impacto en el proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none">• Afectaciones significativas en sus diferentes roles que desempeñaba en su proyecto de vida, principalmente los relacionados con la maternidad.• Alteración de planes a nivel individual y familiar.• Imposibilidad de establecer un vínculo afectivo seguro con hijos posteriores.• Pérdida importante en su estilo y calidad de vida.• Su visión del futuro, es incierta e insegura.• Imposibilidad de retomar sus estudios y retomar sus actividades laborales.
Impacto en el acceso a servicios públicos de atención a la salud	<ul style="list-style-type: none">• No cuenta con atención médica.• Pérdida de seguridad en los servicios públicos de Salud.• Gastos generados por la necesidad de acudir a recibir atención particular
Impacto en víctimas indirectas	<ul style="list-style-type: none">• Afectaciones a la economía de núcleo familiar.• Sentimientos de venganza respecto a los responsables de la violencia.• Preocupación.• Cansancio.• Muerte de madre.• Muerte de pareja.• Impacto a sistema de creencias.• Cambio en proyecto de vida.• Abuso de alcohol.• Sentimientos de odio, culpa y desesperación.• Frustración.• Cambio y sobrecarga de roles.• Pérdida de trabajo.• Afectaciones a su integridad

IV) ESTADO PSICOSOCIAL Y PSICOEMOCIONAL ACTUAL DE LAS VÍCTIMAS DIRECTAS E INDIRECTAS.

Además de las entrevistas realizadas, se aplicaron instrumentos de evaluación psicométrica a fin de valorar el estado emocional actual de las víctimas, así como las repercusiones que los hechos tuvieron en su calidad de vida y núcleo familiar. Es importante señalar que el 25% de las víctimas directas contaban con síntomas previos al parto de tristeza, llanto y ansiedad, los cuales se ubican como parte de los factores psicosociales previos al nacimiento, ya que en ocasiones es un evento crítico en la vida de las mujeres por los cambios que implica en distintos ámbitos.

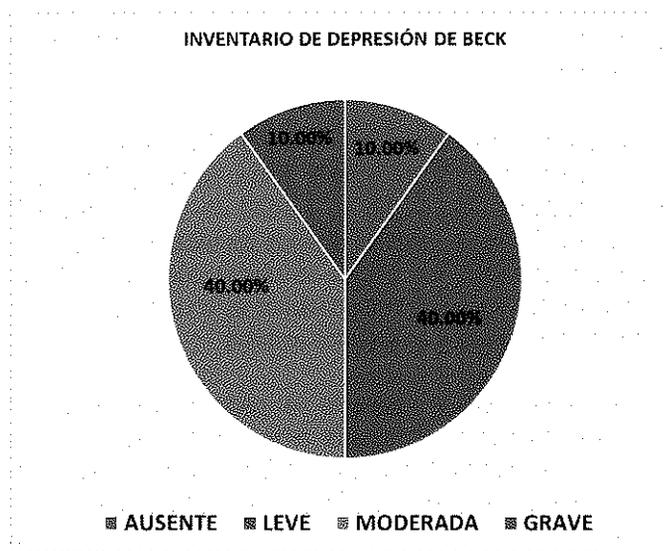
Derivado de la violencia que existió al momento del parto y de los impactos que esto generó se encontró sintomatología relacionada a estrés postraumático, depresión y ansiedad, así como procesos de duelo derivados del fallecimiento de bebés y mujeres. Por lo cual, en una segunda entrevista, se consideró la necesidad de aplicar pruebas de evaluación respecto a dicha sintomatología a fin de documentar con mayor objetividad el impacto y estado emocional actual.

En cuanto a la presencia de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático evaluado con el Cuestionario para Experiencias Traumáticas, el 67 % de los víctimas directas presentaron síntomas compatibles con dicho trastorno y 33 % no contaban con ellos.



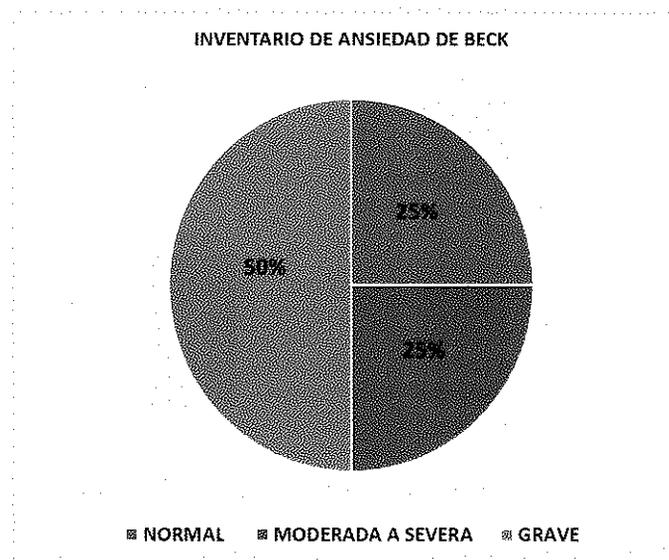
Gráfica 12. Elaborada por la DAP en base a Cuestionario para Experiencias Traumáticas

En relación a la presencia y severidad de depresión al momento de la entrevista, la cual se midió por medio del Inventario de Depresión de Beck, el 40 % cursaba con depresión de tipo moderada, el 40 % con depresión leve y únicamente el 10 % no presentaba un episodio depresivo.



Gráfica 13. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck

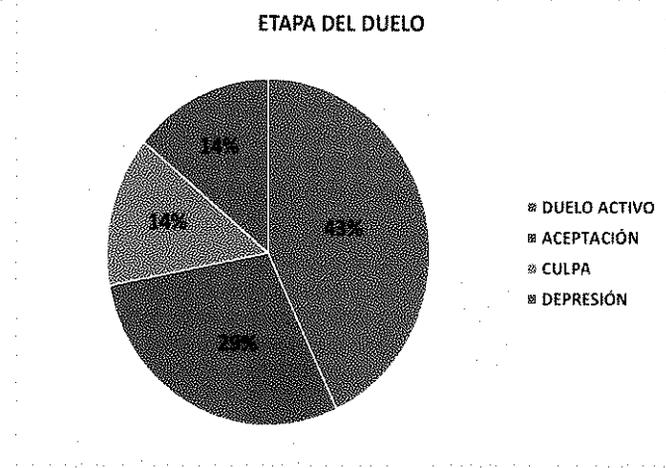
En relación a la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad, el cual se midió en base al Inventario de Ansiedad de Beck, el 50% de la víctimas directas cursaba con ansiedad grave, el 25% moderada y 25% no presentó sintomatología.



Gráfica 14. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck

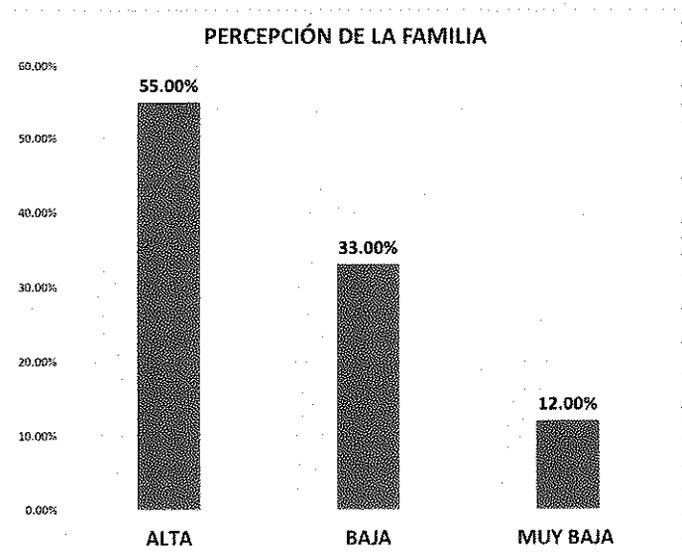
En cuanto al proceso de duelo, el cual se midió con la Escala de Duelo Perinatal, a pesar del tiempo transcurrido, el 43% de las víctimas directas que enfrentaron la pérdida de su bebé al momento del parto, presentaron duelo activo y solo el 14% ha logrado la resolución del duelo, a través del proceso de aceptación.

Recomendación 3/2015



Gráfica 15. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en la Escala de Duelo Perinatal

Los impactos y sintomatología han generado afectación en su calidad de vida, las cuales se valoraron por medio del Inventario de Calidad de Vida y Salud, el cual es un instrumento que tiene como objetivo evaluar la percepción de satisfacción de la persona ante diversos aspectos de su vida cotidiana. En cuanto a la percepción de la familia, un poco más del 55% de las víctimas se sienten apoyadas por su familia y confortables en dicho núcleo, experimentando comprensión, cuidado y apoyo.



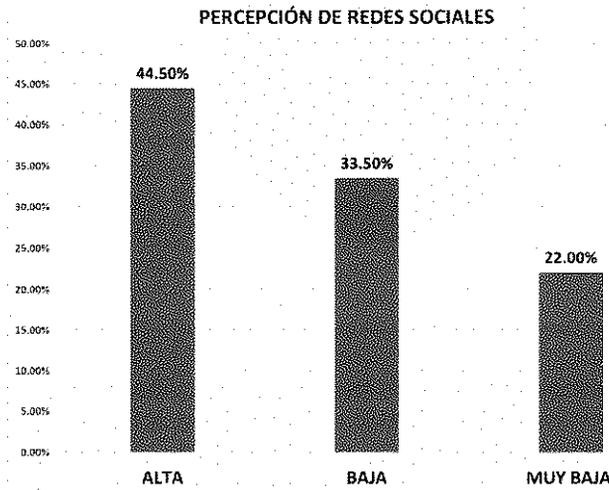
Gráfica 16. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Calidad de Vida y Salud

Esta información se ve reforzada con los resultados obtenidos por medio de las entrevistas ya que es la familia de origen y la pareja en la mayoría de los casos donde se identifica el mayor apoyo.



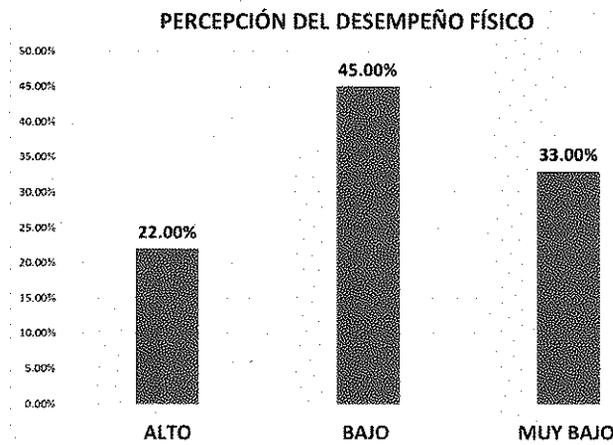
Recomendación 3/2015

Además de la familia, su percepción de las redes sociales, de acuerdo al Inventario de Calidad de Vida y Salud, como recurrir a alguien ante problemas financieros, solicitar ayuda y hablar sobre decisiones importantes el 44.5% describió contar casi siempre con apoyo en estos procesos.



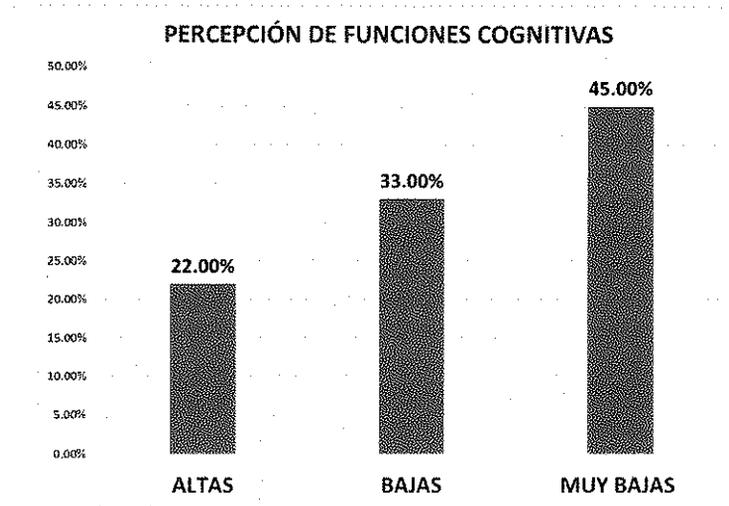
Gráfica 17. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Calidad de Vida y Salud

Respecto a cómo evalúan su desempeño físico, solo el 22.2% lo percibe como alto, mientras que el 45 % lo percibe como bajo y 33 % como muy bajo.



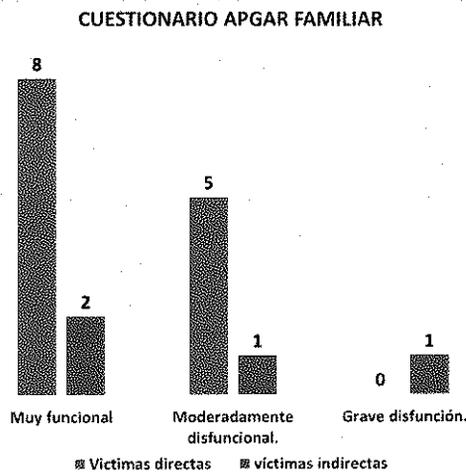
Gráfica 18. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Calidad de Vida y Salud

Continuando con la percepción de la calidad de vida, casi tres cuartos de las víctimas indirectas perciben dificultades en su memoria y la concentración. Mientras que solo el 22 % identifican un adecuado funcionamiento en estas áreas.



Gráfica 19. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Calidad de Vida y Salud

De acuerdo al Cuestionario de Apgar Familiar, la percepción del funcionamiento familiar de 8 víctimas directas fue considerada como muy funcional, mientras que 5 la describían como moderadamente funcional. Por otro lado, en el caso de las Víctimas indirectas 2 percibieron a su familia como muy funcional mientras que una como moderadamente funcional y una con grave disfunción.



Gráfica 20. Elaborada por la DAP en base a los resultados obtenidos en el Apgar Familiar

DISCUSIÓN

La discusión se centrara en los objetivos generales planteados en la presente valoración de impactos psicosociales, a saber:

1. Identificar las acciones u omisiones que constituyen violencia obstétrica.



Recomendación 3/2015

2. Establecer el impacto psicosocial de la violencia obstétrica en víctimas directas e indirectas de los hechos documentados.
3. Valorar la correlación entre los hechos que pueden considerarse forma de violencia obstétrica con el perfil de impactos psicosociales documentados.

1. Identificar las acciones u omisiones que constituyen violencia obstétrica.

El término violencia obstétrica ha sido objeto de diversos debates, al tratarse de una práctica en la que se conjugan elementos tales como la atención médica y los procesos reproductivos de la mujer, las diferentes posiciones en torno a ella se decantan por un énfasis ya en la justificación técnica de procedimientos y formas de actuación por parte del personal médico o en la consideración de las mujeres sometidas a estos procedimientos como personas sujetas de derechos, en particular derechos a la salud, a una vida libre de violencia, así como derechos sexuales y reproductivos.

Al realizar una revisión y valoración del contexto en el que ocurren los hechos referidos por las víctimas, un primer elemento que nos interesa resaltar es el perfil de las víctimas directas. En su mayoría se trataba de mujeres que al momento de los hechos eran menores de 25 años de edad, dedicadas al trabajo en su hogar, con grado de estudios básicos (secundarios y primarios) y que vivían en unión libre, lo que las colocaba en una condición de vulnerabilidad.

Otro dato importante en cuanto al perfil demográfico es que el 61% refirió tener como creencia religiosa a la fe católica. Este perfil es relevante pues, como se ha señalado en otras violaciones a los derechos humanos, las personas víctimas de estas violaciones son también quienes tienen menor probabilidad de tener los recursos necesarios para poder interponer denuncias o exigir el cese a la violación de sus derechos. Ya que en su sistema de creencias, el mundo tiene sentido y existe orden y predictibilidad, consideran que las personas reciben lo que se merecen, que lo que ocurre es justo (mundo justo), y que las otras personas son dignas de confianza.

Recordemos que las violaciones a derechos humanos, llegan a ser traumáticas y desestabilizadoras para la persona y su entorno, el 100% de las mujeres a las que entrevistamos habían depositado su confianza y credibilidad en el hospital y los doctores/as; pero al sentirse violentadas, se rompe dicha relación de respeto y dignidad, impactando en su sistema de creencias y sensación de seguridad.

Respecto a las formas de violencia que las personas evaluadas nos señalaron, sobresalen tipos de violencia de predominio psicológico, en particular los comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste a cerca del comportamiento de la mujer al momento de la atención del parto, la dilación en las intervenciones médicas, y ser objeto de comentarios acerca de su persona o su salud sin ser tomada en consideración, la negación de la atención médica, el impedírsele estar acompañada de alguien de su confianza, y recibir críticas por llorar o gritar de dolor durante el trabajo de parto o el parto.

La práctica directamente relacionada con su corporalidad que con mayor frecuencia se presentó fue la realización de tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas. Otro elemento a señalar es el que estas prácticas tuvieron como resultado el que las mujeres entrevistadas se sintieran vulnerables, culpables e inseguras durante la atención del parto.



Recomendación 3/2015

¿En qué medida se puede decir que estas prácticas, más allá de las consideraciones técnicas, atentan contra la dignidad de las mujeres que son sometidas a ellas? Como señala Pfeiffer (2010) la dignidad no es solo un atributo más del ser humano, sino el que le confiere un estado de ser relacional en el que una persona reconoce a la otra como su igual y por lo tanto merecedor y deudor de su respeto. En este sentido el común denominador en los señalamientos que las víctimas entrevistadas expresaron respecto a la forma de atención médica a la que fueron sometidas fue de una falta de respeto a su dignidad, ya sea al momento de darle las noticias acerca de su estado de salud, al momento de considerarlas en la toma de decisiones, en la forma en que se le comunicaron las noticias delicadas a cerca de la vida de su hijo o hija, la forma en que respecto su proceso de duelo por la pérdida del producto de su embarazo, etc.

Usualmente la violencia institucional en las salas de maternidad suele atribuirse a la precariedad de recursos en los servicios de salud o a conductas personales de falta de respeto de las y los profesionales hacia las pacientes, sin embargo, en el caso del tipo de violencia al cual nos referimos en esta documentación de impactos psicosociales, no podemos olvidar que a las relaciones de poder que enmarcan las relaciones médico-paciente se agrega la posibilidad de transformarse en relaciones de violencia de género cuando a las mujeres se les somete a procedimientos que anulan su carácter de personas sujetas de derechos. Esta anulación puede tener diferentes formas que van de la negligencia médica a los maltratos físicos, verbales y la violencia sexual en estas prácticas. Desplazando a las mujeres por la autoridad del saber médico, reforzando la idea de legitimización de la intervención y control por parte de las y los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres.

Los resultados de la Escala de violencia obstétrica, muestran que en el 100% de los casos valorados, se violó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, y a un parto humanizado, el cual ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud, considerando que toda mujer como persona tiene derecho a una atención adecuada y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. En algunos casos se detectaron procesos de revictimización, ya que les hacían repetir a distintas personas las causas de fallecimiento de su bebé (en los casos que sus hijas/os murieron) y se les culpaba de lo sucedido. Además de permanecer en salas donde se encontraban otras mujeres con sus bebés, siendo un factor que les recordaba constantemente la pérdida.

Otro aspecto revictimizante fue que en algunos casos las mujeres estuvieron expuestas a situaciones en las que el personal de salud ejerce un poder para presionarlas o forzarlas a que les fuera colocado algún método anticonceptivos como el implante o el dispositivo intrauterino.

Se pudo confirmar el proceso de naturalización de la violencia, ya que algunas acciones eran detectadas por las mujeres como forma de violencia sólo en el momento que se les preguntaba mediante la escala de violencia obstétrica aplicada, lo que también es un indicador respecto a la falta de conocimiento y nula información acerca de sus derechos sexuales y reproductivos al acceder a la atención obstétrica. Además, se detectaron mecanismos de ocultamiento institucional que impiden el proceso de denuncia, aunado a imposibilidad de detectar el nombre de las servidoras y servidores públicos responsables



Recomendación 3/2015

de la violencia, las amenazas y reclamos que las víctimas y/o sus familiares recibieron al interponer una queja.

2. Establecer el impacto psicosocial de la violencia obstétrica en víctimas directas e indirectas.

Las consecuencias de la Violencia obstétrica a las que estuvieron expuestas las 13 víctimas fueron principalmente:

Muerte materna.

Muerte del producto.

Extracción o daño de Órganos.

Daños emocionales.

Desde la perspectiva psicosocial, se observa que la violencia obstétrica impactó en la mujer, en su contexto social inmediato y en los distintos ámbitos que la conforman. En las valoraciones de impactos psicosociales realizadas encontramos que:

El total de las mujeres entrevistadas, afirmaron que la experiencia de atención de parto las hizo sentir vulnerables, culpables y/o inseguras. Vinculado en un primer momento a ciertos aspectos que sí las colocaban en una situación de vulnerabilidad, como lo fue su condición de mujer joven, la falta de experiencia en éste tipo de vivencias, ya que el 70% de las víctimas se trataba de su primer embarazo; cuestionándose si ellas eran responsables por el contexto de la planeación del embarazo, pues en algunos casos no fue un embarazo planeado, la falta de recursos económicos para afrontar los gastos (la mayoría contaba con seguro popular), generó preocupación y ansiedad por el bienestar propio y del o la bebé.

El principal tipo de violencia fue psicológica, la cual generó sentimientos de culpa, impotencia, ansiedad, enojo y tristeza. El proceso de parto que las mujeres entrevistadas vivieron de manera violenta impactó de manera negativa, en sí mismas así como en su entorno familiar y social. Este proceso incrementó la sensación de inseguridad, miedo y ansiedad, afectando de manera directa en el sistema de creencias y sensación de seguridad.

Se identifica claramente la repercusión al estado psicoemocional, en los casos en que el proceso de parto además de vivirse de manera hostil y amenazante, resultó en el fallecimiento del o la bebé, en estos casos, el impacto emocional se agrava, ya que se cursa por un proceso de duelo, además de enfrentar la pérdida del o la bebé se pierden las expectativas creadas alrededor de éstos. Como consecuencia de los impactos al estado psicoemocional la mayoría refirió pérdida de interés en la convivencia familiar y en las actividades que anteriormente le causaban satisfacción, incrementando la creencia de que podrían perder por segunda vez un hijo o hija.

En los casos que falleció la víctima directa, también encontramos que sus familiares directos enfrentan un proceso de duelo, impactando en sus esferas sociales, pues en el momento posterior a los hechos no deseaban entablar vínculos afectivos con las personas, generándose sentimientos de odio, rencor y se dejó de percibir al mundo como un lugar seguro para vivir. Es importante considerar que en los casos de fallecimiento del o la bebé o la madre, no se brindó una explicación respecto a las causas del mismo, por cuestiones de salud no les fue posible presenciar el ritual de despedida de su bebé, situación que impide significar la experiencia y otorgar un sentido a la misma, factores que agravan el proceso de duelo.



Recomendación 3/2015

Dentro de los impactos encontrados en la esfera educativa y laboral encontramos abandono de los estudios y del trabajo, enfrentándose actualmente a la dificultad para retomarlos, debido a las secuelas físicas o la necesidad de brindar atención especializada para sus hijas o hijos. Además se observan pérdidas en los ingresos económicos de las familias, incluso en algunos casos, se perdió el empleo por el tiempo que debían dedicar al cuidado de su familiar.

Los hechos, de manera indirecta, impactaron en el entorno familiar, ya que éste fue la principal red de apoyo, en todos los casos se presentó una reorganización de núcleo familiar posterior a los hechos, en unos casos tuvieron la necesidad de ir a vivir a la casa de algún familiar y en otros decidieron vivir de manera independiente, en ambos casos implicó cambio de responsabilidades, y toma de decisiones. En los casos que falleció la madre, se presentaron cambios y sobrecargas de actividades, así como una relación fracturada o disminuida entre las personas que se quedaron a cargo de los hijos e hijas.

En la relación de pareja, la totalidad de las mujeres entrevistadas, expresaron que los hechos impactaron en su relación, presentándose distanciamiento, falta de comunicación, irritabilidad, en algunos casos, los responsabilizan de lo sucedido o descargan sus emociones con la pareja, desencadenando que las relaciones se tomen rutinarias y en algunos casos hostiles, situación que las desestabiliza ya que antes no se relacionaban de esa manera; además se vio impactada su vida sexual, disminuyendo de manera notoria sus deseos de tener contactos sexuales.

En la mayoría de las mujeres entrevistadas, se pudieron detectar impacto en su vida reproductiva, ya que los embarazos posteriores se vivieron de manera insegura, lo cual es consistente con las afectaciones que presentan las mujeres que experimentan violencia obstétrica, ya que un nuevo embarazo la enfrenta a reexperimentar la experiencia y los sentimientos asociados a la misma. En algunos casos, no han decidido embarazarse, pues asocian este proceso a sensaciones de dolor, pérdida de control, miedo y ansiedad.

Otra esfera importante a considerar es la afectación que las mujeres presentaron en su integridad física como fueron infecciones, desequilibrio hormonal, aumento o disminución de peso, elevación de la presión arterial y/o la necesidad de tratamientos prolongados; en dos casos el proceso de atención obstétrica implicó intervenciones quirúrgicas subsecuentes y pérdida o daño de órganos (histerectomía), así como estancias prolongadas de hospitalización requiriendo por algún tiempo están en terapia intensiva. Lo anterior, impactó en su calidad de vida, percibiendo su desempeño físico como deteriorado, lo que impide el disfrute de sus actividades, tiempo libre y genera nostalgia por las actividades que desarrollaba. Es importante considerar que en la mayoría de los casos no han contado con atención médica posterior, por el estrés y miedo que les provoca, lo que agrava su estado de salud y continúa impactando su calidad de vida.

El sistema de creencias fue otra de las esferas con severas afectaciones ya que las mujeres refieren que ésta vivencia impacto en su dignidad, en su autoconcepto y autoestima; se sintieron y en ocasiones se siguen sintiendo devaluadas, por momentos siguen pensando que tal vez la o el doctor tenían razón y fue culpa de ellas, sus miedos desde ese momento se han incrementado como son el miedo a la muerte, a enfrentar nuevamente pérdidas, ya no confían en las personas, menos en los centros de salud u hospitales públicos, a pesar del tiempo transcurrido, continúan con registro de emociones y



Recomendación 3/2015

sensaciones al ver personas con bata blanca o el enfrentarse a la necesidad de atención médica.

Partiendo de que no existe una relación causal sencilla entre un acto violento y su repercusión, sobre todo en el maltrato psíquico; podemos darnos cuenta a lo largo de la discusión que el daño que genere la violencia en una persona dependerá de varios factores como la edad, los recursos emocionales, el hecho de disponer o no de una red de apoyo y de eventos traumáticos previos. En éste último punto pudimos observar dentro de los eventos traumáticos previos pérdidas de familiares o amigos, abuso físico y sexual, así como violencia familiar.

3. Valorar la correlación entre los hechos que pueden considerarse forma de violencia obstétrica con el perfil de impactos psicosociales documentados.

Al realizarse la entrevista con cada una de las mujeres se valoró el contexto de vida previo a los hechos con la finalidad de identificar situaciones físicas, psicológicas y sociales que no tuvieran relación con la violencia obstétrica, para así poder determinar de manera objetiva los impactos psicosociales generados a partir los hechos relacionados a la violación de derechos humanos que se investiga en la Tercera Visitaduría, encontrando lo siguiente:

Contaban con un núcleo familiar que en la mayoría de los casos brindó apoyo, sin embargo en algunos casos el entorno familiar era experimentado como violento y distante. En cuanto a las relaciones de pareja la mayoría se involucraron en el proceso de gestación, pero en otros casos en la misma etapa se presentó una ruptura. La mayoría de las mujeres entrevistadas dependían económicamente de sus familiares. En el caso de las mujeres adolescentes el entorno familiar y médico juzgó su embarazo, por lo que lo vivieron con sentimientos de vergüenza, culpa e inseguridad.

El proceso de gestación en la mayoría de los casos se vivió con ilusión, ya que aunque, si bien, algunas mujeres no lo habían planeado, al enterarse de la noticia, este se convirtió en un sentido de vida, generándose expectativas, y modificando su proyecto de vida para la espera del o la bebé.

El total de las mujeres tuvo un adecuado seguimiento médico prenatal en centros de salud y hospitales públicos, cabe destacar, que en las narraciones de los hechos no refieren presentar complicaciones durante el embarazo, además de estar expuestas a cambios de hospital debido a que el que les correspondía estaba en remodelación o no contaba con espacio o recursos necesarios, recibiendo la atención medica sin que se considerarán los antecedentes clínicos.

Estudios relacionados con el proceso de gestación y parto, ubican que los factores psicosociales determinantes en este proceso son: la aceptación de embarazo, identificación con su maternidad, calidad en la relación con la madre, calidad en la relación de pareja, preparación al parto, preocupación por el bienestar propio y del o la bebé. En el caso de las mujeres que se entrevistaron encontramos que algunos de estos factores generaron estrés en el proceso de gestación, entre los que se detectaron con mayor conflicto fueron la identificación con su maternidad, la calidad en la relación de pareja y la preocupación por el bienestar propio y del bebé.



Recomendación 3/2015

Durante la atención al parto se enfrentaron a situaciones estresantes, como por ejemplo la falta de movimientos fetales, las hemorragias uterinas, el retraso en la atención oportuna del parto entre otros, lo que ocasionó situaciones de ansiedad y la severidad de ésta dependió de la circunstancias, de cómo lo vivenciaron y las características de cada una de las mujeres. Entre los factores que influyeron en el nivel de ansiedad se identificaron la falta de información en el proceso de atención, el no tener contacto con familiares, el miedo a no saber que podía suceder o si lo que sentían era normal o no, precariedad en la situación económica que originó angustia, irritabilidad, incertidumbre por el futuro.

El proceso de parto fue experimentado como un alto nivel de estrés, no sólo por el momento crítico que representa para la mujer y su entorno familiar, sino por la falta de información oportuna, situación que incrementó el sentimiento de incertidumbre, generando la sensación de no tener el control de la situación y que su vida o la de su hijo estaba en peligro. Lo anterior, confirma que en casos de violencia obstétrica el parto es vivenciado como un evento traumático que afecta gravemente el estado emocional de la mujer, colocándola en condiciones de vulnerabilidad, alterando posteriormente su vínculo afectivo, relación con el entorno y la posibilidad de desarrollar sintomatología de estrés postraumático.

Durante la entrevista y aplicación de instrumentos de evaluación psicométrica se pudieron documentar impactos psicosociales y secuelas relacionadas con síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en su estado de salud actual, los cuales no estaban presentes antes de los hechos y representaron un cambio importante a su proyecto de vida. Si bien, el tiempo en que sucedieron los hechos varía en cada una de las víctimas (en un rango de 5 años a 4 meses), en la mayoría se documentaron impactos que siguen afectando su calidad de vida y relación con entorno familiar y social.

En la entrevista se documentó que el 80% de las víctimas directas presenta depresión de leve a moderada y el 10% grave. El 75% presentó sintomatología relacionada a ansiedad de moderada a grave y el 67% síntomas compatibles con el trastorno de estrés postraumático. Lo cual evidencia que el evento de violencia obstétrica fue inesperado y rebasó los recursos emocionales de las víctimas para afrontar la situación. Dicha sintomatología coincide con la dificultad para retomar su proyecto de vida, ya que en ningún caso han recibido atención psicológica para abordar de manera integral el daño generado.

En los casos de pérdida, las personas no solo se enfrentaron a un proceso de duelo por muerte de la mujer o del o la bebé, sino también la pérdida del proyecto de vida, la pérdida del estado de salud, órgano reproductor femenino impidiendo ejercer nuevamente su maternidad, imagen corporal, trabajo, privacidad, independencia, estructura familiar, lo cual lleva a visualizar la dificultad en la resolución del duelo considerándolo como un fenómeno multicausal, el cual no se resuelve sólo con el pasar del tiempo sino requiere atención especializada. El 43 % de las víctimas se encuentra en una fase activa de su proceso de duelo.

Este duelo activo que perdura a pesar de la percepción positiva que se tiene del apoyo familiar, se correlaciona con las afectaciones y, en algunos casos, a la destrucción del proyecto de vida personal, familiar, de pareja y educativo que tenían las víctimas antes de vivir la violencia obstétrica que refirieron. Estas afectaciones son a largo plazo y las víctimas permanecerán en duelo activo hasta que no se trabajen terapéuticamente las



Recomendación 3/2015

pérdidas tanto objetivas (muerte o lesión física permanente) y subjetivas (pérdida del proyecto de vida en sus distintas esferas).

Encontramos que ante un segundo embarazo o el inicio de un proyecto laboral o académico, una parte de las víctimas presentaban conductas pasivas, se llegaban a paralizar, culpaban a la pareja, el sistema de salud o así mismas sobre lo sucedido o lo que pueda pasarles y en algunos casos la utilización de sustancias psicoactivas. Lo cual podría interferir para llevar a cabo dichos proyectos y también observamos que un recurso de afrontamiento recurrente en las víctimas fue evitar acudir a recibir atención médica cuando ya tiene identificados malestares, circunstancia que si bien disminuyó la tensión emocional, demoran la atención médica oportuna empeorando el estado de salud.

En aquellas personas que contaban con antecedentes traumáticos previos que resolvieron favorablemente, con redes de apoyo social y un ambiente familiar seguro, desarrollaron recursos de afrontamiento favorables para resignificar lo vivido y permitirse recibir ayuda. La percepción de apoyo moral, del apoyo económico, de comprensión y cuidado que brinda el núcleo familiar son significativas para las víctimas, sin embargo, no suficientes para lograr contrarrestar o disminuir la intensidad moderada de los estados depresivos que presentan, la ansiedad de intensidad severa, ni los síntomas de reexperimentación o evitación que tienen del Trastorno por Estrés Posttraumático.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados, las conclusiones son las siguientes:

1. El total de las mujeres entrevistadas durante la fase de parto, vivieron un proceso de violencia obstétrica, como parte de la violencia institucional. Este proceso de violencia pondera el interés sobre el cuerpo y elementos biológicos, desestimando factores emocionales de las mujeres.

Cabe señalar que se visibilizó el ejercicio de poder que enmarcan las relaciones médico-paciente, transformándose en relaciones de violencia de género al momento de ser sometidas a procedimientos que anulan su carácter de personas sujetas de derecho. Este ejercicio vertical de poder produce la naturalización y por lo tanto la normalización de la violencia en los hospitales públicos.

Se lograron identificar las diferentes formas de maltrato vivenciadas por las víctimas, las cuales consistieron en violencia física y psicológica hacia las mujeres en los hospitales y centros de salud a cargo de personal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; encontrando como las más recurrentes:

- El 80% de las mujeres refirieron haber sido objeto de **comentarios sobre su persona o estado de salud por parte del personal sin ser tomada en consideración.**
- El 70 refiere que se **le negó la atención médica.**
- El 80% identifica **dilación en intervenciones** o procedimientos médicos.
- El 80% le resultó **difícil o imposible preguntar** o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera.



Recomendación 3/2015

- El 90% de ellas refirió que el personal de salud hacia **comentarios ironicos, descalificadores** o en tono de chiste acerca de su comportamiento.

2. Se establecieron los impactos psicosociales generados a partir de los hechos tanto en las víctimas directas como en indirectas.

Cabe señalar que los factores biológicos y los sociales pueden generar dificultades emocionales y, por otra parte, si se suman experiencias de violencia obstétrica, los trastornos emocionales pueden impactar de manera significativa el curso de vida. Identificando claramente la repercusión al estado psicoemocional. Produciendo en estas etapas una interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales que se van a potenciar unos a otros.

Derivado de las valoraciones psicosociales se constató que la situación emocional de las víctimas está estrechamente relacionada con los eventos de violencia obstétrica. Se encontró que el total de las mujeres entrevistadas, recibieron por parte del personal del hospital argumentos que las colocaban como únicas responsables de las circunstancias que se presentaban alrededor y posterior al parto, dando como resultado que las mujeres entrevistadas se sintieran vulnerables, culpables e inseguras hasta la fecha.

El proceso de parto que las mujeres entrevistadas vivieron de manera violenta impactó de manera negativa, en sí mismas así como en su entorno familiar y social. Resaltando:

- Impacto en la dignidad, integridad, autoconcepto y autoestima.
- En los casos de fallecimiento no se brindó una explicación respecto a las causas del mismo. Además de que por cuestiones de salud las madres que perdieron a la o el bebé, no tuvieron la posibilidad de presenciar el ritual de despedida.
- En la esfera educativa y laboral, encontramos interrupción de los estudios y/o el trabajo, en algunos casos se enfrentaron a la dificultad para recuperarlos.
- Encontramos que la familia fue la principal red de apoyo; en todos los casos se dio una reorganización del núcleo familiar posterior a los hechos.
- En cuanto a la relación de pareja fue notoria la disminución de manera significativa del deseo sexual y el distanciamiento emocional en la mayoría de las víctimas.
- Se detectó el impacto en la vida reproductiva, desde quienes ya no pudieron volver a ejercer su maternidad, hasta quienes lograron embarazarse nuevamente, pero con secuelas como vivir el embarazo de manera insegura, identificaron la dificultad para vincularse con su hijo o hija y la modificación en la relación con sus hijos e hijas previos.
- Se pudieron documentar secuelas relacionadas con síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en su estado de salud actual, los cuales no estaban presentes antes de los hechos y representaron un cambio importante a su proyecto de vida. Si bien, el tiempo en que sucedieron los hechos varía en cada una de las víctimas (en un rango de 5 años a 4 meses), en la mayoría se documentaron impactos que siguen afectando su calidad de vida y relación con entorno familiar y social.
- En la entrevista se documentó que el 80% de las víctimas directas presenta depresión de leve a moderada y el 10% grave. El 75% presentó sintomatología relacionada a ansiedad de moderada a grave y el 67% síntomas compatibles con el trastorno de estrés postraumático. Lo cual evidencia que el evento de violencia



Recomendación 3/2015

obstétrica fue inesperado y rebasó los recursos emocionales de las víctimas para afrontar la situación. Dicha sintomatología coincide con la dificultad para retomar su proyecto de vida, ya que en ningún caso han recibido atención psicológica para abordar de manera integral el daño generado.

3. Correlación de hechos con el perfil

El perfil que presentaron las mujeres al momento de los hechos, las posicionó en un estado de vulnerabilidad y está relacionado a aspectos como edad, nivel de estudios, nivel socioeconómico, desconocimiento de los procesos al ser su primer embarazo.

Respecto a las afectaciones a su salud mental se presentaron síntomas asociados a trastornos como ansiedad, depresión y estrés postraumático.

La evitación ante eventos o contextos estresantes fue el recurso de afrontamiento más utilizado ante el miedo y el estrés que provocaron los hechos, mismo que en un primer momento disminuye la amenaza emocional, no permitiendo resignificar el evento y por lo tanto agravando la permanencia e intensidad de los síntomas.

Dentro de los **hallazgos** en las agraviadas se identificó lo siguiente:

- a) **La falta de información** por parte del personal de salud hacia las mujeres, acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, así como de los procedimientos e intervenciones médicas durante la atención obstétrica, principalmente en el proceso de parto; intensificando el impacto psicoemocional provocando incertidumbre, ansiedad y estrés.
- b) **Desconocimiento** de las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos de la mujer. En el análisis de las entrevistas llevadas a cabo a las mujeres se encontró que estuvieron expuestas a situaciones en las que el personal de salud ejerce un poder para presionarlas o forzarlas a métodos anticonceptivos.
- c) **El ejercicio de poder** por el personal médico se intensificó, en los casos en que las mujeres cursaban por su primer embarazo.
- d) **Discriminación.** Respecto a los atributos de las mujeres (edad, situación económica, por presentar una enfermedad VIH), en el trato que se brindó se detectó que las mujeres percibieron una inadecuada calidad de la atención, condicionadas a recibir atención en los hospitales públicos, al estar afiliadas al seguro popular como su única alternativa.